

Hermes Vallejos

Einige Merkmale des chilenischen Gesundheitssystems*

Die Regierung der Unidad Popular unter Präsident Allende begann eine umfassende Reform des chilenischen Gesundheitssystems, die dann durch den faschistischen Militärputsch vom September 1973 abgebrochen wurde. Dieser Aufsatz untersucht Ausgangspunkte, Schwierigkeiten und Ziele der Reform und die Konsequenzen des Militärputsches.

Die Institutionen der medizinischen Versorgung

Das Programm der Regierung Allende, die medizinische Versorgung umfassend zu verbessern, stieß auf die Schwierigkeit, daß sich zwei unterschiedliche Versorgungssysteme entwickelt hatten: Einerseits die Sozialversicherung und der Staatliche Gesundheitsdienst für Arbeiter, Bauern, Handwerker und Bedürftige, die ca. 60 % der Bevölkerung umfassen. Dieses System verfügt über ein Netz regional integrierter Krankenhäuser und Polikliniken, von dem auch die der ganzen Bevölkerung zugänglichen präventiven medizinischen Leistungen abhängen. Andererseits das Versorgungssystem für die Angestellten (und deren Angehörige) im Öffentlichen Dienst und in der Privatwirtschaft, das 20 % der Bevölkerung versorgt. Es umfaßt die Früherkennung bestimmter Krankheiten durch beamtete Ärzte und therapeutische Dienstleistungen. Die ambulante Behandlung wird z. T. durch die Anspruchsberechtigten selbst, z. T. durch die Abzweigung staatlicher Mittel für den privaten Sektor finanziert. Die stationäre Behandlung nimmt — ohne adäquaten finanziellen Ausgleich — hauptsächlich die Einrichtungen des staatlichen Gesundheitsdienstes in Anspruch und verschlechtert auf diese Weise dessen Leistung für die Arbeiter, da sie z. B. bei der Bettenvergabe gegenüber den Angestellten benachteiligt werden.

Im öffentlichen Sektor haben sich darüber hinaus noch weitere Versorgungseinrichtungen entwickelt, als wichtigste die für Armee und Polizei: Dieser Einrichtung stehen eigene Krankenhäuser und Polikliniken, beamtete Ärzte und andere Fachkräfte zur Verfügung.

Der private Sektor versorgte jene 10 bis 15 % der Bevölkerung, die weder versichert noch bedürftig sind, insbesondere die Reichen, verfügte aber nur über eine sehr begrenzte Anzahl von Betten. De facto nahm er hauptsächlich Betten des staatlichen Gesundheitsdienstes in Anspruch und zehrte damit von dessen unzureichenden Kapazitäten¹. Man schätzt, daß aufgrund des Fehlens ärztlicher oder zahnärztlicher Mittel pro 20 Behandlungen im staatlichen Gesundheitsdienst ein Rückfall verursacht wurde.

* Übersetzung von Christof Ohm und Nora Rätzhel

Die Verteilung der finanziellen Mittel für das Gesundheitssystem

Die inadäquate Verteilung der finanziellen Mittel ist ein wesentliches Merkmal des gesamten chilenischen Gesundheitssystems, wie es vor Beginn der Regierung der Unidad Popular existierte, und verschärft dessen Mangel. Die Gesamtausgaben für die medizinische Versorgung (öffentliche und private) sind beachtlich: 1968 betragen sie 6,5 % des Bruttosozialprodukts in Chile¹, 7 % in den USA und 6 % für England². Die Aussagekraft dieses Vergleichs ist natürlich beschränkt angesichts der Unterschiede in der absoluten Größe der Mittel für das Gesundheitssystem, in den Erfordernissen und in den Kosten für Leistungen und Medikamente.

Die Analyse der Verteilung dieser Ausgaben auf verschiedenen Sektoren zeigt, daß 57 % in den privaten Sektor fließen, obwohl in ihm nur 20 % der Bevölkerung therapeutisch, jedoch nicht präventiv versorgt werden. Der öffentliche Sektor verbraucht 43 % der insgesamt verfügbaren Mittel und trägt neben den therapeutischen Maßnahmen für 80 % der Bevölkerung die präventiven Maßnahmen für die Gesamtbevölkerung. Vom staatlichen Gesundheitsdienst werden $\frac{2}{3}$ der medizinischen Behandlungen, 90 % der Krankenhauseinweisungen und 40 % der zahnärztlichen Leistungen durchgeführt.

Obwohl Mittel und Leistungen im Gesundheitswesen seit der Einrichtung des Staatlichen Gesundheitsdienstes 1952 stark expandierten, genügten sie nicht den Erfordernissen. So stieg zum Beispiel die Zahl der im Lande vorhandenen praktizierenden Ärzte zwischen 1967 und 1971 nicht, sondern blieb bei 5500³. Das bedeutete eine durchschnittliche Relation zwischen Arzt und Patient von 1 zu 1700. Dabei gab es allerdings große regionale Unterschiede, so daß in Santiago, der Hauptstadt, mehr als 50 % der Fachleute für 37 % der Bevölkerung konzentriert waren. 1971 betrug das minimal geschätzte Defizit an Ärzten in Chile 2879⁴. Die medizinischen Ausbildungsstätten entließen zusammen nicht mehr als 300 Absolventen pro Jahr, von denen etwa 10 % in die USA oder in andere entwickelte Länder auswanderten. Die reale Verfügbarkeit von Ärzten im Staatlichen Gesundheitsdienst war noch eingeschränkter: Nimmt man an, daß jeder Arzt einen Maximal-Arbeitstag von 6 Stunden hat, so verfügte das nationale Gesundheitswesen in Wirklichkeit nur über etwas mehr als die Hälfte dieser theoretisch vorhandenen Kapazität (20 907 bis 33 432 tägliche Ärztstunden)⁵.

Im Zeitraum von 1954 bis 1968 wurde die Leistungsfähigkeit des Staatlichen Gesundheitsdienstes — gemessen an der Zahl der Krankenhausesentlassungen — um 86 % gesteigert, die Rate der Krankenhauseinweisungen stieg von 63 auf 83 pro Tausend der Einwohner und die Zahl der Betten nahm um 27 % zu, während zugleich die Einwohnerzahl um 42 % stieg¹. Die medizinischen Behandlungen stiegen in diesem Zeitraum in absoluten Zahlen um 150 %; setzt man diese Zunahme in Beziehung zur gewachsenen Einwohnerzahl, beträgt die Steigerung 100 %². — Trotz dieser bemerkenswerten Fortschritte erhielt die Bevölkerung 1968 nur 2,1 Behandlungen pro Person, d. h. die Hälfte der Behandlungen, um die sie nachfragte. Diese Situation verschärft sich noch im Fall der direkt im nationalen Gesundheitswesen anspruchsberechtigten Bevölkerung, deren Nachfrage nur zu 40 % befriedigt wurde (1,7 Behandlungen pro Kopf pro Jahr)³. Die Un-

zufriedenheit mit der mangelnden Kapazität und damit der Unfähigkeit des Systems, alle Dienstleistungen auszuführen, die die Bevölkerung brauchte, betraf besonders stark die Teile der Bevölkerung mit niedrigem Einkommen, die Einwohner der ländlichen Zonen, die Personen ohne Fürsorge und Alte.

Die Struktur des Staatlichen Gesundheitsdienstes

Nominell lag die Leitung und Koordination des gesamten öffentlichen Sektors beim Ministerium für Öffentliches Gesundheitswesen. Dieses war aber zweifellos nie mit den administrativen und juristischen Kompetenzen ausgestattet, um diese Funktion zu erfüllen. Deshalb war es in Wirklichkeit der Staatliche Gesundheitsdienst, der seit seiner Gründung die Leitungsfunktion übernahm. Im Öffentlichen Gesundheitswesen wurde dadurch eine wirkliche Einheitlichkeit der Leitung und die optimale Ausnutzung der Mittel verhindert, die in den verschiedenen Institutionen verstreut waren. Der Staatliche Gesundheitsdienst bestand aus drei organisatorischen und funktionalen Ebenen:

a) die zentrale bzw. gesamtstaatliche Ebene (Generaldirektion und ihre Untergliederungen) mit der Funktion der Richtliniengebung, der Koordination, der Überwachung und der Herstellung der institutionellen Verbindungen;

b) die mittlere bzw. regionale Ebene (das ganze Land war in 13 gleiche Gesundheitszonen aufgeteilt) mit koordinierenden und überwachenden Funktionen;

c) die lokale Ebene oder das Gesundheitsgebiet, wovon es etwa 150 im ganzen Land gab. Das Gebiet bildete im Verwaltungsaufbau die Grundeinheit, die vermittels ihrer Einrichtungen (Krankenhäuser, Praxen und andere kleinere Einrichtungen; insgesamt ca. 1200 in ganz Chile) direkte Weisungsbefugnisse hat. Die Gebiete werden vom Vorsteheramt jedes Gebietes koordiniert und überwacht.

Die Expansion des Staatlichen Gesundheitsdienstes seit seiner Gründung verwandelte ihn in einen großen, zentralisierten und sehr bürokratischen Apparat mit insgesamt 60 000 Funktionären. In der Praxis mangelte es sowohl der lokalen als auch der mittleren Ebene an jeglicher Entscheidungsfähigkeit. Stattdessen waren die Entscheidungsmöglichkeiten ganz in der Generaldirektion konzentriert. Das reduzierte die Flexibilität und Effizienz der Arbeit in den Gebieten und Zonen. Die Kommunikation zwischen den einzelnen Institutionen wurde verwirrt, die Anwendung der administrativen und technischen Normen gelähmt.

Insgesamt fehlten dem Staatlichen Gesundheitsdienst nicht nur die erforderlichen Finanzmittel und Einrichtungen, seine Möglichkeiten waren zusätzlich durch strukturelle Fesseln eingeschränkt. Die wechselnden Regierungen und die Ärzte innerhalb des Dienstes, die begonnen hatten, hegemoniale Funktionen zu übernehmen, hatten nie die Absicht, diesen Anomalien ein Ende zu setzen, sondern sie beuteten sie im Gegenteil aus und überboten sich darin, durch eine ständige, koordinierte Kampagne die staatliche medizinische Versorgung um ihr Ansehen zu bringen. So war es z. B. üblich, bei jedem Regierungswechsel die Zahl der Verwaltungsbeamten irrational zu erhöhen, um Wahlversprechen scheinbar zu erfüllen,

wodurch die bürokratische Handhabung der Institution unnötig kompliziert wurde. Die Ärzte folgten als Körperschaft eher den Entscheidungen ihrer Ärztekammer als den Instanzen des Dienstes, wodurch ein wahrer Verwirrungsmechanismus institutioneller Doppelherrschaft entstand. Da die Ärzte durch juristische Kniffe, vor allem aber durch die Ausnutzung von „Status“-Faktoren im staatlichen Gesundheitsdienst hegemoniale Ansprüche durchsetzen konnten, trieben sie dort dessen Entstellung und Umfunktionierung voran, besonders wirksam auf der lokalen Ebene. Häufig nutzten die Leiter von Krankenhäusern ihre Befugnis zum Einsatz des Personals dazu aus, die ambulante Versorgung in den Polikliniken verfallen zu lassen. 1970 wurden mehr als 60 % der verfügbaren Ärztstunden des Staatlichen Gesundheitsdienstes durch die stationäre Versorgung absorbiert⁶. Dies geschah, obwohl aufgrund der Rangfolge der gesundheitlichen Probleme und der geplanten Zielsetzung des Staatlichen Gesundheitsdienstes der Schwerpunkt auf der ambulanten Versorgung durch Polikliniken im Wohnbereich der Bevölkerung liegen sollte. Hinzu kam, daß die Ärztekammer ihre Mitglieder hinderte, ihren Arbeitstag im staatlichen Bereich auf 8 Dienststunden täglich auszudehnen. Nur durch eine solche Ausdehnung wäre aber unter den gegebenen Bedingungen eine spürbare Steigerung der verfügbaren Arztstunden im Staatlichen Gesundheitsdienst möglich gewesen.

Das Desinteresse der aufeinanderfolgenden Regierungen an der Entwicklung und Verbesserung des Staatlichen Gesundheitsdienstes drückte sich unter anderem in der Benachteiligung der dort Beschäftigten bei der Entlohnung aus. Daher bildete sich zwar einerseits eine kämpferische Gewerkschaft in diesem Bereich heraus, aber sie beschränkte sich leider meistens auf isolierte ökonomische Forderungen, so daß sich das Klassenbewußtsein nur ungenügend entwickelte. Dieser Mangel wurde später von den Gegnern der Volksregierung ausgenutzt. Andererseits führte die ökonomische Benachteiligung der Beschäftigten im Gesundheitsbereich und die oft willkürliche Auswahl- und Beförderungspraxis der Beamten zur Unzufriedenheit mit der jeweiligen Tätigkeit und zu einem sehr charakteristischen Phänomen: zu mangelnder Identifikation der Beschäftigten mit dem Staatlichen Gesundheitsdienst und seinen Zielen. Entscheidend für die Verfestigung dieses Phänomens war, daß die Arbeiter keinen Einfluß auf die Entscheidungen hatten. Die mangelnde Identifikation der Arbeiter mit dem Gesundheitsdienst mußte auf die Qualität der Arbeit zurückwirken, insbesondere auf die sozialen Beziehungen innerhalb der Institution und zu den Benutzern. Letzteres war der Kern der Kritik, die die Bevölkerung am Staatlichen Gesundheitsdienst übte.

Das Gesundheitsprogramm der Regierung der Unidad Popular

Für die Politik der Regierung Allende waren im Gesundheitswesen die folgenden Prinzipien maßgebend^{8; 9}:

1. Das Recht auf Gesundheit ist ein menschliches Grundrecht; seine Verwirklichung ist staatliche Pflicht. Die Volksregierung hat dafür die juristischen und administrativen Voraussetzungen zu schaffen.

2. Gesundheit kann nur in der Dialektik ihres Zusammenhangs begriffen und verbessert werden: sie existiert innerhalb eines vielfältigen Bedingungsgefüges und ist wesentlich determiniert durch die ökonomische und soziale

Struktur. Ein Gesundheitsplan für Chile ist nur sinnvoll als Bestandteil eines gesamtgesellschaftlichen Entwicklungsplans.

3. Die Prioritäten der Versorgungsmaßnahmen gelten den ökonomisch Benachteiligten, insbesondere der Slumbevölkerung und der verelendeten Landbevölkerung. Es ist die Entwicklung neuer Versorgungsformen anzubahnen, die universal und gerecht sind, letztlich also der Gesamtbevölkerung nutzen.

4. Die Gemeinschaft (Gemeinde, Wohnbezirk, Stadtteil, etc.) muß sich organisieren und aktiv im Kampf um bessere Gesundheit teilnehmen. Dadurch wird die erfolgreiche Entwicklung auf allen Ebenen des Gesundheitswesens garantiert; die technischen Einrichtungen werden voll ausgeschöpft und die vordringlichen Probleme werden allgemein bewußt.

5. Höchste Priorität gilt der Prävention und Früherkennung, von Krankheiten. Wie die allgemeine Politik der Volksregierung so haben auch alle medizinischen Einzelprogramme die vordringliche Aufgabe, die Lebensverhältnisse des Volkes zu verbessern und damit die Anfälligkeit einzelner Personen und Schichten für Krankheiten herabzusetzen.

6. Die medizinische Versorgung ist in allen Bereichen quantitativ und qualitativ zu verbessern. Wissenschaftliche Forschung und die Anwendung neuer Techniken sind dabei von größter Bedeutung.

Bei der Regierungsübernahme war die Unidad Popular mit der Tatsache konfrontiert, daß sich in den Formen der vorhandenen medizinischen Versorgung die Klassenstrukturen der Gesellschaft reproduzierten, und sie bestimmte daher als ihr wichtigstes und langfristiges Ziel, „einen einheitlichen Staatlichen Gesundheitsdienst aufzubauen, der für die gesamte Bevölkerung die Möglichkeit schafft, dieses ihr Recht wahrzunehmen und medizinische Behandlung zu erhalten, die wirksam, rechtzeitig, für alle gleich, kontinuierlich, ausreichend und kostenlos ist“⁸. Ansatzpunkt dafür waren die Strukturen des Staatlichen Gesundheitsdienstes als des wichtigsten Bestandteils des öffentlichen Gesundheitswesens. So dringend es war, den Staatlichen Gesundheitsdienst für die Ziele der Volksregierung zu gewinnen, die Volksregierung konnte nur schrittweise durch eine Reihe von Maßnahmen vorgehen: Durch Übereinkünfte zwischen verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens wurde die Versorgungskapazität erhöht, die Verwaltungsintegration und die Umverteilung der Finanzmittel zugunsten der Bevölkerungsmehrheit wurde vorangetrieben. Der Vorrang, den die Regierung der Unidad Popular der Bewältigung aktueller Probleme der medizinischen Versorgung geben mußte, hinterließ oft den Eindruck, sie sei von den übergreifenden Zielen abgerückt. Zweifellos erzwangen es die schwierigen Bedingungen der wachsenden politischen und sozialen Konfrontation, daß die Volksregierung in bestimmten Bereichen ihre Zielsetzungen mit geringerem Nachdruck verfolgte. Dennoch wurde eine Vielzahl der angekündigten staatlichen Programme durch die Zusammenarbeit verschiedener Institutionen des öffentlichen Sektors verwirklicht, so z. B. die kostenlose Milchverteilung für Kinder, die gemeinsame Nutzung wichtiger medizinischer Einrichtungen z. B. in den Bergarbeiterzentren zugunsten aller Patienten. Schließlich gelang es auch, die staatlichen Gesundheitsausgaben zu erhöhen und umzuverteilen: Am Ende der Regierung Allende hatte sich, wie man heute schätzt, das Verhältnis zwischen den Ausgaben

für den privaten und den öffentlichen Sektor bereits umgekehrt; zu Beginn der Volksregierung betrug es 57:43.

Ein weiteres vorrangiges Ziel war die qualitative und quantitative Verbesserung der medizinischen Versorgung in allen Teilen des Landes. Besonderer Nachdruck galt der externen ambulanten Versorgung in den Wohngebieten und Siedlungen. Um genügend Personal für die medizinischen Einrichtungen in den ländlichen Gebieten und in den Elendsvierteln am Rand der Großstädte zu haben, bot der Staatliche Gesundheitsdienst zum ersten Male für *alle* neu ausgebildeten Fachleute (Ärzte, Krankenschwestern, Hebammen, etc.) Verträge an. Die Verteilung der Ärztstunden in den Gesundheitsgebieten zugunsten der Polikliniken war ein Grund ständiger Auseinandersetzungen mit der Ärztekammer. Trotz des starken Widerstandes der Opposition in diesem Sektor wurden hier dennoch bedeutende Erfolge erzielt. Die Immatrikulationen für die Universitäten erhöhten sich um 30 %¹⁰. 1972 nahm eine so große Zahl von Studenten das Medizinstudium auf, daß es ab 1978 etwa 800 Absolventen jährlich gegeben hätte (gegenüber bisher 300). Die Leistungsfähigkeit der Arbeit in den Polikliniken wurde durch folgende Maßnahmen gesteigert: Erfüllung der Planstunden, Vereinfachung des Registrierungssystems, Delegation von Funktionären, Teamarbeit, usw.

Der Sechsjahresplan für Gesundheit, in dessen Einzelprogrammen die präventiven, therapeutischen und rehabilitierenden Ziele integriert wurden, wurde in die Praxis umgesetzt. Es gab zwei Kategorien von Plänen: Programme zur Erhaltung der Gesundheit der „Personen“ (Kinder, Erwachsene, Mütter, Jugendliche usw.) und Programme zur Verbesserung der „Umweltbedingungen“ (Umwelthygiene, Zoonose usw.). Bei der Ausarbeitung, Durchführung und Überprüfung dieser Programme legte man besonderen Wert darauf, zum einen gesamtstaatlich gültige Versorgungsnormen auszuarbeiten, anhand derer die grundlegenden Kriterien für die Leitung der medizinischen Einrichtungen vereinheitlicht werden sollen. (Für diese Ausarbeitung wurden hochqualifizierte Fachleute eingesetzt.) Zum anderen wurde die aktive Teilnahme aller Ebenen des Dienstes durch demokratische Strukturen gesichert.

Die Effizienzsteigerung des Staatlichen Dienstes hatte zwei Gründe: 1. Die Dezentralisierung, die größere Möglichkeiten der Entscheidung auf der Ebene von Gesundheitszonen und Gesundheitsgebieten erlaubte. 2. Die institutionalisierte Demokratisierung, die einen Weg eröffnete zur organisierten und verantwortungsvollen Mitbestimmung der anspruchsberechtigten Bevölkerung und der Beschäftigten im Gesundheitsbereich. Beide hatten bis dahin keinen Einfluß auf die Diskussion und Lösung der sie betreffenden Probleme gehabt. In allen Gebietseinrichtungen wurden durch ein Dekret Gesundheitsräte und Arbeiterkomitees (zur Verwirklichung der Beschlüsse der ersteren) gegründet¹¹. In ihnen konnten frei gewählte Repräsentanten aller Organisationen der anspruchsberechtigten Bevölkerung mitwirken, sowie Repräsentanten der Beschäftigten im Gesundheitswesen, je nach der Stärke der verschiedenen Körperschaften (un- bzw. angelernte Arbeiter, Facharbeiter, ärztliche und nicht-ärztliche Beschäftigte). Diese Räte hatten Einfluß auf die laufenden Verwaltungsentscheidungen und nahmen teil an der Entwicklung, Durchführung und Kontrolle der einzelnen Gesundheits-

programme. In den Elendsvierteln der städtischen Peripherie waren die Räte der eigentliche Motor bei der Überwindung der traditionellen Schwächen des Staatlichen Gesundheitsdienstes (Bürokratisierung, Verantwortungslosigkeit der Beamten, unmenschliche Behandlung usw.), weil sie sich auf die Organisationserfahrung der Bewohner stützen konnten. Eine Schwierigkeit bei der Erweiterung dieser Art von Demokratie bot der Widerstand der ärztlichen Körperschaften, sich in diesen Räten mit gleichen Rechten wie die anderen Gruppen zu integrieren. Die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Kinder, die Verringerung des Alkoholmißbrauchs und die Verbesserung der hygienischen Bedingungen zeigen, wie erfolgreich die aktive Mitarbeit der Bevölkerung war.

Eine verstärkte Gesundheitserziehung war die Voraussetzung für den Erfolg der Präventivmaßnahmen. Neben den breit angelegten Kampagnen durch Plakate, Presse, Radio und Fernsehen wurde versucht, die medizinische Behandlung mit Erziehungsmaßnahmen zu verbinden. Dabei war ein wichtiger Bestandteil, Brigaden von „Freiwilligen für die Gesundheit“ zu organisieren. Sie wurden durch besondere Kurse und durch verschiedene Aufgaben geschult: Hausbesuche, Aufdeckung von Fällen, die sofortige medizinische Behandlung brauchten, Verteilung von Milch, Gesundheits-erziehung usw. Der Erfolg der von diesen Freiwilligen durchgeführten sanitären Erziehung mußte weit größer sein als derjenige, den die sporadisch erscheinenden Fachleute hatten, die aus einem anderen kulturellen Milieu kamen und andere Interessen hatten als die Einwohner selbst. Die Freiwilligen hatten großen Einfluß auf die Bevölkerung, da sie selbst zu ihr gehörten. Leider existieren keine Untersuchungen über die Erfahrungen, die mit der Mitarbeit der Bevölkerung bei der medizinischen Versorgung gemacht wurden. Zweifellos ist dies aber einer der interessantesten Versuche, die in der Regierungszeit der Unidad Popular unternommen wurden.

Die Entwicklung im Gesundheitssektor stand im Zusammenhang mit dem von der Unidad Popular eingeleiteten Umwälzungsprozeß der gesamten Gesellschaft. Eine adäquate Untersuchung der Veränderung im Gesundheitswesen muß deshalb die Analyse dieser Umwälzungstendenzen mit einbeziehen. In dem Maße, in dem die Konfrontation zwischen den Interessen der Mehrheit der Nation und denen ihrer traditionellen Feinde offenbar wurde, erreichte sie auch die Gesundheitsinstitutionen. In der Ärztekammer und in den anderen von ihr beeinflussten Gruppen (Standesorganisationen der Zahnärzte, Pharmazeuten) war der Haß auf die Volksregierung und auf alles, was sie bedeutete, so stark, daß sie nicht davor zurückschreckten, ihre legalen Grenzen zu überschreiten¹². Sie zettelten eine Serie von Streiks an, die nur den Effekt hatten, die Versorgung der Bevölkerung zu gefährden. Der Generalsekretär erklärte während eines dieser Streiks: „Wenn einige Kinder sterben müssen, bedauern wir das, aber im Krieg tötet man, oder man wird getötet...“¹³. In diesem seltsamen Krieg, in dem nur die eine Seite die Waffen in der Hand hatte, ließen die Folgen für das Gesundheitswesen nicht lange auf sich warten.

Die gegenwärtige Situation

Der Militärputsch in Chile hatte gravierende Auswirkungen auf das Gesundheitssystem. Es wurde sofort eine blutige Repression gegen Personen

und Gewerkschaften entfesselt, die im Verdacht standen, mit den programmatischen Zielen der Volksregierung zu sympathisieren. Darüber hinaus wurde ein Abbau der Fortschritte im Öffentlichen Gesundheitswesen eingeleitet: nicht nur diejenigen der Regierung Allende, sondern auch derjenigen, die von den Regierungen der letzten Jahrzehnte erreicht worden waren.

Die öffentliche Meinung kennt in großen Zügen das Ausmaß der von der Diktatur entfesselten Unterdrückung. Im Gesundheitsbereich wurde unverzüglich eine erbarmungslose Verfolgung eingeleitet, die sich der aktiven Hilfe kollaborierender Zivilisten bediente, besonders der führenden Gruppen innerhalb der Ärztekammern und anderer Körperschaften. So wurden alle Ärzte verfolgt, die sich nicht an den von den Ärztekammern verordneten Streiks beteiligt hatten, und zwar unabhängig davon, wie sie mit den politischen Organisationen der Linken verbunden waren. Die Folgen sind nur teilweise bekannt: Mindestens 30 Ärzte und eine ähnliche Anzahl anderer Arbeiter im Gesundheitsbereich wurden erschossen, hunderte wurden gefangengenommen und bis heute nicht freigelassen. Tausende wurden entlassen. Eine veröffentlichte Schätzung des „The New England Journal of Medicine“ besagt, daß ungefähr 12 000 der 45 000 Arbeiter ohne Universitätsabschluß im nationalen Gesundheitsdienst entlassen wurden, ebenso 6000 von 18 000 nicht-ärztlichen Fachleuten (Krankenschwestern, Laboranten, Hebammen, usw.)¹⁴. Man kennt die Anzahl derjenigen, die ins Exil gingen, nicht genau, aber verschiedenen Quellen ist zu entnehmen, daß die Zahl im Falle der Ärzte mindestens an 500 heranreicht, was beinahe 10 % der Gesamtzahl der Ärzte ausmacht, die im Lande arbeiteten. Die Verfolgungen konzentrierten sich vor allem auf die Ärzte und Beamte, die im öffentlichen Gesundheitsdienst arbeiteten. Hart betroffen wurden auch die für die Gesundheitsprobleme Chiles relevantesten Fachgebiete, wie Pädiatrie, öffentliche Gesundheit und Psychiatrie. Daraus kann man schließen, daß der Schaden nicht nur quantitative Ausmaße hatte, sondern sich vor allem auf die Qualität der Versorgung und der Wissenschaft auswirkte. So wurde die Abteilung für öffentliche Gesundheit und Sozialmedizin an der Universität Chile, das Zentrum der wissenschaftlichen Forschung in Lateinamerika, praktisch liquidiert¹⁴. Sein Direktor, Professor Hugo Brehm, befindet sich im Gefängnis. Andere wichtige Arbeitsgruppen, die im Bereich der Arbeitsmedizin und der Alkoholismusforschung aufgebaut wurden, wurden ebenfalls dezimiert. Die dort tätigen qualifizierten Fachleute sahen sich gezwungen, ins Ausland zu emigrieren.

Ein besonderes Ziel der Repression waren die demokratischen Strukturen in der Verwaltung. In diesem Zusammenhang fand auch eine rücksichtslose Verfolgung der gewerkschaftlichen Organisationen im Gesundheitswesen statt. Ohne formal unterdrückt zu werden, wurden sie in domestizierte, zuverlässige Organe der neuen Autoritäten verwandelt, denen die traurige Rolle zufiel, als Denunziationsinstrumente gegen die Arbeiter zu dienen, deren Namen sie usurpierten.

Was sind die Ursachen und Folgen dieser Verfolgungen, von denen hier nur ein Teil dargestellt wurde? Ein unbeteiligter Beobachter mag die Rücksichtslosigkeit und Systematik, mit der die Diktatur die medizinische Versorgung in Chile vernichtet, für den Ausdruck von politischem Revan-

chismus oder von persönlichem Haß halten. Die Verfolgungen sind aber ein bewußt eingesetztes politisches Instrument. Diese Politik ist ein integraler Bestandteil der globalen Konzeption für die chilenische Gesellschaft, ausgearbeitet von denjenigen, die das Militär kontrollieren. Die Zerstörung der Errungenschaften des Öffentlichen Gesundheitswesens, die Suspendierung bestimmter Programme, die Aufgabe bestimmter Dienstleistungen, die massiven Entlassungen sind in diesem Zusammenhang keine zufälligen Produkte, sondern dienen allgemeineren Zielen. Die wirkliche Absicht der Junta besteht nicht nur darin, die von der Unidad Popular erkämpften Fortschritte zu annullieren, sondern jegliche Form vergesellschafteter Medizin mit der Wurzel auszurotten. Das bedeutet für Chile einen Rückfall auf diesem Gebiet um mehr als 30 Jahre. Leigh, Mitglied der Junta und Chef der Luftstreitkräfte (das ist die Abteilung des Militärs, unter deren direkter Kontrolle sich der Gesundheitssektor befindet), versichert, daß „die nationalen Übel weder mit der Regierung Allende begannen, noch mit ihr endeten“. Dies sagte er bei einer Gründungsrede auf dem nationalen Konvent der regionalen Ärztekammern, der im Juni 1974 stattfand. Dort gab die Junta ihre Vorstellungen in bezug auf die Entwicklung des nationalen Gesundheitswesens bekannt. Ihrer Meinung nach wird der Staatliche Gesundheitsdienst in einer Übergangsphase noch bestehen bleiben. In dem Maße, in dem die Tätigkeiten des Dienstes in dieser Übergangsetappe verbessert werden, „wird man die privaten Strukturen, die diese Tätigkeiten effektiver ersetzen können, bevorzugen“¹⁶. Der Gesundheitsminister, ein anderer General der Luftstreitkräfte, meinte, die Rolle des Staates auf diesem Gebiet bestünde in der Versorgung der „Bedürftigen“ (dies ist die Bezeichnung für den Teil der Bevölkerung, der am Rande des Existenzminimums lebt), die es seiner Meinung nach „immer“ geben wird¹⁷.

Die Ärztekammer erinnert die Militärs bei jeder Gelegenheit an die geleisteten Dienste und fordert die entsprechende Belohnung. Sie erinnert Leigh an die „drei Jahre des Kampfes gegen den Marxismus, in dem die Ärztekammer eine wichtige Rolle spielte und der mit der patriotischen Intervention der Streitkräfte seinen Höhepunkt erreichte“. Sie schlägt ein Gesundheitssystem vor, das, „in Übereinstimmung mit den Grundlagen der Politik, die Effizienz durch den Wettbewerb sichert“, da die „Verstaatlichung“ das Ende der Effizienz bedeute. Um ihre Intentionen zu verbergen, sprechen sie von „gemischten“ Strukturen, oder von solchen des „Übergangs“¹⁸. Auf diese Weise werden die legalen Befugnisse des Staatlichen Gesundheitsdienstes eingeschränkt, die Anspruchsberechtigten reduzieren sich, und es erhöht sich der Anteil an der Bevölkerung, der keine andere Alternative hat als die Behandlung in privaten Arztpraxen. Die Durchsetzung dessen, was die Junta „soziale Marktwirtschaft“ nennt, bedeutet in diesem Sektor nichts anderes als eine laufende Erhöhung der Arztrechnungen auf Kosten der Bevölkerung. Die bis heute noch nicht überwundenen Gesundheitsprobleme der Bevölkerung verschärfen sich durch die schlimmste Misere der letzten Jahrzehnte: 15 % Arbeitslose, eine unkontrollierte Inflation, die im letzten Jahr 400 % überschritt, ein Kaufkraftverlust der Löhne, der eine gewaltige Verringerung der Konsumkraft für grundlegende Güter zur Folge hat¹⁹. Die Folgen sind Unterernährung und eine steigende Kindersterblichkeit, die die Frage aufwerfen: „Was

wird die Zukunft eines Chile sein, das an Unterernährung leidet, und was wird die Zukunft einer Jugend sein, deren Familienzusammenhang durch diese Geißel zerrissen wurde?“²⁰ Dieser Bevölkerung will man ein archaisches liberales medizinisches Versorgungsschema aufzwingen, mit dem Ziel, den einheitlichen Gesundheitsdienst zurückzudrängen. Ein solcher Gesundheitsdienst sei angeblich nur denkbar „in einem Land mit einer marxistischen Organisation oder mit einer Idee, die nicht im Einklang steht mit derjenigen der jetzigen Regierungsjunta“²¹. Der europäische Beobachter muß verstehen, daß für eine Bevölkerung, die in einem solchen Elend lebt, jede Art der Bezahlung einer medizinischen Behandlung ein unzumutbares Opfer darstellt. Ihre Einführung bedeutet einfach, das Recht auf Gesundheit für die Mehrheit der Bevölkerung außer Kraft zu setzen.

Das Trugbild eines Systems des „Übergangs“ zerfällt. Im Mai 1975 begann die Diktatur auf wirtschaftlichem Gebiet einen härteren Kurs zu steuern, der unbarmherzige „fiskalische Sparmaßnahmen“ beinhaltete (davon ausgenommen waren die Militärausgaben). In diesem Zusammenhang gab sie die Senkung der staatlichen Gesundheitsausgaben um 15 % bekannt, des weiteren die Senkung der amerikanischen Unterstützung für diesen Zweck um 25 %²².

Als Folge der Unterdrückung sowie aufgrund der ökonomischen und politischen Unsicherheit und der Unzufriedenheit mit den neuen Arbeitsbedingungen hatte sich die Zahl der im Lande verfügbaren Ärzte um 10 % verringert. Gleichzeitig konnte der Staatliche Gesundheitsdienst nur einem Drittel der Fachleute, die ihre Ausbildung beendet hatten, Verträge anbieten (100 offene Stellen für 300 neue Ärzte). Es war aber nicht einmal möglich, diese Anzahl reduzierter Plätze zu besetzen, da die jungen Fachleute kein Interesse daran haben, in einer Institution zu arbeiten, die zu verschwinden droht. Regelmäßig wird von den zunehmenden Auswanderungen wissenschaftlicher und technischer Kader berichtet. Neben politischen Motiven ist die katastrophale ökonomische Situation, der Mangel an Arbeitsplätzen, die mangelnde Anerkennung intellektueller Tätigkeit Grund für die Auswanderungen.

Die Nationale Kommission für technologische und wissenschaftliche Forschung (CONICYT), die die Periode zwischen Dezember 1973 und Mai 1974 untersucht, enthüllt, daß „es weiterhin in einigen Einrichtungen eine Flucht von Wissenschaftlern gibt, wobei der Prozentsatz in einigen Sektoren über 12 % liegt“²³. Die Ärztekammer zeigt sich in letzter Zeit beunruhigt. Ihre Rechnung ging nicht auf. In dem Maße, in dem die Gesundheit in Chile zu einem käuflichen Artikel wurde, begann das Spiel der sogenannten „freien Marktwirtschaft“. Die Zerstörung der Konsumtionskraft der Bevölkerung hat auch zu einer Senkung der Konsumtion im Gesundheitswesen geführt, so daß der erwartete Geldstrom in die privaten Sprechstunden der Ärzte nicht in dem gewünschten Ausmaß erfolgt ist. Die Ärztekammer, einst Feindin staatlicher Maßnahmen, sucht heute kläglich Zuflucht beim Staat, der von ihren Freunden in Uniform kontrolliert wird, um „gerechte Vergütung“ zu erbitten — natürlich aus staatlichen Mitteln.

In Erfüllung des neuen ökonomischen Plans für Chile, inspiriert und überwacht von den Wirtschaftsfachleuten der Chicagoer Schule, vollzieht

sich die Destruktion der gesellschaftlichen Medizin in Chile. Weniger staatliche Mittel, weniger Einstellungen, mehr Entlassungen, weniger legale Befugnisse, daraus ist der Strick geknüpft, der den Staatlichen Gesundheitsdienst strangulieren soll. Während die Widerstandskraft des Volkes sinkt, verschlechtern sich die ökonomischen und sozialen Lebensbedingungen. Eine gesteigerte Anfälligkeit für Krankheiten, eine krankmachende Umgebung, reduzierte Pflege und Vorsorge, diese drei Faktoren bestimmen die gegenwärtige gesundheitliche Lage des chilenischen Volkes.

Der tatsächliche Schaden an der Gesundheit der Bevölkerung ist schwer zu quantifizieren. Die Daten werden nicht veröffentlicht oder verfälscht. Es ist dennoch bekannt, daß zum ersten Mal in diesem Jahrzehnt die Kindersterblichkeitsrate nicht mehr abnahm. Unter den Notmaßnahmen der Regierung Allende verringerte sich die Rate von 79,3 auf tausend Lebendgeburten im Jahre 1970 auf 70,5 pro tausend 1971, auf 70 pro tausend 1972 und auf 65,3 pro tausend im Jahre 1973¹⁶. Im Jahre 1974 stieg die Rate dagegen auf 77,3 pro tausend²⁵.

Im September „ordnete der Staatschef die sofortige Entsendung von Equipen und Ärzten in die Gegend von Negrete, der Provinz Biobio an, wo man ein erschreckendes Ansteigen der Kindersterblichkeit entdeckte“²⁶. Alarmiert berichtet die Presse, daß Typhus und infektiöse Hepatitis seit 1973 immer häufiger vorkommen. Beides sind Krankheiten, die durch schlechte sanitäre Bedingungen verursacht werden.

Im Rahmen des nationalen Milchprogramms der Regierung der Unidad Popular wurden mehr als 47 Millionen Kilo Milchpulver jährlich verteilt, die 77 % des für die proletarische Bevölkerung 1971 geschätzten Proteindefizits deckten²⁸. Trotz der kurzen Periode, in der diese Maßnahme durchgeführt wurde, und trotz der Schwierigkeit, ihre Auswirkungen auf das Stadium der Unterernährung der Kinder zu untersuchen, zeigen einige lokale Daten, zum Beispiel in der nördlichen Umgebung von Santiago, eine Verringerung des Prozentsatzes an unterernährten Kindern unter der Bevölkerung, die von der Poliklinik betreut wurde. Der Anteil sank von 22 % im Jahre 1970 auf 12 % im Jahre 1972²⁹. Die Junta unterbrach das Programm der Milchversorgung mit der Begründung, es handele sich hier um eine politische marxistische Waffe, und darüber hinaus sei die Milch, nach Aussage ihrer Experten, sehr fettarm. Beide Probleme wurden „gelöst“: Die Milchverteilung wurde auf 9 Millionen Kilo im Jahre 1975 gesenkt³⁰! Als Ersatz wurde die Entwicklung und Verteilung „spezieller Lebensmittel“ angekündigt.

Bezeichnende Einzelheiten, die gegen diese neuen Lebensmittel sprechen, wurden vom „Mercurio“ veröffentlicht: „ITT wird 25 Millionen Dollar aus der Summe, die Chile ihm für seine (während der Regierung Allendes) nationalisierten Güter zahlen wird, für die Einrichtung eines wissenschaftlich-technischen Laboratoriums verwenden, das an die Kette der schon bestehenden Einrichtungen dieses Unternehmens angeschlossen wird. (...) Man rechnet damit, daß dieses Zentrum für Nahrungsmittelforschung das größte der Welt sein wird. Das Labor wird von Dr. Robert Cotton geleitet werden, dem Chef der Nahrungsmittelgruppe von ITT.“³¹ Der Ersatz der Milch durch diese „speziellen“ — noch nicht entwickelten — Lebensmittel ist ausgesprochen günstig für die Interessen jenes Unternehmens, das alle

Chilenen sehr gut kennen und das heute die gerechte Belohnung für seine Anstrengungen bei der Torpedierung der Regierung Allende erhält. Als einer der Nahrungsexperten Pinochets die alarmierenden Anzeigen der gegenwärtigen Unterernährung der Kinder in Chile erkannte — man schätzt, daß mehr als 40 % der Kinder aus einkommensschwachen Gruppen an Unterernährung leiden —, bezeichnete Pinochet in einer öffentlichen Erklärung diese Nachrichten als falschen Alarm und stellte fest, es gäbe keine besser ernährte Bevölkerung als die chilenische. Diese Beispiele zeigen die Form, in der die chilenische faschistische Diktatur die Probleme der Unterernährung behandelt: Auf eine leichtfertige und zugleich grausame Art zeichnet sie ein Bild, das völlig im Widerspruch steht zu den Zeugnissen, die die beängstigende Situation des Hungers schildern. Die Suche nach Speiseresten in Mülleimern zeigt die hoffnungslose Lage, in der sich Millionen Chilenen befinden. Dieses neue, lautlose Verbrechen im Krieg, den das Militär dem Volk erklärt hat, drückt sich nicht nur in den Sterblichkeitsziffern aus, sondern auch in den langfristigen Auswirkungen der gegenwärtigen psychischen und physischen Schädigungen. Ihr Ausmaß ist nicht zu berechnen.

Auch die pharmazeutische Industrie verliert die Funktion eines öffentlichen Dienstes, die die Volksregierung ihr geben wollte. Während der Regierung Allende wurde die Produktion von Medikamenten zu niedrigem Preis initiiert (das staatliche Laboratorium erhöhte seine Produktion 1971 um 45 %) ³². Die Junta reprivatisierte diesen Zweig. „Wir werden zum freien Import von Arzneimitteln übergehen, damit diese auf dem nationalen Markt konkurrieren“ ³³, verkündete das Wirtschaftsministerium. Es rechtfertigte diese Maßnahme damit, sie solle die unglaubliche Spekulation eindämmen, die mit diesen Produkten direkt nach der Machtergreifung der Junta entfesselt wurde, und die — wie man sich denken kann — bis heute anhält.

Auch das Institut für Bakteriologie wurde reprivatisiert, ebenso die zentrale Wäscherei und die Schneiderei des nationalen Gesundheitsdienstes.

Abschließend kann man folgern, daß die gegenwärtige Situation in Chile durch eine schwere Schädigung der Gesundheit der Mehrheit der Bevölkerung gekennzeichnet ist. Ursache ist die Durchsetzung der Politik der „sozialen Marktwirtschaft“ auch in diesem Bereich, deren Hauptziel die Liquidierung des Staatlichen Gesundheitsdienstes und seine Ersetzung durch private Einrichtungen ist.

Die unmittelbaren Nutznießer dieser Maßnahmen werden die nationalen und internationalen Unternehmen sein, die zu ihrem Vorteil die Lücken ausfüllen können, die von der vergesellschafteten Medizin hinterlassen wurden. Sie können kommerzielle Gesundheitsunternehmen, Systeme privater Krankenversicherungen und Industrien für Nahrungsmittel und pharmazeutische Produkte betreiben. Sie haben dabei den Vorteil, daß sie die funktionierenden Einrichtungen, die der chilenische Staat aufgebaut hat, zu niedrigem Preis kaufen können. Parasitäre Nutznießer dieser Privatisierung durch die „bewaffnete Hand“ sollen die Ärzte und Zahnärzte sein, indem sie durch ihre Privatbehandlungen die Einkommen der Bevölkerung bei sich anhäufen.

Hauptfaktoren für die Zerstörung der Gesundheit der chilenischen Bevölkerung sind die schlechten Lebensbedingungen und die gefährliche wirtschaftliche und soziale Lage. Diese Umgebung und die Anfälligkeit der Menschen haben die Verschärfung des traditionellen Zirkels zur Folge: Elend — Krankheit — Elend.

Zweifellos haben die Pläne der Junta auf dem Gebiet des Gesundheitswesens keinen völligen Erfolg gehabt: Auch von seiten derer, die sie zu Anfang unterstützten, wächst der Widerstand gegen ihre Methoden.

Die Widersprüche zwischen den verschiedenen Gruppen im Gesundheitssystem haben sich verschärft. Selbst die Ärztekammer erlebt heute eine Periode scharfer Konflikte zwischen unvermeidbaren Positionen: Die unentwegten Juntaanhänger sehen sich durch diejenigen unter Druck gesetzt, die die Arbeitsbedingungen und die generelle Politik in diesem Sektor kritisieren. Die Arbeiter im Gesundheitsbereich weisen das System der Denunziation ebenso zurück, wie sie die „Gewerkschafts“-Führer ablehnen, die durch die Diktatur eingesetzt wurden.

Das Volk, das unter der Volksregierung auch im Bereich der vergesellschafteten Medizin Subjekt des Prozesses war und gelernt hat, seine Kraft zu erkennen, kann es nicht hinnehmen, daß eine Minderheit ihm eine so bedeutende Errungenschaft wie das Recht auf Gesundheit entreißt. Deshalb ist das Gesundheitswesen ein bedeutsames Kampffeld im antifaschistischen Widerstand.

Anmerkungen

1 Hall, T., Diaz, S.: Social security and health care patterns in Chile. *Int. Journal of Health Services*. Vol. 1, n. 4, 1971.

2 Vallejos, H.: Algunos aspectos de la atencion medica en Chile durante el gobierno de la Unidad Popular. *Friedrich-Ebert-Stiftung*, Buenos Aires, 1974 (unveröffentlicht).

3 Requena, M.: Programa de atencion médica externa del SNS. *Departamento Tecnico, SNS*. Santiago de Chile, 1971.

4 Montoya, C.: Atencion medica del niño. *Talleres Depto. Extension Universitaria; Universidad de Chile*. Santiago, 1972 (Auszug aus Texto de Pediatria, de Meneghello et al.: Buenos Aires, 1972).

5 Departamento de Salud Publica y Medicina Social. U. de Chile. Unidad docente area Oriente de Santiago, Lehrmaterial, 1972.

6 Sepulveda, C. et al.: Distribucion del recurso medico en Chile, SNS. *Cuadernos Medico-Sociales*. Vol. XII, n. 3. Santiago de Chile, Sept. 1972.

7 Urrutia, F.: Algunos aspectos del SNS en 15 años—1955—1969. *Cuad. Medico-Sociales*. Vol. XI, n. 4. Santiago de Chile, Dic. 1970.

8 Allende, S.: Primer Mensaje ante el Congreso pleno. 21. 5. 71. Zitat im Lehrmaterial des Ministeriums Salud Publica y Med. Social. U. de Chile, 1972.

9 Gonzalez, A.: Medicina y Socialismo. *Editorial Quimantu*. Santiago de Chile, 1971.

10 Allende, S.: Segundo Mensaje ante el Congreso pleno. 21. 5. 72. Zitiert nach Allende, su pensamiento politico. Granica Editor. Buenos Aires, 1973.

11 Ministerio de Salud Publica. Republica de Chile. *Decreto n° 602*. Santiago, 30. 8. 1971.

12 Belmar, R. u. V. Sidel: An international perspective on strikes and strike threats by physicians: the case of Chile. *Int. Journal of Health services*. Vol. 5, n. 1, 1975.

13 Zitiert in Santander, P.: Vida, pasión y muerte de la medicina chilena (unveröffentlichtes Manuskript).

14 Waitzkin, H., u. H. Modell: Medicine, Socialism, and Totalitarianism: Lessons from Chile. In: *The New England Journal of Medicine*. July 25, 1974. — Detaillierte Angaben über die Entwicklung des Gesundheitswesens unter der Regierung Allende und die anschließenden Verfolgungsmaßnahmen gegen fortschrittliche Ärzte finden sich auch in der Veröffentlichung des Initiativkreises „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“: Auswirkungen des faschistischen Putsches auf das Gesundheitswesen in Chile. In: *Entwicklung und Struktur des Gesundheitswesens. Argumente für eine Soziale Medizin, Argument-Sonderband AS 4, 1974, S. 280 ff.*

15 Navarro, V.: What does Chile mean. *Health and Society*. 1974.

16 *El Mercurio*, 8. 9. 74, Santiago de Chile.

17 Ebd., 1. 9. 74.

18 Ebd., 1. 9. 74.

19 *Revista Ercilla*, Santiago de Chile, 8.—14. 10. 1975.

20 *Revista Mensaje*, Santiago de Chile, Agosto 1975.

21 *El Mercurio*, Santiago de Chile, 4. 1. 75.

22 Ebd., 3. 5. 75.

23 Ebd., *Edición semanal*, 8.—14. 7. 74.

24 Belmar, R., u. V. Sidel.: An international perspective on strikes and strike threats by physicians: the case of Chile. *Int. Journal of health services*. Vol. 5, number 1, 1975.

25 Santander, P.: Kinder in Chile 1975. In der Broschüre „... über das chilenische Kind, das einzig privilegierte“, Herausgeber: „Kinderhilfe Chile“, Frankfurt/Main, 1975.

26 *El Mercurio*, Santiago de Chile, Sept. 1974.

27 Ebd., 4. 5. 75.

28 Solimano, G. et al.: Programa Nacional de Leche. *Cuadernos Medico-Sociales*. Vol. XII, n° 4, Diciembre 1972, Santiago de Chile.

29 Santander, ebd.

30 *El Mercurio*, Santiago de Chile, 28. 12. 74.

31 Ebd., 29. 12. 74.

32 Allende, S.: Segundo mensaje al Congreso pleno, 21. 5. 72. In; Allende, *su pensamiento político*. Granica editor. Buenos Aires, 1973.

33 *El Mercurio*, Santiago de Chile, 12. 4. 74.