

CODEPU

comite de defensa de los derechos del pueblo

Casilla 1843 - Correo Central - Santiago

INFORME DE SALUD

SANTIAGO JUNIO DE 1982

ARCHIVO FASISIC

INFORME DE SALUD1. Las Políticas de Salud en cuanto afectan al derecho de las personas

En Chile desde los años 20 hasta 1973, la salud pública y la atención médica se basó en un conjunto de valores y principios sobre los que había consenso derivado sin duda de las necesidades y consenso que existía en relación a la sociedad que estaba en desarrollo. Estos principios fueron, la solidaridad, la participación y la integralidad preventiva-curativa.

En 1973 como consecuencia del golpe militar y la implantación de un nuevo modelo económico, se producen cambios en la estructura e instituciones de nuestra sociedad, que tienen que hacerse "funcionales" a las necesidades del sistema, salud, por supuesto, no queda al margen de esto y desde comienzo recibe los efectos de las nuevas orientaciones que significan transformaciones fundamentales en los aspectos doctrinarios, programativos, de financiamiento y de recursos humanos y materiales.

El eje central es la economía social de mercado que establece la competencia, el fin de la oferta y la demanda, como lineamientos determinantes de la política de salud creándose para ello nuevas normas y leyes.

En este esquema se invierten los valores que se consideraban permanentes y que influían en dichas políticas, la solidaridad se ha convertido en individualización, la participación, en autotitarismo y la integralidad, en unilateralidad.

Se crea un nuevo sistema de salud, El Sistema Nacional de Servicios de Salud que mantiene al antiguo S.N.S. pero disminuye los aportes financieros, reduciendo recursos humanos y materiales (personal, farmacia, dación de leche etc.) en Hospitales y Policlinicos generando una menor calidad y cantidad de las prestaciones médicas. Se reducen horas médicas, bajas remuneraciones, se pierden beneficios sociales etc.

Se entrega una mayor responsabilidad y recursos al sector privado sobre todo en lo financiero. Las organizaciones financieras adquieren mayor importancia en el control del sistema, al desmantelamiento de la administración de los fondos al sector privado permite a este influir decisivamente en la calidad, cantidad y prioridad de los servicios.

Al cabo de 9 años del régimen militar se está llegando a completar los cambios en salud que se manifiestan en esta última etapa en 2 aspectos importantes:

1. La creación de las ISAPRES
2. Traspaso de Postas y Consultorios a las Municipalidades.

1. Las ISAPRES(Institutos de Salud Previsional), el 20 de Mayo de 1981 entran en vigencia las normas para el otorgamiento de prestaciones de beneficios de salud por instituciones de salud previsional.

El nuevo sistema mantiene la obligación para todos los trabajadores, de contratar un seguro de salud por el 4 % mensual de sus ingresos como mínimo. Este seguro es recaudado por la A.F.P. a la cual está afiliado el cotizante, y administrado por la ISAPRE en base a un contrato firmado entre ambas partes. En el contrato las partes podrán convenir el otorgamiento, forma, modalidad y condiciones de las prestaciones beneficias para la recuperación de la salud. Por supuesto que las ISAPRES operan con criterios financieros y se interesan por captar a las personas de más alta renta.

2. Traspaso de Postas y Consultorios a las Municipalidades.

Consecuentemente a la estrategia global de desarrollo capitalista, la política de salud ha tratado de implementar lo que se llama el rol subsidiario del Estado, que en este ámbito estimula la actividad privada a fin de que el estado se preocupe de la atención médica de los sectores que ellos suponen los únicos incapaces de costear la salud, los denominados sectores de extrema pobreza. Se trata de buscar la fórmula para que la salud se financie, cada vez mas, directamente del bolsillo de la gente y esto es porque la atención médica se ha convertido en un posible gran negocio.

En este sentido el Estado ha desarrollado varias iniciativas, por ejemplo: Corporación privada de desarrollo social. convenios entre instituciones privadas de salud etc.

En Julio de 1981, se inició otra, utilizando las instancias de poder local, con que cuenta el Estado: las municipalidades. En salud todo este proceso se ha manifestado como la mejor fórmula para traspasar a la actividad privada ya que el municipio puede hacerse cargo directamente o puede establecer convenios con particulares para cumplir sus responsabilidades de salud.

Es así como durante 1981 el Ministerio traspasó entre un 6 al 11 % de las Postas y Consultorios a las Municipalidades que se suscribieron al convenio por 5 años.

Se espera que en este año continúe el proceso de traspaso a un ritmo mayor. La posibilidad de privatización de los establecimientos marginales del sistema de salud a través de las municipalidades permita:

1. Concentrar la acción del Estado en áreas locales de atención médica, atención de urgencia y atención materno infantil.
2. Limitarla a las zonas territoriales donde se localizan las necesidades no traducidas en demanda en el mercado.

3. Utilizar la infraestructura municipal para tecnificar la selectividad de la acción del Estado.

4. Utilizar los mecanismos de recaudación específicos de las municipalidades como fuentes de financiamiento adicionales que se requieran para garantizar el acceso a la salud, en un nivel mínimo, a los habitantes de la Comuna que el mercado deja afuera.

Junto a los cambios en el sistema de salud, el nuevo modelo político-económico reestructura también los sistemas de seguridad social y se producen una serie de modificaciones en el Sistema Previsional.

El Sistema Previsional en Chile, hasta antes de la reforma, integraba al trabajador y a su familia de manera relativamente satisfactoria a la medicina y a las consecuentes prestaciones económicas. Se financiaban, a través del concepto de reparto, las pensiones de vejez, invalidez, antigüedad, indemnizaciones, subsidios de cesantía y enfermedad, asignaciones familiares, medicina y parte de la medicina curativa. A pesar de los recursos insuficientes, el Sistema Previsional Chileno llegó a figurar en la vanguardia de los regímenes previsionales Latinoamericanos e incluso mundial, debido a que primó el criterio de que lo social es tanto o más importante que lo económico.

El Sistema de Seguridad Social actual, se caracteriza por ser un sistema de "CAPITALIZACIÓN INDIVIDUAL" donde cada trabajador ahorra para sí mismo y para su propia jubilación. Dos son los cambios fundamentales: la capitalización individual y la administración de los fondos.

La capitalización individual, hace desaparecer la modalidad del reparto. El trabajador aporta parte de su salario para financiarse sus pensiones de invalidez, vejez sobre vivencia y las prestaciones de salud, su pensión será proporcional al monto que haya ahorrado.

El Estado deja de tener la responsabilidad social de la administración de los servicios de Seguridad Social; quedan bajo la tuición de las entidades privadas, A.F.P. que pueden invertir en negocios que le sean rentables, sin estar obligados a preocuparse de obras de tipo social o en beneficio de sus propios imponentes.

Con el nuevo sistema, se produce el quiebre dramático entre el capital y el trabajo, en desmedro del segundo. La seguridad social, era el único patrimonio que poseían los trabajadores para cubrir sus necesidades y la de su familia a través de los beneficios que obtenían. Actualmente el trabajador es incorporado a la economía de mercado, se les ofrece la posibilidad de "aumentar" sus ahorros en organismos privados, "pelear individualmente" y se le margina de los organismos sindicales, con la hipotética pensión mayor que van a recibir en la vejez.

Las modificaciones son diversas entre ellas:

- La ASIGNACION FAMILIAR se iguala, pero se rebaja en monto real de su beneficio.
- El aporte del empleador para el financiamiento de las pensiones, se reduce el 1% y luego desaparece (Mayo de 1980).
- La PARTICIPACION de los trabajadores en los asuntos previsionales a través de los Consejos Directivos de las Cajas Previsionales quedan en receso. El movimiento sindical no tiene posibilidad de asumir en torno al problema previsional.
- Para JUBILAR, se aumenta el límite de edad a 60 años para la mujer y 65 años para el hombre. Con anterioridad, para la generalidad de los empleados la pensión de vejez se obtenía a los 30 años de trabajo para los hombres y a los 25 años para la mujer, en tanto que la mujer obrera jubilaba por vejez a los 55 años. Causa aún más extrañeza esta medida, si la comparamos con las estadísticas Nacionales que revelan que solo el 5% de la población llega a los 70 años de edad. La confusión es mayor, cuando se expresa que el único sector excluido de esta disposición son las FUERZAS ARMADAS, quienes tienen la posibilidad de acogerse a jubilación al cumplir 30 años de labor.
- Se Suprimen los FUEBOS LEGALES incluyendo los maternales, es así, como la mujer embarazada, cuyo contrato rige con posterioridad al 15 de Junio de 1978, no goza de inmunidad laboral durante su descanso maternal. Esta medida se agrava con otro decreto, que autoriza los despidos en estos casos, por las mismas razones por las que antes estaban prohibidos sin previa autorización judicial.

La capitalización individual como sistema previsional, constituye la postergación y el agravamiento del problema de los jubilados. Si estimamos que el promedio de salarios de la gran mayoría de trabajadores es bajo, el monto de sus cotizaciones será reducido, lo cual escasamente le permitira a un gran numero de imponentes de gozar de una pensión mínima. A ello se suma, la situación crítica económica del país, que repercute en la masa laboral, con el aumento de la cesantía y sus consiguientes impedimentos para continuar cotizando. En lo principal, significa la negación de la solidaridad, base de todo sistema de seguridad social.

Debilita el movimiento sindical, ya que impulsa el individualismo y hace perder la conciencia de la necesidad de los trabajadores de luchar juntos sus reivindicaciones, introduciendo la desunión entre los trabajadores.

Finalmente, permite el mayor enriquecimiento de los grandes grupos económicos, quienes son los únicos beneficiarios con los cambios del régimen previsional.

Los beneficios económicos los obtendrán de las comisiones que cobren al imponente por afiliarse a ellos y por las inversiones que realicen con los recursos destinados a la previsión.

2.

LA REALIDAD POBLACIONAL EN CUANTO AFECTA A LA SALUD DE

LAS PERSONAS

INTRODUCCION

El modelo socioeconómico chileno implantado por el régimen militar desde el año 1973, en que se reemplaza la producción nacional por la importación de productos de consumo diverso, ha significado el quiebre de la industria nacional con su consiguiente secuela de cesantía en el sector obrero industrial. También el despido masivo de funcionarios del sector público (Salud, educación, etc) eleva la tasa de cesantía hasta cifras que alcanzan entre el 12 y el 19% de la población activa Chilena, pero los sectores mayormente afectados con la cesantía son los sectores de extrema pobreza donde el porcentaje de cesantía se eleva a un 80 % .

La situación de extrema pobreza conlleva la agudización de problemas económicos en los países dependientes como son los problemas de vivienda, salud, educación etc.

SITUACION DE LA SALUD EN POBLACIONES MARGINALES

En lo que respecta a salud el nuevo modelo económico reduce el gasto en salud del Estado aplicando el principio de subsidiariedad del Estado, lo que en la práctica significa el abandono de la responsabilidad de velar por la salud de la población general. La política social se basa en la venta de servicios por parte de organismos privados, o sea que el que tiene más dinero puede comprar más y mejores servicios con lo que los sectores de bajos ingresos se ven impedidos de recibir una buena atención y su salud física y mental, se deteriora de modo creciente.

Desde el punto de vista de la salud de las poblaciones marginales, hay estudios que indican que el 90 % de las personas no tienen un estado de salud satisfactorio. En la población infantil la Desnutrición, la pediculosis, la Sarna y el Retardo Mental son los problemas frecuentes. En la población Adulta, el Alcoholismo, la Neurosis, Problemas Ginecológicos en relación a la falta de control de los dispositivos intrauterinos y Problemas dentales tienen la mayor incidencia.

De las enfermedades detectadas, el 83,6 % están sin tratamiento, estando sometidas a tratamiento médico, sólo el 16,4 %.

En lo referente al efecto de la cesantía sobre la salud mental se observa desintegración de la familia; Alcoholismo, abandono de hogar por parte del padre que no tolera la situación de que su mujer salga a hacer trabajos domésticos con gran sacrificio y mala remuneración. Los hijos menores, movidos por el hambre, salen a vender cualquier artículo en las micros con riesgos de sus vidas a menudo. Los jóvenes adolescentes optan por la Prostitución, Los jóvenes se evaden de los problemas fumando Marihuana o inhalando Neopren; para lograr estos medios caen a menudo en la delincuencia.

Por otro lado la población está atemorizada por las acciones represivas que practican Carabineros, Fuerzas Armadas y Servicios de Inteligencia, como allanamientos y redadas nocturnas en altas horas de la noche, sus organizaciones poblacionales están bajo el control de Estado mediante designación en las directivas de las Juntas de Vecinos a ex oficiales de Carabineros y FF.AA. y en los Comités de Madres a las esposas de éstos. De este modo se les hace muy difícil a los pobladores expresar cualquier descontento, y caen en la pasividad y la apatía.

Dentro de este marco general de la realidad poblacional, se destacan como más golpeados por la represión, los grupos de familias que han hecho "Tomas" de terreno y se han constituido en campamentos de tránsito. La "Toma de terreno" es la acción organizada por parte de un grupo de familias sin casa, de ocupar terrenos no construidos e instalarse a vivir en ellos construyendo en pocos minutos viviendas mínimas con materiales ligeros que ellos mismos trasladan al lugar junto a sus enseres domésticos.

SITUACION DE LA SALUD EN CAMPAMENTOS DE " TOMAS "

Para dar cuenta de los problemas de Salud física y mental de los campamentos de " Tomas" debemos hacer una historia de sus acciones en defensa de su derecho a la vivienda.

El problema de la vivienda en Chile se arrastra desde hace mucho tiempo, pero los últimos 7 años hace crisis, principalmente porque el ritmo de construcción de vivienda para sectores de medianos y bajos ingresos se reduce drásticamente. En el periodo 60 - 64 se construían 30.000 viviendas anuales. Entre el 64 - 70 el ritmo de construcción se eleva a 40.000 viviendas por año. Entre los años 70 - 73 la cifra alcanzó las 54.000 viviendas por año. Luego del 73 al 80 baja nuevamente a 30.000 viviendas por año. El subsidio habitacional que ofrece el gobierno no puede ser aprovechado por los grupos de bajos ingresos ya que requiere de un ahorro previo de 60.000 pesos y un ingreso mensual de 16.000. A raíz de esta situación se ha incrementado el problema de las " Familias Allegadas " es decir familias sin casa que deben ser acogidas por otras familias con lo que se agudizan los problemas de convivencia de salud física y psicológica. Frente a la imperiosa necesidad de encontrar solución al problema de la vivienda, grupos de pobladores sin casa de las poblaciones Nuevo Amanecer, lo Valledor, San Gregorio y la Bandera, se organizan en Comites de vivienda

durante 1979 y comienzos de 1980. Estos Comites, por medio de sus Directivas, escriben cartas y solicitan entrevistas a las autoridades para encontrar una solución a su problema habitacional, sin tener ningun resultado positivo.

Por otra parte, la vida de "Allegados" se hace insostenible; hacinados arrinconados, sin privacidad ni para lo más elemental pidiendo permiso para cocinar, para lavar, para salir, para entrar, aumentar las peleas con los niños de otras familias, las peleas matrimoniales etc.

Cansados de esta vida y de la tramitación de que son víctimas, en 1979 se inician las primeras tomas de terrenos del periodo de dictadura. El número de familias que participan comienza siendo pequeño, pero va en aumento a medida que pasan los meses. En Junio de 1980 una Asamblea General de los Comites de Vivienda de la Zona Sur, determina llevar adelante una toma masiva de terrenos, las que se realizan el 22 de Julio de 1980, ocupando terrenos de la Dirección de Deportes del Estado en el sector 4 de la Población la Bandera. En Enero de 1981 se produce otra toma de características muy semejantes que organizan los Comites en Casa de la Zona Occidente de Santiago. El 6 de Marzo del 81 hay otra toma masiva en que participan 200 familias de las que sólo 66 se constituyen en un campamento de toma.

De los casos de toma ocurridos despues del golpe militar, hemos elegido para informar en detalle las tomas 22 de Julio y 14 de Enero donde tuvimos participación directa algunos integrantes de la Comisión Salud del CODEPU.

DESCRIPCION DE LAS ACCIONES REPRESIVAS EN EL MOMENTO DE LAS TOMAS

22 DE JULIO DE 1980 Y 14 DE ENERO DE 1981 -

Al amanecer del día 22 de Julio de 1980, llegaron al sitio elegido para la toma, grupos de familias sin casa (Aprox. 500) provenientes de diversas poblaciones del Area Sur de Santiago; venían en micros y camiones, portando elementos para construir viviendas provisorias (palos, Cartones, nylon) alimentos y enseres necesarios para establecer un campamento. Un grupo de ellos no llegó al sitio de la toma porque fue interceptado y detenido por Carabineros antes de partir, debido a que un infiltrado de los Servicios de Seguridad denunció la acción. Este hecho ya empezó a crear desconcierto en los angustiados participantes de la toma, pero no impidió su instalación en los terrenos.

Cuando ya habían instalado sus carpas, hecho fuego para el desayuno y empezaban a cerrar con alambrada el contorno del sitio tomado llegaron Carabineros en número pequeño y trataron de convencerlos de que abandonarían el lugar. Como los pobladores se negaron, volvieron Carabineros con refuerzos y arremetieron violentamente contra los hombres que defendían el campamento, los golpearon y tironearon para llevarlos detenidos. Golpearon también a las mujeres, algunas de ellas embarazadas, charon abajo las carpas provisorias que habían levantado, las incendiaron, pisotearon las banderas Chilenas que les habían puesto para indicar que eso era una toma. Hicieron disparar al aire para terminar de atemorizar a los pobladores, que lloraban y gritaban desesperadamente.

En camiones de Carabineros se robaron todas las cosas que los pobladores habian reunido para hacer frente a las necesidades de los primeros días: alimentos, frazadas, vajillas. Las carpas que no quemaron las echaron en los camiones. En una de ellos había una guagua durmiendo; al enrollarla y tirarla al camión, quedo la guagua aprisionada; la madre sufrió un ataque de llanto frente a este hecho, fue tambien subida al camión. Un niño de más o menos 6 años, arrancó despavorido; estuvo perdido 2 días, fue encontrado vagando en las cercanias. Posteriormente constatamos que presentaba un grave estado de angustia que se acentuaba frente a la menor señal de separación de su madre; pasaba apegado a ella, como adherido a ella, tembloroso y lloriqueando.

Toda esa violencia determinó que los pobladores abandonaran los terrenos que habian ocupado y se reagruparon en una capilla cercana, y en los terrenos adyacentes a ella, levantando allí sus carpas y otras viviendas ligeras, y constituyendo el Campamento 22 de Julio. Pero la represión no cesa; siempre la fuerza pública ronda el campamento. En la madrugada de dirigentes llegan hasta el allanamiento de la Vicaría Sur, el 27 de Julio de 1980, y la detencion de dos de ellos en la misma Vicaría.

Meses despues el 14 de Enero de 1981, se produce la segunda gran "Toma". Participaron 400 familias que ocuparon terrenos valdios cercanos a la Iglesia Sal Luis Beltran en la Comuna de Pudabuel, barrio marginal de Santiago, tambien fueron violentamente repelidos, por fuerzas policiales, replegandose en el patio de la iglesia, al que ingresaron saltando un alto muro divisorio. Allí levantaron sus viviendas provisorias y se organizaron para hacer frente a las necesidades básicas. Esta Iglesia contaba con mas espacio y algunas instalaciones de cocina, comedor, baños, pero en todo caso se hicieron muy insuficientes para el gran numero de personas que se instalaron a vivir allí constituyendo el campamento 14 de Enero.

CONDICIONES DE SALUD DE LAS TOMAS 22 DE JULIO Y 14 DE ENERO

LA HIGIENE AMBIENTAL:

Está en un nivel subhumano, difícil de imaginar. Las improvisadas viviendas no tienen agua potable, deben acarrearla desde una llave común, las aguas servidas se tiran en los contornos y corren por los angostos pasillos de tierra entre las carpas, las alcantarillas que estaban instaladas en el lugar se hacen ahora totalmente insuficientes, sufriendo a menudo obstrucciones y rebalses, los niños a menudo obran en el suelo. El piso de las viviendas es de tierra y en los días de lluvias, ésta entra a las viviendas y se apoza en los pasillos.

La basura se acumula en cerros mal olientes y cubiertos de moscas.

El hacinamiento es grave, duerme toda la familia en la única cama que es posible instalar en la pequeñísima vivienda; el espacio es tan pequeño que la dueña de casa se desplaza difícilmente para hacer sus múltiples actividades (hacer comida en alguna cocinilla improvisada, vestir los niños, dar la mamadera a la guagua etc.).

EL ESTADO DE SALUD BASICO

Es muy deficiente. En los niños, desnutrición en un 40 %, Sarna en un 25 % y Pediculosis en un 50 % lo están indicando. En el aspecto mental, los niños se ven apáticos, faltos de estímulos, con reacciones agresivas y violentas. En los adultos son frecuentes los signos de hipoglucemias por falta de ingestión de alimentos, muy fatigables, irritables, con frecuentes mareos y desmayos. El estado de tensión y las descargas emocionales incontrolables son lo habitual, llevando a conflictos al interior de las parejas, con los hijos y con los vecinos del campamento. Las mujeres hacen una Neurosis sintomática con gran frecuencia (50 %). Los hombres tienden a evadirse en el alcohol.

LAS ENFERMEDADES QUE MOTIVAN CONSULTAS

al equipo médico que asiste al campamento, son con más frecuencia : estado gripales, Bronquitis, Faringitis, Bronconeumonía, Diarrea y afecciones en la Piel, en los niños. En los adultos Gripes, Amigdalitis, Neurosis.

PATOLOGIA PSIQUIATRICA

La Patología Psiquiátrica que se observó en los campamentos de los estudiados fue diferente según el nivel de conciencia que tenían las personas respecto de la situación que estaban viviendo. El grupo de más bajo nivel de conciencia participó en la toma movido por su necesidad inmediata de tener " Un sitio donde vivir "; ellos no tenían capacidad de analizar la situación más allá de esta posibilidad que les daba la " Toma " de satisfacer esta necesidad.

Otro grupo de pobladores con más claridad sobre el significado de una toma de terrenos en un gobierno dictatorial; por un lado desilusión de lucha, denuncia de los problemas de viviendas que sufre el pueblo, falta de solución de parte del Estado a estos problemas, etc. y por otra parte riesgos de represión en una variedad de formas como la violencia directa, el intento de soborno, existencia de soplones que trabajan para los servicios de seguridad, manejos engañosos de parte de las autoridades etc.; estos pobladores tienen objetivos más generales al participar en la toma y participan más organizadamente.

Por último en el más alto nivel de conciencia, estaba el grupo de los dirigentes que habían preparado la toma y que dirigían el campamento; ellos manejaban todos los elementos implicados en la situación, tanto de parte de los pobladores como de las autoridades.

Estos 3 grupos descritos vivenciaron los conflictos de modo diferente y presentaron manifestaciones psicopatológicas también distintas.

El grupo de más bajo nivel de conciencia estaba centrado en los conflictos derivados del hacinamiento, falta de alimentos, problemas que al llegar al campamento se habían agudizado.

La falta de espacio donde moverse, cocinar, vestir a los niños, les acarrea a su vez problemas de relación dentro del grupo familiar y con otras familias. Asténicos e irritables para el hambre, angustiados por no saber de donde sacar alimentos para sus hijos, estos conflictos interpersonales se complicaban más.

Sobre todas estas angustias se superpone el miedo a la represión de parte de las fuerzas de orden, fuerzas que veían agrandadas, todopoderosas, vehículos de carabineros rondaban el área de la toma y a momentos llegaban refuerzos marcando el campamento. Frente a esto sentían que el allanamiento y el desalojo era inminente echando a correr rumores que hacían crecer el pánico.

Este grupo presentaba una patología consistente en Descargas primitivas de tipo psicomotor y emocional frente a situaciones amenazantes, crisis de agresiones violentas en las discusiones conyugales o contra familias, impulsividad y violencia en el castigo a los hijos, crisis de inconciencia de tipo histérico frente a sufrimiento morales intensos (enfermedad aguda de algún hijo, incendio de algunos enseres, malas noticias de familiares que vivían fuera del campamento etc). Ingestiones excesivas de alcohol, abuso de drogas por parte de los jóvenes.

El segundo grupo de pobladores, con conciencia más global de la situación que vivían, tomaban a menudo responsabilidades organizativas dentro del campamento y responsabilidades de dirigir acciones que efectuaban fuera del campamento para llamar la atención del gobierno (tomas de Embajadas, tomas de oficinas públicas, tomas de iglesias) los conflictos vividos por este grupo se centraban en las dificultades que encontraban para organizarse los pobladores, las dificultades al enfrentar la represión durante las acciones directas y la responsabilidad de llevarlas al éxito. Este grupo presentaba con más frecuencia reacciones angustiosas más duraderas, conflictos de parejas derivados del diferente grado de participación y compromiso con el grupo y reacciones agresivas a raíz de desacuerdos durante las acciones de más riesgo.

El tercer grupo de pobladores, los dirigentes que constituían el comando de toma, estaban requeridos por los problemas de todo nivel, desde las necesidades más personales de todos los integrantes del campamento (Quienes esperaban de los líderes solución para todo) hasta los problemas de la estrategia y tácticas a seguir, pasando por la organización general del campamento, la coordinación interna del comando, la distribución de funciones entre los dirigentes según sus características de personalidad y según el momento que vivía el grupo de seguridad personal.

(despitar los seguimientos de parte de los servicios de seguridad, no dejarse detener) los conflictos derivados de estos múltiples problemas, sin embargo no llevaron al quiebre definitivo de ninguno de los dirigentes, que se mantuvieron en sus puestos a excepción del caso de la detención descrita antes de un dirigente que aún está encarcelado.

La patología más frecuente en este grupo fue el estado de agotamientos frente a sobrecargas de trabajo que llevaba a temporales retiradas, conflictos conyugales derivados de la entrega total de ambos conyuges al trabajo organizativo, reacciones angustiosas en momentos críticos, y en una ocasión una reacción Psicótica que regresó en pocos días.

ACCIONES EN SALUD EN LOS CAMPAMENTOS DE LAS TOMAS 22 DE JULIO Y

14 DE ENERO

Los pobladores participantes en las tomas de terrenos quedaban excluidos de los servicios estatales de salud, en circunstancias que las necesidades de atención crecían en forma aguda desde el momento que se iniciaban la toma, sólo se contaba con las acciones que los mismos pobladores podían realizar y con la ayuda solidaria de grupos de profesionales.

Las acciones en salud fueron semejantes en las 2 tomas mencionadas por lo que describiremos en conjunto, distinguiremos 4 períodos.

- 1.- Momentos de la toma
- 2.- Período de repliegue en la capilla
- 3.- Período de instalación de un Policlínico
- 4.- Período participación de los pobladores en base a capacitación y funcionamiento como verdadero equipo.

1.- MOMENTOS DE LA TOMA: En la mañana del día de la toma la atención en salud la dieron 8 pobladoras capacitadas en primeros auxilios y en el manejo de un botiquín de primeros auxilios que ellos mismos confeccionaron. El botiquín consistía en un tarro grande de Leche Nido, forrado en género y con un tirante que lo mantenía adosado al cuerpo de las encargadas de salud; en su interior había material de curaciones y vendajes, analgésicos oral e inyectable, estimulantes cardiovasculares, tranquilizantes del los nervios, etc, su trabajo consistió en atender a los contusos y a los afectados por la violencia del desalojo.

2.- PERIODO DE REPLIEGUE EN LA CAPILLA : Al ocupar la capilla y sus alrededores, el hacinamiento fue de grado máximo. Era difícil pasar entre la gente para llegar con alguna ayuda médica. Las encargadas de salud atendieron durante 2 días seguidos y sus noches sin hacer turnos, todas simultáneamente, llegando al agotamiento. Había sólo, un rincón pequeñísimo para juntar medicamentos. Los 2 profesionales de salud que llegamos al lugar el primer día no

tuvimos posibilidad de coordinarnos con los encargados de salud. Atendimos los llamados que hacían los pobladores cuando se desmayaba alguien o se presentaba una crisis nerviosa. Además tomamos iniciativas como agrupar a las embarazadas y hacerles un chequeo rápido especialmente de presión y pulso, lo que contribuía a tranquilizar al grupo total al empezar a ver cierta organización.

3.- PERIODO DE INSTALACION DE UN POLICLINICO: Al tercer día de ocupación de la capilla se consiguió instalar la atención médica en una pieza especial que cedió la Junta de Vedinos. Se constituyó un equipo de Salud con los recursos médicos que trajo la Vicaría, con los profesionales de CODEPU y con las encargadas de salud poblacional. Este equipo de salud no logra funcionar como equipo. No se delimitan claramente funciones. No se lleva registro ordenado de atenciones. La demanda es muy grande y no hay tiempo para organizarse en turnos o capacitar a las auxiliares de salud. Llegan gran cantidad de medicamentos aportados por la Vicaría y distintas organizaciones que solidarizan con la toma. Hay que destinar mucho tiempo para clasificar los medicamentos que se van acumulando. Se logra, a pesar de todas las dificultades, dar atención médica diariamente durante 2 horas más o menos atendiendo hasta 25 personas diarias.

Después de 2 semanas, el apoyo de la Vicaría fue retirado por acuerdo con los dirigentes de la toma. El equipo de salud se rehizo con profesionales y estudiantes que habían ido llegando a colaborar, y al terminar el primer mes de toma, entramos en un período de corrección de las normas de la organización que fueron quedando claras.

4.- PERIODO DE FUNCIONAMIENTO COMO VERDADERO EQUIPO: El trabajo en equipo se fue logrando a través de la misma práctica asistencial y a través de la capacitación sistemática del grupo de pobladoras encargadas de salud. Desde mediados de Agosto y Febrero respectivamente pusimos en práctica la ficha familiar con datos socio económicos y el detalle de las atenciones médicas, la que era llenada por las encargadas de salud junto con los profesionales. Se fueron estableciendo turnos de auxiliares de salud y planificando cursos de capacitación, en conjunto con ellas. En la práctica fueron conociendo los medicamentos y pudieron colaborar en su clasificación y ubicación. Se estableció un sistema de indicaciones médicas hechas por los profesionales y que después eran cumplidos por los auxiliares en los horarios indicados. El primer curso de capacitación de auxiliares se desarrolló durante Septiembre y Octubre y el segundo curso durante Noviembre y Diciembre. Cada uno tuvo 8 a 10 asistentes y contó con 16 sesiones de dos horas cada uno. Hasta el mes de Diciembre la atención médica fue de 3 veces por semana, con un compromiso de 10 atenciones. Tomando la estadística de un mes, el número de atenciones fue de 121 casos 90 niños y 31 adultos.

Fuera de la atención individual descrita fue necesario hacer tratamientos masivos de Pediculosis y Sarna dando el carácter de epidemia que adquirieron estas enfermedades.

Por otra parte, en vista de los graves problemas de convivencia que se presentaban en el campamento, y a pedido de los dirigentes, se hizo actividad psicoterapéutica de grupo. Se constituyeron 4 grupos de alrededor de 10 personas cada uno, dirigido por un psicólogo o psiquiatra. El objetivo era ayudar a solucionar problemas de relaciones humanas que perturbaban seriamente la vida del campamento, como problemas conyugales, relación pobladores de base con dirigentes, falta de conocimientos y comunicación entre las personas etc.

El problema de Neurosis y su relación con el aislamiento mereció un tratamiento especial. El estado de apatía e inactividad de los niños nos llevó a hacer alguna actividad de estimación y recreación infantil. También se abordó superficialmente el problema de la drogadicción en los adolescentes y el alcoholismo en los adultos.

Debemos destacar que el trabajo efectuado por los profesionales en esos campamentos les significó a ellos fuertes angustias y tensiones derivadas por una parte de las pésimas condiciones materiales en que se trabajaba y lo abrumadores que eran los problemas de salud, y por otra parte de los riesgos que corrían frente a los aparatos de seguridad.

Al finalizar este informe debemos hacer notar que las condiciones de salud que aquí hemos descrito, se repiten con mayor o menor gravedad en muchos miles de pobladores sin casa a lo largo de todo nuestro país.

ARCHIVO

3. La Política de Salud y su repercusión en el sector Laboral

Como es sabido, la política de salud del régimen actual es consecuencia del Modelo Económico que ha instaurado.

La concepción del Estado como agente subsidiario se ha traducido en un mercado deterioro de las condiciones sanitarias de la población, especialmente de los sectores de menores recursos que es el caso de los obreros. Los obreros son imponentes del Servicio de Seguro Social y reciben atención en los servicios de salud estatales. La liquidación del Servicio Nacional de Salud y su reemplazo por los Servicios Locales de Salud ha significado una marcada reducción de los recursos humanos y materiales. Los servicios actuales deben autofinanciarse gran parte de su presupuesto lo que tratan de lograr a costa de los consultantes.

Por otra parte, la reforma de la Previsión consulta la incorporación de los obreros al Sistema de libre elección. Esta medida, que es presentada como una conquista es en la práctica un intento de estimular a los obreros a consultar en Centros de atención privados con todos los inconvenientes que estos tiene para ellos. Para consultar privadamente deben hacer uso de Bonos del Fondo Nacional de Salud pagando de su bolsillo el 50 % del valor del bono, el costo del tratamiento y de los eventuales exámenes complementarios. Si se les indica reposo, se les extiende una Licencia Médica cuya tramitación es sumamente engorrosa y en la práctica muchos no reciben el pago del subsidio a que tienen derecho.

En resumen, con las disposiciones legales actuales los obreros y sus familias han perdido gran parte de sus derechos en salud y están muy desorientados respecto de sus derechos actuales.

Los profesionales del área de la salud que también han sido perjudicados por las condiciones impuestas por el régimen, han mostrado su preocupación y es así como el gremio médico en especial ha expresado repetidamente su oposición a esta política.

Consciente de su responsabilidad de velar por las condiciones de salud de la población, un grupo de profesionales se ha integrado al Comité de Derechos del Pueblo (CODEPU) y desde hace 2 años han realizado algunas acciones de apoyo a las organizaciones sindicales. Estas acciones han sido hasta ahora esporádicas y se han efectuado en sindicatos que han realizado huelgas sometidos a las condiciones impuestas por el Plan Laboral que son muy desfavorables para los obreros.

Durante estos dos años se ha prestado apoyo a las siguientes sindicatos:

Sindicato Panal : 1.500 Socios.
Sindicato Textil Victoria unos 300 Socios
Sindicato Alusa : 80 Socios

Sindicato Comandari	: 400 Socios
Sindicato Sumar	: 1.200 Socios
Sindicato CIC.	: 700 Socios.

Como señalamos, estas acciones se han desarrollado durante el período de huelga y han sido fundamentalmente de 2 tipos:

a.- ASISTENCIALES

Se ha prestado atención médica a los integrantes del sindicato y a sus familiares en el local sindical, incluyendo la entrega de medicamentos para lo cual se ha instalado botiquines abastecidos con donaciones de sindicatos de Laboratorios Farmacéuticos y "Medicinas" recolectado entre los Médicos.

En algunos casos, además de la atención de la patología física se ha prestado atención psicológica individual y grupal.

b.- CAPACITACION

En cada sindicato se ha organizado con algunos de sus integrantes, equipos de salud que han recibido capacitación a través de su participación en la atención de casos y a través de cursillos sobre primeros auxilios. Además se han realizado acciones de capacitación dirigida a todos los integrantes del sindicato a través de charlas informativas sobre los derechos en salud, reformas en el sistema de salud, reforma previsional etc.

Se ha asesorado a los dirigentes para que incluyan en sus "Negociaciones Colectivas" la defensa de sus derechos en salud.

Estas acciones no han sido hasta ahora de la magnitud que las necesidades requieren debido a la falta de recursos humanos y materiales. Esto se debe entre otros factores al control y diversas formas de represión que ejercen los aparatos de seguridad del régimen con el fin de desalentar la participación de los profesionales.

Al evaluar las condiciones de salud actuales nos parece muy importante señalar la profunda repercusión que tiene la situación creada por el régimen sobre la salud mental de los obreros. La política de importación indiscriminada con el consiguiente desmantelamiento de la industria nacional ha provocado un aumento pavoroso del número de obreros cesantes. Esta situación se ha agudizado durante el presente, afectando la cesantía al 19 % de los obreros. Los que aún están trabajando viven en permanente incertidumbre frente a los continuos reducciones de personal que hacen las empresas, todo esto crea un clima de grave tensión y angustia. Este nocivo estado psicológico se agudiza en los periodos de huelga.

Como ejemplo podemos citar la situación que enfrentaron los obreros de la Empresa Textil Panal que afectó a 2.550 obreros y sus familiares. Con anterioridad a la huelga, la empresa había efectuado sucesivas reducciones de personal. Al iniciarse la huelga quedaban sólo 1.500 obreros en trabajo. La huelga duró 58 días límite máximo permitido por la Legislación Actual. Durante este período, entre otras medidas de presión, la empresa cerró el Servicio Médico.

A pesar de las condiciones muy diversas, los obreros se mantuvieron en permanente movilización realizando acciones de denuncia de la situación, solicitando apoyo solidarios de otros sindicatos, realizando colectas públicas etc.

El régimen respondió con diversas formas de represión, continúa vigilancia policial del local sindical, incursiones de la policía dentro del local sindical con cualquier pretexto, detención de obreros y dirigentes que realizan manifestaciones, detención de los obreros que realizan colectas acusándolos de mendicidad etc. etc.etc.

A medida que pasaron los días, fueron aumentando las consultas por alteraciones nerviosas, especialmente reacciones angustiosas y entre los dirigentes, estados de rasteniformes por agotamientos. Los tranquilizantes pasaron a ser los medicamentos más usados. Estos se tradujo en roces entre los obreros, y entre estos y los dirigentes, la gravedad de la situación hizo que los dirigentes nos solicitaran ayuda psiquiátrica la que se realizó mediante sesiones de grupo a cargo de algunos psicólogos y psiquiatras, lo que se mostró bastante beneficioso.

Terminada la huelga y a poco de vuelta al trabajo, fueron despedidos con distintos pretextos los obreros que se mostraron más activos en defensa de sus derechos, en un evidente intento de atemorizar a los trabajadores para desmovilizarlos.