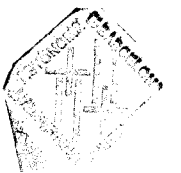


U.
S.
O.



LA SEGURIDAD SOCIAL



federación de trabajadores de sanidad
de la Unión Sindical Obrera



EXPERIENCIAS DE LUCHA EN SEGURIDAD SOCIAL

Los comienzos de la Seguridad Social son un tímido intento de medicina asistencial - en régimen ambulatorio, que determina la ausencia total de conflictos en el sector sanitario, debido a dos puntos fundamentales:

-Por una parte, la procedencia de la mayor parte de profesionales del sector sanitario en aquellos momentos; Damas de Cruz Roja, ex-enfermeras de guerra, miembros de determinadas Organizaciones adictas al Régimen, que recibieron un trato de favor.

Todo ello conlleva una falta de preparación técnica que presupone la carencia de un nivel crítico que permita cuestionar la situación de la Sanidad, tanto en su faceta social como técnica.

-Por otra, la existencia hasta hace pocos años de un reducido número de centros hospitalarios, que engloban y unifican personas y problemas. Es precisamente en estos centros hospitalarios donde mejor se concentran las enormes faltas de estructura, organización y asistencia médica que aqueja a la actual Sanidad española, la cual pretende dar una apariencia de buena medicina y actuar como una empresa capitalista utilizando y explotando a sus trabajadores y a los asegurados.

Por lo expuesto hasta ahora, unido a la corta vida y al reciente crecimiento de la Seguridad Social española y al, también relativamente cercano, resurgimiento de las situaciones conflictivas en todos los sectores laborales, podemos entender que las luchas habidas en este campo daten de fechas recientes.

Incluimos en este artículo las luchas más destacadas habidas dentro de la Seguridad Social, aunque no son las únicas.

1.971 - Oviedo

CAUSAS DEL CONFLICTO: A primeros de Mayo de 1971 fueron expulsados del Hospital Psiquiátrico de Oviedo veinte especialistas, por la Administración Local (Diputación) debido a que habían planteado una serie de reivindicaciones laborales y profesionales justas que afectaban a todos los médicos internos y residentes de los diversos Hospitales de España.

El día 4 de Junio estaban en huelga 21 Hospitales, con más de 1.200 médicos in-

ternos y residentes, quedando asegurados solamente los servicios de urgencia, y en los días siguientes al conflicto se extendió, llegando a alcanzar más de 30 centros hospitalarios.

Las denuncias eran:

- La existencia de un sistema de contratación arbitrario y acientífico que favorecía todo tipo de "enchufismo".
- La existencia de plazas vitalicias que impedía todo tipo de crítica.
- El horario de trabajo (escasas ho-

ras dedicadas) que favorecían la mala medicina, la nula formación y la consulta privada.

-El salario inferior al mínimo fijado por el Gobierno.

Pedían a cambio:

-Una comisión de contratación formada por médicos internos y residentes, con capacidad crítico-científica y representatividad e independencia de la Seguridad Social.

-Contratos revocables, no vitalicios.

-Dedicación exclusiva al puesto, un mínimo de 8 horas, con eliminación de la consulta privada.

-Mejora de sus condiciones económicas.

El paro indefinido de los MIR suscitó un amplio movimiento de SOLIDARIDAD en toda España: colectas de mineros y obreros asturianos para los médicos en huelga, solidaridad de médicos particulares, Colegios de médicos provinciales, de estudiantes de medicina; mensajes de obreros de la construcción de Madrid al Ministro de Gobernación, etc.

La huelga de MIR alcanzó su punto álgido los primeros días de Mayo, volviendo a recrudecerse después, ante el fracaso de las negociaciones mantenidas y finalizó el 17 de Junio, consiguiéndose la readmisión de los médicos expulsados y aumentos salariales.

● Meses más tarde surge un nuevo conflicto que tiene su punto de partida en el Hospital Psiquiátrico Francisco Franco de Madrid. El 17 de Agosto, 17 médicos y 38 enfermeras se encierran en este centro para reclamar una reestructuración de la especialidad y de sus métodos, que juzgaban demasiado viejos.

A los tres días fueron desalojados por la policía y 7 de ellos despedidos por "indisciplina". El 1 de Septiembre 7 médicos del mismo Hospital se encerraron prosiguiendo así el movimiento iniciado por sus compañeros. Y el día 7 eran ya 800 y el día 8 más de 1.000, los médicos que hacían patente su protesta de este modo, tanto en Madrid como en

Barcelona, Oviedo y Hrense.

LA HUELGA FINALIZA el 12 de Septiembre, una vez ATENDIDAS LAS REIVINDICACIONES que aquellos hacían: readmisión de los despedidos, mantenimiento del número de camas en el Francisco Franco, discusión entre la Administración y el personal sobre la reestructuración de servicios.



1.972/3 - Barcelona

● CAUSAS DEL CONFLICTO: En Mayo de 1971 los trabajadores de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social de Barcelona hacen una serie de peticiones verbales y por escrito, de los problemas mas acuciantes.

En Febrero de 1972, con motivo de solidarizarse con el conflicto del Psiquiátrico de Oviedo, tienen lugar una serie de Asambleas, en las que se revisa la situación de la Seguridad Social de Barcelona y dado que no se había solucionado nada de lo pedido en 1971 (salvo el aumento de salario de forma parcial) se elabora una tabla reivindicativa:

- Revisiones médicas periódicas y reconocimiento de enfermedades profesionales.
- Guardería infantil.
- Cumplimentación escrita relativa a

los incentivos y liquidación de atrasos.

- Plantilla de personal de acuerdo con el índice real de ocupación.
- Sueldo íntegro en caso de enfermedad ó accidente de trabajo.
- Antigüedad desde el primer día de entrada al trabajo.
- Formación para el personal graduado y no graduado.
- Mayor retribución para los turnos de noche.
- Aumento lineal de 3.000 pesetas.
- Derecho de comida para los que trabajan 12 horas diarias.
- Contratos y puestos de trabajo fijos.
- Jubilación a los 60 años.

A medida que se avanza en la lucha y se inician medidas de represión por parte de la empresa se fueron añadiendo a esta tabla:

- Admisión de despedidos y supresión de sanciones.

Diez meses después, el 3 de Noviembre del mismo año, a las 13'30 se convocaron elecciones para representantes de trabajadores en la Junta de Gobierno de la Ciudad Sanitaria. Dichas votaciones caducaban a las 14 horas de ese mismo día.

Consecuencia de esta estratagema por parte de la empresa, empezaron las Asambleas consiguiendo que se aplazaran las votaciones y el derecho de participación de las Auxiliares de Clínica, que habían sido omitidas. Tras conseguirse esta participación, se acordó boicotear las elecciones.

Durante estas Asambleas fueron surgiendo las anteriores reivindicaciones, que no habían sido atendidas y que volvieron a cobrar lugar preponderante. Se envió carta a la Dirección de la Ciudad Sanitaria de los problemas más fundamentales, sin recibir respuesta, por lo que se pasó a posturas más duras.

●● QUIENES PARTICIPAN: La lucha parte de los grupos de administrativos, enfermeras y auxiliares de clínica, resaltán-

dose en todo momento la ausencia de médicos.

El conflicto se origina en la Ciudad Sanitaria de la S.S.

La SOLIDARIDAD se manifiesta en otros centros sanitarios como Hospital Clínico, Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma, Instituto Mental de la Santa Cruz. En este último Hospital las acciones de solidaridad se mezclan con otras de reivindicaciones propias del centro.

En algún momento se solidariza en personal de Ambulatorios, con intervención de algunos médicos. En el caso del Psiquiátrico se solidarizan los enfermos. También se manifiestan las estudiantes de A.T.S.

●● COMO SE LLEVA LA LUCHA: Es de destacar el papel preponderante que ha tenido la Asamblea, habiendo sido en todo momento el órgano principal de discusión, reflexión y toma de decisiones. Puede decirse que toda la lucha se ha llevado a través de la Asamblea.

La Asamblea fue adoptando posturas progresivas que se iban acumulando y realizando a la vez: tirada de hojas, desprecio de caudales sindicales y utilización de representantes directos de la Asamblea, toma de comedores y boicot a las comidas, sentadas, quitadas de uniformes, paros parciales, en cerrona de 24 horas, 5 minutos de silencio en los comedores, ASAMBLEA PERMANENTE, coordinación e información continua entre los centros.

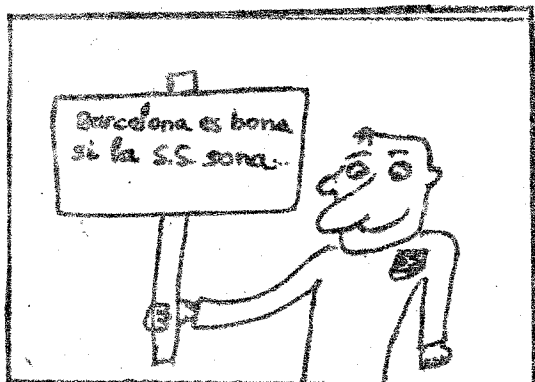
●● ACTUACION DE LA EMPRESA: Con respecto a las reivindicaciones la postura de la empresa es de no dar respuesta alguna. En cuanto se inicia la lucha termina su silencio, resaltando los perjuicios de esta situación respecto a los enfermos, en un intento de esconder las verdaderas causas del

conflicto. En cuanto a medios concretos de que se vale: manipulación de la opinión pública, coacciones a los trabajadores, secuestro de 5 trabajadores durante 5 horas, chantajes y engaños a través de adjuntas, monjas, jefes..., utilización de la FUERZA PÚBLICA, controles, tarjetas de identificación, interferir teléfonos, bloqueo puertas de entrada, bloqueo ingresos de enfermos, despidos y sanciones, intento de llevar la lucha a través de cauces sindicales (conflicto colectivo).

● RESULTADOS: Los logros materiales no fueron muchos. Se consiguió: suspensión de despidos, derecho a revisiones médicas periódicas (pendientes de la construcción de un centro de medicina preventiva), se aprueban construcción guarderías, se promete pago de atrasos antes de fin de año, se aprueba la jubilación a los 60 años.

No obstante, en cuanto a mentalización se consiguió:

- Poner de manifiesto la importancia de la ASAMBLEA como órgano de decisión y expresión de la clase trabajadora y la fuerza de la UNION entre ella, y las ventajas de una organización que coordine, informe y anime en todo momento la lucha.
- Conocer los métodos de actuación de la empresa y sus estratagemas.
- Desenmascarar la S.S. como entidad con fines económicos por encima de los sanitarios y sociales.
- Invelidar la Organización Sindical como tal sindicato representativo.
- Descubrir la importancia de la participación del asegurado por cuanto debe conocer como y en qué se invierten sus cotizaciones.



1.974 - M.I.R.

● CAUSAS DEL CONFLICTO: En la resolución del concurso de Enero de 1974, la Comisión Central de Admisión vetó, en función de criterios extraprofesionales, a un número no determinado de aspirantes que habían sido seleccionados por las Comisiones de Educación de cada centro respectivo. Muchos de los excluidos habían defendido o representado los intereses de sus compañeros en la Universidad. Los MIR de Bilbao denunciaron estas arbitrariedades e iniciaron un encierro como protesta.

● ACTUACION DE LA EMPRESA: El I.N.P. requirió entonces al Delegado de Trabajo y a la fuerza pública, rescindió los contratos de 32 médicos y disolvió la Comisión de Selección y Educación.

Posteriormente, en el contrato de los nuevos MIR, el I.N.P. incluyó una cláusula según la cual ASISTIR A UNA ASAMBLEA NO AUTORIZADA PUEDE SER MOTIVO DE EXPULSION.

● REIVINDICACIONES: De Octubre de 1973 a Junio de 1974, en diversos Hospitales, los MIR se reunieron en Asambleas en las que elaboraron las siguientes reivindicaciones:

- Selección de MIR valorando los resultados de un examen nacional unificado, curriculum vitae y entrevista.
- Libertad de reunión en los Hospitales (eliminación de una cláusula del contrato al respecto).
- Contrato laboral.
- Aumento de salario.

La convocatoria de plazas convocadas el 6 de Septiembre no recogía ninguna de las reivindicaciones. En respuesta los MIR iniciaron el 2 de Octubre una huelga general en numerosos Hospitales. A los 4 días cesó la huelga volviendo a reanudarse el día 9 al no reconocerse los representantes de los MIR como in-

terlocutores ante el I.N.P. Participaron 17 Hospitales con unos 600 MIR.

El día 11 se suspendió la docencia en 4 de los Hospitales en huelga.

De las distintas Asambleas surgió una Comisión Nacional para realizar las negociaciones directas con el I.N.P.

A las reivindicaciones anteriores se añadía el levantamiento de las sanciones. - El 24 de Octubre se vuelve a la normalidad ya que el I.N.P. acepta la negociación directa con la Comisión Nacional.

● MUESTRAS DE SOLIDARIDAD: Hay apoyos por parte del personal médico de plantilla y del personal sanitario de varios Hospitales. Y por parte del Colegio de Médicos de Madrid. Escritos dirigidos al I.N.P. por trabajadores, profesionales y enlaces sindicales de varias provincias y no vinculados directamente con la rama de Sanidad. En plena huelga de los MIR, el Consejo General de Trabajadores publicó una carta pronunciándose en contra de los MIR y expresando su desautorización total de la huelga. Esta carta suscitó gran indignación en la opinión pública ya que el Consejo no parecía plantearse si el paro tenía como finalidad ó no ofrecer una mejor asistencia sanitaria para todos los trabajadores.

● RESULTADOS: Como puntos positivos en la lucha es de destacar:

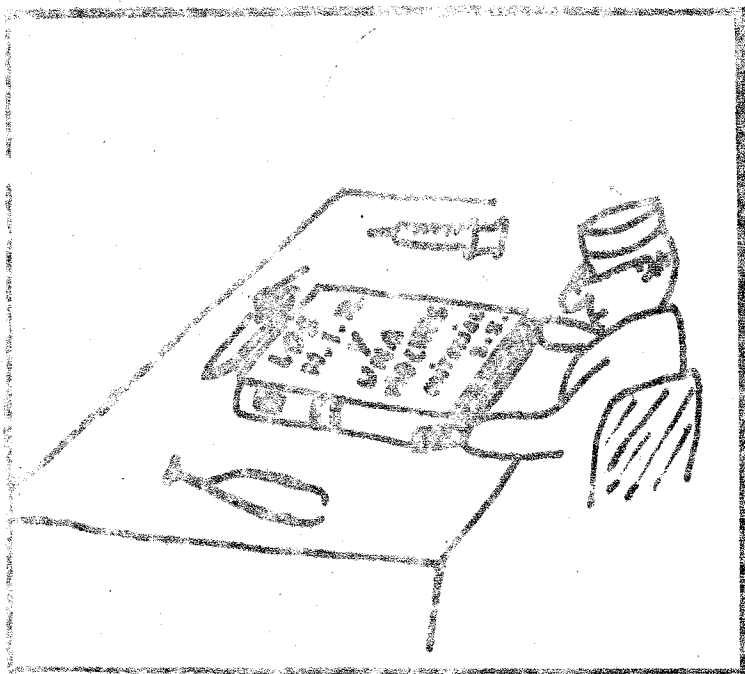
- La buena coordinación mantenida entre los distintos Hospitales.
- La gran difusión de las reivindicaciones de los MIR (información continua a la prensa).
- El papel de decisión de la Asamblea como órgano de expresión y democracia.
- La extensión del conflicto a otros estamentos y otros sectores.
- La lucha por una medicina pública, socializada y de calidad.
- Destacar en la lucha que la Seguridad Social es patrimonio de todos los que cotizan, es decir fundamentalmente de la clase trabajadora.
- Todo el éxito de la huelga y el que no hubieran sanciones se debió a la UNIDAD mantenida en todo momento.

● REIVINDICACIONES CONSEGUIDAS:

- Supresión del certificado de buena conducta.
- Levantamiento de sanciones.
- El resto de los puntos eran negociables con el I.N.P., pero éste mediante diversas tácticas dilatorias ha ido retrasando las negociaciones, en algunos, y haciendo concesiones parciales en otros, (aumento de salarios, comisiones semi-paritarias...)

1.975 - Madrid

● CAUSAS DEL CONFLICTO: Se inició en las Residencias Sanitarias de Madrid, Barcelona, Sevilla y Asturias, a partir de la aparición en el B.O.E. de la subida de salarios de tipo porcentual. Esto hizo que varios Hospitales en Madrid se pusieran de acuerdo para realizar una serie de reivindicaciones que afectaban a todos los estamentos de la S.S. Esto que se inició en Madrid tomó enseguida carácter nacional.



•• LAS REIVINDICACIONES, con pequeñas diferencias en cada caso, son más ó menos las siguientes (corresponden al 12 de Octubre):

- 7.000 ptas. de aumento para todos.-
- IRTP y SS a cargo de la empresa.
- Revisión salarial cada seis meses.-
- Sueldo base igual a sueldo real.
- Contrato con el I.N.P. para el personal de limpieza.
- Contestación a las peticiones que a lo largo del pasado año se hicieron y que han quedado sin respuesta: -- guarderías, vestuarios, cafetería, puente en la autopista, etc.

•• COMO SE LLEVA LA LUCHA: Las primeras Asambleas se celebraron en La Paz, donde se elige una Comisión representativa y decide pedir la dimisión de los enlaces por no considerarlos representantes de los intereses de los trabajadores.

En Puente de Hierro las Asambleas se realizan por estamentos, pero, ante la sanción de 10 enfermeras, surge la solidaridad y los MIR votan, como tan estamento, un paro de 24 horas. En La Paz y 12 de Octubre, los médicos acudieron a la Asamblea ó se unieron a los paros, a título personal, aunque en el 12 de Octubre la carta reivindicativa fue entregada por 10 trabajadores entre los cuales se encontraban representados todos los estamentos. Además, posteriormente, los médicos internos y residentes (MIR), jefes de sección y adjuntos, escribieron

una carta a la Dirección manifestando su indignación por la entrada de la fuerza pública en el Hospital y responsabilizando de ello al director, por haberse negado a dialogar con los trabajadores ante unas justas reivindicaciones.

•• ACTUACION DE LA EMPRESA: Las manifestaciones mas fuertes de represión parece que han sido en el 12 de Octubre, donde la policía con cascos y gomas han disuelto las concentraciones en el interior de la Residencia, persiguiendo a los trabajadores, en su mayoría mujeres, por las escaleras y pasillos del Hospital. No ha sido ésta la única forma de represión, ya que continuamente se ha utilizado la coacción, las amenazas de despido y expedientes, los cambios de servicio, etc. Aunque todos los trabajadores sancionados han vuelto al trabajo, las sanciones figuran en sus expedientes... con todo lo que ello supone.

•• RESULTADOS: Por primera vez han participado juntos: médicos, enfermeras, -- auxiliares, secretarías, celadores, electricistas, mecánicos y personal de la limpieza, etc. Se ha tomado conciencia de que la Comisión elegida por los trabajadores se encontraba con todas las puertas cerradas, en un intento conjunto de la Dirección y el Sindicato vertical, de ignorar la verdadera representación de los trabajadores.

CONCLUSION:

De todas las luchas habidas dentro de S.S. encontramos dos tipos de reivindicaciones comunes:

- Mejoras para los trabajadores; y
- Mejoras en la asistencia

Como punto negativo está el que casi siempre las luchas son aisladas, tanto geográficamente como entre estamentos (médicos y resto de personal sobre todo).

Son muy pocas las reivindicaciones por las que se ha luchado hasta ahora que se hayan conseguido en su totalidad. En primer lugar se debe a la actitud mantenida por el I.N.P. cuya respuesta es siempre dilaciones y promesas ya que sus intereses económicos están

muy por encima de la consecución de una medicina mejor.

Y en segundo lugar, a la imposibilidad de que exista una medicina auténticamente social en un país no democrático. En cuanto a esto, solo si la Sanidad es propiedad del conjunto de la sociedad podrá ponerse al servicio de ésta.

- Mientras se sigan construyendo Hospitales, no donde la población los necesita, sino donde la casualidad, la rentabilidad de la inversión ó la especulación del suelo lo situa hoy....
- Mientras se sigan creando centros "fachada" para prestigio del Estado, con enormes distancias a recorrer por los enfermos para llegar a ellos....
- Mientras no se haga una planificación de la Sanidad adecuada a las necesidades de cada ciudad ó comarca....
- Mientras los trabajadores y los asegurados, que son los que mantienen económicamente a la Seguridad Social, no participen directamente en la gestión de sus Hospitales....
- Mientras no se oriente la medicina, no ya a curar las enfermedades, sino a evitar que éstas se produzcan, con todas las modificaciones del modo de producción, de la ubicación de las industrias, de la urbanización de las ciudades y de todos los factores que intervienen en la salud....

o o o o o

NO SE PODRA HABLAR DE UNA VERDADERA MEDICINA EN VIAS DE SOCIALIZACION



Nuevo Conflicto MIR - Junio 1975

El último conflicto de los M.I.R., aún no finalizado, es el más importante dentro de las luchas en Sanidad. Importante no solo en cuanto a duración (más de un mes) y al número de hospitales -- que participan (han llegado a ser 47), sino en cuanto a la gran represión -- ejercida a raíz del mismo por el I.N.P. (2.173 despedidos, entre M.I.R., médicos de plantilla y demás estamentos sanitarios) y a las repercusiones que estos despidos han tenido y tienen en la asistencia sanitaria que, sobre todo, en algunas regiones de España, ha dado lugar a un auténtico colapso sanitario por falta de personal.

Este conflicto arranca de octubre del pasado año (al que hacemos referencia arriba) y tras el cual quedaron pendientes de negociación los puntos pedidos, negociación que se llevaría a cabo en un plazo breve.

Esta negociación se hizo entre el I.N.P. y el Consejo General de Colegios Médicos, pero sin convocar a la Comisión Nacional M.I.R. como se había acordado, y, por supuesto, sin informarla de estas deliberaciones.

El día 6 de junio pasado se entregó una carta al I.N.P., firmada por más de 1.000 MIR, en la que se rechazaba el -- contrato elaborado en estas negociaciones secretas y se volvían a pedir las -- reivindicaciones pendientes de octubre.

Ante la negativa del I.N.P. a recibir a la Comisión MIR, y la no contestación a la carta, el día 11 de junio, 17 hospitales iniciaban un paro indefinido respetando los Servicios de Urgen -- cias.

Los puntos pedidos en la carta eran:

- Elaboración conjunta de un nuevo modelo de contrato que cumpliera las -- condiciones de los contratos laborales.
- Salarios de 20, 22, 24 y 26.000 pts. para médico interno, residente de -- primero, segundo y tercer año respectivamente.
- Pago de guardias a 2.000 pesetas.
- Revisión salarial cada 6 meses, adaptada al coste de la vida.
- 100 % del salario en caso de enferme -- dad o accidente.

- I.R.T.P. y Seguridad Social a cargo de la empresa.
- Guardería infantil o compensación -- económica para los hijos de los MIR.
- Abolición de las cláusulas represivas del contrato. Las causas de des -- pido deberían ser las señaladas en la legislación laboral.
- Elaboración del Reglamento de Régimen Interior de los centros por una comi -- sión mixta de todos los estamentos -- elegida democráticamente.
- Comisión de docencia paritaria y dem -- ocráticamente elegida.

Cinco días después de presentada la carta con los puntos reivindicativos, -- la Comisión Nacional MIR volvió a presen -- tar otro escrito ante el I.N.P. en el que se indicaba que dicha Comisión deb -- e -- ria ser el UNICO INTERLOCUTOR VALIDO pa -- ra las negociaciones, se exigía que no hubiera sanciones, y se establecía que -- la problemática era común a todos los -- MIR de España, independientemente de que pertenecieran a la Seguridad Social (I. N.P.), a los hospitales de las Diputacio -- nes o a los hospitales Clínicos (Univer -- sidad). El I.N.P. se negó a negociar si no era a través del cauce legal existen -- te (tantas veces demostrado ineficaz y no representativo) que era el Consejo -- General de Colegios Médicos.

El día 20 de junio se suspendió de empleo y sueldo durante 4 días a los MIR dependientes del I.N.P. y se les amena -- zó con el despido si el día 25 no se in -- corporaban a sus puestos. El mismo día 25 hubo un nuevo intento de negociación con el I.N.P., pero este, en su cerre -- zón de que se siguieran los cauces lega -- les, no dió oportunidad a que se inici -- ra el diálogo.

El día 25 fueron despedidos 1580 MIR y en las jornadas siguientes el número de despidos ha ido aumentando y afectan -- do a otros trabajadores de la Sanidad, siendo a primeros de julio de 2.173 en total. El conflicto en la asistencia sa -- nitaria producido a raíz de estos des -- pidos, aunque el I.N.P. ha procurado si -- lenciarlo con demagogia a través de -- los medios de información, ha sido muy

grave, sobre todo en Cataluña ya que, por un lado, las plantillas de trabajadores en la Sanidad son de hecho muy deficientes, y por otro, la labor de los MIR, de aprendizaje, pero también realizando un trabajo asistencial insustituible, ha quedado anulada tras los despidos.

Durante el conflicto las muestras de solidaridad han sido muchas: el personal médico de plantilla con paros totales o parciales, encierros en los hospitales, cartas, etc; por parte de los demás estamentos también se han realizado paros, asambleas conjuntas, etc. que en algunos casos han tenido fuertes represiones (en Hospital de Let mas de 300 enfermeras y auxiliares suspendidas de empleo -despedidas?-). También han manifestado su apoyo algunos Colegios de médicos, Colegios profesionales, Asociaciones de Vecinos, grupos de enlaces sindicales, enfermos hospitalizados, etc.

A pesar de todo, el I.N.P. en su postura de dureza no cede ante el conflicto y declara que la única posibilidad de readmisión es escribir una carta

individual de súplica por los MIR despididos, que será juzgada caso por caso.

El día 30, antes de estas medidas, los MIR deciden retroceder un punto y admitir las conversaciones a través de dos presidentes de la Mesa de Hospitales (que forma parte del Consejo General), para así dar mayor facilidad a la solución del conflicto. El día 30 son recibidos en el I.N.P. y se les concede el contrato laboral, pero inexcusablemente tendrán que escribir una carta individual de súplica porque, según palabras del presidente del I.N.P. los culpables del conflicto tendrían que caer. Los repetidos intentos para lograr que la readmisión fuera colectiva y sin sanciones resultaron fallidos.

Actualmente las cartas de súplica han sido escritas en la mayoría de los centros y en algunos de ellos las sanciones se han aplicado a los MIR, dejando sin contestación y en la calle a muchos de ellos sobre todo en los centros mas destacados en la lucha.

En esta lucha, y como conclusiones destacamos:

- La postura del I.N.P. que poniendo como principal meta la salvaguarda del principio de autoridad, como puntal del sistema, adopta como única actitud el despido masivo, aun cuando las reivindicaciones pedidas por los MIR son tan elementales como el contrato de trabajo, sin tener en cuenta, en lo mas mínimo la atención al enfermo y la consecución de una asistencia sanitaria correcta.
- La principal condición pedida por los MIR es el reconocimiento de la Comisión Nacional que negocie directamente con el I.N.P.. Admitir la Comisión MIR, es admitir la representatividad directa como base de negociación, y ello supone cambiar toda la perspectiva legal del Régimen.
- El envío de cartas individuales de súplica tras los despidos, es una maniobra del I.N.P. para romper la unidad entre los MIR en lucha.
- El conflicto de los MIR afecta directamente a todos los asegurados ya que la política del I.N.P. está bien lejos de perseguir una medicina correcta y dentro de ella, lo principal sigue siendo el mantener una pantalla de eficacia y servicio a los trabajadores.

SITUACION DE LAS ESCUELAS DE

* A. T. S. F. *

El problema de las escuelas no está desligado del que presenta toda la Sanidad española. Las escuelas son centros donde se nos prepara para que seamos me no de obra fácil de manejar para la --- gran EMPRESA CAPITALISTA que constituye hoy la Sanidad, cuya "materia prima" es el enfermo.

Hemos constatado que nuestra experiencia no es única; a través de numerosos contactos comprobamos que el problema es general. La ESTRUCTURA y el enfoque de la carrera, como cualquier otra, es BURGUES y CAPITALISTA.

Desde "arriba", la única preocupación es que se cree la Facultad de Enfermería; siendo un problema muy secundario el que la carrera sea "Universitaria" o profesional. Esta problemática se trata a nivel de congresos europeos, pero lo cierto es que, por lo menos en España, no tenemos una legislación de la carrera, quedando todo a la libre interpretación de cada escuela.

Ingreso en la Escuela

En torno al ingreso existe:

1.- UNA BUROCRACIA, donde tienen opinión los grandes del pueblo: el cura, el alcalde, el médico, etc.; porque se exige solvencia moral "reconocida".

2.- UNA DISCRIMINACION SOCIAL: no es lo mismo que seas una hija con "apellidos" que la hija de un trabajador. Hasta ahora, las alumnas de A.T.S., en su mayoría, son de clases altas, ocupando puestos en la escuela para luego colgar el título y no ejercer.

3.- UN EXAMEN del que no se puede sacar juicio, donde no se pueden valorar las aptitudes necesarias para el buen ejercicio de la profesión. El examen solo sirve de tapadera para favorecer la discriminación antes citada.

Uniformidad

En todas las escuelas, salvo raras excepciones, es obligatorio guardar una uniformidad rigurosa, que ocasiona inconvenientes de todo tipo:

1.-HIGIENICO: con el uniforme se asiste a clase, se realizan las prácticas estando en contacto con enfermos infecciosos, servicios como reanimación, laboratorio, etc. corriendo el peligro a la salida de ser portadoras de enfermedades, tanto en el autobús como en la familia, etc.

2.-ECONOMICO: cada alumna, en el primer curso tiene que hacer un gasto totalmente superfluo de unas 10.000 pesetas en el uniforme, siendo de resaltar el comercio entre escuelas y almacenes.



3.-Por un lado MASIFICAN, y por otro, ya desde el principio, están constituyendo una CLASE, un estamento que te distingue por donde vas.

Enseñanza

Consiste en unas clases prácticas y teóricas:

PRACTICAS: Consideramos que son fundamentales en la carrera. De unas prácticas hechas con una base técnicamente adecuada.

cuada dependerá la competencia a la hora de ejercer.

Es un hecho real y constatado que un 90% de las alumnas, cuando terminen, no están preparadas para responsabilizarse de una sala o departamento. El descubrir este en el tercer curso de la carrera es motivo de angustia en las alumnas, que saben que al llegar a cualquier centro deberán de responsabilizarse de un trabajo para el que se supone han sido preparadas.

Esta angustia es una realidad cuando al llegar a los hospitales te encuentras con unos enfermos que esperan de ti unos servicios eficaces y que tu no les puedes ofrecer, teniendo que "ir aprendiendo a base de fallos, a veces irreparables, y experimentando la impotencia para resolver adecuadamente los problemas que se presentan.

¿Por qué no se logra un aprendizaje a lo largo de TRES AÑOS de prácticas diarias?

19. La alumna no realiza un trabajo técnico, sino que está ocupando puestos de trabajo (hace de auxiliar, pinche, celador, secretaria, etc).

22. En los servicios no hay ninguna persona responsable de enseñarles, ni mucho menos de supervisar el trabajo que realiza. Lo importante y lo único que se supervisa es la asistencia y el que se rinda al máximo: que el servicio esté cubierto, el "como" no importa.

34. Las monitoras, en la mayoría de los casos son tituladas, pero no profesiona-

les. En la actualidad su función es puramente burocrática, sin tener una preparación adecuada para este cargo. El trato con la alumna es solo para comprobar su asistencia.

40. Para efectos de remuneración somos estudiantes, pero se nos piden responsabilidades como profesionales. Las salas son llevadas enteramente, en muchos casos, por estudiantes, estando sometidas a los mismos riesgos, en cuanto a contaminación (rayos X), contagio (hepatitis, tuberculosis, meningitis), accidentes laborales, etc. No tenemos ninguna asistencia en cuanto a revisiones periódicas para evitar posibles enfermedades, ni se nos explican los riesgos que corremos ni las medidas preventivas a tomar.

59. El número de horas de prácticas es excesivo, unas 35 horas semanales, que supone casi una jornada laboral, "coincidiendo" el horario con los desayunos, comidas, hacer camas, etc...

Es de hacer resaltar que todas las sanciones por parte de la escuela son para aumentar el número de prácticas. Hay escuelas que obligan a hacer prácticas "especiales", en veneno.

Teoría

19. Los horarios no tienen una distribución equitativa a la importancia de la asignatura. Conceden la misma importancia a la Patología, Anatomía, Pediatría, etc. que a otras asignaturas secundarias en la carrera, como: Religión, Política Labor, etc.

24. No existen textos donde poder documentarnos, lo que impide recibir una enseñanza objetiva, siendo ésta subjetiva y contradictoria a veces entre profesores y escuelas.

32. La Moral va enfocada a un nivel autenticamente profesional. Es una Moral "católica".

42. El sistema de exámenes solo valora la capacidad de retentiva, pero no lo que realmente sabemos. Nos vemos obligados, para aprobar, a aprendernos la asignatura de memoria, aunque no sepamos lo que estamos diciendo, ya que la práctica va al margen de la teoría.



Economía

Hay que distinguir según sea la escuela estatal (Facultad de Medicina), -- A.S.S.S. (Asistencia Sanitaria Seguridad Social), y las escuelas privadas, ya que tienen unas condiciones económicas distintas. La diferencia en la A.S.S.S. y en las estatales, es que la mensualidad es más baja. Unas 750 ptas. En la S.S. -- la alumna está en régimen interno, lo -- que la pone todo el día a disposición -- del centro. Hay servicios enteros que -- son llevados por las alumnas, lo que supone un gran ahorro económico, pues la alumna no tiene ni seguras, ni antigüedad, ni trienios, ni incentivos.

En las privadas, el número de alumnas es excesivo, no existiendo un número en la admisión, lo que perjudica enormemente la relación alumna-profesor. Lo único "positivo" que hay en esto para la escuela, claro está, es engrasar sus arcas. -- Se da el hecho de escuelas con 500 y hasta 700 alumnas, con una mensualidad de -- unas 1.200 ptas, lo que supone un aporte económico de 720.000 ptas. aproximadamente. Si los grupos son de 90 alumnas, cuando deberían ser de 25-30 como máximo, supone un ahorro en profesorado de dos tercios de los ingresos, por lo que consideramos las escuelas como un "negocio limpio".

Estos datos han sido constatados. Todas las escuelas, en lo económico, tienen de común la explotación de la alumna.

PEDIMOS:

Considerando lo expuesto, que corresponde a la realidad de la situación de las escuelas y a las consecuencias que de la misma se derivan, con respecto a los puntos concretos que nos han servido para este análisis:

■ INGRESO

1º. Prioridad de acceso a la escuela a los trabajadores de la Sanidad (auxiliares, etc.) sin que tengan que renunciar al puesto de trabajo.

2º. Suprimir toda la burocracia absurda:

la persona vale por sí misma, sin que tenga que ser avalada por otra.

3º. Suprimir el examen de ingreso que no valora las aptitudes realmente necesarias para la profesión.

4º. Creación de nuevos centros ó ampliación de los ya existentes.

■ UNIFORMIDAD

Consideramos absurdo, innecesario y antihigiénico el uniforme, bastando para la realización de las prácticas una bata blanca, para evitar un gasto supérfluo y los posibles contagios.

■ CLASES PRACTICAS

1º. Monitoras en activo, especializadas en los distintos servicios -- por los que la alumna debe pasar.

2º. Con menos horas y mas calidad la alumna puede y debe pasar a lo largo de TRES AÑOS por todos los servicios de un hospital.

3º. Que se considere que la alumna va a aprender, no a trabajar, haciendo aquellos trabajos que sean de su competencia, sin que sirva para ahorrar nóminas al hospital.

4º. Que en el 2º curso de carrera se paguen las prácticas.

■ CLASES TEORICAS

1º. Participación de la alumna en la elección del profesorado, en la programación del curso en cuanto a horarios, asignaturas, exámenes, método de estudio, etc..

2º. Que una representación de cada grupo de alumnas intervenga en las calificaciones de los exámenes -- prácticas y teóricos.

3º. Superección de las asignaturas que consideramos totalmente innecesarias: Religión, Política, Labores, etc.

4º. La Moral debe ser dada por un profesional, no por un cura.

■ ECONOMICO

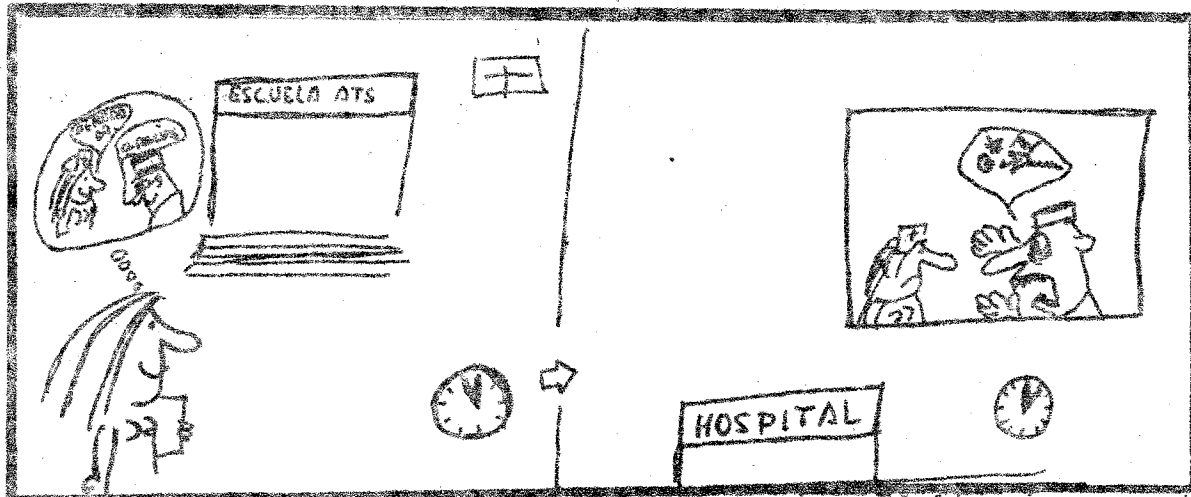
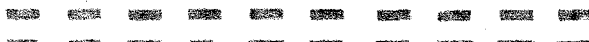
- 18. Enseñanza totalmente gratuita para que tengan acceso todas las personas que lo deseen.
- 29. Participación y control de las alumnas en la economía de la escuela.--

Esta información no queremos que --

sea algo más que se lee. El problema de las Estudiantes Ayudantes Tecnicas Sanitarias no solo incumbe a ellas, también a todos los trabajadores de la Sanidad y de rechazo a los asegurados, que son los primeros perjudicados.



PROPUGNAMOS UNA ENSEÑANZA ENFOCADA PARA TRABAJAR EN EQUIPO, SIN DIVISION DE CLASES: ATS, MEDICOS, ETC., QUE NO SON YA CLASES SINO PODERES, Y UNA ENSEÑANZA DE FACIL ACCESO PARA LOS HIJOS DE LOS TRABAJADORES.



PLATAFORMA REIVINDICATIVA DE SANIDAD

- Estatuto general ó convenio único para todo el personal que forme parte de la -- plantilla del hospital: técnico, sanitario, subalterno, mantenimiento, limpieza, ser-- vicios de cafetería, etc.
- No contratos eventuales.
- Plantilla de personal adecuada al número de pacientes, según cifras establecidas por la O.M.S.
- Formación permanente a todo el personal.
- Jubilación obligada a los 60 años, con el 100 % del sueldo, incluyendo todos los beneficios, y derecha a los posteriores aumentos que perciba el personal en activo.--
- Reconocimiento de trienios una vez superados los tres primeros meses del período -- de prueba, y que se hagan efectivos a partir del día en que se cumplan los tres años.
- Plus de festivos y nocturnidad.
- Vacaciones que se disfruten en los meses de Junio a Septiembre y, si no es posi-- ble, que se conceda una gratificación variable en su cuantía, a valorar según los -- distintos meses del año. Que no exista prioridad por antigüedad: que se establezca -- un sistema rotativo para que todo el personal esté en igualdad de condiciones.
- Que se lleve a la práctica de manera efectiva la creación de guarderías infantile-- ras, conforme al Decreto del 20.8.70 sobre el derecho de la mujer trabajadora.
- Que las bajas producidas por vacaciones, enfermedad, días libres, etc. no supo-- gan un incremento de trabajo para el personal en activo y per tanto sean cubiertas -- por un equipo de correturnos.
- Que en la escuela de A.T.S. tengan prioridad en la entrada los trabajadores de -- la sanidad, y que a su vez se facilite el ascenso a cualquier categoría sin necesi-- dad de hacerlo al margen del trabajo: Pinche a Auxiliar, Limpieza a Pinche, etc., y -- que cualquier especialidad se pueda realizar dentro del horario de trabajo.
- 100 % del salario en I.L.T. e Invalidez Provisional. Reserva de plaza y puesto -- de trabajo por el tiempo que dure la misma.
- Reconocimiento de las enfermedades profesionales.
- Que las Auxiliares de Asistencia sean reconocidas como administrativas ó secreta-- rias según el trabajo que realicen.
- Anulación del certificado de buena conducta para entrar al trabajo.
- Un comité representativo elegido democráticamente por cada estamento decidirá la selectividad para la concesión de plazas y para el ascenso a cualquier categoría: -- por ejemplo, de celador a conserje, limpieza a pinche, A.T.S. a A.T.S. jefe, adjunto a jefe clínico, etc.
- Derecho de reunión y asambleas para todo el personal.
- Libertad sindical: Sindicato libre y autónomo que defienda nuestros intereses eco-- nómicos y políticos.
- Formación de las Secciones Sindicales para la creación de la Federación Autónoma de la Sanidad.

- No admisión de enfermos privados en los centros de la Seguridad Social.
- Que todos los Centros Sanitarios con concierto con la Seguridad Social pasen a ser integrados en la misma, tanto a nivel de normas laborales con el personal como al de funcionamiento del Centro, ya que la actual situación repercute negativamente tanto en los trabajadores de dichos Centros como en los asegurados -- que acuden a ellos.
- Formación, dentro del hospital, de equipos de trabajo en los que participe todo el personal que trabaja a nivel de salas, servicios, etc.
- Democratización de los hospitales tanto a nivel técnico como científico.
- Control por los trabajadores de los fondos de la Seguridad Social.

POR UNA MEDICINA SOCIALIZADA Y AUTOGESTIONADA
POR TODOS LOS TRABAJADORES DE LA SANIDAD

.. ..

CHILE:

MEDICINA Y SOCIALISMO

HOWARD WAITZKIN E HILARY MODELL (De los Departamentos de Medicina y Sociología de la Universidad de Stanford, California)

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE, Volumen 291, Número 4, 25-Julio-1974.

Con el Golpe de Estado Militar en 1973, finalizaron 41 años de democracia constitucional en Chile. El propósito de nuestro artículo es analizar algunos de los cambios que tuvieron lugar en el sistema sanitario durante el gobierno de Salvador Allende. Las implicaciones que tiene sobre el tercer mundo la experiencia sanitaria y social de Chile son evidentes: los cuidados de salud pública, están claramente ligados a los sistemas económicos y políticos de la nación; los conflictos en el sistema sanitario reflejan los conflictos inherentes a una sociedad estratificada; reformas crecientes en el sistema sanitario tienen poco sentido sin un cambio básico en el orden social.

Sistema SANITARIO

Los conflictos y oposiciones que encontró Allende (él mismo, un médico) en sus intentos de modificar el sistema sanitario, reflejan los problemas que llevaron a la caída de su gobierno. Allende trató de introducir amplios cambios estructurales, con el fin de redistribuir los servicios a los pobres y aumentar progresivamente los cuidados médicos bajo en control popular. Al mismo tiempo, escrupulosamente, trató de evitar medidas que pudieran limitar la libre elección de médicos y pacientes.

Las propuestas de Allende a menudo perjudicaban los intereses de clase de los médicos (la mayoría de procedencia burguesa) y valoraban mucho las ventajas económicas que les proporcionaba la práctica privada. Por otra parte, la exigua economía chilena se vio afectada gravemente por el bloqueo con que respondieron las naciones extranjeras a la nacionalización de las industrias más importantes, y que se tradujo en congelación de préstamos y créditos y reducción de importaciones; medida que afectó igualmente al material sanitario.

REFORMAS CONSEGUIDAS:

El Gobierno de la Unidad Popular, publicó una serie de programas para distribuir la asistencia sanitaria más equitativamente. El Gobierno se identificaba con la Organización Mundial de la Salud, haciendo suyo el concepto de salud: "el concepto de salud se define como un estado de bienestar completo, físico, mental y social del individuo y no solo como la ausencia de enfermedades". La mayoría de las innovaciones programadas por el gobierno siguieron a la plataforma política de Allende en 1970 asegurando "atención médica y social, preventiva y curativa para todos los chilenos que debía ser financiada por el Estado, terratenientes e Instituciones benéficas". Estos --

programas debían ser llevados a cabo por el Servicio Nacional de Salud, que él había contribuido a establecer en 1950.

En los dos primeros años de gobierno socialista, varios programas consiguieron mejorar la distribución y calidad de servicios a la población chilena:

- Nutrición: 1/2 litro de leche diaria para niños y madres embarazadas. Campañas de educación sobre nutrición.
- Sistema clínico para maternidad en pequeñas ciudades, para reducir la gran mortalidad infantil y prenatal.
- Trató de institucionalizar el principio de libre asistencia médica en todos los hospitales.
- Campaña para mejorar las condiciones de vivienda e higiene.
- Sistema gratuito de servicio de urgencia.
- Innovaciones en las minas de cobre e industrias afines para reducir la incidencia de enfermedades profesionales (silicosis).
- Aumento de servicios ambulatorios y hospitalarios en zonas rurales.
- Creó un tren sanitario que viajaba por las provincias del sur atendiendo treinta mil personas a expensas del Estado.
- Creó centros de tratamiento para alcohólicos y campañas sobre salud pública.

DEMOCRATIZACION Y DESCENTRALIZACION:

En general el gobierno estimuló la producción de cambios en el sistema sanitario que llevarían a importantes variaciones en el control financiero y del poder, aumentando el control por parte de trabajadores y consumidores a dos niveles: el vecindario y el hospital. Fueron precisamente estas modificaciones las que hicieron reaccionar a los médicos con miedo y oposición hasta conseguir inutilizar muchas de las reformas.

El Vecindario. - Antes de que se estableciera el gobierno de Unidad Popular, el Ministerio de Salud había dividido a Chile en Zonas de salud y a cada Zona en Areas de salud. Por ejemplo, en Santiago había 4 grandes Areas de Salud, cada una de ellas tenía por lo menos un Hospital Básico. En cada Area había cierto número

de lugares más pequeños, de una población de 50-75.000 habitantes que estaba abastecida por un Centro de Salud Vecinal (C.S.V.). Generalmente los C.S.V. - estaban localizados en poblaciones de poca renta, y dependían administrativamente de un Hospital de Area para financiación, abastecimiento médico y personal.

Parte del programa de Unidad Popular consistía en descentralizar la asistencia sanitaria, dando más importancia a los C.S.V. La meta de la descentralización junto con los esfuerzos para democratizar el sistema sanitario y promover una participación comunitaria mayor, condujo a la elaboración del Decreto 602 por parte del gobierno para proveer una estructura que hacía participar activamente a los trabajadores sanitarios y a los representantes de la comunidad. (Fig. 1).

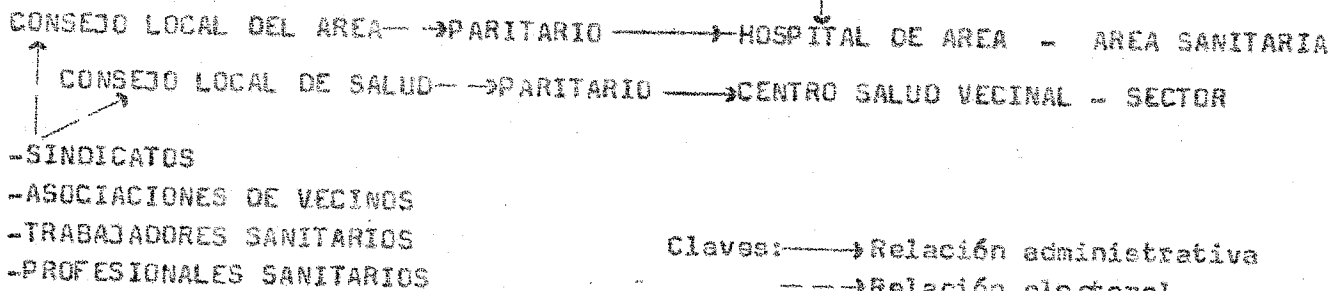
A nivel de C.S.V., fueron formados - Consejos Locales de Salud por los representantes de todos los grupos organizados de la comunidad, por el grupo de trabajadores no profesionales, sanitarios profesionales y profesionales médicos de la sanidad y por el director médico del C.S.V. Las tareas del Consejo Local de Salud eran discutir los problemas de salud de la comunidad, sugerir soluciones, cooperar en las campañas de prevención y actuar como engranajes de consulta entre el Servicio Nacional de Salud y la comunidad.

En el nivel del C.S.V. también actuaba paritariamente un segundo Consejo. - Este grupo incluía a representantes elegidos del Consejo Local de Salud además del C.S.V. El propósito de este Consejo paritario era discutir sobre las sugerencias del Consejo Local de Salud, aun que la decisión última permanecía en manos del Director Médico.

De una forma análoga, a nivel del Hospital de Area, se establecieron Consejos Locales de Area, que participaban en planes de salud y en la coordinación de servicios de la misma.

FUNCIÓN ASESORA

FUNCIÓN ADMINISTRATIVA



Claves: ———→ Relación administrativa
- - - - -→ Relación electoral
- - - - -→ Relación asesora

(Fig. 1)

Intentando ampliar las disposiciones del Decreto 602, el Servicio Nacional de Salud inició un programa de Desarrollo Socio-Cultural. El programa estipulaba un grupo de trabajo sanitario integrado, para trabajar con los miembros de la comunidad en el establecimiento de las necesidades básicas de la localidad. Cooperando con las organizaciones locales, este grupo sanitario, estimulaba una acción colectiva para combatir los diversos problemas con que se encontraban los habitantes, ofrecían información sanitaria y estimulaban la participación del pueblo a través de miembros conocidos del Consejo Local de Salud. En general el grupo sanitario intentaba elevar el nivel de conciencia médica y política del pueblo, así como alentar la progresiva participación activa.

El Decreto 602 establecía una primera etapa hacia los cambios estructurales en el sistema sanitario. Prometía un cambio en las estructuras del poder y estimulaba la organización comunitaria. Por otra parte estas innovaciones contenían debilidades importantes. Como estaba establecido, los Consejos y los Grupos Sanitarios, no establecían cambios reales en las relaciones de poder. Aunque incluían una proporción relativamente baja de médicos (10-20 %), el Consejo Local de Salud y los grupos paritarios seguían siendo básicamente asesores mientras que el poder ejecutivo permanecía en manos de los Directores Médicos.

Muchos trabajadores sanitarios y miembros de la comunidad, comprendían enteramente estas debilidades. En varias localidades los Consejos Locales de Salud, consolidaron su poder mediante movilizaciones populares de apoyo. Las presiones de la comunidad condujeron a un cierto número de logros.

Nivel Hospitalario. - Paralelamente a estos cambios en el vecindario, ocurrieron cambios importantes en la democratización de muchos grandes hospitales, especialmente los afiliados a los Colegios de Médicos. Dentro de cada departamento de especialidad (cirugía, pediatría, etc) se formó un Consejo de Gobierno que incluyó representantes elegidos de los trabajadores no profesionales así como profesionales sanitarios. El Consejo de Gobierno, tomaba decisiones administrativas y de dotación, que habían anteriormente fracasado bajo la jurisdicción exclusiva de los profesionales de rango más alto. Estos intentos para reducir el dominio profesional, condujeron en última instancia, a organizar la oposición contra el régimen de Unidad Popular por la mayoría de los profesionales médicos chilenos.

La realidad médico política. - Estos cambios potenciales en la estructura del poder médico, ocurrieron con muy escasos controles. Desde su creación en 1952 los médicos podían decidir voluntariamente su colaboración con el Servicio Nacional de Salud ó permanecer exclusivamente en

nes internacionales destacadas en Chile, incluyendo la Comisión internacional de juristas, la Asamblea de juristas Católicos y la Comisión de los derechos humanos.

Después del golpe, el Ministerio de Sanidad de la Junta, estableció tres categorías en las que clasificaba al personal médico: de confianza política, inciertos (pendientes de juicio por los médicos de confianza) y políticamente peligrosos (irrecuperables). El Secretario General de la Asociación Médica chilena, ha reconocido que los médicos que apoyan a la Junta, han participado en la denuncia de sus



colegas de izquierdas. Generalmente las denuncias son dirigidas contra los médicos que se opusieron a la huelga de médicos de agosto del 73. Además, hay numerosas referencias de que algunos médicos militares han cooperado en las acciones de tortura, principalmente supervisando las drogas usadas durante las sesiones de tortura.

La dictadura ha anulado casi todos los cambios en el sistema médico que ocurrieron bajo el gobierno de Allende. En las poblaciones y en las Áreas rurales, el nuevo Régimen ha cerrado casi todos los centros de Salud Vecinal y ha transferido sus funciones a los hospitales que están, con frecuencia

situados a gran distancia. Como resultado, los chilenos económicamente deprimidos, de nuevo experimentan grandes dificultades para obtener los cuidados necesarios. Los Consejos Locales de Salud, y los Consejos de Trabajadores-Consumidores que gobernaban los departamentos de hospitales han sido disueltos. El control de los hospitales de la nación ha vuelto favorablemente a la Asociación Médica chilena, que, insistentemente ha apoyado a la Junta. La mayoría de los programas de medicina preventiva (distribución de leche a los niños, etc.) han sido interrumpidos o continuados por agentes privados.

El Servicio Nacional de Salud chileno se ha convertido en una estructura de papel, ya que el sistema sanitario ha vuelto a estar casi exclusivamente bajo el control de los médicos privados.

* LA ASISTENCIA SANITARIA, EL ESTADO Y LA REVOLUCION SOCIAL

Tres temas generales sobresalen de la experiencia chilena. Estos temas concierne a las relaciones que se establecen entre: (a) la asistencia sanitaria y los sistemas políticos y económicos de una nación, (b) los conflictos inherentes de una sociedad estratificada que se refleja en el sistema sanitario, y (c) el problema de las reformas crecientes en la asistencia sanitaria en el marco de un cambio fundamental en el poder del estado y el del orden social.

(a).- En primer lugar, en todas las sociedades, pero especialmente en el tercer mundo, la asistencia sanitaria está inexplicablemente ligada a los sistemas políticos y económicos de una nación. El subdesarrollo médico es un rasgo inevitable del subdesarrollo económico. A pesar de las muchas reformas progresivas del sistema sanitario, el gobierno de la Unidad Popular, estaba continuamente obstaculizado por los escasos recursos económicos disponibles

la práctica privada.

La existencia paralela de los sistemas público y privado crearon grandes injusticias. Las ventajas de la práctica privada, condujeron a los médicos a no trabajar para el S.N.S. ó bien darle un tiempo exiguo, para dedicarse ampliamente a sus clientes privados. El mismo S.N.S. desarrolló una espantosa burocracia (en el 67 habian 46.656 empleados administrativos, y solo 6.487 médicos), y grandes deficiencias en la prestación de servicios necesarios.

Allende no intentó suprimir directamente la práctica privada por medios legales ó económicos. El gobierno aplicó medidas de control solamente para la distribución de productos farmacéuticos.

En varias ocasiones los Consejos Locales de Salud y los Consejos de Hospitales, pidieron la dimisión de médicos empleados por el S.N.S., sobre la base de que las prácticas privadas interferían con sus deberes. Los médicos temieron que el S.N.S. ejerciera un control muy estrecho sobre la proporción de privados que podían ver, especialmente en el marco de facilidades del mismo S.N.S. La intención del gobierno de entrenar más profesionales de la salud entre los trabajadores también, potencialmente, podría amenazar el predominio profesional. Además, dentro del curriculum de las Facultades de Medicina, apoyada por el Gobierno de Unidad Popular, las ciencias sociales alcanzaron un puesto más prominente. Debido a que éstas nutrieron una conciencia más profunda y una actitud más crítica en los profesionales jóvenes, los médicos establecidos, temieron que los colegas más jóvenes pudieran dar un ímpetu hacia cambios más fundamentales en la organización de la práctica médica.

La irritación de los médicos con el régimen de Unidad Popular estaba, sin embargo, por encima de estos cambios. Como miembros de las clases media y alta de Chile, los médicos sufrieron de la misma escasez de alimentos y servi-

cios que plagaron al país entero durante la última parte del gobierno de la Unidad Popular. En 1972, la Asociación Médica Chilena comenzó una campaña vigorosa contra este gobierno. La mayoría de los médicos rehusaron ver a los pacientes del S.N.S. de no ser en caso de urgencia. Los hospitales y los C.V.S. continuaron funcionando gracias a un esfuerzo continuado de la comunidad, los Consejos Locales de Salud, trabajadores sanitarios y una minoría de médicos pro-gobierno.

En las semanas que precedían al golpe militar de 1973, una huelga de médicos organizada por la Asociación Médica paralizó el sistema de asistencia sanitaria chilena. La profesión médica, amenazada por una redistribución del poder e incómoda por la inestabilidad económica, contribuyó a establecer los cimientos de la dictadura militar.

* TOTALITARISMO CHILENO Y SUS IMPLICACIONES:

Con el golpe militar de septiembre de 1973, Chile ha entrado en un periodo totalitario que los testigos presenciales califican de fascismo. Aunque la información ha sido limitada por la censura de la dictadura y las restricciones para viajar, varios resultados del golpe-verificados por multitud de interpretaciones escritas y testigos personales- no dejan lugar a dudas.

Este totalitarismo ha tenido gran impacto sobre los médicos y otros trabajadores sanitarios. Los directores anteriores de los Centros Vecinales de Salud en las poblaciones, han sido detenidos en el Estadio Nacional, junto con otros prisioneros políticos. Por lo menos 35 fueron ejecutados o han muerto después de ser torturados. Antiguos profesores de las Facultades de Medicina, así como médicos generales fueron encarcelados; la tortura ha sido usada rutinariamente en médicos y otros trabajadores sanitarios. La brutalidad del régimen fue condenada por muchas delegacio-

para la existencia sanitaria y otras funciones del bienestar público. Como varios observadores han apuntado, Chile y varios países similares, podían gastar la misma proporción de su riqueza en asistencia igual que un país desarrollado como EE.UU. aunque el efecto necesariamente estaría disminuido por el mucho más bajo nivel de riqueza del país subdesarrollado. Un análisis chileno incluye: "consecuentemente una política sanitaria debería estar estrechamente unida con la política general para el desarrollo del país".

Bajo este punto de vista, la efectividad de un sistema socializado de salud en Chile u otras naciones del tercer mundo, dependen en gran parte del nivel del desarrollo económico.

En el propio ámbito de la salud, existe un flujo claro de recursos del tercer mundo hacia los países desarrollados. Médicos formados en países como Chile, emigran con frecuencia hacia naciones desarrolladas como EE.UU., lo que conduce a una extracción de los recursos humanos y a una pérdida de capital de los países más pobres.

(b).--Una segunda lección general de la experiencia chilena es la de que los conflictos en el seno del sistema sanitario reflejan en menor escala los conflictos inherentes a una sociedad estratificada. Todo gobierno socialista debe enfrentarse con el problema de las clases sociales. Ya sea por nacimiento o por el ascenso social, los profesionales de la salud son miembros de la media y alta burguesía. Como tales, mantienen sus intereses de clase que, a menudo impiden el progreso hacia una distribución más igualitaria de los bienes y servicios.

Al lado de los intereses económicos, los profesionales de la salud, mantienen posiciones dominantes en sus lugares de trabajo. A causa de su preparación técnica, los médicos creen que este dominio profesional ante la política sanitaria está justificado. Cualquier innovación que tienda a reducir

el poder de la profesión para controlar las condiciones de trabajo, es considerada una amenaza.

La profesión médica chilena trabajó contra los intentos del gobierno de Unidad Popular de llevar la justicia y la democracia al sistema sanitario. Entre los objetivos de oposición de los profesionales se incluyeron la preparación de profesionales, la reducción de la duración de la educación médica, el estímulo para la inmigración de médicos extranjeros y el desarrollo de un control mayor por parte de trabajadores y consumidores sobre la política sanitaria.

(c).--En tercer lugar de una manera fundamental, la experiencia chilena demuestra que las reformas progresivas en la asistencia sanitaria tienen un significado mínimo si no se acompañan de un cambio radical en el orden social. Allende nunca tuvo el poder real del Estado, a pesar de haber asumido la presidencia a través de un proceso electoral de tipo constitucional. El Gobierno de Conciliación permaneció heterogéneo, y no pudo mantener un control institucional sobre los militares, cuerpo judicial y legislativo y los profesionales. En el caso de la Medicina, la falta de poder estatal dejó a Allende y sus seguidores totalmente incapaces de reestructurar la Sanidad a pesar de todos los intentos.

La experiencia chilena demuestra que los grupos dominantes en la sociedad no se someten pacíficamente al poder. A la vista de lo sucedido en Chile, parece indudable que una transformación fundamental en las estructuras del poder es precondición para conseguir el control popular de la asistencia sanitaria. En Chile, donde el potencial acumulado en favor de un socialismo pacífico y de un sistema sanitario democrático era, quizá, mayor que en ningún otro país del mundo, la esperanza de Allende de que el control popular podría desarrollarse por medios pacíficos, demostró ser un sueño irrealizable; por lo que, la lucha por un sistema sanitario humano ha de ser simultánea a la lucha por el cambio social.