

ASOCIACION MEDICA DE CHILE

Plan de Política Sanitaria

RELATO PRESENTADO A LA 3ª CONVENCION EXTRAORDINARIA
DE LA AMECH VERIFICADA EN SANTIAGO EN LOS DIAS 27, 28 Y
29 DE JUNIO DE 1947.

CONSTITUCION POLITICA DE
LA REPUBLICA DE CHILE.—

Artículo 10, N.º 14.—Es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinarse cada año una cantidad de dinero suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad.

RELATORES: DR. RENE VALLE OSORIO
DR. HUGO HENRIQUEZ FRODDEN



A N T E C E D E N T E S

La Convención Ordinaria de la Amech, que se celebró en Santiago en Noviembre de 1946, debió haberse abocado, por acuerdo del Directorio General, al estudio de un "Plan de Política Sanitaria". Para ello alcanzó a designar una Comisión de relatores, formada por el Vice-Presidente de la Institución, los Presidentes de las Federaciones filiales y un Miembro del Directorio General. Desgraciadamente la inquietud del ambiente político de la Nación, en vísperas de una agitada campaña electoral por la Presidencia de la República, impidió que se cumpliera entonces dicho acuerdo. Por tal razón, la Convención sólo oyó una exposición, breve pero muy interesante, del problema en cuestión, de que fué autor el Vice-Presidente de la Amech, en ese entonces, Dr. Jorge Acharán Henríquez, exposición que tuvo el carácter de un "enunciado como base de futuro debate" y la conclusión a que llegó ese torneo Gremial, después de oír el trabajo del Dr. Acharán y la cuenta del Presidente Dr. Jirón, fué: **Celebrar una Convención Extraordinaria en el presente año en la que se expondrá un Plan de Política Sanitaria que será relatado por una Comisión que designe el Directorio General, la que tomraá como base el planteamiento y las observaciones hecha en dicha Convención.**

Nos ha cabido el alto honor de ser designados relatores de este trascendental tema, cuyo estudio y conclusiones habrá de ser el Código que informe la orientación que los médicos deseamos que se implante en Chile en materia de organización de la Salubridad Nacional. Comprendemos, pues, la responsabilidad que hemos aceptado y sólo una convicción muy arraigada de dis-

ciplina gremial que poseemos y la esperanza de que el debate habrá de llenar nuestros vacíos, nos tiene aquí dispuestos a exponer ante ustedes lo que pensamos que puede hacerse en materia de política sanitaria, en concordancia con el planteamiento y observaciones hechas en la Convención anterior, que, desde luego, lo declaramos, forma parte también de nuestras doctrinas.

Decía el Dr. Acharán: "Un Plan de Política Sanitaria ha de tener características que lo alejen de toda especulación teórica en su realización; conformándose en sus directivas con un criterio realista y práctico que ponga en juego los recursos y medios de que en la actualidad disponemos, sin perjuicio de contemplar en él un margen normal de crecimiento". Agrega más adelante: "Deberá por otra parte moverse al compás de una centralización de las directivas generales emanadas de un comando nacional; pero dejando al mismo tiempo libertad y elasticidad para el desarrollo local descentralizado dentro de las normas generales". "Plan realista y de conjunto, ha de basarse en tres premisas principales para su realización: lucha contra las enfermedades que constituyen los mayores rubros de morbi-mortalidad; la organización técnica que lo ha de llevar a la práctica; y la seguridad profesional económica y social de los técnicos que lo han de realizar.

Las tres premisas previas sobre las cuales ha de fundarse la organización de este Plan exigen que sea el médico su impulsador y ejecutor, por eso fué que el Dr. Acharán muy acertadamente se refiere a la posición del médico dentro de este espíritu de progreso que significará toda reforma de los métodos actuales de trabajo, diciendo:

"El médico, como técnico indiscutido en semejante organización, ha mirado siempre con temeroso recelo la creación de servicios de tan inmensa trascendencia para su porvenir profesional, y ello a justa razón.

Con generoso idealismo entregó su actividad a planear legislaciones y servicios que beneficiaran a aquellos sectores desprovistos de la más elemental protección, sin detenerse a pensar en la propia situación que como clase se le creaba. Pensó con recto criterio que su desprendimiento le sería justamente valorizado, asegurándole la sociedad una equitativa retribución económica para su labor tan destacada en la conservación del factor humano en la producción.

Pero ha sido defraudado. No ha cosechado sino una subes-

timación de su oficio y una condición económica incierta y precaria, cuya raíz es afincada en esta misma modalidad de trabajo que preconizó y que beneficia a las masas.

Ya no cree en promesas, y exige para su elemental seguridad una legislación adecuada que le dé tranquilidad y proteja su dignidad.

Precisa de su Colegio Médico, que tenga carácter de sindicato profesional: de un Estatuto Médico, que le dé seguridad económica, dignidad de trabajo y posibilidad cierta de perfeccionamiento profesional y de una Ley de Previsión que lo favorezca en su vejez inerme y le asegure el porvenir de los suyos, abocados al más horrendo desamparo”.

Nos hacemos íntimamente solidarios de las expresiones antedichas y consideramos que la Sociedad Médica de Chile debe luchar paralelamente por conquistar para el médico la posición decorosa que le corresponde y que tan bellamente antedichas y consideramos que la Asociación Médica de Chile en la organización que deberá dársele en el futuro a la defensa de la salud.

Pero no se piense que la Asociación Médica de Chile, a través de sus 16 años de vida es la primera vez que se ocupa de tan trascendental problema. Recordemos que ya en 1939, en su famosa Convención de Constitución, abordó también este problema nacional, que dió motivo para que las más altas autoridades médicas participaran en sus interesantísimos debates y se llegara a conclusiones que marcaron una verdadera etapa en nuestras luchas médico-gremiales. Se vivía en aquellos años la hora de la Seguridad Social y se pensó — no sin valedaras razones — que el Seguro Social era la panacea que había de darlo todo para financiar un sistema de defensa integral de la salud. Pasados los años vemos hoy cuánta utopía había en creer que en aras de un bien meditado plan de salubridad se podrían inmolar los fondos de previsión de los imponentes de las diversas Cajas. Y vemos también como, llevados los médicos por un sentido convencimiento de que había abandono de las clases pauperizadas, nos olvidamos que la defensa de la salud es una para todos los ciudadanos y que en un Plan de Seguridad Social siempre han de quedar al margen aquellos que por diferentes razones carezcan de la calidad de imponentes, a los cuales se les transforma de golpe en una clase privilegiada.

El Seguro Social es una defensa colectiva para los económicamente débiles frente a ciertos riesgos; pero no debe ni

puede tomar funciones que le son ajenas o que no conciernen exclusivamente a sus asegurados. Tampoco puede distraer fondos de los asegurados en funciones y en proporción diferente que las que señala la Ley.

Bajo otro aspecto el Seguro Social es una solución transitoria mientras en la sociedad existan grandes diferencias económicas; pero no se le puede considerar como una finalidad. Desde un punto de vista político-social podría tomar una responsabilidad médica sobre la salud sólo cuando todos los ciudadanos de un país fueran asegurados.

DOCTRINA

En una democracia, no puede haber en principios clases sociales, ni se puede hacer distinción a base de diferencias económicas o de fortunas. "Cada uno según sus medios y a cada uno según sus necesidades" es el lema de una democracia moderna.

Hay servicios indispensables para la convivencia humana, que por ser para el bien común, exigen que sea el Estado quien los provea para que alcancen por igual a todos. El orden público, como garantía y amparo de los derechos individuales; la defensa nacional, como símbolo de paz internacional y protección de los derechos colectivos; la justicia como emblema de paz interna e igualdad ante la Ley y la atención de la salud como resguardo de la raza y defensa de la capacidad productiva humana, están entre aquellos servicios públicos que el Estado debe manejar bajo su intransferible dirección.

Para suministrar salud, el Estado puede exigir que los que tengan medios para hacerlo paguen los servicios, pero no puede democráticamente eximirse de la obligación de atender en la misma forma y con los mismos medios a quienes no están en condiciones de pagar por la conservación de su salud. De ahí que esta función que dice relación con la existencia misma de la Nación y que, por lo tanto, el Estado no puede eludir ni debe transferir, ocupe un lugar primordial dentro de las obligaciones fundamentales del Gobierno.

Ya nadie duda en la hora presente que la riqueza de un país, no se mide por el oro empozado en sus arcas, ni por los minerales ocultos que puedan tener sus montañas, sino por la fuerza productiva y por los valores cultivados e intercambiables de sus tierras; de sus minerales puestos a descubierto y de su industria en plena actividad.

¡PRODUCCION! He ahí la palabra milagrosa que enriquece a un país y le da a sus ciudadanos un mejor standard de vida, y, junto a él, felicidad y salud.

Todos los pueblos aspiran al aumento de su producción y en ella el hombre se transforma en el más valioso capital. Su especialización lo hace indispensable e irremplazable, por lo que una nueva doctrina viene a incrementar los esfuerzos de los defensores de la salud y la vida.

Hay que conservar por todos los medios y con todas las armas al hombre hecho máquina. Un hombre a quien derrumba la enfermedad, la invalidez o la muerte, representa un fuerte capital que deja de producir y que no puede ser reemplazado de inmediato. Y las voces de la producción claman ahora: salvad a los trabajadores; aumentad el número de brazos; evitadles días de incapacidad; prevenidles sus males.

El hombre se cotiza en el mercado de valores y está sometido como una mercancía cualquiera, a la ley de la oferta y la demanda.

La caridad, que fué una virtud romántica de otros días, es violentamente desplazada, primero por el concepto de solidaridad más igualitario y después por el de "seguridad social", más frío y utilitario. La medicina moderna, de acuerdo con este nuevo postulado, debe establecer para los hombres escalas de valores que midan el capital humano que representan y el interés que podrá obtenerse de ellos, con la misma frigididad y precisión con que el ingeniero mide el voltaje de un motor o con que el banquero cuenta los fajos de billetes. Si después de este balance hay un excedente, solo entonces podrá darse el lujo de pensar en la caridad o en la solidaridad.

Pero un poco más de avance hemos dado aún sobre la "seguridad social", porque el concepto de medicina es un todo indivisible, como indivisible es la familia y la sociedad, de la cual, bajo el punto de vista de la salud, el hombre, y especialmente el trabajador, no pueden separarse. Por eso es que el progreso — como el mejor nivelador de desigualdades y el juez más justo frente a intereses en pugna — ha lanzado un nuevo concepto igualitario, "la obligación del Estado" frente a la salud de toda la población.

Solo el Estado puede medir la capacidad de la comunidad para darse salud y puede hacer llegar a todos y a la medida de sus necesidades, sus más amplios beneficios.

De ahí que todo plan de salubridad debe ser mirado hoy bajo facetas completamente diferentes de lo que fueron antes

de este siglo y más que eso, antes de la era de industrialización porque atraviesa el mundo en su afán de producir. La protección a la salud, necesita pues moldearse en relación directa con la economía nacional y su aplicación no podrá seguir siendo patrimonio sólo de los médicos. Será necesario buscar la colaboración de ingenieros, economistas, arquitectos, profesores, etc., etc.

La medicina misma adquiere nuevas tonalidades que el médico debe comprender doctrinariamente si no quiere ser un estorbo de esta avalancha que se viene encima y que lo desplazará, si él, como técnico indiscutible, no la encauza y la domina. Deberá urgentemente estudiar sociología y hacerse un economista. Deberá penetrar los problemas sociales para conocer, en primer lugar la realidad económico-social que vive el país, y de acuerdo con ella, hacer la medicina que las circunstancias le exigen premiosamente. Podrán quedar los clínicos desmenuzando una leucemia o lucubrando sobre la persistencia de tal o cual conducto embrionario, como el entomólogo estudia y clasifica los dibujos del ala de una mariposa; pero los médicos tendrán forzosamente que dedicarse a encontrar las causas y a combatir las con todas las armas, de la pavorosa mortalidad infantil que llega a la fecha al 34% de todas las muertes que se producen en Chile; a aplicar los métodos más adecuados para terminar con la tuberculosis que mata más de 15,000 hombres al año en la mejor edad de la producción y que afecta a más de 200,000; a prevenir las enfermedades cardiovasculares que incapacitan para el trabajo a unos 150,000 trabajadores, pesquisando en ellos en su oportunidad las afecciones de la infancia que dejan secuelas y la nefritis, el reumatismo, la difteria, etc., que hacen enfermos cardíacos; a perseguir al sífilítico que deambula en caravana de otros 180,000, repartiendo su contagio y transformando a un pueblo viril en un conglomerado de tarados, cardíacos y desequilibrados que constituyen un vergonzoso lastre social.

Veremos más adelante cómo está organizada la salubridad en Chile, si es que se puede hablar de organización frente a una desesperante anarquía de labores médicas sin ninguna orientación, donde los enfermos deambulan de un lugar a otro; donde el médico comprende su impotencia frente a los males que hemos diseñado; donde se duplican funciones y se esterilizan esfuerzos y donde se dilapidan lamentablemente los fondos destinados al sagrado objetivo de defender la salud, la

vida y la potencialidad de un pueblo extenuado de fatiga, cubierto de plagas y diezmado desde el momento mismo en que nace a la vida.

Si hemos fijado como premisa previa que el Estado puede y debe tomar sobre sí la responsabilidad de suministrar salud, al Estado le incumbe la obligación de dar el primer paso hacia una organización racional de los servicios sanitarios y tomar el monopolio de los servicios que dan prestaciones médicas a los ciudadanos. No debe esperarse más tiempo para la creación del **SERVICIO MEDICO DEL ESTADO**, que, conteniendo a todos los actuales, pueda terminar con la desorganización existente e impulsar la orientación de la salubridad nacional bajo nuevos conceptos de unidad, finalidades precisas, eficacia técnica y economía.

El Servicio Médico del Estado que propiciamos, no excluye la existencia del Seguro Social, sino al contrario, lo hace más necesario como una función social y como una manera de hacer que un sector considerable de la población sea capaz de pagar sus servicios.

Presentamos a continuación un análisis suscito de las diferentes Instituciones que sin ninguna coordinación hacen atención médica a la población.

LA SANIDAD

Encargada en forma específica de la salud pública y de prevenir las enfermedades infecto-contagiosas, por medio de la educación sanitaria, las vacunaciones e inmunizaciones y el saneamiento, su elevada función en nuestro país se ha ido abriendo paso en medio de la incomprensión general, en la cual no han estado ajenos los propios médicos y los poderes públicos en todas las épocas. Sus triunfos que han sido sonados, han pasado, sin embargo, desapercibidos a través del tiempo. La Sanidad, con sus escasos elementos, logró terminar con la viruela y el tifus exantemático y pudo combatir en forma espectacular la epidemia de meningitis cerebroespinal que alcanzó a tomar cuerpo en Santiago y otras grandes ciudades en 1942. A pesar de su eficacia para responder a la defensa de la salud de la población, no ha logrado tener la decisiva influencia que dentro de las actividades médicas de un país debe ella tener.

Ha sido necesario que los norteamericanos en su política de buena vecindad, introdujeran sus famosas Unidades Sani-

tarias, haciéndolas una dependencia de Sanidad, para que esta cenicienta comenzara a tomar posiciones y a ser considerada como uno de los factores más importantes dentro de una colectividad para la defensa y el mantenimiento de la salud; para disminuir la mortalidad infantil y para encauzar una lucha sin cuartel contra los fragelos que diezman una población como la tuberculosis, la sífilis y las enfermedades pestilenciales.

Las Unidades Sanitarias creadas por el Departamento Cooperativo Inter-Americano de Obras de Salubridad, han demostrado en sus respectivos radios de acción que constituyen el "desideratum" de lo que Chile necesita multiplicar muchas veces a través de su extenso territorio, si se desea encarar seriamente el problema de la salud y mejorar las altas cifras de morbi-mortalidad que posee.

Se entiende por Unidad Sanitaria un sistema para la defensa de la salud de las poblaciones que considera a la familia como una célula indestructible y que crea, por medio de su servicio de enfermería, una atención domiciliar encargada de conectar la labor médica desarrollada en las clínicas, con el hogar.

Su propósito primordial es impedir la aparición de la enfermedad, usando como arma principal la educación sanitaria prolongada en el tiempo, y, cuando dicha acción llega tarde, dirige a los pacientes a los centros de tratamiento en forma oportuna y mantiene un nexo constante entre el médico y el enfermo.

El proceso de protección lo comienza la Unidad Sanitaria con la madre embarazada, guiándola hacia un Consultorio maternal, donde se tienen todos los elementos especializados para examinarla, educarla con los preceptos higiénicos más adecuados para el buen término del embarazo y hacerla llegar así, en las mejores condiciones al parto.

Nacido el niño, la Unidad Sanitaria guía a la madre hacia el Consultorio Infantil, donde también personal especializado controla el estado del nuevo ser y enseña a la madre, puericultura, alejándola de prejuicios y convenciéndola que la mejor protección para su hijo será el consultar oportuna y sistemáticamente. Además, desde el primer momento se pesquisa en el niño la tuberculosis y la sífilis. Para su comprobación dispone de medios sencillos y eficaces, como son las dermo-reacciones tuberculínicas, los equipos tisiológicos y las reacciones serológicas.

Comprobada una dermo-reacción tuberculínica positiva, se

esgrimen las armas sanitarias para volver a ese hogar a pesquisar el origen del contagio. Se sabe que el 92% de los lactantes que presentan la primo-infección tuberculosa, significan por lo menos que uno de sus familiares tiene una tuberculosis abierta y contagiosa.

La sero-reacción positiva o los estigmas sifilíticos que pueda el niño presentar encaminan la pesquisa médica a investigar el mal entre los padres y demás hijos.

Mientras dura el control sistemático del niño, es seguro que aparecerán las enfermedades infecto-contagiosas de la infancia, amenazando su integridad funcional. La Unidad Sanitaria establece entonces, en su momento oportuno, el resguardo de esa célula familiar que se le ha confiado, haciendo las vacunaciones e inmunizaciones pertinentes y yendo todavía más allá: iniciando el saneamiento de esa habitación donde se desenvuelve la familia. Limpieza prolija de los componentes, para terminar con sus parásitos transmisores de algunas enfermedades. Limpieza del hogar y desratización. Enseñanza del uso de las aguas de bebidas y tratamiento de las aguas servidas y escrementos. Cierre de acequias y construcción de pozos sépticos o alcantarillas. En una palabra, todo un programa de saneamiento e higienización, donde será a veces necesario recurrir a la ingeniería sanitaria, disciplina que deberá ir del brazo con todo programa de Unidad Sanitaria.

No pueden ser ajenos al sistema educativo los maestros, ya que su colaboración será muchas veces eficazísima y de su enseñanza al niño más grande ha de depender en gran parte el éxito que se continúe teniendo sobre la defensa de la raza. Por ello es que dentro de una reforma general de los métodos de trabajo, para un nuevo tipo de atención médica como representa la Unidad Sanitaria, sería indispensable vincular directamente al profesorado e introducir dentro de los programas de enseñanza de los establecimientos destinados a la formación de profesores (Instituto Pedagógico, Escuelas Normales, Comerciales, Industriales, Profesionales, etc.) ramos especiales conexas con estos conocimientos médico-sanitarios.

Desgraciadamente en Chile solo existen en la actualidad 5 Unidades Sanitarias: 1 en Antofagasta, 1 en Valparaíso (Cerro Barón); dos en Santiago (Comunas de Quinta Normal y San Miguel) y 1 en Temuco.

Por otra parte, el sistema Unidad Sanitaria exige que un numeroso cuerpo de enfermeras sanitarias, idóneamente preparadas, tejan una red de penetración en todos los hogares y

actualmente su número es escaso, pues es necesario que por cada 5,000 habitantes haya una enfermera (Para todo Chile se necesitarían 1,000), lo que implica que sería necesario ir a la creación de varias escuelas formadoras de ese personal.

LA BENEFICENCIA

Los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social han agrupado en nuestro país la casi totalidad de los Hospitales, creando una organización que establece una gerarquía en estos establecimientos, que comienza en la Casa de Socorro del pequeño núcleo urbano rural, continúa en los Hospitales de Tipo A, B, C y D, en las ciudades de mayor importancia y llega a los de Tipo E, u Hospitales Regionales, ubicados estratégicamente en las ciudades cabecera de las Zonas Hospitalarias. Finalmente cuenta con Hospitales especializados, que son los de Tipo F., que atienden afecciones broncopulmonares, enfermos psiquiátricos, etc.

La circunstancia excepcional de estar casi todos los Hospitales de Chile en manos de la Beneficencia, le ha permitido desarrollar sus prestaciones médicas a un costo extraordinariamente bajo. Cuando en cualquier otro país el costo por enfermo-día, en establecimientos del mismo tipo de los nuestros, cuesta 3 y 4 dólares, nuestros Hospitales tienen un costo de apenas \$ 30.— a \$ 50.—, o sea de uno a uno y medio dólares.

Los Hospitales de la Beneficencia, como su nombre lo está diciendo, nacieron bajo el antiguo concepto de la caridad o beneficencia. Posteriormente el progreso industrial y la nueva organización social del mundo, han ido transformando este concepto para traernos en la hora actual al terreno de la Medicina Social, que envuelve el principio fundamental de que la salud pública es un patrimonio de valor inapreciable y que corresponde al Estado velar por su cuidado y preservación.

Por esto mismo, si en un comienzo bastaron los recursos que proporcionaban las rentas de legados y donaciones, que razones caritativos dieron a la Beneficencia, para que mantuviera sus Hospitales, vemos que en la actualidad estos recursos no cubren ni la tercera parte de sus gastos ordinarios y que los servicios siguen siendo gratuitos sólo para los indigentes, cobrándose en cambio las prestaciones médicas a los que puedan pagarlas, ya sea de su peculio personal o a las Cajas de Previsión de que son imponentes. A pesar de ello to-

davía estas nuevas entradas no alcanzan para cubrir los gastos y debe el Estado proporcionar un fuerte aporte que permita financiar los servicios.

Cuenta la Beneficencia con 25 mil camas distribuídas en 150 Hospitales ubicados a lo largo de la República. Estos Hospitales han sido y siguen siendo la columna vertebral de la salud pública chilena.

En la división del trabajo médico, le ha correspondido a la Beneficencia, por intermedio de sus Hospitales, realizar la atención directa del enfermo. Hace en forma sistemática medicina curativa. Atiende el caso clínico, lo trata y devuelve a la comunidad para que siga laborando en sus actividades habituales.

Este tipo de Medicina tradicional ha ido virando con los nuevos conceptos sociales y epidemiológicos en el sentido de que debiera la Medicina desenvolverse en tal forma que se hiciera el saneamiento ambiental y la prevención de las enfermedades, para llegar, si es posible, a no tener enfermos y hacer con ello innecesarios los Hospitales. Desgraciadamente esto es todavía irrealizable y por otra parte, siempre serán necesarios establecimientos asistenciales donde puedan practicarse intervenciones quirúrgicas, realizar la atención y aislamiento de los enfermos infecto-contagiosos y finalmente deben existir centros donde se cuente con el equipo material y humano para hacer medicina de masas, realizar investigaciones científicas y hacer la recuperación de enfermos.

Bajo este aspecto debemos considerar entonces que los Hospitales seguirán siendo indispensables y debemos estimular su progreso y perfeccionamiento en el sentido de orientar su acción bajo este nuevo aspecto preventivo y social que ha tomado la medicina de hoy.

No podemos seguir trabajando simplemente encastillados en las 4 paredes de nuestras salas, sino hacer realidad el programa de "Hospital-Centro de Salud". Hacer de cada Hospital un elemento activo de recuperación para el enfermo y que al mismo tiempo que trata sus dolencias, se preocupe del medio en que este enfermo trabaja, establezca la cadena epidemiológica de las enfermedades infecto-contagiosas e imparta conocimientos técnicos, higiénicos y dietéticos, que permitan una labor de eugenesia, puericultura, saneamiento ambiental y prevención de enfermedades.

Todo esto es realizable bajo la modalidad de Consultorio Externo y Ambulatorio, con suficiente número de enfermeras y visitadoras, médicos y ambulancias, que puedan llegar hasta el medio urbano y rural en que actúa el Hospital. Con una labor sistemática en este sentido, las camas de los hospitales quedarían a disposición de los enfermos graves o que requieran intervenciones quirúrgicas, aislamiento, etc.

Si analizamos los hechos en esta forma, veremos que son injustos los cargos que se hacen a nuestros Hospitales de hoy al no desarrollar una labor médico-asistencial y sanitaria preventiva que exige la hora actual.

En Medicina, como en todas las cosas, ha habido una división del trabajo. Sanidad y las Unidades Sanitarias han tomado a su cargo la prevención de enfermedades infecto-contagiosas y el saneamiento ambiental. Las Cajas de Previsión, con la dictación de la Ley 6174 de Medicina Preventiva, además de su labores de Medicina Curativa, han abordado el problema de la pesquisa y tratamiento de las 3 enfermedades que producen mayor morbi-mortalidad en nuestro país. A Beneficencia, con sus Hospitales le ha tocado atender los enfermos graves y proporcionar las camas de aislamiento.

Será solamente cuestión de elementos materiales y humanos lo que permita a nuestros hospitales coordinar la labor que realizan con las nuevas actividades que exige la prolongación de sus atenciones al medio.

Pero siempre seguirán siendo los Hospitales la escuela irremplazable donde cada médico se forme y progrese. Si a los conocimientos de patología y clínica agregamos los de epidemiología y las relaciones que guarda la enfermedad con las condiciones económico-sociales, podremos formar los elementos técnicos que necesitamos para desarrollar la labor médico-asistencial, que los servicios requieren.

En el presupuesto de 1946 se consultaron en Beneficencia 666 millones de pesos, de los cuales 290 se destinaron a pago de sueldos del personal y sólo 230 a cubrir los gastos que demandó la mantención de los 150 hospitales con sus 25 mil camas que atendieron 286,455 casos individuales de enfermedad.

Podemos considerar que son cantidades insignificantes si pensamos que es precisamente a estos hospitales a donde llegan fatalmente a golpear las puertas en busca de atención médica los imponentes de todas las Cajas de Previsión, los enfermos

que debe aislar Sanidad con sus Unidades y todos los indigentes y desamparados de la República, que necesitan recuperar la salud perdida.

Por otra parte estamos también en la obligación de considerar que la Beneficencia debe acelerar su progreso de adaptación a la hora actual para no ser tildada de institución que carece de sensibilidad social.

EL SEGURO OBRERO OBLIGATORIO

Es indudablemente nuestra institución de previsión social por excelencia. Sobrepasa al millón doscientos mil imponentes, por lo tanto la cuarta parte de nuestra población nacional. Tiene más de veinte años de existencia, lo que permite apreciar sus resultados desapasionadamente. Su patrimonio alcanza a una suma cercana a los 1,000 millones de pesos y su presupuesto de entradas y gastos anuales es del tenor de los 700 millones de pesos, de los cuales un 60% aproximadamente se utilizan en prestaciones médicas, o sea, una suma aproximada a los 450 millones de pesos. Su financiamiento se hace con aportes de patronos, obreros y el Estado, en la proporción de 2% para los obreros, 5% para los patronos y 1,7% para el Estado. Las pensiones de invalidez representan el 4 a 5% del presupuesto de gastos y, en proporción más baja están las pensiones por vejez; la devolución de imposiciones y las cuotas mortuorias. Desde 1937 extiende sus servicios a la atención de las madres embarazadas y niños hasta los dos años; y a los familiares de los imponentes, cuando se trata de afecciones tuberculosas y venéreas; y poco más de un 20% de los gastos médicos se invierten a la fecha en esos servicios, lo que alcanza a una suma cercana a los 85 millones de pesos.

Cabe expresar desde luego que esta extensión de servicios, por medio de la Sección Madre y Niño, ha dado resultados sorprendentes, hasta el punto que se le atribuye directamente el haber determinado un descenso de la mortalidad infantil a cifras que representan justamente la mitad de lo que esa mortalidad era anteriormente.

La atención médica del Seguro Obrero se hace a través de sus numerosos Consultorios, pero termina cuando el imponente necesita hospitalización, porque ella se hace en los Hospitales de la Beneficencia, con la cual tiene un contrato y paga independientemente cada hospitalización. Se trata de un verdadero arrendamiento de servicios, sin tuición directa so-

bre los enfermos y sin más obligación por parte del Seguro que solicitar la cama, pagarle al imponente su subsidio y cancelarle a la Beneficencia los días de hospitalización, que incluyen la atención completa del enfermo.

No existe una coordinación estrecha entre el Consultorio del Seguro y el Hospital, lo que hace que el costo de cada atención mixta, se recargue enormemente por la duplicación de exámenes, lo que implica además, mayor número de días de estada y agravación de la enfermedad.

Carece el Seguro Obrero en su acción médica de la penetración hacia el núcleo familiar, lo que solo, parcialmente está realizando ahora con su Sección Madre y Niño. En todo caso, sus Consultorios hacen principalmente labor de Medicina Curativa por lo que se pierde la posibilidad de ubicar las enfermedades en sus comienzos y aún de prevenirlas. La aplicación de la Ley de Medicina Preventiva la ejerce apenas sobre un 10% de su población de imponentes y en ellos sólo sobre las 3 enfermedades de que se ocupa la Ley (Sífilis, Tuberculosis y Cardiovasculares).

La labor epidemiológica sobre las enfermedades infecto-contagiosas la desarrolla también bajo el carácter de una medicina curativa, lo que permite que los enfermos que consultan hayan ya sembrado el contagio y no se sigue la cadena epidemiológica que permite ubicar los focos transmisores.

Los Policlínicos o Consultorios del Seguro hacen una medicina agobiadora para el médico, por ser rutinaria, cinematográfica, debido al exceso de enfermos y sin el interés que pueda significarles el seguir a sus pacientes que se agravan. Para el enfermo mismo, resulta demasiado burocrática y poco convincente, porque sabe que a la postre va a ir a dar al Hospital, por donde piensa que pudo haber comenzado para evitarse los trámites burocráticos, si no fuera por la conquista del subsidio que termina siendo lo que más le interesa, respecto del seguro.

En resumen, los dispendiosos gastos médicos en que incurre la Caja de Seguro Obligatorio, que absorbe una parte importante de su presupuesto (el total o más del aporte patronal) no redundan en una medicina propia y de óptima calidad que satisfaga a quien lo otorga (el médico) y convenza a quien la recibe (el enfermo). Carece además de las condiciones esenciales de una disciplina médica del trabajo.

Por otra parte, siendo exiguas las disponibilidades restan-

tes para hacer previsión, le faltan las pensiones de montepíos; son absolutamente insuficientes las pensiones de vejez y poco equitativas las pensiones de invalidez.

SERVICIOS DE MEDICINA PREVENTIVA

La Ley 6174 de Medicina Preventiva se aplica entre los empleados y obreros. Para los primeros se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados y para los obreros, existe una sección especial de la Caja de Seguro Obligatorio. En el sector de los empleados hay, además del Servicio Médico Nacional, numerosas Cajas de Previsión que han mantenido su autonomía para seguir haciendo ellas medicina preventiva entre sus imponentes. También la hacen las Fuerzas Armadas, Carabineros y Ferroviarios, independientemente entre los suyos. Se advierte pues, en esta materia una gran dispersión de fuerzas para un mismo objetivo.

En doctrina, la Ley de Medicina Preventiva pretende perseguir entre los trabajadores supuestos sanos, por medio del examen de salud sistemático y obligatorio, tres enfermedades que producirían los mayores índices de morbimortalidad: la sífilis, la tuberculosis y las enfermedades cardio-vasculares. Comprobadas una de estas enfermedades se impondría el tratamiento, especialmente a base del Reposo Preventivo, conservándole a manera de subsidio, el sueldo íntegro del imponente y con la obligación para el patrón de conservarle al enfermo su puesto, hasta seis meses después de haber obtenido su alta.

Como es sabido, se financia la Ley de Medicina Preventiva con aportes indirectos que hacen los patrones y los asalariados imponentes de Cajas. Las Cajas entregan el 2,12% de las imposiciones que reciben para sufragar los gastos médicos de Medicina Preventiva y para el subsidio de reposo existe una imposición directa de los asalariados del 1%.

Estamos convencidos que la Ley de Medicina Preventiva no ha cumplido su misión de ser y que desde un punto de vista epidemiológico, con respecto a su rubro principal, la tuberculosis, ha carecido de los principios que deben informar su actividad.

Analizaremos brevemente algunos de los aspectos que hemos criticado:

1.º **Medicina Preventiva no hace Medicina Preventiva.**—La Ley se ocupa solo de tres enfermedades: Sífilis, Tuberculosis y Cardiovasculares, aquellas que darían los más altos porcen-

tajes de morbi-mortalidad. Nótese que sobre las enfermedades infecto-contagiosas y sobre las enfermedades de la infancia, nada tiene que ver nuestra Medicina Preventiva.

Pues bien, sobre aquellas tres enfermedades actúa para su pesquisa, por medio del Examen de Salud que es obligatorio para todo asalariado, por lo menos una vez al año. Pero no tiene la Ley ningún elemento punitivo que haga realidad esta obligación, con lo cual se comprueba que solo un 10% de los trabajadores le dan cumplimiento, lo que implica una deducción estadística muy fácil de comprender: que un individuo examinado un año, teóricamente no lo será hasta 10 años después.

No hace Medicina Preventiva, porque comprobar la existencia de una sífilis y tratarla es en todas partes del mundo medicina curativa y no Medicina Preventiva. Igual cosa sucede con los cardiopatas pesquisados. Se les instituye el reposo como principal tratamiento, pero no se previenen las lesiones orgánicas que están ya instaladas y que volverán a producir insuficiencia, apenas el trabajador abandone su reposo y vuelva a sus labores. Medicina Preventiva para el enfermo cardio-circulatorio deberá hacerse en el niño durante sus enfermedades infecto-contagiosas, evitando que la escarlatina, las amigdalitis, la difteria dejen secuelas y, más adelante, en el adolescente y en el joven instituyendo tratamientos oportunos y eficaces al reumatismo, a las nefritis, a la sífilis.

Solo en tuberculosis pudiera hablarse en propiedad de Medicina Preventiva, pero a condición de hacer extensivos los servicios al núcleo familiar, porque se conoce el hecho que, ubicado un tuberculoso, hay un 15% de sus contactos familiares que sufren por lo menos el contagio, especialmente si el caso es avanzado. Comprobar entonces una tuberculosis en grado mínimo presupone, no solamente mejores posibilidades de mejorarlo y hacer más económicos sus tratamientos, sino también obtener un foco con menos posibilidades de haber derramado su contagio en la familia. Ahora bien, cabe hacer un interrogante. Si al Estado le incumbe la responsabilidad de realizar una lucha anti-tuberculosa en Chile, que llegue hasta todos los ciudadanos, ¿es compensativo mantener un costoso servicio limitado solamente a los imponentes de Cajas de Previsión, si se sabe que el Examen de Salud sistemático reducido a un 10% de esos imponentes arroja solo un 5 a 6% de enfermos tuberculosos? ¿O sería más lógico, más económico y más democrático ir a una lucha anti-tuberculosa de frente que incluyera a todos los ciudadanos de la Nación y que se realizara con la base

de los tuberculosos existentes y comprobados en todos los Servicios Médicos del país, pesquisando en ellos a continuación el estudio de sus contactos, en la seguridad de encontrar un 15% más de enfermos?

2.º Error Epidemiológico.—No sólo lo constituye el desentenderse desde el punto de vista de la protección médica, del núcleo familiar contaminado y que volverá a recontagiar al imponente recuperado por el tratamiento cuando vuelva al hogar, sino que contiene la Ley una verdadera aberración, antihumana y anti-epidemiológica: Si el tuberculoso llega a un grado avanzado en que se supone que el tratamiento no logrará su recuperación para el trabajo, la Ley lo abandona, después de haberlo rotulado como incurable. Ese enfermo es arrojado con ello a la miseria, porque se le terminan los subsidios, el patrón lo abandona y vuelve al seno del hogar a hacer una vida de pobreza angustiosa que lo obliga a la promiscuidad y con ello al contagio masivo de toda su familia.

3.º El Examen de Salud obligatorio no puede cumplirse.—Si aceptamos que los imponentes del Seguro Obligatorio sobrepasan el millón y que los empleados de todas las categorías llegan al medio millón, se puede apreciar de inmediato que con los actuales medios, en cuanto a espacio, elementos de trabajo y personal, es imposible hacer en todos ellos, como pretende la Ley, el Examen de Salud una vez al año. Trabajando al máximo los Servicios de Medicina Preventiva, en la actualidad logran examinar unos 100 mil obreros y unos 70 mil empleados.

4.º Medicina Preventiva amplia.—Pensamos que la idea de hacer Medicina Preventiva debiera ser la norma de todo trabajo médico y que solo ella puede lograr el ideal de tener una raza fuerte y productiva, pero para ello es necesario que no esté limitada a ciertos sectores de la ciudadanía y a ciertas enfermedades y que no exista ningún límite entre lo que indebidamente se llama Medicina Preventiva y Medicina Curativa. Que ella debe iniciarse en la edad pre-natal del individuo para acompañarlo toda su vida y que todos, sin excepción de trabajadores o nó, debieran contar con la protección económica que da el subsidio de enfermedad, a base tal vez de un sistema de seguro social unitario que consulte la debida protección familiar.

PROTECCION A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Dependiente primero de la Sanidad, donde actuó ahogada por la pobreza de medios y supeditada por otros problemas más apremiantes, logró tras duras pruebas y escaramuzas obtener su

independencia, pero no el reconocimiento de toda su importancia y trascendencia, prueba de ello es que sigue debatiéndose estérilmente, por faltarle el respaldo económico para desarrollar una labor productiva y eficaz.

Consecuencia de la falta de medios en que vive, es la acción muy limitada y rutinaria que ha logrado tener frente a los grandes problemas que le atingen y, por lo tanto, que su influencia sea todavía poco visible, descolorida y limitada tal vez solo a la capital y a una que otra gran ciudad.

En Santiago, su actividad principal se ha hecho sentir y se ha desarrollado en la Sanidad Escolar y se ha insinuado en el gravísimo aspecto del niño abandonado y de la delincuencia infantil. Pero el problema integral de la infancia continúa siendo en Chile un romántico ideal hacia el cual muchos quisiéramos que alguna vez se le dieran soluciones.

Doctrinariamente creemos que la protección de la infancia y adolescencia, dentro de un nuevo plan de política sanitaria, debe ser el eje alrededor del cual el Estado haga la protección de la salud, pero exige como condición "sin ecuanon" que no se actúe independientemente sobre el niño, quebrando, por así decir, la unidad familiar. Es indispensable partir del niño, pero adentrarse en el problema sanitario de la familia, con lo cual se afrontan complejidades médicas que exigen unidad de acción y de medios.

CAJA DE ACCIDENTES DEL TRABAJO

De acuerdo con la Ley 4055, de Accidentes del Trabajo, los patrones son responsables de los accidentes que le ocurrieren a sus obreros durante el trabajo o con motivo del trabajo. Hasta hace algunos años esta obligación la cumplían los patrones mediante un seguro de accidentes del trabajo contratado con Compañías que hacían estos seguros. Desde 1937 se crea una Caja de accidentes del trabajo de tipo semi-fiscal, que absorbe la casi totalidad de los riesgos producidos por las faenas obreras. Sin embargo, continúan algunas compañías particulares de seguros haciendo el comercio de este ramo de la previsión.

La Caja de Accidentes del Trabajo dispone de Hospitales traumatológicos bien dotados en Santiago y otras ciudades importantes de la República.

La Caja se financia a base de pólizas contratadas por los patrones.

En la práctica reciben los beneficios del Seguro contra accidentes los obreros que trabajan en las grandes industrias y

las pocas instituciones y particulares que tienen contratadas pólizas. El resto de la masa obrera carece de esta previsión y cada accidente es atendido habitualmente en nuestros hospitales de Beneficencia, donde los patronos ni siquiera pagan esta atención. Los subsidios e indemnizaciones muy raras veces son cobrados por los accidentados y es corriente que este pago sea acordado después de un juicio.

Se consulta dentro de las reformas pendientes de la Ley 4054 la inclusión del derecho a atención, subsidio e indemnización por accidente del trabajo, por la misma Caja de Seguro Obligatorio.

Dentro de un plan de política sanitaria que concentre todas las actividades médicas no puede eximirse a este importante aspecto de la enfermedad, como riesgo del trabajo, cuyo financiamiento podrá seguir haciéndose a través de la Ley 4055 (Reforma de la Ley 4054) o de un nuevo tipo de seguro unitario.

OTRAS INSTITUCIONES QUE HACEN ATENCION MEDICA

Además de las ya enumeradas, realizan atención médica preventiva y curativa algunas grandes Instituciones, como Fuerzas Armadas, Carabineros, Ferrocarriles, Municipalidades, Hipódromos, Bancos, Patronato Nacional de la Infancia, Gotas de Leche, Consejo de Defensa del Niño, Cruz Roja, etc.

Todas ellas invierten ingentes sumas que pueden estimarse en unos 500 millones de pesos que no corresponden al volumen y calidad de atención médica que pudiera esperarse de esta inversión.

MORBI-MORTALIDAD

Aún cuando la ponencia del Dr. Jorge Acharán; fundamenta la importancia del tema "Política Sanitaria" al establecer las cifras de morbi-mortalidad nacional, hemos preferido en este relato abstenernos de hacer un análisis detallado de porcentajes o comparaciones estadísticas internacionales, porque han sido ya suficientemente expuestas y casi ningún médico desconoce hoy cuáles son las altas proporciones de morbi-mortalidad que presenta nuestro país, en afecciones como la tuberculosis, sífilis, enfermedades cardio-vasculares, enfermedades infecto-contagiosas, cáncer, trastornos mentales, afecciones ginecológicas, enfermedades de la infancia, etc., etc.

Hemos, en cambio, preferido destacar la desorientación téc-

nica en nuestros principales servicios de salud, la falta de coordinación de ellos, la carencia de un sentido económico social y las medidas necesarias para solucionar estas deficiencias.

ASPECTO ECONOMICO DEL PROBLEMA

Sin mayores comentarios por el momento, hacemos una exposición aproximada de cuáles son los recursos económicos de cada una de las instituciones que hemos analizado anteriormente, con que cuentan para desarrollar exclusivamente sus finalidades de atención médica.

Ministerio de Salubridad.— Podemos estimar que en el presente año va a disponer de \$ 4.107.000 para su propio financiamiento (personal, gastos diversos), en un presupuesto global de \$ 373.763.236. En esta suma están incluidos los aportes que el Estado hace a las Cajas de Previsión, Beneficencia, Gotas de Leche, etc. Por ello, para evitar duplicaciones, ya que estos aportes han sido incluidos en los presupuestos de cada una de estas instituciones, descontamos la suma de \$ 369.656.236.

Dirección General de Sanidad.—El presupuesto del presente año consulta la cantidad de \$ 57.166.000, que lo consideraremos íntegramente.

Además de este presupuesto existe otro, cuyo monto exacto no conocemos, que es el que se invierte anualmente junto con el Departamneto Cooperativo Interamericano de Obras de Salubridad, en las Unidades Sanitarias que están en funcionamiento.

Dirección General de Protección a la Infancia y Adoiescencia.—Dispondrá durante 1947 de \$ 34.185.800 que también debemos considerar en su totalidad.

Caja de Seguro Obligatorio.—Dispone para el presente año de un presupuesto de gastos para atenciones médicas de \$ 461.000.000, de los cuales \$ 120.000.000 corresponden a pago de hospitalización de asegurados.

En esta suma de \$ 491.000.000 han sido descontados los beneficios de subsidios por enfermedad, subsidios de reposo preventivo, pensiones de invalidez, vejez y devolución de imposiciones por fallecimiento. Si incluyéramos el total de gastos, el presupuesto de la Caja asciende a \$ 706.463.176, por concepto de atenciones médicas y beneficios.

Dirección General de Beneficencia.—El presupuesto de gastos de 1946 fué de \$ 666.377.115, el que debemos incluir en su totalidad por tratarse de valores que se invierten íntegramente en financiar sus servicios administrativos, hospitales y otros establecimientos asistenciales.

Servicio Médico Nacional de Empleados.—Consulta para el presente año un presupuesto total de \$ 111.808.457, pero los gastos exclusivamente de atención médica son de \$ 49.974.006, el resto corresponde a subsidios de reposo.

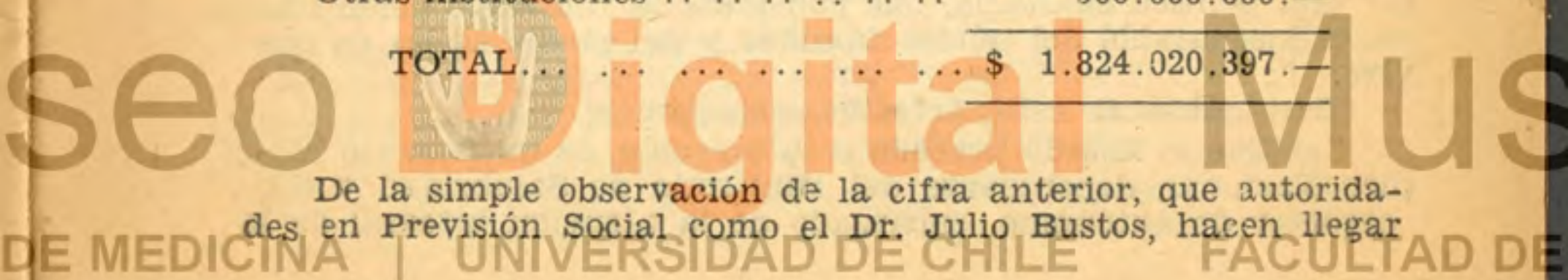
Caja de Accidentes del Trabajo.—En un presupuesto de gastos de \$ 89.820.476 invierte en atenciones médicas \$ 51.210.476, El resto corresponde a indemnizaciones, subsidios y pensiones.

Otras instituciones.—Puede estimarse que las demás instituciones que hacen prestaciones médicas, a saber: Fuerzas Armadas, Carabineros, Ferrocarriles, Municipalidades, Hipódromos, Instituciones Bancarias autónomas (Banco Central, Banco de Chile, Caja de Ahorros y Banco Hipotecario), Patronato Nacional de la Infancia, Gotas de Leche, Consejo de Defensa del Niño, Cruz Roja Chilena, etc., invierten más o menos unos 500 millones de pesos anuales.

CUADRO DE GASTOS MEDICOS

INSTITUCION	GASTOS
Ministerio de Salubridad. \$	4.107.000.—
Dirección General de Sanidad	57.166.000.—
Dirección General de Protinfancia	34.185.800.—
Caja Seguro Obligatorio	461.000.000.—
Dirección General Beneficencia . . .	666.377.115.—
Serv. Médico Nac. Empleados	49.974.006.—
Caja Accidentes del Trabajo.. . . .	51.210.476.—
Otras instituciones	500.000.000.—
TOTAL... \$	1.824.020.397.—

De la simple observación de la cifra anterior, que autoridades en Previsión Social como el Dr. Julio Bustos, hacen llegar



a dos mil millones de pesos, podemos concluir que cualquier plan de política sanitaria estaría ampliamente financiado si estos fondos se destinaran al mantenimiento de un sólo organismo encargado de la defensa integral de la salud.

Es paradójal que con estas disponibilidades, los distintos organismos médicos lleven una vida precaria por sus presupuestos estrechos y a veces angustiosos.

A nadie puede escapar la manifiesta economía que significaría en todos sentidos, tanto desde el punto de vista financiero, como del esfuerzo personal perdido, de economía de materiales y medicamentos y también de duplicación de servicios, si pudiera planearse el sistema que concentrara en una sola institución toda la actual atención médica dispersa, a cargo hoy de varios organismos desconectados entre sí; pero que deben desarrollar una labor armónica de conjunto.

CONCLUSIONES

PLAN DE POLITICA SANITARIA

Del análisis sistemático efectuado de las instituciones que tienen a su cargo la defensa de la salud, así como de los medios económicos de que disponen para desarrollar esta labor, se desprende:

1.º que existe franca anarquía en materia de salud pública, consistente en dispersión de servicios, duplicación de atenciones, mal aprovechamiento de elementos de diagnóstico y tratamiento, malbaratamiento del esfuerzo personal de los técnico (médicos y paramédicos);

2.º que esta multiplicación de esfuerzos semejantes, que requieren la contratación del mismo personal técnico y que atiende a la misma población de enfermos, con plantas administrativas propias y dotación de equipos costosos para cada institución, representa un derroche de fondos que debe evitarse, y

3.º que existe desorientación en las prestaciones médicas otorgadas desordenadamente por cada institución, generalmente en desacuerdo con las modernas concepciones que deben regir una política sanitaria, que considera al individuo como una parte inseparable del núcleo familiar y del medio social en que vive.

Para subsanar estos defectos proponemos:

1.º Que el Estado proceda a la creación de un Servicio Médico Nacional, dependiente del Ministerio de Salubridad y con carácter de autónomo, encargado de la atención integral de la

salud en la República, de acuerdo con las nuevas concepciones médico sociales y en relación directa con el imperativo de nuestra economía nacional, que exige salvaguardar la vida de los ciudadanos desde su edad prenatal hasta la vejez.

2.o Este Servicio Médico del Estado podría financiarse con los presupuestos de cada una de las instituciones que van a integrarlo, en la siguiente forma:

e) El producto (intereses, entradas, etc.) del patrimonio de la Beneficencia, que podría seguir siendo administrada por una Junta;

b) La cuota patronal de la Caja de Seguro Obligatorio;

c) El presupuesto de la Dirección General de Sanidad;

d) El presupuesto de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia;

e) El producto de las leyes que actualmente favorecen a la Beneficencia, Dirección General de Sanidad, Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, etc.;

f) Aportes de las Cajas de Previsión en proporción a su volumen de imponentes;

g) Entradas propias de todos los servicios (pensionados, servicios pagados, donaciones, etc.);

h) Un aporte fiscal que complete el total de las necesidades presupuestarias del Servicio; y

i) Las leyes que en su favor se dicten.

3.o Este Servicio tendría a su cargo la atención integral de la población, en sus aspectos de medicina preventiva, curativa, del trabajo, sanitaria, de tipo especial como es la readaptación de niños anormales, de lisiados, de alienados, de inválidos, etc.; preocupándose además en forma especial del saneamiento ambiental.

4.o El Ejecutivo deberá presentar a la consideración de las Cámaras los proyectos de leyes tendientes a crear el Servicio Médico del Estado y, conjuntamente, los proyectos que reformen las leyes vigentes en el sentido de adaptarlas para que los organismos e instituciones que actualmente tienen a su cargo la salud pública, pasen a integrar el Servicio.

5.o Con este objeto deberá irse progresivamente y por etapas a la concentración de los actuales servicios médico asistenciales y de previsión, encargados de velar por la salud, refundiéndolos en este Servicio Médico del Estado.

6.o A cargo de este Servicio estaría un Director General y un Consejo, en el que deberán estar representados: el Estado,

• Caja de Seguro Obligatorio, Beneficencia, Facultad de Medicina, Asociación Médica de Chile, representantes de otras Cajas de Previsión y representantes de los patrones y asalariados.

7.o Las Cajas de Previsión, dentro de este sistema, entregarían el beneficio de atención médica al Servicio Médico del Estado y se reservarían para sí las demás prestaciones que se refieren a previsión social.

8.o El Servicio Médico del Estado desempeñará sus funciones por intermedio de los establecimientos hospitalarios transformados en Centros de Salud, con un trabajo semejante al que desarrollan las unidades sanitarias.

9.o La realización de este plan exige la inmediata creación de escuelas de capacitación técnica destinadas a formar suficiente número de enfermeras hospitalarias, enfermeras visitadoras, visitadoras sociales, auxiliares de enfermeras, practicantes y personal de servicio.

10.o Con el objeto de atraer al médico hacia los sectores más lejanos de los grandes centros urbanos, se establecerían asignaciones de residencia, que compensen el sacrificio de vivir aislado. Además, se consideraría este desempeño en zonas rural urbanas, como un elemento de preferencia para ascender en el escalafón.

11.o Este Plan de Política Sanitaria deberá ser realizado paralelamente a la aprobación de los proyectos de Colegio Médico, Estatuto Orgánico del Médico Funcionario y a la Previsión de los Médicos.

