

Discurso pronunciado en Arica  
el 3 de Julio de 1962, con motivo de la  
inauguración de la Escuela de Invierno de  
la Universidad de Chile.

---

**BIBLIOTECAS UdeC**



SEÑORAS Y SEÑORES :

Varias razones explican mi presencia aquí: está, en primer lugar, la circunstancia de haber sido invitado por mi amigo Dr. Hernán Romero a aportar mi modesta contribución a esta Escuela; viene enseguida el deseo de simbolizar con mi presencia, la cooperación de la Universidad de Concepción a este importante acontecimiento que patrocina y dirige la Universidad de Chile; luego mi deseo de ponerme en contacto con Arica, con esta región a la que, por disposición legal, está vinculada la Universidad de Concepción en el estudio de sus recursos naturales; le sigue mi deseo personal - como ciudadano y como educador consciente de la importancia del problema - de ver y apreciar los progresos del " plan Arica ", y por último - no hay por qué negarlo - mi natural deseo de gozar de este verano permanente y de este clima privilegiado aunque sea por unos pocos días.

No necesito justificar estas razones, pero deseo comentar algunas de ellas.

Mucho se discute sobre el papel de la Universidad en la sociedad contemporánea, y mientras algunos querrían mantenerla



dentro de sus moldes clásicos de institución de estudios culturales y científicos de alta jerarquía, aparte, por lo tanto, de los problemas prácticos de la producción o la técnica, no son pocos los que piensan que este apartamiento no es conveniente y que la Universidad debe vestir un ropaje más humilde e ir a convivir a la usina, al taller, al laboratorio y aún a la calle.

No voy a entrar yo a discutir el asunto en esta oportunidad. Aún cuando no creo que la razón esté en cualquiera de las dos posiciones extremas, no oculto, mi temor ante la exagerada mundanización o tecnificación o utilización de la Universidad para fines prácticos, ajenos a su normal esfera de labor, que puedan restarle capacidad y energía para cumplir debidamente sus fines primordiales relativos a la alta cultura.

Sin embargo, las universidades no pueden desconocer lo que Ortega llamó sus circunstancias y estas circunstancias, nuestras circunstancias, más exactamente, nos obligan a sentir la emergencia que estamos viviendo, que el país está viviendo para recuperar el atraso con que llegamos a este mundo y la lentitud de nuestro desarrollo, y a asumir funciones que,



por falta de quien las haga, caen en nuestras manos, y a cooperar a tan importantes propósitos nacionales con el aporte de nuestros medios.

Estas Escuelas de Temporada, que tanto brillo y prestigio tienen entre nosotros, son un aporte, de nivel exclusivamente universitario a nuestra cultura nacional; son las ventanas que abre la Universidad a su ambiente; por ella salen los sones de nuestra música y el calor de nuestro claustro; por ella penetra a la Universidad el aire puro de la calle y un poco también el rumor vital del mundo exterior.

Estas Escuelas de Temporada-manifestación de esa cosa más grande que se llama " extensión universitaria " han adquirido prestigio y popularidad entre nosotros, precisamente por su cordialidad y porque, sin que la Universidad pierda su compostura y su tono, le permiten ocuparse e interpretar los problemas y las preocupaciones del hombre que vive, trabaja y sufre, y llevarle un poco su mensaje de cultura y pensamiento o su interpretación serena de los problemas o los acontecimientos.

En Chile es más fácil hablar de la Universidad en sentido genérico que de las Universidades en sentido singular porque, partien



do todas de un mismo molde, siendo los universitarios tan pocos y superando con la intención nuestros pequeños egoísmos, sin darnos cuenta, pasamos los límites institucionales y buscamos el fruto en terreno ajeno, sin que el dueño se enoje. Así es como entre nuestras universidades la colaboración es la costumbre y es por eso que en las Escuelas de Temporada que organiza la Universidad de Concepción actúan como propios, catedráticos de las demás Universidades Chilenas y es por eso que aquí estamos Fresia Fierro, Benjamín Subercaseaux y el que habla, trayendo la sencilla cooperación de nuestro Instituto a esta reunión.

El aporte al desarrollo económico y al estudio y utilización de nuestras fuentes de riqueza es una actividad que en mi opinión, queda en el límite incierto de la acción universitaria, pero que dadas las circunstancias que vivimos, puede incorporarse a ella. Es por eso que la Universidad de Concepción ha dado tanta importancia a la enseñanza de la ingeniería en sus diversas ramas y niveles y es por eso que en sus laboratorios se estudian en forma permanente problemas relacionados con nuestro desarrollo y el aprovechamiento de nuestras riquezas y es por esto, también que ha recibido con mucho agrado el



encargo del legislador de " investigar el mejor aprovechamiento de las provincias de Tarapacá, Antofagasta, Chiloé, Aysén y Magallanes durante el plazo de diez años.

Quiero también referirme, aunque sea muy de paso, al Plan Educacional de Arica. La grave crisis educacional porque atraviesa el país necesita urgentes medidas para dar a nuestra niñez y nuestra juventud, en cantidad y en calidad, la educación satisfactoria, variada en nivel y orientación, amplia y universal que necesitan los hombres de nuestro tiempo, para ganar su vida, servir a su comunidad y ser felices. El Plan Educacional que se ensaya en Arica es una tentativa de respuesta a estas necesidades. Aun cuando aparentemente mi nivel de acción esté lejano al que se ensaya en Arica, no puedo ocultar mi interés en el asunto, porque en la práctica, toda la educación de un país tiene una repercusión universitaria, cualquiera que sea su nivel y porque lo que aquí se hace, si mañana se generaliza, tendrá que ser parte de una reforma educacional integral de la cual no escapará la Universidad y en la cual ella, por su posición y lugar, deberá participar activamente.



Pero por sobre todas estas razones - para estar aquí - o junto a todas ellas está el placer del encuentro, de este dialogar, oír y pensar que es el fruto más apetecido de estas reuniones. Porque la verdad es que los que creemos venir a enseñar nos vamos habiendo aprendido, habiendo aprendido de oír, de ver, de sentir realidades, enfoques o deseos que no se captan desde la distancia, habiendo aprendido de ver la lucha tesonera del hombre de Arica por ser, por crecer y por progresar. Y en este sentido, no puedo ocultar la satisfacción que puedo sentir como Rector de Concepción al saber a mi Universidad tan íntimamente unida a la lucha de este hombre, que hoy nos recibe tan cordialmente, por su destino.

En nombre de mi Universidad, presento mi cordial saludo a las Autoridades y vecinos de Arica. Y en nombre de ella y en el mío propio agradezco a la Universidad de Chile y especialmente a Hernán Romero, que nos hayan invitado y hago votos por el éxito de esta Escuela de Temporada que se realiza bajo la seña de tan promisoro divisa: "





RECTORIA  
(CHILE)

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

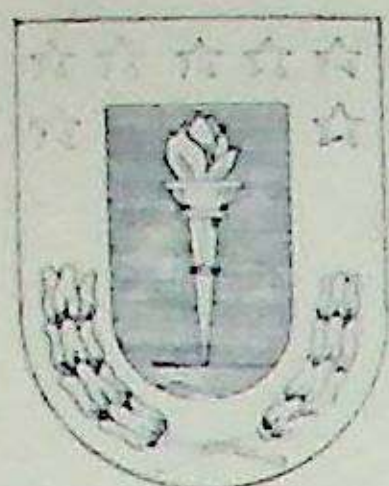
LA MEDICINA CHILENA DE HOY Y DE MAÑANA

Hablar de la medicina chilena de hoy y de mañana es un serio compromiso: primero, porque quien se refiere a lo que hoy se hace y suponga el mañana, no puede evitar una actitud crítica tan fácil y seductora como infundada, y en segundo lugar, porque la medicina chilena de hoy está en proceso de gestación y la de mañana es un incógnita en cuya realidad van a influir una serie de factores económicos, institucionales, políticos, médicos y sociales, que es muy difícil valorar desde este momento.

Por eso, mi intención al abordar este tema es, más bien, modesta y cautelosa, y se limitará a comentar lo que actualmente existe y lo que cada día sucede; y, luego, a plantear problemas subsistentes y soluciones posibles, con miras a que cada uno de ustedes pueda construir su esquema de lo que va a ser y de lo que debiera ser la medicina chilena de mañana, si nuestra evolución sigue un curso normal, esto es, sortea dificultades y repara errores para encaminarse hacia un fin claro, preciso y sostenido.

Desde 1952, los médicos chilenos han querido hacer realidad un postulado que fué tomando cuerpo a lo largo de muchos años de maduración y que persigue unificar la medicina del país en extensión y en profundidad; hacerla llegar a todos los habitantes y a todos los rincones, en forma completa e integrada, esto es, aprovechando todos sus elementos para atender el fomento, la protección y la recuperación de la salud de la población.





RECTORIA  
(CHILE)

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

2.

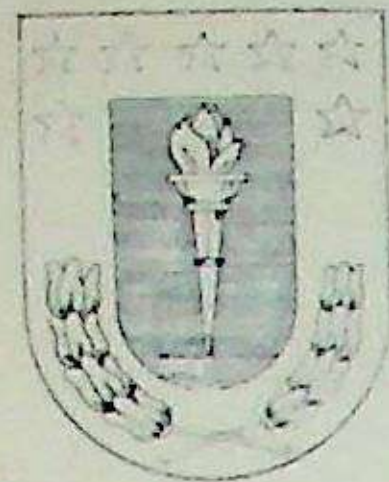
Nuestra filosofía es bastante simple y se basa en el hecho de que no hay diferencias fundamentales entre medicina preventiva y medicina curativa; que ambos aspectos son tiempos diferentes de una misma acción; que conviene que ellos se realicen integradamente y que resulta económico utilizar para ambos el mismo armamento y el mismo personal.

Esta postulación es aceptada como deseable en todas partes del mundo; pero en la gran mayoría se duda de las posibilidades prácticas para realizarla. No puedo decir si nosotros hemos avanzado algún argumento práctico en favor de nuestra tesis; no tengo elementos para juzgar hasta donde la medicina preventiva y la medicina curativa han avanzado entre nosotros o se han hecho mejor como consecuencia de su unificación e integración. Tampoco de nuestra experiencia podría deducirse, me parece, que si se hubiera mantenido el antiguo esquema, hubiéramos tenido menos dificultades y menos dolores, y la medicina preventiva y ambiental y la medicina curativa hubieran avanzado más de lo que lo han hecho hasta hoy. Es este un estudio que deberemos hacer algún día, con la honesta intención de analizar la experiencia vivida, para persistir en el rumbo o enmendarlo, y para allanar, así, la vía al progreso.

#### NUESTRA MEDICINA HOY

Nuestra medicina de hoy me da la impresión de una medicina atormentada en busca de una definición, en busca de un alma. A lo largo de diez años se viene debatiendo en busca de una fórmula administrativa, de un planeamiento técnico, de soluciones para problemas funcionarios y de personal





RECTORIA  
(CHILE)

tratando de encontrar programas y de solucionar problemas viejos o nuevos, sin lograr realizar algo concreto y perdurable y, lo que es peor, sin lograr impresionar al pueblo y aún a sus propios funcionarios de que todos sus esfuerzos son para el bien del primero y mayor satisfacción de los segundos.

Si analizamos los índices que nos presenta el Servicio Nacional de Salud, resulta claro el crecimiento del Servicio a lo largo de estos años; por lo menos, lo que podríamos llamar su crecimiento numérico. Ha aumentado el número de los hospitales del país; ha aumentado el número de camas de muchos hospitales y del país en general; ha aumentado en forma notable el número de atenciones, tanto en acciones de medicina preventiva como en acciones de medicina curativa, ambulatoria o de enfermos hospitalizados; ha aumentado el número de funcionarios del Servicio, especialmente en el aspecto administrativo y auxiliar; ha aumentado también, aunque en número proporcional, el número de horas médicas en los establecimientos del Servicio.

Si analizamos las estadísticas que pueden obtenerse de los demás Servicios Médicos que existen en el país y que atienden a diferentes grupos de empleados, podremos apreciar que también sus esfuerzos han aumentado, aunque en medida más modesta que los del Servicio Nacional de Salud.

Pero si analizamos aquellos índices que, en cierta medida, nos pueden revelar la eficacia de nuestros servicios médicos y las ventajas de nuestra concepción del Servicio Nacional de Salud, veremos que la salud del país no marcha paralela con aquellas cifras. En efecto, desde el año





RECTORIA  
(CHILE)

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

4.

1952 o 53 que fué sanitariamente nuestro mejor año, adelante, casi todos los índices sanitarios del país se han ido deteriorando: la mortalidad por tuberculosis, que iba descendiendo paulatinamente como consecuencia de las nuevas drogas para atacar al Bacilo de Koch, alcanzó en aquel año su punto más bajo, y luego ha comenzado a ganar altura lentamente. La mortalidad infantil, que logró también una cifra bastante aceptable ( 99.5°/oo), ha vuelto a ascender paulatina y sostenidamente ( 132.5 °/oo) en 1960. Las muertes por accidentes han ido ascendiendo en forma persistente de año en año. Las enfermedades venéreas y las enfermedades infecciosas especialmente, han aumentado también su frecuencia. La mortalidad general del país no ha seguido el descanso que acusó en los años precedentes al año 1952 (11 °/oo en 1953 - 12.5 °/oo en 1960). No es fácil - y menos podría yo siquiera intentarlo - encontrar la explicación de estos hechos.

BIBLIOTECAS UdeC

El Dr. Abraham Horwitz ha insistido, en su carácter de Jefe de la Oficina Sanitaria Pan-Americana, en la íntima relación que existe entre salud y desarrollo económico; relación que actúa en forma recíproca, esto es, que la salud es función del desarrollo económico y que el desarrollo económico no puede realizarse con un pueblo enfermo. Muchos entendidos en la materia han hecho presente que la medicina es incapaz de vencer, aún con los medios más modernos, los estragos que producen las malas condiciones económicas, sociales y ambientales. Esta puede ser parte de la explicación del fenómeno que estamos comentando: las malas condiciones de nuestras viviendas, las malas condiciones de la dieta que recibe nuestro pueblo, su incultura, su falta de instrucción, sus bajos salarios, influyen indudablemente en forma negativa en todos nuestros índices de morbi- mortalidad, y son un lastre que nuestra medicina no podría vencer con un costo razonable para nuestra economía.





RECTORIA  
(CHILE)

Hay todavía un segundo aspecto: en el combate contra la enfermedad o, más exactamente, contra las causas de la enfermedad, llega un momento en que las medidas corrientes dan todo lo que pueden dar y son incapaces de procurar nuevas ganancias, de romper el "Equilibrio Biológico" que se ha establecido entre el ambiente y la enfermedad. Para ello sería necesario reforzarla y dar "un salto a fondo" y con elementos extras para aniquilar, aún a un alto costo, al enemigo. Creo que puede decirse que en Chile muy poco se ha hecho por aliviar los esfuerzos de nuestra medicina con medidas tendientes a cambiar las condiciones de habitación, tendientes a cambiar las condiciones de alimentación, instrucción, etc., de nuestro pueblo en medida de un esfuerzo extra que ayude a romper este Equilibrio Biológico.

No se ha dado una batalla a fondo para llevar hasta sus últimos extremos la lucha contra ciertos aspectos graves de nuestras realidades biodemográficas. Basta recordar a este respecto que en nuestro país, en el área urbana, hay un 45% de la población que carece de agua potable, y un 40% que carece de sistemas de eliminación de excretas; y en el medio rural sólo un 6% tiene agua potable y prácticamente un 0% alcantarillado. En materia de habitación, a pesar de los indudables y meritorios esfuerzos que se han hecho por llenar los enormes vacíos que existían el problema se ha mantenido, por el grave desplazamiento de la población del campo a las ciudades, que las ha hecho crecer en forma notable y que ha hecho nacer, así, gracias a la complicidad de la política local, en todas partes las "poblaciones callampas", con su cortejo de insalubridad, falta de servicios, promiscuidad y desorden.

Muy poco de efectivo se ha hecho por recuperar el 25% de nuestra población que no sabe leer ni escribir; y en materia de propaganda y educación hi-





RECTORIA  
(CHILE)

hiénica, los intentos que se han realizado no penetran más allá de la superficie, por falta de nervio y de medios.

El Dr. Alfredo Leonardo Bravo ha manifestado que el Servicio Nacional de Salud gasta el 83% de su presupuesto en acciones de medicina curativa. Me parece que este es un índice bastante elocuente en relación con la materia que estamos comentando, y en cierta forma revela la realidad de algunas de nuestras afirmaciones. Se gasta este 83% seguramente porque hay problemas de medicina curativa de tanta importancia y volúmen que no se pueden desconocer ni descuidar; y ello indica la magnitud del esfuerzo que se necesitaría para llevar estos problemas a proporciones más modestas, a la altura de nuestras posibilidades.

Porque no hay que olvidar otra cosa: Chile gasta el 4.9% del producto nacional bruto, en medicina. La medicina ocupa el cuarto lugar en el presupuesto nacional, con un 9,8%, seguido muy de cerca por Educación. Antes están Previsión y SS con 22,3%, Transportes y Comunicaciones con 13,5% y Defensa con 12%. El país gasta 19,7 Escudos por habitante en salud.- Estos hechos revelan que Chile gasta en medicina una proporción tan grande como cualquier país rico y da a la medicina una atención, casi diríamos preferente. No es fácil concebir que el país pueda gastar más, so pena de descuidar otras cosas o de que trabajemos exclusivamente para cuidar de nuestra salud. Y esto nos pone frente a un hecho real, que debemos enfrentar con absoluta objetividad: que con estas sumas debemos dar a nuestro pueblo la mejor salud posible, ingeniándonos y empleándolas juiciosamente para obtener los resultados que deseamos.

Las circunstancias que he anotado y otras más que dejo en el tin-





RECTORIA  
(CHILE)

## UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

7.

tero, ponen en evidencia hechos de positiva importancia que, cuando ideamos nuestra medicina actual, no consideramos debidamente y que han influido en forma negativa en sus resultados, independiente de los defectos mismos de nuestra organización y de los errores que puedan haberse cometido en su administración.

Nuestro Servicio Nacional de Salud que es, en cierta forma, nuestra medicina - el 95% del gasto público en medicina corresponde en el presente al SNS y al Servicio Nacional de Empleados - fué lucubrado "a priorísticamente", como diría nuestro recordado Profesor Noé, en base a impresiones y no a realidades. Se pensó, en efecto, que sumando o juntando los elementos dispersos de cuatro o cinco Servicios, podría hacerse algo mejor. No se advirtió que estos elementos eran escasos e insuficientes y que con todos ellos no podía hacerse un Servicio, porque no se hace una cosa buena o superior cuando se juntan dos malas.

Tampoco se pensó que el público que atendían aquellos Servicios era sólo parte de nuestra población y que la creación del nuevo, al dar derechos a todos los habitantes, iba a crear un incremento de la demanda.

No hubo un análisis racional de los antecedentes, que permitieran evaluar exactamente lo que se tenía y lo que se quería obtener. No hubo una planta piloto ni ensayo serio y realista que permitiera adquirir experiencia, ensayar procedimientos y, aún, capacitar al personal. Con notable ligereza aceptamos como verdad lo que nos parecía serlo y solicitamos la fusión del Servicio ofreciendo mucho y esperando, como siempre que se cumpliera en medicina aquella ley tan chilena de que en el camino se arregla la carga.

Y como si esto fuera poco, se dispuso en la ley que en el plazo





RECTORIA  
(CHILE)

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

8.

de 180 días se hiciera la fusión de cinco Servicios que actuaban separadamente: el Servicio Nacional de Salubridad, los Servicios de Beneficencia y de Asistencia Social, el Departamento Médico de la Caja de Seguro Obrero, la Dirección General de protección a la Infancia y la Adolescencia, el Instituto Bacteriológico de Chile, el Departamento de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo y los Servicios Médicos Municipales.

No hubo un plazo largo y fácil para ir gradualmente integrando y absorbiendo funciones; no hubo oportunidad de discutir en ambiente sereno los pasos que se iban dando, ni de analizar sus posibilidades o sus resultados. Mas que eso aún, por temor al institucionalismo y la resistencia de los antiguos funcionarios administrativos frente a los nuevos conceptos o modalidades de trabajo, se dió generosa salida a todos los que lo quisieron, descapitalizando al nuevo Servicio de empleados administrativos de alta jerarquía y competencia.

He oído a un economista manifestar que la socialización de un país resulta fácil y es exitosa cuando su desarrollo económico es fuerte como para que la industria tenga vida propia para poder resistir el peso de la socialización, y cuando los propios trabajadores son instruídos y tienen una conciencia clara de sus deberes y de sus derechos. En cambio, en un país de economía débil poco o subdesarrollada y con masas ignorantes y sin sentido de la disciplina y del deber ni instrucción ni conocimientos técnicos, la socialización es muy difícil o un fracaso. Yo creo que nuestra experiencia prueba que esta tesis es también válida en medicina: nuestra socialización, la socialización de nuestra medicina, se realizó prematuramente, cuando ni el pueblo estaba preparado para recibirla ni los médicos preparados para aceptarla, aún cuando la desearan teóri-





RECTORIA  
(CHILE)

camente; cuando no teníamos el armamento ni la experiencia ni las capacidades necesarias para realizarla.

A esta improvisación y, si se quiere, frivolidad, cometimos el error de agregar el equívoco y la indefinición, porque la verdad es que en toda la organización de nuestra medicina, no hay consecuencia entre los objetivos y los medios. No voy a hacer un análisis exhaustivo del asunto, pero voy a señalar algunos de estos equívocos.

El primero y más flagrante se refiere al supuesto de que el Servicio Nacional de Salud está dirigido a toda la población, en circunstancias de que sus posibilidades en lo curativo se circunscriben sólo a los imponentes del Servicio de Seguro Social y a sus familiares y a los indigentes; y que, en cambio, sus responsabilidades en lo que se refiere a saneamiento y medicina preventiva, cubren a todo el país y a toda la población. Resulta bastante curioso que, postulando la integración de la medicina, hayamos aceptado desde la partida una no integración frente a importantísimos sectores de nuestra población.

De este equívoco resulta, como consecuencia directa, un serio problema administrativo y económico para el Servicio Nacional de Salud, porque como la ley no define ni limita el derecho a consultar en la práctica utilizan también sus servicios otros grupos de población que no son ni obreros ni familiares ni económicamente indigentes y que, numéricamente, son tantos como los grupos anteriores, con la diferencia de que, mientras el obrero paga por él y sus familiares, éstos reciben atención gratuita, por la insuficiente recaudación que existe en los establecimientos y por la pereza del Servicio de reconocer este cuarto grupo de consultantes: el de los no asegurados ni fami-



RECTORIA  
(CHILE)

liares ni económica o socialmente indigentes. No tengo para que recordar que este hecho ha sido combatido por los médicos como competencia desleal y motivo de permanente conflicto o resentimiento de éstos.

Podemos también considerar como un equívoco el que no se valorara cuantitativamente nuestra potencialidad profesional, que se sabía precaria, porque aún en las condiciones en que se desarrollaba la medicina anterior al 50, se echaba ya de ver la falta de médicos, en especial de especialistas, y de personal para-médico: matronas, enfermeras, etc.etc. He de recordar que algunas profesiones, como las de técnico laborante, nutriólogo, educador sanitario, fueron creadas por el propio Servicio Nacional de Salud para suplir sus necesidades.

También fué, por último, un equívoco de la mayor gravedad que el Servicio Nacional de Salud aceptara la total e inmediata responsabilidad de la salud de nuestro pueblo y no se tuviera la valentía de aclarar previamente que no podía tomar esta responsabilidad un Servicio que nacía en condiciones tan improvisadas, un Servicio que sólo era parcial y, por último que no se destacara la influencia decisiva que sobre la salud de nuestro pueblo tienen otros factores: económicos, sociales, culturales, demográficos, etc.etc., que por cierto, escapan al control médico.

Si consideramos que el 60% de las muertes en Chile son la consecuencia de la mortalidad infantil, por tuberculosis, por enfermedades infecciosas y por accidentes, es decir, causas que tienen como factor común la ignorancia, la mala vivienda, la desnutrición, las malas condiciones de trabajo, comprenderemos un hecho de la mayor importancia para apreciar la responsabilidad de nuestra medicina en la salud de la población, ya que con sólo medidas de orden





RECTORIA  
(CHILE)

## UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

11.

médico es imposible o extraordinariamente oneroso paliar los efectos de condiciones económicas, culturales y sociales adversas.

Ninguno de estos problemas o de estos equívocos fué aclarado, aereado, discutido y justipreciado previamente. Y tanto los médicos como los políticos y el pueblo aceptaron y acogieron el Servicio Nacional de Salud como una panacea que iba a multiplicar los medios y los pesos y a transformar el país en un Edén de salud.

Se puede afirmar que el Servicio Nacional de Salud nació el año 1951 sin que nadie tuviera un plan claro de lo que iba a ser.. Ello explica, aunque no justifica, las improvisaciones y los tropiezos que todavía alteran su vida y crean dentro de él un ambiente de desorientación y de inseguridad que influye sobre la moral de sus funcionarios, técnicos, administrativos, auxiliares, etc. etc.

Veamos, si no, lo que ha pasado con su organización general: después de un período más o menos caótico, las cosas se fueron concretando en una "dirección ejecutiva" y una "dirección normativa". La dirección normativa representó un nuevo espíritu o, más exactamente, la tendencia a instaurar una organización moderna y a hacer prevalecer, o más exactamente, a defender los aspectos médicos preventivos ante el tremendo peso y poder de las acciones curativas. El símbolo de esta organización fué el Centro de Salud.

Durante toda la administración anterior del Servicio gravitó en forma predominante el grupo normativo, porque estaba constituido por gente inquieta y de mayor personalidad. Actuó demasiado, se hizo muy evidente y creó una resistencia tremenda entre los médicos, que culparon a la "dirección normativa" de todos los males. El resultado fué que, a la primera de cambio, des-





RECTORIA  
(CHILE)

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

12.

apareció la "Dirección normativa" y desapareció el Centro de Salud, que la simbolizaba.

Fué un gran triunfo para los médicos curativos. La nueva fórmula pasó a ser el Hospital - Centro de Salud, es decir, el hospital, centro de todas las acciones curativas y preventivas, de fomento, protección y recuperación de la salud. Pero si una organización puede destruirse, es muy difícil destruir una idea cuando ella es útil y corresponde a una realidad. No han pasado tres años y ya tenemos en el Area Hospitalaria el antiguo Centro de Salud con apellido chileno. Y luego acaba de resucitar la "dirección normativa" con el nombre de Departamento o Subdepartamento de Planeamiento y Normalización.

Esta política vacilante, de ensayos, demasiado teórica a veces, siempre improvisada, ha sido fatal para la moral del Servicio.

Pero ha habido otros hechos. Dije, al comenzar, que la ley dió un plazo muy corto para que el Servicio se organizara. Ello significó también improvisación en el sentido administrativo. Improvisación que no pudieron superar las órdenes, reglamentos y normas que, con profusión tropical, dictó y lucubró la Subdirección normativa. Por su parte la propia Dirección del Servicio, olvidando que hasta Dios, cuando creó el mundo, se tomó seis días y fué haciéndolo poco a poco, primero lo fundamental y después lo demás en lógica secuencia quiso hacerlo todo de inmediato y ha ido abarcando más y más responsabilidades, a veces accesorias e innecesarias, sin detenerse a consolidar las etapas anteriores. En lo cuantitativo y en lo cualitativo, el Servicio creció sin freno y, naturalmente, creció mal.

Nadie podrá negar que es posible crecer en todos los frentes; pero p



RECTORIA  
(CHILE)

ra ello se necesita plan, medios y experiencias; plan, medios y experiencias que no existían en Chile. Y esta tendencia inicial todavía persiste. Hemos visto así, por ejemplo, que se hacen campañas para una y otra cosa, que no son esenciales y que, en el orden de importancia, están mucho más atrás que el mejoramiento de aspectos esenciales ya existentes; que se habla de crear un Registro del Cáncer, cuando todavía no hay estadísticas serias ni anátomo-patólogos en los hospitales; que se ha hablado de una campaña de protección de la maternidad, o control de la natalidad, que es lo mismo, naturalmente para todo el país, en circunstancias de que no se atienden bien los partos normales ni en Santiago; o que se crean nuevos hospitales - 12.500 camas nuevas en los próximos 10 años, dice una información de un diario - en circunstancias de que no hay médicos ni enfermeras ni personal preparado para atender las actualmente existentes; que un 20% o un 30% de las horas médicas de los hospitales están desocupadas por falta de interesados; que de 1.094 cargos de enfermeras, hay ocupados sólo 960; que de los 71 hospitales más importantes que hay en el país, sólo 66 tienen servicios de laboratorio, 61 de rayos, 21 de anatomía patológica, 29 de anestesia y de ellos menos de la mitad atendidos por médicos.

Y lo que es más grave, es que este crecimiento monstruoso, este abarcar responsabilidades innecesarias o inoportunas; este considerar a todos los problemas, grandes y pequeños, inmediatos o lejanos, como del mismo valor y desperdigar los medios en atenderlos todos; esta falta de perspectiva y de prelación en la apreciación de los problemas, impide que se aborden como lo habría hecho Dios, primero la luz, y sólo el último día al hombre; y que por no haber comenzado por lo esencial y con humildad sigamos exhibiendo estadísticas de mortalidad infantil, de tuberculosis, de morbilidad por enfermedades infecciosas, por accidentes, etc.etc. que demuestran que si bien, numéricamente, el Servicio tal vez atiende más consultas de enfermos, bien poco es su impacto en la salubridad, o mejor dicho, en la salud del país.





RECTORIA  
(CHILE)

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

14.

No se ha hecho un estudio serio de la calidad de la medicina que se da en nuestros consultorios. A nuestro parecer, con ser talves barata cada consulta, resulta cara si se tiene en cuenta el número de consultas repetidas por falta de medios y de organización que permitan llegar a un diagnóstico seguro y rápido; la frecuencia de las interconsultas, los viajes y las esperas prolongadas que deben hacer los enfermos para lograr ser atendidos, y los prolongados abandonos del trabajo so pretexto de consultar médico.

En los países más desarrollados se calcula que un 2% de la población está permanentemente enferma. En Chile, esta cifra puede calcularse en 5%.

Si juzgamos el ausentismo obrero a través de los subsidios pagados, calcularemos una incapacidad anual media de 7 días; pero rectificando estas cifras, podemos apreciar un ausentismo del doble de ella, es decir, 14 días; lo cual, en una población activa de 1.400.000 personas, significa 19.800.000 días al año, lo que representa una pérdida anual de la producción de E°167.112.000.-

Personalmente he manifestado muchas veces mi opinión en el sentido de que el consultorio con enfermos y médicos sin nombre y trabajo rutinario e impersonal, enormes y atestados, no permite hacer una buena medicina y, menos todavía, hacer una integración preventivo-curativa a nivel de la consulta. He agregado también que no humanizaremos nuestra medicina ni la mejoraremos mientras no descentralicemos la atención con consultorios pequeños, de barrio, en que se llame a los enfermos por su nombre, se les atienda con calma y se les mire como seres humanos. En el último movimiento médico quedó esto en evidencia y es de esperar que de allí salga alguna reacción saludable en este sentido. Sin embargo, esta reacción tendría que ser muy poderosa para vencer la rutina y la





RECTORIA  
(CHILE)

falta de imaginación de los burócratas de la medicina, la tradición ya inveterada del Servicio y los prejuicios políticos que vinculan, no alcanzo a comprender por qué motivo, el policlínico hediondo, sucio y anónimo con la "medicina de avanzada".

Se ha dicho mucho que los dos grandes tropiezos de nuestra medicina son: la falta de fondos y la falta de personal, especialmente médicos y para-médicos.

Ya hemos dicho que el país gasta el 4,6% de su producto nacional bruto en servicios médicos; que sólo es superado en esta cifra por países ricos, como Nueva Zelandia, y que es difícil que siendo un país pobre, pueda dedicar sumas mayores para el cuidado de la salud.

## BIBLIOTECAS UdeC

En cuanto al personal, médico y de colaboración médica, creo que el propio Servicio, no ha sido capaz de actuar con energía e imaginación. Porque el Servicio Nacional de Salud y el Gobierno tienen en sus manos herramientas que les permitirían, si no solucionar, por lo menos paliar en cierta medida la escasez de médicos y para-médicos. No tengo a este respecto sino que señalar lo siguiente:

Nada activo se ha hecho por aumentar la capacidad de algunas de las Escuelas de Medicina del país, que están todavía en condiciones de crecer; nada se ha hecho, tampoco, por aumentar su número o por crear en alguna parte las condiciones que permitieran, en un futuro, esta creación. Nada se ha hecho por importar médicos para ciertas especialidades, como Rayos X, Anatomía Patológica, Laboratorio, etc. etc., que no interesan a los nuestros.





RECTORIA  
(CHILE)

Nada se ha hecho por racionalizar las jornadas médicas o por hacer trabajar los hospitales durante más horas en el día y con menos médicos de mayor jerarquía. Es bien sabido que el término medio de la jornada médica hoy día, en el Servicio Nacional de Salud, es de 5 horas, lo que significa que el Servicio todavía no aprovecha íntegramente las 6 de que disponen los médicos.

Bien poco o nada se ha hecho por reformar el Estatuto o el Reglamento de Concursos, para corregir muchas de sus disposiciones que impiden la buena administración del personal y quitan estímulo al trabajo de los médicos.

A pesar de la escasez de matronas, no se sabe de ningún esfuerzo serio y definido por crear siquiera una Escuela más en algún punto del país.

Y a pesar de la escasez de enfermeras, no se han materializado todavía los planes para crear escuelas en Valdivia o en Antofagasta, por ejemplo. Pero a este respecto hay otra cosa que es muy curiosa: En los dos últimos dos años se han recibido un poco más de 150 enfermeras en las cuatro Escuelas del país. Sin embargo, el Servicio Nacional de Salud sólo ha creado 12 plazas en sus establecimientos, lo cual significa que ninguna de estas nuevas enfermeras ha logrado una plaza estable en el Servicio Nacional de Salud. Hay, en cambio, más de 200 contratadas, es decir, en una situación precaria que no les da tranquilidad y que las predispone a la búsqueda de otros lugares de trabajo. He de agregar que esta situación se empeora todavía por la torpeza en los nombramientos y la interpretación de los reglamentos, que ha permitido escamotear a las enfermeras los aumentos de sueldos que eran el único estímulo para que las jóvenes prefirieran esta carrera a otras con mejores perspectivas. Hemos de agregar todavía que el Servicio Nacional de Salud no se dió cuenta de que a este personal se le había rebajado su jornada de trabajo a 6 horas, hasta que el he





RECTORIA  
(CHILE)

cho estaba consumado.

Es bien sabido que de los 4.800 médicos que hay en el país, 2.800 por lo menos, trabajan en Santiago. Las autoridades del Servicio Nacional de Salud se quejan de la falta de interés de los médicos por el trabajo en provincia, sin tomar en cuenta por lo menos tres factores que explican este fenómeno: las malas condiciones en que se trabaja en los hospitales de provincia; la facilidad y las oportunidades que dan los concursos para trasladarse a las ciudades mayores y la falta de premio en la remuneración del médico que sale a los lugares más lejanos.

Me asiste la más absoluta certeza de que, si en los 10 o 15 Hospitales Regionales o más importantes del país, se pudiera trabajar o se dispusiera de Rayos X y de Anatomía Patológica y de laboratorios y de un ambiente médico para la interconsulta y la discusión, como se dispone en los hospitales de Santiago, no habría dificultad alguna para que los médicos, deseosos de labrarse un porvenir y de progresar en su profesión, fueran allí a trabajar, a vivir satisfechos y contentos y a hacerse un nombre. Desgraciadamente para el Servicio Nacional de Salud, el Hospital de Perquillauquén tiene el mismo valor que el de Talca o el de Arica, aunque el primero atiende a una población de 600 habitantes y los otros a casi un centenar de miles cada uno. Y por ayudar a todos los Perquillauquenes que, sumados, no atienden lo que el Hospital de una ciudad grande, no se mejora la medicina de estos últimos, elevándola de categoría y haciéndola atractiva para los profesionales.- He de agregar que los 10 o 12 hospitales más grandes del país atienden en conjunto más del 80% de la población; y su mejoría traería como reflejo la mejoría del pequeño hospital periférico casi sin esfuerzo para el Servicio.





RECTORIA  
(CHILE)

El país acaba de sufrir un serio movimiento reivindicacionista médico. La rara unanimidad de los médicos para apoyar este movimiento no es, a mi parecer, el producto sólo de una molestia económica. Ella traduce el descontento y la decepción de los médicos chilenos frente a un estado de cosas que no los satisface, ni material ni espiritualmente. Esta insatisfacción es, a su vez, el producto, por una parte, del desengaño frente a la desorganización general de la medicina; luego, del disgusto con que se trabaja y de la falta de estímulo y de reconocimiento al mérito; y por fin, de un trato económico que los médicos, pese a todo, no se resuelven a aceptar.

Sería una lástima que las autoridades, que en el momento del conflicto, en cierta forma, reconocieron estas circunstancias, no tomaran las medidas conducentes a reparar el actual estado de cosas.

Los médicos fuimos los artífices del Servicio Nacional de Salud, y los errores básicos de que adolece nuestra medicina son de nuestra responsabilidad. Son médicos los que han manejado el Servicio y los que no han sido capaces de reformar con audacia lo que necesita reforma y también es indudable que esta falta de valentía para rectificar y reconocer errores y esta falta de autocrítica para avaluar los resultados y reorientar nuestra política, está haciéndole a nuestra medicina un daño gravísimo.

Los médicos están descontentos con la forma en que se realiza y en que se remunera su trabajo funcionario. Especialmente grave es la falta de estímulo para el progreso, o dicho en otra forma, la absoluta falta de valor que el mérito o la capacidad tienen en el ambiente funcionario.

Desde el punto de vista de la remuneración, hay diferencias se-





RECTORIA  
(CHILE)

gún la edad del médico, porque es esta la que comanda los ascensos de grado y los trienios. El mérito o la capacidad no tienen premio, y tanto da ser un hombre destacado, cumplidor, abnegado y progresista, como ser un indifereante que cumple a medias, o simplemente, que no cumple.

Si a estas circunstancias agregamos que, por lo general, no existe el estímulo o las satisfacciones de una clientela privada, comprenderemos fácilmente porqué la inquietud del médico se centra básicamente en el problema económico y por qué éste encubre a los otros. A mi modo de pensar, si esta situación no tiene un pronto arreglo, nuestra medicina se va a deteriorar indefectiblemente, por la baja de la moral del médico y por el desprestigio de la profesión frente al pueblo y a los jóvenes que, no van a tener interés en seguir una carrera que no ofrece ni perspectivas económicas ni perspectivas de progreso científico.

Hay todavía otros aspectos del trabajo médico a los que debo referirme. Nuestra Escuela de Medicina es tan buena como las mejores del mundo, pero no prepara al médico para desempeñarse en un medio desprovisto de las excelencias del Hospital Clínico. Al mismo tiempo, nuestra enseñanza médica, nuestros profesores, no ocultan su desprecio por el médico práctico o el "médico de provincia" y ponen demasiado énfasis en el caso interesante en detrimento de los aspectos más corrientes y ordinarios de la patología.

Estas circunstancias condicionan a nuestros estudiantes de medicina y les crean serios problemas de ajuste posterior, al mismo tiempo que les hacen difícil, después, abandonar los únicos lugares, según ellos, en donde se puede hacer una medicina "moderna y decente". Esta incongruencia, esta falta





RECTORIA  
(CHILE)

UNIVERSIDAD DE CONCEPCION

20.

de paralelismo y de identidad de puntos de vista entre la enseñanza médica y la realidad de nuestra medicina, entre la Escuela de Medicina y la práctica de la profesión, es un serio inconveniente para el desenvolvimiento, la marcha y el progreso de los servicios médicos.

He procurado exponer en estos minutos el estado de nuestra medicina tal como yo lo veo. Podría haber hecho una simple descripción, plana, sin relieve, con números, curvas de crecimiento y resultados estadísticos; pero me ha parecido que ello, si bien satisfaría a mucha gente que no le gusta mirar las realidades, no sería constructivo. Tampoco he querido, por cierto, llorar sobre los huevos quebrados y lamentarme de lo que no se hizo y repartir culpas que nos salpican a todos. He querido, más bien, señalar nuestros puntos débiles, aquello que no se ha hecho o que no se hizo y hace falta o aquellos errores que se siguen cometiendo y siguen traicionando nuestras mejores intenciones.

No pretendo, por cierto, hacer un resumen de lo que he dicho. Pero si quisiera marcar con rojo lo que me parece más importante, yo diría que los factores que más han perjudicado el desarrollo de nuestra medicina y el logro de los que nos pusimos como su meta y fin, han sido: el apuro, la improvisación, la falta de sistematización, la falta de sentido de prelación y de oportunidad en la solución o ataque de los problemas, y nuestro afán de hacerlo todo y de luchar simultáneamente en todos los frentes; errores todos fáciles de corregir si los analizamos sin pasión y sopesamos su influencia negativa en nuestra medicina; errores todos que es indispensable corregir si queremos que nuestra medicina de mañana sea la que soñamos y no siga debatiéndose, como en una pesadilla, en busca de su definición.





RECTORIA  
(CHILE)

LA MEDICINA CHILENA DE MAÑANA

El problema más serio que enfrenta nuestra medicina es el crecimiento de nuestra población y las tendencias de su distribución. Chile tenía en 1920 un poco menos de 4 millones de habitantes. Tuvo en 1961 7.500.000; y como el crecimiento demográfico es un poco más de un 2,5%, se calcula que tendrá en 1970 unos 9 millones de habitantes. Esto significa que la población de Chile crece anualmente en unos 150 a 180 mil habitantes hoy día; y en 1970 este crecimiento, si las cosas no cambian sustancialmente, va a ser del orden de los 300.000 por año.

40 años atrás, el 60% de la población del país vivía en el medio rural y un 40% en pueblos y ciudades de más de 2.000 habitantes. Hoy el 60% de la población vive en las ciudades; y esta cifra se va incrementando día a día con los consiguientes problemas de todo orden. He de agregar que Santiago, Valparaíso y Concepción concentran sumadas, un poco más del 33% de la población del país.

¿ Está nuestra medicina preparada para afrontar esta expansión demográfica y para solucionar los tremendos problemas de saneamiento y de salud que el crecimiento violento y desordenado de las ciudades y la despoblación de los campos tendrá que traer aparejados?.

Manifesté ayer que los índices que, en general, sirven para juzgar la salubridad de un país, habían alcanzado en Chile sus mejores cifras alrededor del año 1952, y que desde entonces las curvas habían demostrado un persistente empeoramiento. Es probable que el crecimiento expansivo de nuestra población en los últimos años tenga alguna participación en este hecho. Si así





RECTORIA  
(CHILE)

fuera, tendremos que pensar que necesitamos algo más, crear un nuevo Servicio y organizarlo sobre moldes más o menos antiguos si queremos salir airoso de la prueba que nuestra medicina tiene por delante.

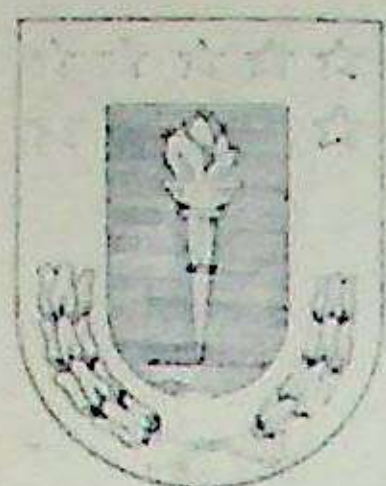
La organización de nuestra medicina ha partido de una hipótesis seductora pero que no ha sido aprobada por la práctica: que es ventajoso unificar los aspectos curativo y preventivo de la medicina y realizarlos a través de los mismos organismos. Esta tesis no ha sido probada por nuestra experiencia de 10 años, como lo demuestra el empeoramiento de los índices a que se ha hecho alusión y el hecho de que las labores de medicina curativa se llevan el 83% del presupuesto del Servicio. Hay muchos de nosotros que, como yo, pensamos que no es buena cosa mezclar medicina preventiva con medicina curativa, porque necesariamente la más fuerte y la que representa necesidades más inmediatas y premiosas se come a la más débil.

**BIBLIOTECAS UdeC**

Pero no quiero que se me entienda mal. Mis reservas ante la integración de la medicina preventiva con la medicina curativa en todos los niveles no significa que no piense que ambas deben actuar en íntima cooperación y posiblemente integradas en la jerarquía más alta, allí donde debe dirigirse la política general médica del país, y en el nivel más bajo del consultante de primera línea, del médico general, de ese técnico que no sólo debe ser un reparador de la salud sino un agente de salud.

Al pensar en la medicina chilena de mañana, tengo necesariamente que aceptar como un hecho cierto que ésta habrá de girar alrededor del Servicio Nacional de Salud y que éste habrá logrado superar sus actuales dificultades y encontrar su propia organización. Esta condición es tanto más necesaria cuanto que los nuevos y crecientes problemas demográficos y de salu-





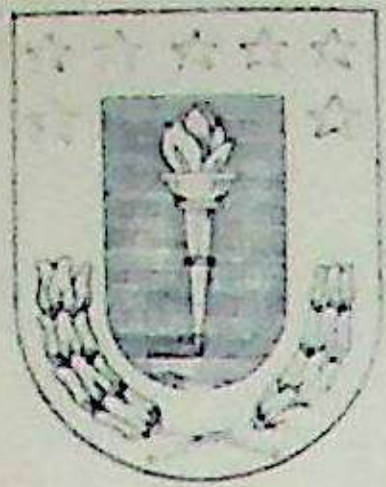
RECTORIA  
(CHILE)

bridad que deberá enfrentar el Servicio, requerirán una organización eficaz, económicamente sólida y con un programa perfectamente realista. Porque también es una condición de nuestra medicina de mañana su unificación, esto es, que un mismo y único Servicio atienda la medicina de toda la población, independientemente de la forma como el individuo es pagado o de quien le paga. Aún cuando pienso que las acciones preventivas deben ser realizadas con independencia de las curativas, pongo como condición, como dije, que ambas sean realizadas paralelamente y en íntima cooperación; y ello implica, por cierto, que ambas lleguen a los mismo lugares y tengan a su cargo las mismas áreas. Pienso, entonces, en la medicina de mañana como una medicina unitaria, en que la parte preventiva se singularice, tenga vida propia y pueda actuar con mayor independencia y dinamismo.

Pero hay otra condición más que creo indispensable si queremos tener mañana una medicina satisfactoria: debe marchar al compás de un plan general de desarrollo que elimine los factores económicos, sociales y culturales que hoy día fomentan y mantienen la enfermedad. Así como es imposible concebir el desarrollo económico del país si no se vencen las barreras del analfabetismo y la incultura y si no se tiene un pueblo sano, así tampoco es posible concebir un pueblo sano si no hay desarrollo económico suficiente y si la alimentación, la habitación, las costumbres y la cultura en general no marchan en nivel paralelo.

No creo exagerar si digo que el progreso en estos otros aspectos hará más fácil y menos dispendiosa la labor de nuestra medicina. Nadie podrá discutir que la habitación higiénica, o en otras palabras, la desaparición del conventillo y de la población callampa evitarán epidemias, tuberculosis y otras plagas. Nadie puede dudar de que el día en que el 100% de nuestros habitantes





RECTORIA  
(CHILE)

del área urbana disponga de agua potable y de servicios de alcantarillado y un alto porcentaje de los rurales dispongan siquiera de este último, la lucha contra las enfermedades infecciosas habrá dado un paso decisivo. Y del mismo modo, un pueblo culto será más penetrable por la educación sanitaria y comprenderá mejor la importancia de criar hijos bien alimentados y sanos

#### SEGURIDAD INDUSTRIAL.:

Y en otro orden de cosas, nadie podrá dudar, tampoco, de que la construcción de caminos economizará hospitales y economizará médicos y solucionará el problema de la medicina en el medio rural y pondrá a un mayor número de habitantes al alcance de la acción médica.

Doy por sentado que nuestra medicina de mañana deberá haber vencido el problema de la escasez de médicos y personal de colaboración médica y auxiliar, importando algunos, acortando los estudios tanto de medicina como de enfermería, asistentes sociales, matronas, técnicos laborantes, educadores, nutridores, auxiliares, etc. etc.; aumentando la matrícula de algunas Escuelas que tienen margen de crecimiento y aumentando el número de Escuelas gracias a una política inteligente que permita crear centros médicos capaces de sostenerlas.

Mucho se ha discutido y se discute en el mundo entero sobre qué tipo de médico va a necesitar la medicina del futuro: si el médico general o el especialista, o dicho en otras palabras, si la tendencia actual hacia la especialización va a desplazar definitivamente al primero. No creo que sea fácil vaticinar lo que va a suceder mañana. Personalmente creo que ningún equipo, por capaces que sean los especialistas que lo integran, podrá jamás superar al médico general como agente de una medicina integral y humana. Pienso también que





RECTORIA  
(CHILE)

un equipo necesariamente es impersonal, frío, poco humano. Desde este punto de vista es indudable que mi deseo sería que el médico de choque, destinado a la atención de la medicina de primera línea, sea siempre un médico general. Pero dudo mucho de que las tendencias actuales puedan invertirse y que, tarde o temprano, el equipo médico especializado, con asiento en el hospital completo, no se imponga como respuesta.

Pienso, sin embargo, que habrán de pasar muchos años antes que se defina esta situación y que, en el intertanto, la única fórmula que puede adoptar nuestra medicina, si alguna vez se decide por respetar al hombre y por hacer una medicina humana y de buena calidad, será la de hacer del policlínico periférico, de barrio, la célula primaria de nuestra atención médica; y dejar al hospital como centro especializado de segunda línea. En el primero, los médicos generales - o entre nosotros seguramente los médicos internistas, ayudados eventualmente de algunos especialistas, harán la medicina de primera línea; en los hospitales, los especialistas recibirán de aquellos a los enfermos que lo necesitan y se los devolverán, cuando llegue el momento, con las recomendaciones del caso.

Creo que en nuestra medicina de mañana se podrá trabajar sin apremio, en lugares gratos, limpios y sencillos, bien ayudado y disponiendo de todos los medios para hacer una atención rápida, completa e integral pero sin fantasías.

Pienso que a estos Consultorios no rehusará ir el hombre de cuello, de gustos más delicados y de pituitaria más sensible. El hecho irrefutable de que hoy tanta gente de este tipo concurre a los policlínicos limpios y ventila-





RECTORIA  
(CHILE)

dos que hay en algunos hospitales de Santiago, es una prueba irrefutable de que, si estas circunstancias se cumplen, la resistencia que algunos ven será fácilmente vencida.

No creo posible, ni menos conveniente, que en nuestra medicina de mañana se siga remunerando a los médicos con el sólo criterio de un horario y de un salario fijo, dependiente de los años de servicio o, en otras palabras, de la sola buena salud del funcionario. Pienso que se encontrará alguna manera de remunerar en rendimiento y el mérito y de estimular al individuo a dar más y a ser mejor. No sé cual irá a ser esa fórmula, pero no me sorprendería si ella fuera una doble remuneración: un salario fijo básico, y una bonificación o premio por el rendimiento del trabajo y los méritos científicos y funcionarios. Muy probablemente una tercera escala remunerará la responsabilidad funcionaria, o sea, la función específica que el individuo desempeña.

**BIBLIOTECAS UdeC**  
Como dije, creo que en mañana previsible de que estamos hablando seguirá siendo el médico general o el internista, el no especializado, el elemento básico de nuestra medicina de primera línea. Pienso que este elemento será entrenado en un internado en hospitales generales bien elegidos por su capacidad y que el propio Servicio creará residencias para la formación de especialistas de acuerdo con sus necesidades.

Espero que la labor administrativa y la labor sanitaria habrán adquirido prestigio entre los médicos y, paralelamente a la carrera clínica o tratante, habrá una carrera sanitaria o una carrera administrativa a la cual optarán no lo derrotados, sino aquellos elementos de primera calidad que prefieran estas actividades a las alternativas de la medicina práctica.

He dicho que a mi parecer y en base de lo que la observación de lo





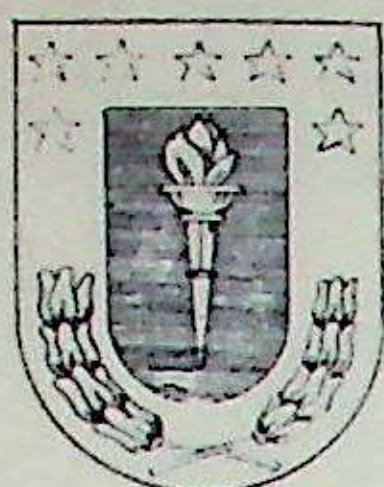
RECTORIA  
(CHILE)

sucedido en estos 10 años me ha revelado, pienso que la medicina preventiva y la curativa deben marchar separadamente, uniéndose sólo en los dos extremos. Para mí, la Dirección Superior de los Servicios, aquella que formula la política y dirige la organización; debiera ser una sola. Pero creo que en los escalones intermedios, debieran marchar separadamente, para volver a reunirse en el consultorio de Barrio o de Área o de Sector, como quiera llamársela, y que en este lugar, junto a los médicos generales que atienden a sus clientes del sector, debe estar asesorándolos el epidemiólogo, el higienista y más allá el ingeniero sanitario y el nutriólogo y el educador sanitario y las enfermeras, matronas, asistentes sociales y auxiliares encargadas de esa misma masa humana y de ese mismo radio.

Creo que en nuestra medicina de mañana las acciones preventivas y de higiene ambiental, de salubridad, en una palabra, van a aliviar en mucho la labor médico-curativa. No van a desaparecer, por cierto a consecuencia de ello, ni el cáncer ni la gripe ni la apendicitis ni las leucemias ni tantas otras enfermedades, aun cuando cualquier descubrimiento pudiera hacerlas seguir mañana el mismo camino que hemos visto tomar a la tuberculosis o la neumonía. Pero no es difícil imaginar que puedan disminuir los accidentes, de la calle y de la fábrica, las consecuencias del alcoholismo, la hepatitis, la úlcera digestiva y tantas otras enfermedades que, directa o indirectamente, dependen de cómo vivimos, lo que comemos, que bebemos, cómo vestimos y si nos bañamos.

No creo que imaginar lo que en líneas tan generales he descrito como una posibilidad para la medicina de mañana en Chile, sea una visión utópica, irrealizable. No puedo negar que la experiencia de estos 10 años no es como para hacerse muchas ilusiones, pero también pienso que, si el problema de nuestra me





RECTORIA  
(CHILE)

dicina se abordara con un poco de cordura; si analizáramos objetivamente la experiencia vivida y procuráramos extraer de ella algunas enseñanzas; si abandonáramos prejuicios, tradiciones y temores y no nos aferráramos a ideas preconcebidas y sólo miráramos lo que es mejor dentro de las circunstancias que estamos viviendo, y diéramos a los problemas una justa jerarquía y una justa prelación para irlos abordando en el momento oportuno, sin desperdiciar esfuerzos y sin lanzarnos en aventuras locas, todo esto sería posible sin tener que recurrir al milagro.

Pero no creo que algo pueda lograrse si no hacemos un gran esfuerzo para vencer el punto muerto o esta barrera de la insalubridad en que estamos chocando. Esfuerzo no sólo de los médicos sino del país entero, esfuerzo que no sólo exige nuestro trabajo sino además ingenio, audacia, determinación y dinero. Pero hay que reconocer que, así como el avión una vez pasada la turbulenta crisis de la barrera del sonido, vuelve a encontrarse un deslizarse suave y silencioso, así también nuestra medicina, cuando logre vencer el equilibrio biológico de las enfermedades que hoy la tiene detenida, seguirá marchando sin tropiezos con velocidad acelerada.

Creo que el país, y aún los políticos que por lo general son desconfiados, depositaron una gran confianza en nosotros los médicos al creernos y entregarnos un Servicio Nacional de Salud tal como nosotros lo pedimos. A pesar de los fracasos y de nuestros errores - políticos, funcionarios, etc.etc.- y de nuestra incapacidad demostrada como administradores, el país no nos ha quitado su confianza. Pero no es aventurado decir que ya no podemos seguir girando contra ella con la frivolidad que hasta ahora. Tenemos la obligación de demostrar más capacidad, más cordura y más seriedad. No me cabe la menor duda de que si seguimos sin saber lo que queremos, sin tener valentía para rectifi-





RECTORIA  
(CHILE)

car nuestros errores, sin saber administrarnos, tendrán que ser otros, los políticos, los que nos acomoden, poniendo a nuestra profesión en una interdicción bien merecida.

He procurado hacer en estos esquemas una serie de consideraciones destinadas a plantearos problemas que debéis meditar y que a mí me llenan de zozobra. Porque de la respuesta que podamos darles y de la sinceridad y objetividad de las soluciones que les procuremos, depende no sólo el prestigio de nuestra profesión, sino la salud de nuestro pueblo y todo lo que de ella depende. Y porque es precisamente de ustedes y de todos nosotros que debe salir la reacción que haga de la medicina chilena de mañana no la progresión de la actual dentro de sus mismos errores, sino la realización de aquella ilusión que por tantos años iluminó la mente de los médicos chilenos, que pareció cristalizarse en la ley 10.383 de 1951 y que hoy día, a pesar de todo, arde todavía en el alma de los médicos.

**BIBLIOTECAS UdeC**

Dr. Ignacio González Ginouvés  
RECTOR

ARICA, 3 de Julio de 1962.