

APOSTOLES Y MERCADERES DE LA SALUD

(UN ESTUDIO SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE LOS
MÉDICOS EN EL PROCESO CHILENO)



Por JOSE VALENZUELA FEIJOO



EL FAMOSO PABELLON Nº 7 del Open Door, donde los enfermos mentales padecen condiciones infrahumanas. La salud en Chile sigue siendo un privilegio de la clase adinerada. Los médicos —en una gran mayoría— están en contra del proceso revolucionario.

LA crisis del capitalismo dependiente chileno se ha venido agudizando con particular fuerza en los últimos años. Como no se trata de una crisis coyuntural —que por lo demás se vienen sucediendo con una frecuencia cada vez mayor— sino de una crisis que es manifestación del cada vez más profundo y definitivo agotamiento del sistema, ha dado lugar a una extrema exacerbación de la lucha de clases poniendo de este modo la revolución a la orden del día.

La actual administración ha llevado a la práctica un programa de profundas y radicales reformas. Con ello no sólo ha respondido a parte de las exigencias mayoritarias del país, sino que incluso ha exacerbado el diapasón de la lucha clasista. Y como siempre ha sucedido, mientras más agudo el conflicto y la crisis, más al desnudo quedan los auténticos perfiles de las clases y grupos en juego.

Sin duda —y la experiencia lo confirma día a día— no hay más salida para Chile que la instauración de un Poder Popular Revolucionario de dirección proletaria. Esto le otorga una particular urgencia al problema de definir el contenido de la categoría pueblo en este período histórico, es decir, la delimitación de las clases y grupos que pueden y deben actuar como aliados del proletariado en el proceso revolucionario. Por otro lado, la propia agudeza del conflicto, facilita enormemente esta tarea.

Aquí, no pretendemos dar respuesta a lo anterior. Nuestro objetivo se limita estrictamente a observar el comportamiento de un grupo específico: el de los llamados profesionales liberales. Para el caso, nos servimos de los médicos como medio de tipificación.

Los llamados profesionales liberales conforman la capa superior de la pequeña burguesía. Especialmente en países como el nuestro, la pequeña burguesía es muy heterogénea y por ende su comportamiento político es bastante diferenciado. Desde un ángulo general —considerándola en bloque— puede calificársela como un aliado decisivo para el proletariado. Pero a poco que se concrete el problema —y en política reducirse a planteamientos generales equivale a la esterilidad en la acción— se impone la necesidad de efectuar distinciones al interior de este conjunto tan heterogéneo. Según luego pretendemos mostrar, la actitud típica de los profesionales liberales frente a la revolución no es lo típico de la pequeña burguesía. El análisis por ende, es útil en cuanto nos advierte sobre el peligro de las generalizaciones apresuradas y contribuye a precisar el campo de los aliados más seguros. Por otro lado, buena parte de estos profesionales, en virtud de sus capacidades “tecnológicas”, son imprescindibles para asegurar un período de transición menos turbulento y en consecuencia, menos susceptible de revertir a lo viejo. Conviene por ende, precisar las condiciones de su eventual neutralización.

Como hemos elegido a los profesionales médicos como caso demostrativo de la pequeña burguesía profesional moderna y privilegiada, conviene intentar un breve y muy esquemático esbozo del problema de la salud en nuestro país. De este modo, podemos si-

tuar mejor el tipo de comportamiento que nos preocupa.

1.—LOS DETERMINANTES DE LA SALUD

Decir que en nuestro país existe un serio problema en torno a la salud física y mental, por supuesto no es ninguna novedad. Y tampoco cabe extrañarse que así sea, pues nuestro país pertenece al no muy selecto club de países capitalistas subdesarrollados y dependientes. De hecho, un bajo coeficiente de salud física y mental no es sino una expresión, una manifestación entre otras tantas, de nuestra condición de nación capitalista subdesarrollada.

Dos son los elementos básicos que influyen en los niveles de salud. En primer lugar, las condiciones ambientales en que transcurre la vida de la población. Esto se refiere principalmente al nivel de vida o bienestar familiar, o, para expresarlo más gráficamente, al grado de acceso que tenga la población a la vieja y sentida trilogía del “pan, techo y abrigo”. En términos económicos esto se puede precisar hablando del ingreso nacional por persona y la forma en que éste se distribuye entre los distintos sectores de la población. Un mayor desarrollo significa mayores ingresos y mayores ingresos significan “más y mejor pan”, “más y mejor techo” y “más y mejor abrigo”. Y todos estos más y estos mejores deben reflejarse en superiores standards de salud.

El segundo elemento que influye sobre la “variable salud”, es el monto de recursos que la sociedad destina a atender de manera específica la salud ciudadana. Mientras mayor sea el número de médicos, de personal paramédico, de camas-hospital, etc. por habitante, evidentemente más favorable será el nivel de salud del país en cuestión. Claro está, aquí nos encontramos una vez más con el obstáculo del nivel de desarrollo. Un país como Chile, con un ingreso por persona del orden de los setecientos dólares, destina alrededor de un tres por ciento del producto total, a gastos de salud. Esto implica unos 21 dólares por habitante. Estados Unidos, si suponemos que destina el mismo tres por ciento de Chile, como tiene un ingreso por persona del orden de los 4.500 dólares, automáticamente estaría destinando 135 dólares por persona a la atención del problema de la salud. El esfuerzo relativo sería el mismo, pero su masa absoluta tremendamente dispar. En consecuencia, sólo cabe esperar un nivel muy diferente de salud en uno y otro caso.

De lo anterior podría desprenderse una conclusión: el problema de la salud se resuelve —o por lo menos se aminora— en la medida que se resuelva el problema del bajo nivel de desarrollo económico de nuestro país. En consecuencia, cualquier política de salud debe ir estrechamente unida a la política general de desarrollo del país. Y en relación a este punto conviene advertir sobre dos aspectos: a) la ligazón entre bajos niveles de salud y bajos niveles de ingreso no es ni mecánica ni absoluta. Países socialistas como China, por ejemplo, han demostrado de modo espectacular que un cambio de sistema social permite romper las barreras impuestas por el nivel de desarrollo. La correlación

anotada es válida, siempre y cuando se refiera a los países capitalistas; b) en nuestro país, una política de desarrollo auténtica, supone el reemplazo del actual régimen imperante.

2.— LA SALUD: ¿FUNCION PUBLICA O PRIVADA?

Insistir sobre la correlación entre nivel de ingreso y niveles de salud puede conducir a una especie de fatalismo sanitario. Si se desea esperar un futuro de desarrollo, o el cruce de los 2.000 dólares per cápita, es seguro que antes pasará el cadáver propio que el del enemigo. El problema hay que abordarlo a partir de la actual situación.

Para simplificar, dejamos de lado todo lo que se refiere a política general de desarrollo económico. En segundo lugar, también podemos suponer —a título igualmente simplificador— que el monto actual de los recursos destinados a atender el problema de la salud, permanecen inalterados. Este, sin duda, es un supuesto fuerte e incluso dañino. Si se piensa que en Chile, el gasto policial-militar más que duplica el gasto en salud, sería interesante averiguar cuánto “pañó por cortar” existiría por este lado; claro está, sin que esto implique olvidar que los gastos militares son imprescindibles —aunque no por ello menos improductivos— en una sociedad antagónica, interna y externamente. Pero no siendo nuestro objetivo indagar en una política de reasignación global de los recursos, dejamos este aspecto de lado.

Si los recursos constituyen un “dato”, el problema se reduce a saber cómo usar del modo más eficiente tales recursos.

Y al respecto, para mejor plantear el problema, conviene entregar algunos antecedentes mínimos.

En Chile —y esto, para cualquier paciente, médico o funcionario es un hecho palpable— es un secreto a voces la burocratización, la desorganización y el despilfarro con que trabaja el S. N. S., lo cual, por supuesto, no es sino un índice más de la forma cómo se ha desarrollado y hecho crisis el aparato estatal burgués en nuestro país. Todo esto se traduce en los altos costos del servicio que presta el S. N. S. Sin embargo, y pese a esto, de acuerdo a estudios oficiales, en 1968 el costo de la consulta privada se estimó en un 70% más cara que la realizada por el S. N. S. Tenemos entonces, un primer dato: el precio de la atención privada es muy superior al de la consulta pública.

Otro dato de interés se refiere al porcentaje de consultas que atienden el sector público y el privado. Y al respecto, las informaciones indican que sólo un tercio de las consultas se realizaron por intermedio del ejercicio privado de la medicina y los dos tercios del total, fueron satisfechas por el sector público. O sea, el sector privado atiende menos y más caro; a la inversa, el sector público atiende más y más barato.

Por otro lado, se tiene que en el período 1960-1969, en promedio las horas médicas (suponiendo una jornada de ocho horas) se distribuyeron en un 50% para el sector privado y la otra mitad para el sector público. O sea, la productividad de la hora de trabajo mé-



LA DESNUTRICION es uno de los obstáculos con que debe enfrentarse la infancia chilena. Hay médicos que olvidan ese problema.

dico gastada por el sector público es mucho más alta que la del sector privado. Una jornada de trabajo médico en el sector público permite atender el doble de pacientes de la que se efectúa en forma privada.

Otro dato significativo se refiere a la distribución del gasto en salud que realizan las familias. De acuerdo a Odeplan, “existen algunas encuestas de gastos en salud de las personas, que indican que éstas gastan entre un 40% y un 50% del total en el rubro farmacia, que la mayoría de las veces no obedece a necesidades controladas por el médico sino al sistema de autoreceta”. De aquí se desprenden varios elementos. Uno, el alto costo de los remedios. Y cualquier comprador que sepa las diferencias de precios entre el “formulario nacional” y los productos de los laboratorios privados, ya tendrá en sus manos la solución. Romper con la dependencia de los consorcios privados extranjeros y nacionales e ir a la formación del estanco estatal —en lo que se refiere a los medicamentos importados— y a una sola y gran empresa estatal productora de medicamentos. (*) Por otro lado, la abundancia de las “auto-recetas” no es sino la otra cara de la medalla de una atención médica cara e insuficiente.

Y lo que vale para la producción de me-

(*) Sobre el escandaloso negocio con los medicamentos, ver págs. 16, 17, 18 y 19 de esta misma edición de FF.

dicamentos, también vale para los servicios médicos. La supresión del ejercicio privado y mercantil de la profesión, de acuerdo a lo que hemos visto implicaría: a) reducción de los gastos de atención médica; b) aumentar la cantidad de atención médica. Pero los beneficios irían más allá de estos elementos cuantitativos. Desde un ángulo cualitativo, lo anterior implicaría también que los servicios médicos se democratizarían alcanzando a sectores tradicionalmente marginados de ellos como la población urbana de bajos ingresos y especialmente los sectores campesinos. O sea, pasar de un servicio médico oligárquico y excluyente, a uno amplio y democrático.

En Chile, el servicio médico —y en esto se asemeja bastante al educacional— ha tendido a desarrollarse de modo espontáneo, adecuando sus estructuras al perfil económico social del país. No puede por ende extrañar, que en términos generales, sea un reflejo bastante aproximado de las estructuras socio-políticas del país. El país es dependiente y nuestra medicina no lo es menos; hay dependencia en medicamentos, en tecnología médica, en instrumental médico y hay una buena parte de investigadores culturalmente enajenados. El país presenta una estructura social tremendamente heterogénea, desigual y elitista. El servicio médico también es así: en lo esencial se ha preocupado de atender a los grupos con mayor poder económico y de regateo.

Por lo mismo, un cambio cualitativo radical del servicio médico y por ende de la "variable salud", sólo cabe esperarla de un cambio radical a nivel de la sociedad global. Sólo un proceso que rompa definitivamente y a fondo las estructuras del capitalismo dependiente, podrá modificar los actuales rasgos de la atención sanitaria. Esto, a su vez, obligadamente debe acarrear alteraciones drásticas en el sistema de roles que hoy definen a las instituciones de la salud. Estos roles, son llenados por actores específicos, de carne y hueso, con hábitos y valores precisos. Por eso, el planteo del problema de la salud, nos lleva a plantear el problema de los actores del "drama de la salud". Y como dentro del reparto, las primeras figuras son los médicos, tenemos que el "problema de la salud" nos lleva a analizar "el problema de los médicos".

1.— El problema de los médicos no sólo tiene relevancia desde el ángulo de la incidencia que la actitud de éstos tiene sobre la resolución del problema de la salud. También representa un caso muy típico del comportamiento de ciertos sectores pequeño-burgueses profesionales en relación al problema de la revolución. Como la experiencia histórica lo viene demostrando de un modo concluyente, toda revolución de hegemonía proletaria necesita de la integración de la pequeña burguesía al frente de clases que impulsa el proceso renovador. Pero al mismo tiempo y con igual fuerza, la experiencia histórica ha venido demostrando que hay un sector pequeño-burgués de altos ingresos —nos referimos concretamente a los "profesionales" de altos ingresos, por lo común ligados a los sectores más modernos— que asume una actitud hostil e incluso francamente

contrarrevolucionaria. En el concepto de pequeña burguesía caben capas y grupos muchas veces heterogéneos entre sí. De aquí la necesidad de escarmentar en su interior, de disgregarlo y de no analizarlo en bloque. El grueso de lo que comunmente se denomina pequeña-burguesía participa del proceso revolucionario en calidad de aliado de la clase dirigente: el proletariado. Sin embargo, hay un sector que opta por el camino opuesto. Para analizarlo, los médicos constituyen un buen ejemplo.

Hemos dicho que el problema de la salud nos remite al "problema de los médicos". Todo problema revolucionario (baste citar el cercano ejemplo de la Revolución Cubana), ha experimentado problemas serios con los médicos —sino con todos, a lo menos con una parte considerable de ellos— y esto se debe a que la revolución implica para "algunos" médicos la aparición de algún tipo de problemas. Como para tales grupos, la revolución constituye un problema, terminan a su vez transformándose en un problema para la revolución. ¿Cuál es entonces, el problema de los médicos? ¿Cuál es y cómo se plantea el problema en el caso concreto de la sociedad chilena de hoy?

2.— EL MEDICO LIBERAL

El médico chileno, cuando ejerce su profesión en forma privada, como regla lo hace en forma liberal, o sea independiente, como patrón de sí mismo. Esta modalidad, importa recalcar, no es la única forma posible del ejercicio privado de la profesión. Los médicos pueden también trabajar como asalariados bajo las órdenes de un patrón capitalista. Y en este caso, dado el carácter esencialmente privado de la empresa capitalista —cualesquiera sea la forma jurídica que asuma ésta— su trabajo también se recubre con tal rasgo. Esta situación es la que tiene lugar cuando una empresa organizada en forma capitalista aborda la producción de los bienes y servicios que satisfacen la demanda de salud.

Es sabido que el capitalismo se expande en forma relativamente tardía al sector servicios y por ende no es de extrañar que esta modalidad del trabajo asalariado capitalista esté poco expandida en nuestro país, si bien tiende a crecer con vigor en los últimos años. Por el contrario, en algunos países capitalistas centrales —como es el caso de los Estados Unidos— esta variedad se encuentra bastante expandida.

En Chile, todavía no es éste el caso típico. Cuando el médico ejerce en forma privada, no vende su fuerza de trabajo ni se transforma en asalariado. De hecho, su actividad se asemeja a la de un artesano o a la de un pequeño comerciante. Puede entonces, catalogarse con toda propiedad como un pequeño productor mercantil. O sea, no vende su fuerza de trabajo a cambio de un salario ni contrata fuerza de trabajo ajena (a lo más, una o dos secretarías o ayudantes que por supuesto no alteran el problema ni lo transforman en capitalista).

¿Cuáles son las implicancias de esta posición del médico como pequeño productor mercantil?

**LA MADRE y el
niño: médicos
reaccionarios
se niegan a
dar una atención
adecuada a la
población.**



Lo primero a destacar es algo que no por tautológico es menos decisivo. El médico produce mercancías y las mercancías son objetos —en este caso servicios— cuya finalidad es el ser vendidos. El cuidado de la salud se transforma entonces en algo que se compra y se vende. Y si de esto se trata, obviamente serán compradores del “bien salud” sólo aquellos que estén en condiciones de pagar el precio del servicio.

En Chile, si conjugamos el precio de la atención médica privada y la distribución del ingreso que todavía existe en el país, lo anterior tiene un corolario preciso: los médicos, al transformarse en pequeños productores mercantiles, de hecho estarán trabajando para los sectores de más altos ingresos, o sea, para las clases dominantes y explotadoras. Y esto, no deja de tener consecuencias ideológicas. En estos casos la regla indica que el productor tenderá a asimilar la ideología de los clientes. Como alguna vez anotaba Sartre, la ideología del tendero y del tabernero, no son sino la de sus parroquianos.

Pero hay algo más. Al caer en el torbellino del circuito mercantil como pequeño productor, el médico liberal adopta una trayectoria o movimiento económico del tipo M-D-M. O sea, mercancía-dinero-mercancía. El produce cierto tipo de valores de uso —los servicios médicos— con los cuales llega al mercado en procura de algo preciso: transformarlos en dinero. La posibilidad de tener acceso a la alimentación, a la ropa, a la vivienda, al automóvil, etc., dependen exclusivamente de la felicidad o infelicidad con que realiza la mencionada operación de venta. El

dinero por ende pasa a transformarse en una obsesión permanente, pues será su presencia o ausencia la que estará indicando el reconocimiento o no que efectúa la sociedad sobre la “utilidad” de su trabajo privado. En palabras de Marx, “cuando los bienes se convierten en valores de cambio, o viceversa, éstos en aquéllos, se despierta la codicia del dinero. A medida que la circulación de esos bienes se extiende, el poder del dinero aumenta, pues el dinero es una forma de riqueza absolutamente social, siempre presta para el uso”).

Hay todavía un punto adicional. El médico, en cuanto pequeño productor mercantil, no vive en una sociedad exclusiva de pequeños productores. Muy por el contrario, su forma económica coexiste en forma subordinada a la forma capitalista —en sí ya heterogénea— que es la predominante en una economía como la chilena. Más aún ya hemos visto que es la burguesía —especialmente la monopolista— la principal usuaria de estos profesionales liberales. Y en este caso, el efecto demostración sin duda hunde sus garras en las pautas de consumo de este profesional. Espontáneamente, tenderá a imitar los patrones de consumo de la alta burguesía y esto sólo puede lograrlo si al final de su ciclo económico de pequeño productor accede a una alta y diversificada masa de mercancías. Lo cual, según ya veíamos, lo podrá lograr sólo en la medida que es capaz de obtener una alta masa de “poder de compra” —dinero— a cambio de sus servicios médicos. La obsesión por el dinero, así las cosas, sólo puede duplicarse y llega a trans-

formarse en el fin central de la vida. Y con ello, la atención médica propiamente tal, en un mero instrumento, en una pura intermediación.

3.—LAS CONTRADICCIONES Y SU SUPERACION.

Por supuesto lo anterior nada tiene que ver con éste o el otro temperamento. Es la posición social y la dinámica en ella implícita la que obliga casi coercitivamente a actuar del modo descrito. En la sociedad no se da el dilema de los "malos" contra los "buenos". El burgués no es explotador por ser "malo" ni el proletario es "bueno" por ser explotado. De hecho, no son ni buenos ni malos, ni sinvergüenzas, ni convergüenzas. Simplemente, al adscribirse u ocupar ciertas posiciones sociales, no tienen más remedio que cumplir el rol que la sociedad le asigna a cada posición. Y si los resultados del funcionamiento del sistema se juzgan insatisfactorios, lo que procede es destruir el sistema, las relaciones sociales que lo definen y sustentan y no a los individuos que no son sino portadores de tales relaciones sociales.

La salud es un bien que se cuenta entre aquellos que la conciencia común se niega a aceptar como objeto de compra y venta, como mercancía. Sin embargo, el capitalismo es implacable en su vocación de universalización del régimen mercantil. "Hasta aquellas cosas que se entregaban pero que no se vendían —escribe Marx—, que se daban pero que no se cambiaban, que se adquirían pero no se compraban —la virtud, el amor, las ideas, la ciencia, la conciencia, etc.—, entraron en el comercio. Comienza así un período de corrupción al por mayor, de venalidad universal, o, para decirlo en términos de economía política, un período en el que todo en el orden espiritual como en el material se convierte en valores de cambio y desciende al mercado para ser tasado en su justo precio".

El juicio social sobre los médicos es sin duda contradictorio. Por un lado un gran respeto e incluso admiración, y por el otro, un no disimulado fastidio y abominación por ser "monetizados", "mercaderes" y etcétera. Asimismo, en el plano subjetivo, sin duda hay una contradicción y angustia perpetua en el profesional de la salud entre sus honrados e idealistas afanes de "servir al prójimo" (embrión del principio más radical de "servir al pueblo") y las imposiciones del sistema de servirlo por medio de transacciones mercantiles.

¿Qué es sino el carácter mercantil de la atención médica lo que está por detrás de todos estos contradictorios sentimientos? Una mercancía es una mercancía, es decir, siempre es la unidad de un valor de uso y de un valor de cambio o valor. En la atención médica lo que se respeta es el lado del valor de uso y lo que se repudia es el lado del valor de cambio. Desde este ángulo, la solución de la contradicción es clara y ella reside en eliminar el carácter mercantil de la atención médica. Y esto —aunque simple en las palabras— es tremendamente complejo en la realidad. Como Lenin gustaba de recalcar, la abolición plena de lo mercantil no es

un problema de decretos o de voluntades, sino un problema que depende —como condición sine qua non— del desarrollo objetivo de la base material que posibilite tal superación. Sin embargo, la socialización de la salud —superada la etapa de los yerbateros y curanderos— es bastante fácil, simple y factible si se la compara verbigracia con el caso de la agricultura. Los problemas vienen más bien por otro lado. Aquí, al igual que en otros sectores aunque con mayor fuerza, no basta con transformar la estructura de las instituciones de la salud. Por supuesto tal cambio es indispensable, pero requiere de algo más.

Nos referimos al problema de las motivaciones. En cualquier sociedad, las motivaciones y valores predominantes como regla —salvo en períodos de crisis revolucionarias— son los de la clase dominante. Y estas motivaciones y valores son los adecuados para que las estructuras —en el caso chileno, las estructuras capitalistas— funcionen con relativa eficacia. De aquí que un cambio parcial de las estructuras, en este caso las de la salud, estará condenado de antemano al fracaso. Estas no pueden sobrevivir quiétescamente como un islote enmurallado en un mar mercantil tempestuoso. Las fábulas de corte saintsimoniano son suficientemente conocidas como para repetir sus tristes resultados. El cambio por ende, debe ir acompañado de un cambio drástico en las estructuras más decisivas del aparato económico y político. Esto, en primer lugar para que las instituciones de la salud, en su dinámica objetiva, no se subordinen a las leyes de funcionamiento que fatalmente les imponen los centros económicos y políticos estratégicos —que obviamente no se localizan en esta esfera—. En segundo lugar, para crear las condiciones que permitan subvertir y socavar en forma profunda la ideología y valores de la vieja sociedad. Según lo ha comprobado con fuerza la experiencia histórica reciente, los valores y la ideología antiguas poseen un alto grado de autonomía y capacidad de permanencia frente a los cambios que experimenta la base. Sin una política consciente, activa, tenaz y permanente que tienda a revolucionar lo ideológico, la vieja cultura persiste e incluso puede socavar las transformaciones experimentadas por la base. En suma, sin cambiar las estructuras globales dominantes y sin cambiar las motivaciones y valores predominantes, el cambio se transforma en una frase hueca.

El punto anotado es especialmente relevante y difícil de resolver para el caso de los médicos. En la sociedad actual éstos poseen una posición privilegiada en extremo y mantienen formas de vida y consumo que constituyen un auténtico exabrupto en relación a las condiciones de vida medias de la gran masa de la población. En países como los nuestros, la revolución forzosamente implica un cambio brusco y radical en la estructura de la oferta global (interna y externa), de tal modo que aunque a ciertas capas se les mantenga (supuesto por lo demás incorrecto) su actual nivel de ingresos monetarios, se encontrarán con la absoluta imposibilidad de realizar tales ingresos en términos de los patrones de consumo tradicionales. Sin duda, este futuro es percibido por estos "profesio-

LOS CONSULTORIOS infantiles debían cumplir una labor de distribución de alimentos elementales.



nales" y en cuanto a ellos predomina la vocación mercantil, no puede extrañar que se incorporen en forma masiva a la no muy selecta fila de los "emigrados" de la revolución.

Lo anterior no debe exagerarse hasta concluir que el destino de toda revolución es pasarse sin médicos. Por un lado, un por ciento no despreciable de éstos optan por el valor de uso y permanecen. Por el otro lado, si bien el "stock" disminuye por algún lapso, éste es fácilmente recuperable y superable en un plazo a lo más mediano. Conviene por ende —si lo que interesa es el momento de la transición— analizar los factores que estarían incidiendo sobre las proporciones que asumen los "que se van" y los "que se quedan".

4.— RAZONES DE UN COMPORTAMIENTO.

Lo anterior apunta al meollo de los cambios necesarios: se debe suprimir el carácter mercantil de la profesión médica. Sin embargo, hay problemas adicionales que no conviene olvidar y que planteábamos al finalizar el párrafo anterior. En un período de transición, los cambios se inician pero las nuevas estructuras deben funcionar y desarrollarse en alto grado con los hombres "viejos". Surge entonces la pregunta: ¿se puede contar con éstos? ¿En qué proporción?

Por supuesto hay una cantidad importante de profesionales que incluso luchan activamente por cambios radicales del sistema (hay ejemplos conspicuos al respecto). Pero inte-

resan los otros: ¿qué actitud puede esperarse de ellos?

El médico liberal es un pequeño productor mercantil y por ende, podemos catalogarlo como elemento de la pequeña burguesía en su sentido más estricto. Desde este ángulo y partiendo de la base que la pequeña burguesía es un aliado imprescindible del proletariado en las primeras fases del proceso revolucionario, la respuesta sería fácil y positiva.

Sin embargo, como ya hemos adelantado, el problema es más complejo y no se resuelve con apreciaciones de carácter tan general. Requiere, justamente por ser un problema concreto, de apreciaciones igualmente concretas.

Para mejor situar el problema, partamos de un dato crucial y muchas veces olvidado por algunos analistas de izquierda: la "heterogeneidad estructural" que caracteriza a la economía chilena. Esta heterogeneidad recordemos, implica la coexistencia de formas precapitalistas al lado de las estructuras capitalistas dominantes y asimismo —para el caso chileno esto es lo básico de la heterogeneidad— la superposición de formas capitalistas atrasadas, intermedias y modernas. En suma, desarrollo marcadamente desigual. Desde el ángulo que nos interesa lo anterior supone un altísimo diferencial de productividad tanto intersectorial como intrasectorial. A su vez, esto condiciona una marcada disparidad en la distribución del ingreso, que es más regresiva en este tipo de países que en aquellos más desarrollados y homogéneos. En

Chile, por ejemplo, casi la mitad de la población ocupada obtiene ingresos inferiores al vital y sólo un 0,3% de ella supera los veinte vitales, y un 1,3% gana más de diez vitales.

El fenómeno citado acarrea una consecuencia de singular importancia para lo que aquí nos interesa: en muchos casos la posición jerárquica según la "dimensión ingreso" no marcha paralela a la posición jerárquica se-

gún la "dimensión relación frente a los medios de producción". Para decirlo en términos más claros: no todos los capitalistas pertenecen al estrato de ingresos altos y no todo asalariado o pequeño productor pertenece a los estratos de ingresos inferiores o medios.

Los niveles de ingreso de la población ocupada según categoría ocupacional, en 1968 fue en Chile la que se detalla a continuación:

	Empleadores	Trabajadores por cuenta propia	Empleados	Obreros
Hasta 2,2 vitales	8,6	81,6	60,0	94,9
Entre 2,1 y 10 vitales	64,1	17,2	38,2	5,1
Más de 10 vitales	27,3	1,2	1,2	*

(*) Se supone un por ciento no significativo.

Fuente: Odeplan.

Según se observa, los datos confirman nuestra apreciación anterior. No hay una correspondencia estrecha entre la dimensión propiedad y la dimensión ingresos. Por otro lado, el análisis del pequeño segmento de la población ocupada que obtiene ingresos superiores a los

diez vitales, proporciona otras evidencias de interés. En dicho tramo se sitúan 36.600 personas que constituyen el 1,3% del total de la población ocupada. Y su composición interna era la que sigue:

	Empleadores	Trabajadores por cuenta propia	Empleados	Total
Miles	16,5	7,4	12,7	36,6
Por ciento	45 %	20 %	35 %	100,0%

Fuente: Calculado según datos de Odeplan.

Según puede apreciarse de las cifras expuestas, más de la mitad de las personas más privilegiadas (en términos de ingresos) de Chile, no son empleadores (capitalistas), sino que empleados o trabajadores por cuenta propia. Y no cabe duda, que entre estos veinte mil partícipes de la parte alta de la pirámide distributiva, un porcentaje alto está conformado por miembros de las profesiones modernas y liberales.

Los médicos, obviamente están en la primera fila del nivel de ingresos. Para ello baste citar un solo dato. De acuerdo a un reciente convenio entre el Colegio Médico y el Gobierno, la remuneración mínima del profesional que ejerce jornada completa será en 1973 del orden de los 16 vitales. Según se sabe, jornada completa no significa dedicación exclusiva —o sea, permite el ejercicio liberal privado de la profesión— amén de que el ingreso-hora del médico es mayor en el sector privado que en público. En otras palabras, el mínimo no serán 16 vitales sino bastante más.

Podemos entonces afirmar, con bastante tranquilidad y certeza, que el estamento médico se sitúa en la delgada capa del 0,3% de la población ocupada que recibe ingresos superiores a los veinte vitales. En cuanto tal, el médico no es un capitalista ni mucho menos miembro de la burguesía monopolista. No es

más que un pequeño-burgués (e incluso a veces, un mero asalariado). Y por supuesto, la regla indica que su patrimonio dista bastante del que posee la alta burguesía chilena. Sin embargo, por su nivel de ingreso, se aproxima bastante —cuando no coincide— con el estrato burgués superior. En otras palabras, en el caso de los médicos, el nivel de ingresos tiende a independizarse de la variable propiedad en un sentido positivo. Y este factor —que muchas veces tiende a dejarse de lado en algunos análisis "marxistas" que pecan por su excesiva abstracción— sin duda influye de un modo decisivo en los patrones de consumo, en el nivel y estilo de vida, en los hábitos, valores y actitudes. En suma, en el comportamiento ideológico y político. No será éste exactamente igual al de clases dominantes del país, pero sin duda la mencionada condición engendra tendencias fuertes a un comportamiento semejante, relativamente "cercano".

En principio, hemos catalogado a los médicos como estamento componente de la pequeña burguesía. Sin embargo, hemos visto que en su caso particular la dimensión ingreso se independiza de la dimensión de propiedad. Más aún, aquí la variable "secundaria" se torna principal y sobredetermina y tiende a alterar la variable que de consumo es la decisiva. Por ello, una parte importante de los médicos se

enmarca en patrones de comportamiento político paralelos o similares al de las clases dominantes.

5. RAZONES DE UN PRIVILEGIO

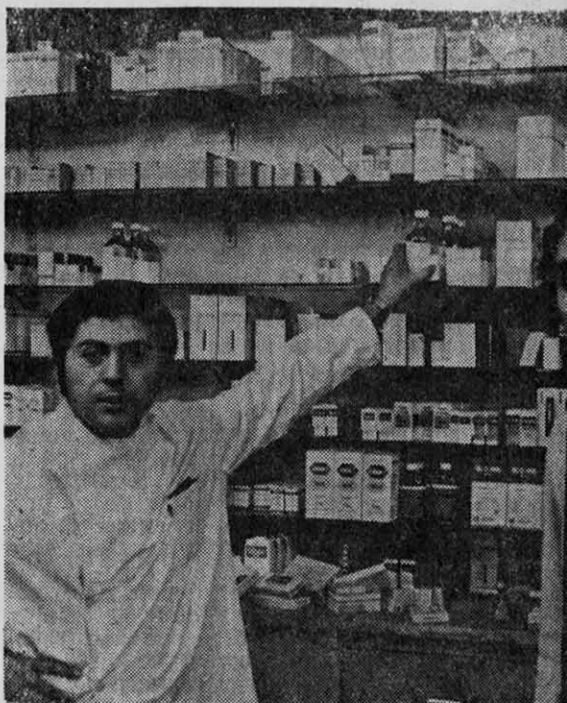
Conviene anotar algunas de las razones que explican una posición tan privilegiada de los médicos en la escala de la distribución del ingreso.

Cuando el profesional liberal vende sus servicios no está vendiendo su fuerza de trabajo sino que el producto de su fuerza de trabajo puesta en acción. Y en primera instancia, para comenzar a aproximarnos al problema, podemos decir que el valor de este servicio dependerá de la cantidad de tiempo de trabajo que demande el generarlo. Si además suponemos que este pequeño productor mercantil no está sujeto a explotación en virtud del intercambio desigual u otros mecanismos que actúen succionándole excedentes, su remuneración siempre será superior a la que percibiría si trabajara a las órdenes de un capitalista. El cuánto más, dependerá naturalmente de la tasa de plusvalía que impera en el sector capitalista. Pero lo anterior explica muy poco, pues hemos visto que incluso funcionando como asalariado, el médico obtiene una muy alta remuneración.

Para mejor aclarar el punto, vamos a abordar el problema desde el ángulo del precio de la fuerza de trabajo médica. Es decir, suponemos un médico asalariado que por ende ofrece su fuerza de trabajo como mercancía. Y en este caso, lo que tenemos que averiguar es porque el precio (y eventualmente el valor) de esta fuerza de trabajo es, en términos relativos a las restantes fuerzas de trabajo, tan alto.

El salario es la expresión monetaria del valor de la fuerza de trabajo. Y los diferenciales de salarios, en último término dependen de dos tipos de factores. En primer lugar el conjunto de factores que entran a incidir en el valor de la fuerza de trabajo. Y en segundo lugar, del conjunto de factores que operan produciendo desviaciones entre el precio y el valor, en este caso, entre el salario y el valor de la fuerza de trabajo.

La fuerza de trabajo del médico posee un valor que está muy por encima del que posee la fuerza de trabajo simple. La principal razón de ello es la alta calificación relativa de sus servicios, en la cual se hacen sentir con fuerza los 19 años de educación general y profesional que posee como mínimo (caso de los médicos generales). Esto le proporciona una calificación absoluta y por ende un alto valor a su hora-trabajo. Y dada la heterogeneidad estructural ya anotada de la economía chilena, en términos relativos tal calificación y valor potenciado de la hora-trabajo se torna aún más pronunciado. En una sociedad más desarrollada y homogénea los extremos del espectro de la calificación están considerablemente menos distantes que en una sociedad heterogénea y dispar como la chilena. Evidentemente, esto depende de la estructura económica y del sistema ocupacional que de ella se deriva. En Chile hay ocupaciones que las puede desempeñar un analfabeto. En una sociedad industrial avanzada, sobremanera en virtud de la revolución científico-técnica que viene caracterizando a la



CON LOS MEDICAMENTOS son las firmas importadoras las que hacen los grandes negocios.

postguerra, las ocupaciones más simples ya están exigiendo educación media o técnica completa. En Estados Unidos por ejemplo, en 1962 la población menor de 35 años poseía un promedio superior a los 12 años de enseñanza y el total de la población ocupada superaba los 10 años promedio de educación. Mientras tanto en Chile la población ocupada no supera los 3,5 años de educación en promedio. Así las cosas, un profesional de idéntica calificación absoluta será muy rico (la riqueza es un concepto relativo) en un caso como el chileno y de mediana o inferior riqueza en el otro. En Chile, la calificación —si la medimos por los años de entrenamiento— del médico es alrededor de 6 veces superior a la calificación media. En Estados Unidos, con igual formación, no alcanzaría a doblar la actual calificación media. Consecutivamente, en un caso su nivel y estilo de vida —como ya hemos demostrado— se aproximará al de la cúspide y en el otro quedará relativamente distante de aquélla. En síntesis, es el atraso y la heterogeneidad del país lo que provoca el alto valor relativo de la hora de trabajo médica y a su vez es este alto valor relativo uno de los elementos que explica la privilegiada posición del estamento en cuestión. De donde también se desprende una conclusión subsidiaria: los privilegios (a lo menos uno de sus determinantes) tenderán a desaparecer con el desarrollo económico del país. Y este desarrollo, no lo olvidemos, supone la revolución.

Lo anterior —el alto valor relativo de la hora de trabajo médica— no es el único factor que explica el alto nivel de ingresos de la profesión. En el caso que nos preocupa también se produce una diferenciación entre

precio y valor, de tal modo que el salario o remuneración de los médicos se establece a un nivel superior al que le correspondería de acuerdo a su valor.

Esta desviación positiva del precio respecto al valor, en lo esencial, se debe al significativo poder monopólico que ha venido usufructuando y manipulando la profesión. Y este poder, es el que ha generado lo que podemos denominar "renta de monopolio" en favor de los médicos.

El punto aquí reside en que el precio de los servicios médicos (y de la fuerza de trabajo médica) se ven artificialmente alzados a causa de obstáculos o barreras que brotan por el lado de la oferta. Esta no se ha podido acomodar a la demanda, tornándose rígida y muy poco elástica.

Hay múltiples elementos que indican que ésta ha sido una actitud relativamente consciente por parte del gremio médico. Aparte del natural, necesario y legítimo requisito legal que se exige para el ejercicio de la profesión hay otras "barreras a la entrada" que no son ni tan necesarias ni tan naturales o legítimas.

En primer lugar está el alto costo de la carrera, incluso en las universidades estatales. Este alto costo **privado** —o sea para el estudiante— se explica tanto por el gasto privado anual que exige como por el número de años de estudios que exige el curriculum. Este alto costo privado permite la "entrada" sólo a los estudiantes que provienen de familias de altos ingresos. Y dado el condicionamiento "social" del valor de la fuerza de trabajo, unida a la eficaz acción gremial del estamento, esto posteriormente repercute en un alto precio de la fuerza de trabajo médica. En otras palabras, el costo de la reproducción de la fuerza de trabajo médica, se torna más alto en virtud del origen social del estamento. Este, claro está, tiende por lo menos a preservar los niveles de vida de origen y por ello exige remuneraciones más altas de las que exigirían profesionales de origen más democrático. La conclusión de todo esto es clara: la reducción del gasto privado que implica el estudio de la Medicina, al provocar la masificación y democratización de la enseñanza, cambiaría el origen social de los estudiantes y por ende reduciría el valor de la fuerza de trabajo en cuestión.

En síntesis, el alto costo privado de la enseñanza actúa como un eficaz mecanismo de control de la oferta. Y también, acarrea un alza en el valor de la fuerza de trabajo. Por este lado genera presiones para un valor mayor y por el primero crea condiciones para que el precio supere al valor.

Un segundo y muy importante elemento a considerar es la alta duración de la carrera: siete años como mínimo.

La demanda por el bien salud es bastante divisible y diferenciada. Va desde la demanda por tratamientos y operaciones de alta complejidad hasta tratamientos de suma simpleza como puede ser por ejemplo el caso de una gripe. Sin embargo, frente a esto la oferta se presenta como totalmente indivisible. En un caso complejo como en un caso simple, el ofertante interviene con aproximadamente la misma calificación y por ende no hay precios diferenciados: el costo de la hora de atención tiende a ser el mismo. Esta indi-

visibilidad de la oferta, obviamente encarece el costo de los servicios médicos. Y esto tanto desde el punto de vista privado como desde el social. Por un lado, acentúa la desviación del precio respecto al valor y por el otro torna casi insoluble el problema médico en un país de bajo nivel de ingreso. En un país como Chile, el costo de formación de un médico es del orden de los 30.000 dólares. La formación de cinco mil médicos extras —cor lo cual el país se aproximaría a estándares normales— implicaría 150 millones de dólares. Si a esto se le añade el costo del personal para médico y el costo de los equipos, instrumental y demás gastos materiales, nos encontramos con una cifra inabordable. El problema —como lo demuestra la experiencia china e incluso las recomendaciones de algunos expertos occidentales— no tiene más salida que la preparación masiva de personal médico con menores años de instrucción. Es decir, estratificar las calificaciones —o sea los años de estudio y práctica— y así adecuarlas al espectro de calificaciones que exige el estado sanitario y de salud del conjunto de la población. Pero a esto se opone tenazmente el Colegio Médico.

Y esto nos lleva a un tercer punto de vital importancia. Nos referimos a la acción consciente y deliberada del gremio para controlar la oferta e imponer así condiciones de monopolio en el mercado donde venden sus servicios. La actuación de la orden profesional se ha movido fundamentalmente en torno a los siguientes puntos: a) impedir la masificación de la enseñanza de la Medicina; b) impedir la reducción del período de estudios; c) impedir la importación de médicos; d) asegurarse el uso de la infraestructura material proporcionada por el Estado (hospitales y su instrumental) en beneficio propio, es decir, privado.

Los tres primeros puntos, obviamente apuntan a lo mismo: restringir la oferta. O si se quiere, lo que se pretende es desplazarla hacia la izquierda. Y como la demanda no es absolutamente elástica al precio —por el contrario—, tal desplazamiento provoca una elevación del precio. El cual, será tanto mayor mientras mayor sea la inelasticidad de la curva de la demanda de servicios médicos. Y en una situación como la de Chile, el precio se eleva y no por ello se generan problemas ocupacionales.

El cuarto punto señalado es un ejemplo interesante de como sectores monopólicos utilizan el estado en beneficio propio. Es decir un caso del todo similar al del capitalismo monopolista de Estado, con la diferencia que aquí el que usufructúa del aparato estatal es un grupo pequeño-burgués, profesional, privilegiado y monopólico. Los ejemplos son múltiples y conocidos: por ejemplo el de los cirujanos que operan en un hospital estatal; no por ello dejan de cobrar subsidios honorarios a sus clientes. Y no se trata ni de arriendo ni de concesión, sencillamente los materiales son utilizados sin pago. La amortización se cubre con impuestos y no por el usuario del instrumental y las instalaciones. Es decir, una abierta esquilación del patrimonio estatal. En este tipo de prácticas, el gremio sin duda se comporta de modo similar al del gran capital monopolista, respecto de Estado.

6. APRECIACION FINAL

Tenemos en consecuencia un juego de factores que provienen de la estructura económica global —independientes por ende de la propia voluntad del gremio—, y otro juego de factores que sí se pueden asignar como de total responsabilidad corporativa. Uno y otro influyen para generar una situación bastante privilegiada en cuanto al nivel de ingresos se refiere. Y esto —aunque por supuesto no rige mecánicamente para toda la orden, pues no existen los fatalismos clasistas— termina por reflejarse en un comportamiento político conservador. Podría hablarse en consecuencia de un estrato burgués. O bien —y esto tal vez sería más justo y preciso— de un estrato pequeño-burgués con niveles de ingreso, ideología y comportamiento político burgués.

Así las cosas, no hay por qué extrañarse del comportamiento que el gremio ha tenido frente a los procesos revolucionarios. Su segmento mayoritario ha pasado a engrosar las

filas de la contrarrevolución. Y aunque también se dan los Norman Bethune, el grueso termina rumiando sus resquemores en este o en otro lugar.

En Chile, aunque nuestro proceso sea muy "peculiar", se palpa ya esta dinámica. La derecha está utilizando en forma hábil y agresiva a los colegios profesionales más necesarios —¿se puede decir esto de los abogados?— se dedican al chantaje más inmoral y desenfrenado. Se suponen sin duda intocables.

¿Pero hasta qué punto son intocables? La respuesta es clara y tajante: serán intocables sólo hasta el punto en que el sistema se mantenga. La revolución tiene —entre muchas otras— una virtud: la salud deja de ser una mercancía y se transforma en un bien sin precio. Y al desaparecer las mercancías, desaparecen los mercaderes. Pero quedan los médicos.

JOSE VALENZUELA FEIJOO

Carácter clasista de la medicina chilena

LA Salud ha sido siempre uno de los campos donde el pueblo ve reflejada con mayor dramatismo la explotación capitalista.

Hablar de la atención de Salud para el pueblo es referirse a la escasez de recursos; el hacinamiento en los hospitales; la falta de personal; en definitiva, una atención que, en el mejor de los casos, llega a ser mediocre, a pesar del esfuerzo de los trabajadores de la Salud, los que a su vez, constituyen uno de los sectores más postergados, en cuanto a remuneraciones, dentro de los trabajadores de servicios estatales.

Por otro lado, junto a esta realidad convive la presencia de una Medicina privada, destinada a un reducido sector de la población, que puede darse el lujo de contar con todos los adelantos de la ciencia médica, incluso en sus aspectos más rebuscados.

SOLO PARA MANTENER LA FUERZA DE TRABAJO

La burguesía chilena, dependiente del capital imperialista, fue incapaz tan siquiera de administrar una atención de salud, destinada a mantener en funciones la fuerza de trabajo necesaria para desarrollar el sistema capitalista. Por ello, desde los comienzos de la vida del país, le entregó al Estado gran parte de la población para su atención médica, ya que por otra parte, ésta no constituía en sí misma una fuente de extracción de plusvalía.

El nivel de conciencia y de lucha ascendente de los trabajadores; el desarrollo de la tecnología médica; la necesidad de racionalizar los recursos disponibles y la creciente responsabilidad del Estado en la atención médica, motivaron la creación del Servicio Nacional de Salud en 1953. Este recibió el apoyo del Colegio Médico que vio la posibilidad de conseguir estabilidad funcionaria, me-

jorar sus expectativas económicas y asegurarse posibilidades de perfeccionamiento y acceso a todos los adelantos de la técnica médica.

Además, la burguesía conservó el control de los sectores económicos que apoyan la labor del SNS, como son los laboratorios farmacéuticos —con gran parte del comercio de drogas—, su influencia en la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios; el comercio y el control técnico de los equipos e instrumentales médicos, etc.

Por otra parte, al crearse el SNS se mantuvo una situación de privilegio para algunos sectores de pequeña y mediana burguesía con la organización de servicios preferenciales, que operan a un costo muchísimo más alto que el SNS. Surgieron entonces Servicios Médicos de Bancos, empresas estatales o privadas, etc., y finalmente obtuvieron la dictación de la Ley de Medicina Curativa para Empleados (SERMENA) y la creación de Mutuales para la atención de los accidentes del trabajo.

Todos estos sistemas de atención privilegiada fueron impulsados por sectores profesionales, especialmente médicos, que aprovechan los beneficios económicos de este verdadero comercio de salud.

UNA MEDICINA CLASISTA

Así, se constituyó en Chile un sistema de Salud con claro carácter clasista. De toda la inversión en Salud que el país hace, el SNS recibe sólo un 40%, a pesar de atender al 80% de la población, en tanto que la atención privada consume el 60% restante de lo invertido para atender sólo un 20% de la población.

Esta situación ha configurado un cuadro en que el pueblo en general recibe una mala atención, en que los trabajadores de la Salud no tienen ninguna motivación para el

trabajo y en el que, en definitiva, la Salud otorga jugosas ganancias a las clases dominantes con la consecuencia de que este sector se convierta en un conflictivo frente de batalla en la lucha por el socialismo que dan los trabajadores hoy en Chile.

Nuestro país tiene una relación de un médico por cada 1.600 a 1.700 habitantes, en circunstancias que es necesario para dar atención médica al pueblo, por lo menos un médico por cada 700 a 800 habitantes y en una relación óptima, un médico por cada 300 a 400 habitantes.

Sin embargo, esta deficiencia no es sólo un problema cuantitativo. Los consultorios y hospitales del SNS funcionan a horario restringido. Esto significa que sólo hasta las 2 ó 3 de la tarde existe atención médica por sistema estatal y desde esa hora hasta las 12 de la noche se pasa al sistema liberal de consulta privada. Vale decir, el SNS, que entrega el 100% de las acciones de protección, el 90% de las de fomento y el 75% de las de recuperación de salud sólo cuenta con la mitad de las horas médicas disponibles o, en otro sentido, el SNS tiene una relación de 2.300 a 2.400 habitantes por médico.

La distribución irracional de los recursos humanos y materiales, en el propio SNS, perjudica cada vez más a los sectores pobres. Existe discriminación entre Santiago y provincias (60% de los médicos y 50% de los dentistas están en la capital) y, dentro de Santiago, entre las distintas áreas. Así, el Area Oriente (comprende a Ñuñoa, Providencia, Las Condes, La Reina) tiene 6 veces más recursos que el Area Sur-Oriente (comprende a La Florida, La Granja, Puente Alto, Pirque y San José de Maipo). Por otra parte, los consultorios periféricos, que funcionan en poblaciones y campamentos, se debaten en un total abandono.

El Colegio Médico, controlado por una camarilla reaccionaria de médicos mercaderes, se ha constituido en un instrumento para estimular y proteger la medicina privada.

En ese sentido, se ha opuesto a que se alargue de 6 a 8 horas la jornada de trabajo de los médicos en el SNS, argumentando que se necesita "tiempo para estudiar e investigar". Todos están de acuerdo en que el estudio y la investigación deben impulsarse, pero también es claro que después del trabajo en el SNS, muchos profesionales abren su consulta privada, donde en una hora pueden obtener de E° 1.600 a E° 2.000, lo cual les da una renta mensual bastante más alta que los E° 14.630 que reciben por la jornada de 6 horas diarias en el SNS.

Por otra parte, el Colegio Médico se ha opuesto a la contratación de profesionales extranjeros para paliar en alguna medida el déficit de médicos, enfermeras, matronas, etc.

Sin embargo, algunas de estas actitudes de profesionales privilegiados se han topado con la acción organizada del pueblo que lucha por que se le respete su derecho a la Salud.

En el último tiempo, el Comando de Defensa de la Salud del Pueblo del Area Norte de Santiago, obligó a que se tomaran algunas medidas para resolver los problemas de salud que tiene la población del sector. La principal fue la salida a trabajar en los consultorios periféricos de alrededor de 500 mé-

dicos del Hospital J. J. Aguirre, de la U. de Chile, que, constituyendo más de la mitad del número de médicos del área, se negaban a atender los consultorios, arguyendo también que necesitaban tiempo para el "estudio y la investigación".

POLITICA DEBIL Y VACILANTE

Al asumir la UP el control del Gobierno, le correspondió coger la dirección de la atención estatal de salud. Formulaciones programáticas, como la necesidad de crear un Servicio Unico de Salud, que hiciera desaparecer a la Medicina privada, quedaron para tiempos mejores y la política de salud del Gobierno de la UP se centró en la llamada "Democratización del SNS", formulada en el decreto 602.

Este débil intento de incorporar al pueblo a la solución de los problemas de Salud no ha tenido éxito, ya que sus limitaciones le entregan a los trabajadores de la Salud y al pueblo, en general, sólo tareas de coordinación e información y, en ningún caso, niveles de poder.

El decreto establece la existencia de Consejos Locales de Salud, formados por representantes de la población y de los trabajadores de la salud y presidido por el Director del Consultorio periférico. Su función es solamente recoger las inquietudes y opiniones de los pobladores.

Luego, existe el Consejo Paritario formado por tres representantes del pueblo elegidos por el Consejo Local; tres representantes de la CUT o Sindicatos del sector; dos de FENATS; dos de la Federación de Profesionales y Técnicos (agrupa a enfermeras, matronas, asistentes sociales, nutricionistas, etc.), y dos representantes de médicos, dentistas y farmacéuticos.

Su función es recoger el sentir del Consejo Local y elevarlo en términos de proposiciones al Director del establecimiento.

La naturaleza de esta política que no cuestiona la estructura jerárquica del SNS y sólo pretende hacerla más eficiente, no respondió a las aspiraciones del pueblo y, por tanto, ni siquiera se llevaba a la práctica en todo el país.

TRABAJADORES POSTERGADOS

En otro terreno, el Gobierno de la UP ha intentado dar soluciones a los graves problemas que afectan a los trabajadores de la salud.

Desde siempre, estos trabajadores fueron permanentemente postergados por los gobiernos reaccionarios, que recurrieron asiduamente a la represión para ahogar sus luchas.

En los congresos de FENATS efectuados en Concepción en 1971 y en Valparaíso en 1972, se levantó una plataforma de lucha que trataba de mejorar las condiciones de trabajo, ya sea sobre su situación administrativa, como elevando sus remuneraciones. Actualmente, el salario líquido de una auxiliar de enfermería es de E° 2.800,00; el de un empleado de servicio es de E° 2.200,00, etc.

Esta plataforma fue aceptada por el gobierno, a través de un convenio con los tra-

LA ESPERA en los consultorios por la falta de médicos es un calvario de todos los días.



bajadores de la salud, que establece distintos plazos para ir satisfaciendo estas aspiraciones. Así, este año se decretó el sistema de estímulos económicos por antigüedad, con carácter imponible, que ha tenido problemas en su aplicación por falta de financiamiento.

Sin embargo, la agudización de la crisis económica va más rápida que los plazos acordados por los trabajadores con el Gobierno. Esto ha provocado que, en este momento, la situación económica de los trabajadores de la salud sea aguda y la burguesía, a través de sus partidos, está tratando demagógicamente de aprovechar la situación para promover huelgas y dividir a los trabajadores. Por su lado, la directiva de la FENATS ha sido incapaz de responder a esta situación y ofrecerle una salida a los problemas actuales.

En este campo, se trata de defender las legítimas aspiraciones de los trabajadores, en defensa de sus niveles de vida. Lo importante es conducir esa lucha en contra de quienes deben financiar el reajuste: los empresarios capitalistas que controlan los laboratorios, la comercialización del instrumental médico y la atención médica privada en general.

Es decir, la lucha por el reajuste debe insertarse en el combate de todos los trabaja-

dores contra la clase dominante, por el poder.

UNA POLITICA DE PODER

Los problemas de salud en Chile, precisamente, tienen una salida de solución por ese camino. Sólo cuando la salud sea una tarea más para ser resuelta por el poder del pueblo es el instante en que verdaderamente podrán solucionarse sus problemas.

La salud está directamente ligada a las condiciones económicas del país. Por ende, en este instante, está condicionada a la solución de la crisis que en ese terreno vive Chile; por ello es que la lucha de los trabajadores por el poder no puede dejar a un lado la Salud ni a los trabajadores que en ella laboran.

Ya en el paro patronal de octubre, algunos Comandos Comunales tomaron la tarea de Salud en sus manos.

Este es precisamente el camino. Son estos organismos embrionarios de poder popular, con los trabajadores de la salud incorporados a ellos y dirigiendo, a su vez, los hospitales, los que deben asumir la tarea de conducir y controlar la atención de Salud en Chile.

EDUARDO SANTA CRUZ

Ejemplo de lucha por el derecho a la salud

LA experiencia de lucha más importante que ha desarrollado el pueblo para lograr una mejor atención de salud ha sido la pelea que está dando el Comando de Defensa de la Salud del Pueblo del Area Norte de Santiago.

Ese sector se extiende desde el río Mapocho por el Sur hasta Tiltil por el Norte. Allí viven alrededor de 600.000 personas que deben enfrentar los mismos problemas que afectan al pueblo en todo el país. Diariamente se ven acosados por la falta de agua potable, alcantarillado, abastecimiento, locomoción y, especialmente, una deficiente atención de Salud.

UNA REALIDAD CONTRADICTORIA

A pesar de que en los últimos dos años, el Gobierno de la Unidad Popular ha realizado algunos esfuerzos parciales para mejorar la salud del pueblo, a través del Plan Nacional de Leche; las Campañas contra la Diarrea Infantil y la Bronconeumonía, y la vacunación contra la poliomielitis, los pobladores del Area Norte han afirmado en forma enfática que, en ese sector, poco o nada ha cambiado en la tradicional entrega de atención médica.

Sin embargo, este no es propiamente un sector pobre en cuanto a recursos de salud. Existen allí el Hospital José Joaquín Aguirre, de la Universidad de Chile que tiene 500 médicos; el Hospital Roberto del Río, del Servicio Nacional de Salud, con 200 médicos; el Hospital del Radium, del SNS, con 20 médicos; el Consultorio N° 2 del SNS con 60 médicos y el Hospital San José —establecimiento base del Area—, que junto a los Consultorios Periféricos del SNS tiene 100 médicos.

Vale decir, todos estos establecimientos tienen en total 880 médicos. A ellos hay que agregarles los médicos becados chilenos y extranjeros, que trabajan especialmente en el J. J. Aguirre y el Roberto del Río, con los cuales se llega a la cifra de un millar de médicos trabajando en todo el sector.

Estos mil profesionales representan el 16% de la totalidad de los médicos que trabajan en el país.

Sin embargo, si se le consultara a cualquier poblador o dueña de casa acerca de cómo es la atención de salud que recibe, seguramente comenzaría por relatar las colas, esperas y tramitaciones a la siga de un número en los hospitales y consultorios.

Más aún, ni los propios trabajadores de la salud tienen médicos que los atiendan, porque

en la mayoría de los establecimientos “no hay interesados en hacerlo”. Por tanto, los funcionarios del SNS deben recurrir al “favor” o la “gauchada” de los profesionales más conscientes para lograr que sean atendidos.

En los Consultorios Periféricos de esta Area, que son 19 en total, los funcionarios profesionales y no profesionales, realizan un gran esfuerzo para darle alguna atención a la madre y al niño, ya que no están en condiciones de examinar a los adultos. Esto ocurre porque el SNS no tiene médicos de adultos para esos Consultorios.

Entonces, el obrero, la dueña de casa o el campesino deben “colocarse a la cola” en el José Joaquín Aguirre, tratando de obtener fichas para semanas o meses después y pagar grandes sumas de dinero si no es asegurado.

Este era el problema más serio del Area Norte, ya que ninguno de los 500 médicos de ese Hospital Universitario salía a atender en los Consultorios Periféricos. Ante ello, se organizó el Comando de Defensa de la Salud del Pueblo que está combatiendo para resolver el problema. Pero, antes de ver concretada la lucha desarrollada por los trabajadores en defensa de su derecho a la Salud, es interesante detenerse un instante a considerar la situación específica del J. J. Aguirre, tal vez el Hospital más grande de Chile y seguramente el más ajeno a la realidad nacional y a las necesidades del pueblo.

AL J. J. AGUIRRE LO FINANCIA EL PUEBLO NO SOLO PARA “INVESTIGAR”

Este Hospital pertenece a la Facultad de Medicina, Sede Norte, de la Universidad de Chile, su función básica es contribuir a la formación de los futuros profesionales que se están educando en ese centro de enseñanza superior, con el dinero del pueblo.

Trabajan en este centro asistencial alrededor de 500 médicos, que cumplen sobre 2.000 horas diarias de trabajo médico contratado, el cual es pagado con presupuesto universitario y, por ende, financiado por el Estado, es decir, con el esfuerzo de los trabajadores.

Por una minoría de profesionales que laboran seriamente, existe una mayoría que derrocha su tiempo en conversaciones de pasillo, en cafecitos, en atender a su clientela particular, usufructuando para ello indebidamente de los recursos del Hospital, o en hacer una enseñanza a los alumnos, en que los enfermos más parecen “objetos” que se utilizan, que personas con dignidad humana.

Los pobladores han denunciado que esta situación, suficientemente conocida por la autoridad universitaria, de ese Hospital, no tiene asomos de solución por ese conducto oficial, a pesar de los diferentes planteamientos y emplazamientos que les han hecho llegar las propias organizaciones populares de salud.

Los médicos han usado el pretexto de que ellos no tienen tiempo para salir a los Consultorios, ya que deben dedicarse a la docencia y la investigación, tareas que les ocuparían todo su tiempo. Sin embargo, es perfectamente claro que esta es sólo una excusa, puesto que con una racional distribución de los recursos tanto una como otra funciona, se pueden realizar. Además, el contacto directo con la realidad social es una de las más poderosas y experimentadas fuentes de una investigación verdadera, con fines útiles para el pueblo y para el país.

Hasta ahora las grandes realizaciones en Salud dentro de la Universidad siguen siendo resultado del análisis y decisión de un grupo de autoridades, que sentadas en sus escritorios y sin conocer la realidad del pueblo, deciden sobre la materia, sin que puedan intervenir en sus consideraciones ni los trabajadores a través de sus organizaciones, ni la principal institución encargada del problema, que es el SNS y los funcionarios de este servicio.

Los estudiantes y trabajadores universitarios, los funcionarios del SNS y el pueblo en general no tienen siquiera ninguna información acerca de los destinos de los recursos financieros del Hospital. Tampoco tienen antecedente alguno acerca del tipo de profesional que egresa de la Universidad.

Ni los estudiantes ni los trabajadores, ni los profesionales honestos han logrado cambiar la orientación profesional de las carreras de Salud, las cuales están dirigidas solamente a fomentar el lucro personal, el individualismo y la falta de compromiso del profesional con el pueblo y su realidad.

Aunque existen grupos de profesionales y estudiantes consecuentes que han salido a las poblaciones y barrios a entregar su esfuerzo para atender al pueblo, éste ya está consciente de que eso no basta y que debe también decidir sobre qué y cómo se debe enseñar, y qué y cómo se debe investigar.

Es la única forma para terminar con experimentos inútiles, de los cuáles nadie rinde cuenta y comenzar a efectuar estudios serios y comprometidos con las necesidades del país.

EL PUEBLO SE UNE PARA DEFENDER SUS DERECHOS

Es ante esta realidad, que refleja en un caso específico el carácter de la Salud en nuestro



LAS MUJERES que trabajan saben hasta qué punto la atención médica se hace difícil para ellas.

país, que diversas organizaciones populares se unieron en Comando de Defensa de la Salud del Pueblo del Area Norte y comenzaron a luchar por su derecho a ella.

En el Comando participan la APEUCH del Hospital J. J. Aguirre; el Consejo Local de Salud del Area Norte; la FENATS del Area Norte; la APEUCH de Salud Pública; el Frente Patriótico de Profesionales y Técnicos del Area Norte; la APEUCH de la Escuela de Medicina; FENATS del Hospital San José; FENATS del Hospital Roberto del Río; el Centro de Medicina Area Norte; el Comando Comunal Quinta Comuna; el Coordinador Area Norte y el Consejo Comunal Campesino de Colina.

El Comando levanta una Plataforma de Lucha de cuatro puntos:

1.—Discutir y analizar en sus organizaciones de base (Juntas de Vecinos, Centros de Madres, Centros de Alumnos, Sindicatos, Consejos Campesinos, etc.) estas realidades para crear real conciencia del DERECHO DE LA SALUD para todo el pueblo.

2.—Exigir la salida de los médicos de adultos desde el J. J. Aguirre a todos los Consultorios Periféricos del Area, porque hay recursos de sobra para hacerlo, sin perjudicar ni la enseñanza ni la investigación.

3.—Luchar por la real participación de los trabajadores de dentro y fuera de la Universidad en las decisiones que allí se adopten, con el voto igualitario y no discriminado como existe ahora.

4.—Llamar a todo el pueblo del sector a integrarse al Comando.

Tras esta Plataforma, el pueblo del Area Norte se lanzó a la lucha. Se movilizaron obreros, campesinos, pobladores, trabajadores de la Salud y la Universidad, estudiantes, etc. llegando a realizar una masiva concentración en las propias puertas del Hospital, para remover la conciencia de la mayoría de los médicos.

PROPOSICION PATERNALISTA E INSUFICIENTE

El Decano Jorge Litvak y el Frente Universitario, que agrupa a todos los sectores reaccionarios de la Universidad, respondieron a la presión del pueblo levantando un engañoso "plan piloto", según el cual saldrían algunos médicos para dar atención a un solo Consultorio, el "Lucas Sierra", que no cuenta con "planta física", es decir la infraestructura necesaria, para atender adultos, ya que fue diseñado y construido para atención materno-infantil.

Los trabajadores rechazaron este proyecto paternalista que según manifestaron sólo pretendía "quedar bien" y tratar de neutralizar las exigencias del pueblo.

Asimismo, plantearon que si bien aceptaban que la salida a los Consultorios se hiciera por etapas, exigían que la primera abarcara a nueve de ellos: "La Pincoya"; "La Aranguiz"; "Quinta Bella"; "Renca"; "El Cortijo"; "Quilicura"; "Arquitecto O'Herens"; "Independencia" y "Lucas Sierra". Según dijeron, estaba bien extender la atención por etapas, pero en forma seria y abarcando a toda el área urbana y luego al área rural.

Por otro lado, el proyecto de Litvak tampoco considera la participación de los pobladores en forma orgánica. Los pobladores plantearon que se formara una Comisión Tripartita, compuesta por pobladores, SNS y la Facultad, que definiera una política de salud, la formación de los médicos, etc. Litvak aceptó la proposición en un principio, pero luego echó pie atrás no respetando la palabra empeñada.

Tras la presión de las movilizaciones populares, las autoridades de la Facultad se han comprometido a solucionar el problema, de acuerdo a los criterios planteados por el Comando de Defensa de la Salud del Pueblo. Sin embargo, la experiencia de esta lucha indica que estas promesas no son de fiar y que las soluciones definitivas vendrán una vez que la fuerza del pueblo le doble la mano a los sectores reaccionarios que manejan la Facultad de Medicina. Las promesas no pueden terminar con las movilizaciones del pueblo; por el contrario, la única forma de lograr que se hagan realidad es, precisamente, intensificar esas movilizaciones.

El Comando de Defensa de la Salud del Pueblo del Area Norte, que dio atención médica a la población del sector cuando los médicos adhirieron al paro patronal de octubre, es un buen ejemplo de cómo se debe seguir intensificando la organización y movilización del pueblo en defensa de su derecho a la Salud.

E. S. C.

