

**HISTORIA SOCIAL DE LA SALUD
CHILE 1960-2000**

Merino, Claudio

Historia Social de la Salud. Chile 1860-2000 / Claudio Merino

Osorno; Editorial Universidad de Los Lagos, junio de 2021

250 P.; 17 X 24 cm cerrado

RPI: 2020-A-1023 ISBN: 978-956-6043-38-6

1. Historia salud pública
2. Democratización de la salud
3. Subsidiaridad de Estado
4. Desigualdad
5. Cuadernos Médico Sociales

Primera edición: 2016

Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud
a la práctica sanitaria neoliberal en Chile.

Una aproximación histórica desde los Cuadernos Médico Sociales 1960 - 1998.

© Claudio Merino Jara

© Editorial Universidad de Los Lagos

RPI: N° 2020-A-1023

Segunda edición corregida: junio de 2021

Historia Social de la Salud. Chile 1860-2000

© Claudio Merino Jara

© Editorial Universidad de Los Lagos

ISBN: 978-956-6043-38-6

Edición: Carolina Carillanca Carillanca

Dirección de arte: Alexis Hernández Escobar

Imagen de portada:

Por qué el medio litro de leche: carta abierta a las madres chilenas. Publicada por Editorial Universitaria S.A., en Santiago de Chile, 1971. Disponible en Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-Accedido en 6/8/2021.article-9368.html>

La presente edición ha sido posible gracias al proyecto ULA 1895 "Fortalecimiento de la investigación y posicionamiento institucional para el desarrollo regional", financiado por el Ministerio de Educación.

Derechos reservados.

Prohibida la reproducción parcial o total de este libro por cualquier medio impreso, electrónico y/o digital, sin la debida autorización escrita del autor y Editorial Ulagos.

Impreso en Santiago de Chile

Claudio Merino Jara

HISTORIA SOCIAL DE LA SALUD
CHILE 1960-2000



UNIVERSIDAD DE LOS LAGOS
EDITORIAL

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	11
RECENSIÓN	13
PRÓLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN	17
INTRODUCCIÓN	21

CAPÍTULO I

EL ESTADO Y LA NECESIDAD DE INVERSIÓN EN CAPITAL HUMANO.....	29
---	----

CAPÍTULO II

EL PROYECTO INTERRUMPIDO DE LA DEMOCRATIZACIÓN DE LA SALUD, 1960 - 1973	65
1. Escenarios de la movilización democrática	65
2. La aspiración de una salud pública con cobertura universal	72
3. La alianza de las ciencias sociales y la medicina comunitaria	83

CAPÍTULO III

LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO, 1974-1989.....	113
1. Subsidiariedad del Estado y política neoliberal en salud.....	113
1.1. Política nacional de salud en dictadura.....	127
1.2. Alcaldización de la salud y descentralización	131

CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO: 1990-1994	147
1. La salud en el escenario de las elecciones presidenciales de 1989.....	147
2. La constatación de la realidad sanitaria en Chile.....	155
2.1. La crisis del sistema público de salud	163
2.2. El diagnóstico sanitario en el nivel de atención primaria de salud	174
2.3. La salud estatal y su relación con el sistema de salud privado	186

CAPÍTULO V

SALUD Y CRECIMIENTO CON EQUIDAD, 1994-1999	197
CONCLUSIONES.....	227
REFERENCIAS	233
Artículos	233
Libros	241
Cartas	244
Discursos presidenciales	245
Documentos institucionales	247

Como siempre a mis hijos Valentina,
Tomás y Celeste.
A Nancy Jara Vilugrón, mi madre.

Para Valeria Bahamonde Harvez, mi compañera.

A todos los agentes sanitarios
que tienen la sensibilidad de procurar
en lo cotidiano de sus acciones una salud colectiva.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es producto de mi investigación desarrollada en el marco del Programa de Doctorado en Ciencias Humanas de la Universidad Austral de Chile. Quiero agradecer a la Dirección de Postgrado, a la Dirección de Investigación y Desarrollo y a la Escuela de Graduados, quienes financiaron mi participación en congresos nacionales e internacionales, pasantías y cursos de perfeccionamiento. En especial quiero reconocer y destacar la colaboración del profesor Eduardo Cavieres y Juan Cáceres, quienes, a través del Programa de Doctorado en Historia de la Universidad Católica de Valparaíso, patrocinaron mi pasantía en Historia y movimientos sociales en Chile. A la profesora Valentina Buló por sus consejos y orientaciones realizadas en el marco de mi pasantía en el Instituto Ideas de la Universidad de Santiago; al profesor José María Ripalda, quien solidariamente me acogió en su casa e intermedió para concretar reuniones con académicos de la Universitat Pompeu Fabra y Universidad Complutense. Muy especialmente quiero agradecer a María Angélica Illanes, quien patrocinó mi investigación doctoral, me apoyó con cariño y amistad. Quiero destacar los valiosos comentarios y consejos de los profesores Vicente Serrano, Fabián Almonacid y Gonzalo Portales.

En la cotidianidad de mi trabajo quiero agradecer a mi madre, a mis hijos y en especial a Valeria por su paciencia y lectura ininterrumpida de mis trabajos de investigación, agradezco sus comentarios con amor y cariño.

Quiero agradecer en especial a *Patrick Puigmal* y *Hernán Delgado* del Departamento de Ciencias Sociales, a *Carolina Ca-*

rillanca de la Editorial Universidad de Los Lagos, al Centro de Estudios para el Desarrollo Regional (CEDER) y al Departamento de Salud de la Universidad de Los Lagos por la posibilidad que este libro salga a la luz.

En especial quiero agradecer los comentarios de mi amigo Sergio Meza Oporto y Héctor Nahuelpán Moreno responsables del origen de este libro.

Esta investigación fue financiada por CONICYT, gracias a la Beca N° 21120031.

Como es natural, todos los errores, comentarios y opiniones son de mi exclusiva responsabilidad.

PAILLACO, 2016.

Puerto Montt, 2021.

RECENSIÓN¹

Este libro corresponde a la primera publicación en formato libro del autor, académico que se desempeña en el Departamento de Salud de la Universidad de Los Lagos que desde las humanidades analiza la historia social de la salud pública en Chile en el horizonte temporal de 1960 a 2000.

En primera instancia llama la atención lo extenso del título del libro, no obstante, como las obras antiguas sintetiza muy bien el alcance de la obra, impidiendo otra interpretación postmoderna, según el apetito hermenéutico del lector. El proyecto sanitario nacional iniciado a principios de la década de 1920 y que tiene su expresión concreta en la creación del Servicio Nacional de Salud, evidencia una constante, gradual y creciente inversión en infraestructura, recursos humanos que, permitirá garantizar un desarrollo sostenido de la protección social de la salud como derecho humano. Proyecto sanitario en construcción, evidentemente con claras contradicciones producto de las tensiones políticas y los distintos modelos de bienestar social en pugna que abordarán al Estado como lugar estratégico para plasmar visiones orientadas al derecho social o dejadas a la suerte de la mano invisible de la regulación económica-social de mercado.

La estructura del texto se puede dividir en tres macro-apartados: el primero inicia en 1960 y finaliza en 1973, donde el autor aborda lúcidamente la construcción de un sistema sanitario sustentado en el principio de derecho ciudadano de la salud, analizando el intenso debate respecto de las distintas perspectivas

1. Publicada en Cuadernos Médico Sociales, 2017, 57, N° 1, p. 91.

ideológicas, técnico-políticas que visibilizarán al Estado como un actor relevante en la garantía de derechos sociales. El segundo apartado inicia en 1973, con la fractura social provocada por el golpe de Estado, revolución neoliberal que transformará el avance progresivo hacia una salud de derecho en un bien de consumo individual, ahora focalizado según artificio técnico en la población más pobre: involución histórica cristalizada en un Estado subsidiario. El libro termina con las políticas desarrolladas por la coalición de gobierno denominada Concertación, gobiernos reformistas que consolidarán la interrupción de la salud como derecho humano, se corrigen los defectos del sistema, pero se perpetúa y legitima el sistema privado de salud, se mantiene la subsidiariedad del Estado y se fragmenta la estrategia sanitaria nacional. Así el análisis del autor, evidencia contundentemente las raíces de la desinversión en salud, la privatización del cuidado de nuestros cuerpos y la pérdida de la salud como derecho humano. Como señala en el prólogo María Angélica Illanes:

La herida está abierta. Podemos conocer sus raíces y saber las razones que impiden su cicatrización a través de este significativo texto que nos habla, con seriedad y profesionalismo investigativo, de uno de los aspectos más críticos y acuciantes de nuestra actual construcción social, cuál es el problema del cuidado de la vida del pueblo y de la sociedad chilena. (Illanes, 2016: 13).

Este es un libro necesario, por su fácil lectura, por las resonancias que provoca, por su capacidad de generar conexiones con la vida real-cotidiana y, por su completa síntesis y su crudo desapasionamiento para presentar los hechos. En virtud de ello, presenta evidencia desde documentos de gobierno, tablas epidemiológicas, demográficas y económicas, enfocándose

principalmente en el uso intensivo de los Cuadernos Médico Sociales durante el período de 1960 y 1998, revista del Colegio Médico de Chile, con una trayectoria de más de 50 años; el autor sabiendo escuchar estas voces, procura representar el espíritu crítico de los Cuadernos Médico Sociales, a través de la reflexión y la investigación, en el campo de la salud pública y colectiva. Discursos que nos dan cuenta del avance hacia la dirección de un concepto de salud más holístico y de una atención de salud más integral. Así el libro constituye un reconocimiento del aporte de las reflexiones contenidas en la revista los Cuadernos Médico Sociales.

Con la lectura del libro se puede concluir, puede gustar o no, que la política pública de salud tiene mucho de política partidista y de ideologías, discursos y prácticas que atraviesan el cuerpo que contiene la vida, por consiguiente, la salud de las personas se ve influenciada por ello, de modo inmanente. Esto puede hacerse evidente si revisamos nuestra historia epidemiológica familiar, donde seguramente habrá muertes infantiles y maternas, enfermedades contagiosas y pestes, así como secuelas de desnutrición o de traumas del nacimiento. Esta revisión deja en evidencia la acción sanitaria en la cobertura de agua potable y alcantarillado, la vacunación, el parto institucionalizado, la entrega de leche, entre otras. También se notará la escolaridad, el trabajo femenino fuera de casa y la cantidad de hijos; la seguridad social, la cobertura sanitaria, el tipo de vivienda y de barrio y su conectividad o aislamiento. Todo, en un conjunto que arroja un resultado sanitario para cada persona, para cada comunidad y territorio. Es decir, la salud como un producto social, como una producción de la sociedad completa, altamente dependiente de otras esferas, a veces opacadas por los brillos de la tecnología y la industria farmacéutica.

Este libro muestra esos aspectos a través de la presentación de las políticas de salud y su ideología y, de un modo desapasionado pero nítido, el calibre de las transformaciones sociales que se gestan a lo largo de un período de tiempo que, la mayoría de los lectores podrá vivenciar, ya sea a través de su propia experiencia o la de algún cercano. Por ello, esta meta-lectura de la realidad social de la salud, aporta un nivel mayor de comprensión de nuestra actual situación de salud y también una aproximación al calibre de las transformaciones sociales que pudiéramos requerir para mejorarla. Recomiendo el uso de esta obra tanto en el trabajo académico de docencia e investigación, constituyendo una lectura indispensable para organizaciones de gobierno, organizaciones no gubernamentales, así como público general. El autor, Dr. Claudio Merino Jara, trabajador social de profesión, es graduado del programa doctoral de ciencias humanas de la Universidad Austral de Chile, y este libro representa una síntesis de su tesis, lo cual significa el desafío de mostrar para un público más lego y más amplio, la profundidad de su investigación y sus reflexiones.

Por eso, creo que este es un libro necesario. Porque quien lea, accederá a una prosa fácil de seguir, navegando a través de la reflexión de sus párrafos, porque cada capítulo es un apartado en sí y, porque entre ellos se genera un vínculo virtuoso que ayuda en las resonancias internas y en las relaciones que hará el lector, necesariamente, con su propia salud y la de su familia.

MG. M. CRISTINA TORRES ANDRADE
Académica Instituto de Salud Pública
Facultad de Medicina
Universidad Austral de Chile.

PRÓLOGO A LA PRIMERA EDICIÓN

Parece bastante evidente que actualmente vivimos un período histórico de involución en el que predomina un sentido de pérdida respecto de derechos sociales adquiridos, especialmente en el campo del cuidado de los cuerpos o de la vida; un tiempo de involución en el sentido de que se construye sociedad fundada sobre la desigualdad como una clave central de su organización y funcionamiento.

No obstante, textos como el que presentamos, escrito bajo el impulso de una clara conciencia ética del derecho al cuidado de la vida materializada en el cuerpo de cada uno en sociedad, nos habla de la pervivencia en el seno de esta involución, del saber acerca de los derechos y de la necesidad de su recuperación histórica como un imperativo ineludible. Al parecer, el fenómeno de la involución histórica no goza de estabilidad: la conciencia de la pérdida trabaja persistentemente develando las contradicciones del momento involutivo y movilizándolo hacia nuevos caminos de luz o de conciencia acerca de la absoluta igualdad de la condición humana y de la necesidad del cuidado de su vida como proyecto social.

A través de la revisión de un corpus documental emblemático de la historia de la salud pública chilena, los Cuadernos Médico Sociales, el autor sabe escuchar la voz y los silencios de un lúcido grupo de médicos que escriben en ellos, estampando el testimonio de lo vivido y experimentado en el ámbito de la salud pública nacional, durante los tres tiempos históricos que esta investigación indaga.

El primero de ellos, que abarca la década de 1960 hasta 1973, devela cómo se construye en Chile un sistema de salud basado en el principio del derecho ciudadano a la salud y sustentado en el concepto de universalidad de la atención y del cuidado de todos los cuerpos en sociedad. Con este fin, se construye una institucionalidad y un régimen de salud que busca integrar a todo el país, desde sus más recónditos rincones y a todos los ciudadanos sin distinción; los profesionales de la salud debían ponerse al servicio de este proyecto de integración e igualdad biosocial-institucional. Más allá de sus siempre escasos recursos y de su eficacia inmediata –que era un desafío y una tarea permanente a realizar a lo largo del tiempo- dicha salud universal era expresión de la presencia hegemónica de la conciencia de los derechos humanos y sociales y de una voluntad política dispuesta a construir desde este cuidado universal del cuerpo de cada cual en sociedad, es decir, como una unidad corpórea real.

En segundo lugar, el autor da cuenta de la profunda discontinuidad histórica que genera el golpe militar de 1973, a partir del cual se produce un fenómeno que el autor, tomando el concepto del sociólogo Tomás Moulian, identifica como de transformación del Estado Protector en Estado Mercantil: éste operaría como guardián del libre-mercado al cual se ofreció el cuidado de los cuerpos o la salud como una mercancía, ofrecida al empresariado como negocio privado. Mientras, el Estado reducía su gasto social y realizaba una re-ingeniería en el campo de la salud pública, involucionando su institucionalidad hacia una salud-para-pobres como expresión del principio de des-igualdad que había de fundar la nueva sociedad, basada en el estado de sub/sidio, es decir, de no-financiamiento. Este fenómeno se manifiesta drásticamente en el sector salud entre

los años 1980-1985 cuando, como plantea lúcidamente el autor: ocurren los principales cambios en el sistema sanitario chileno: se crea la ley de ISAPRES, ocurre el proceso de municipalización de la salud y se produce un radical recorte presupuestario del sistema de atención de salud pública, es decir, privatización, descentralización y reducción del gasto estatal.

El rostro más nítido de la política de des/igualdad implementada durante la dictadura cívico-militar se reveló en el deterioro alcanzado en la institucionalidad pública de salud al finalizar la década de 1980: imágenes dantescas de la ruina de los hospitales se pudieron observar a televisión abierta. Como lo muestra el texto, ese fue el legado de la dictadura en materia sanitaria dejado a la Concertación, junto a las graves cifras de pobreza, un 45%. El desafío de la nueva fase política post dictadura fue mejorar, inyectando recursos, corrigiendo defectos; no se planteó un cambio de régimen. Al respecto, el autor recoge paso a paso los momentos de esta aceptación del modelo neoliberal-dictatorial: “...nuestras bases programáticas han optado por reconocerles su legitimidad a condición de que se acepten una serie de reformas que corrijan sus defectos”, declaraba Patricio Aylwin en su candidatura a la presidencia, en 1989. Se daba paso, así, a los gobiernos reformistas de la Concertación de Partidos por la Democracia los que, con sus reformas, corrigen, pero no transforman: la involución histórica se consolida.

A través de los Cuadernos Médico Sociales, el notable texto que presentamos nos ofrece un completo itinerario crítico del modelo de salud reafirmado en tiempos de los gobiernos de la Concertación. Especialmente esta crítica apuntaba al cuestionamiento del fraccionamiento existente entre los servicios públicos y municipales de salud, instalando la desigualdad

de condiciones en el cuidado de la vida de los cuerpos a nivel de las distintas comunas (ricas-pobres) del país, evitando una política central pública inclusiva y universal. Entretanto, los profesionales migraban hacia el ámbito privado de la salud, cansados de cocer tanto roto, como abiertamente declaró un cirujano en una reunión social.

La herida está abierta. Podemos conocer sus raíces y saber las razones que impiden su cicatrización a través de este significativo texto que nos habla, con seriedad y profesionalismo investigativo, de uno de los aspectos más críticos y acuciantes de nuestra actual construcción social, cual es el problema del cuidado de la vida del pueblo y de la sociedad chilena.

En torno al desafío de su transformación se juega el destino de una mejor y única sociedad-comunidad posible: unida, justa, igualitaria. Agradecemos profundamente al autor de este estudio por su aporte en iluminar esta dirección histórica hacia donde se encamina, necesariamente, la conciencia humana.

DRA. M. ANGÉLICA ILLANES

Académica Instituto de Historia y Ciencias Sociales

Facultad de Filosofía y Humanidades

Universidad Austral de Chile

INTRODUCCIÓN

Este libro describe, a la luz de ciertos discursos históricos, el desarrollo sanitario en Chile durante la década de 1960 al alero del Servicio Nacional de Salud; proyecto que, desde la mirada de la revolución en libertad y la vía chilena al socialismo, será interrumpido por el golpe armado al Estado y el consecuente desmantelamiento económico de sus instituciones, fracturando la posibilidad de construir una salud colectiva-ampliada.

El cuidado de la salud, tanto por el despliegue filantrópico como por la intervención Estado-Mercado, ha sido contemplado como un insumo indispensable para mantener la energía humana en condiciones aceptables para el desarrollo económico nacional, fuerza laboral –ahora contemplada como capital humano- que ha sido en mayor o menor medida dejado a su propia suerte. El debate de fondo que pretende re-abrir este trabajo, es justamente, evidenciar los distintos proyectos políticos, que han observado nuestros cuerpos, como engranaje indispensable de la productividad; de esta forma el cuidado de la vida, algunas veces de la mano del Estado, otras resguardado por la familia o el individuo, será protegido, según miradas económicas, políticas y sociales, como un derecho o dejado a la libertad de elección de un bien de consumo.

Resulta interesante relevar el debate que surgió en Chile durante el año 2016, a propósito de la demanda ciudadana solicitando el término de las Administradoras de Fondos Previsionales (AFP) y la propuesta mayoritaria de la elite económica para aumentar los años laborales de las personas, reduciendo así la carga económica para el sistema y teórica-

mente subir el monto de las pensiones. Discusión social que por una parte interpela al Estado como órgano que debe proteger el cuidado de la persona-trabajadora, principalmente en sus últimos años de vida, en los cuales, ya no es rentable para el sistema desde el punto de vista de su fuerza vital productiva, y por otra, alude a la población, demandando a aquella mayor vida útil, prolongando su tiempo económicamente activo, en resguardo de la sustentabilidad económica nacional. Así el cuidado de nuestra salud será vulnerado por distintos flancos, demandando, la prolongación y mantención de la vida para sustentar el proyecto país, ya no desde una mirada social, sino de una mirada táctica económica.

La estructura del libro está integrada por cinco capítulos orientados según el análisis histórico del corpus de estudio. El primer capítulo, el Estado y la necesidad de inversión en capital humano, aborda los problemas sanitarios existentes en Chile producto de la abulia estatal capitalista-liberal y la gestación del proyecto democrático de salud, abruptamente aniquilado con la fractura acaecida en 1973. Este capítulo constituye un diálogo entre distintos proyectos sanitarios que observarán al Estado, con mayor o menor presencia, respecto de su rol en las políticas sociales indispensables para la protección comunitaria.

El segundo capítulo aborda las acciones desplegadas por el Estado y sus actores durante el período 1960-1973, análisis que destaca la constante inversión en materia de salud pública bajo la figura del Servicio Nacional de Salud (SNS) y el profundo sentido de solidaridad de sus actores. Debido a las ideas fuerzas centradas en el desarrollo económico social de la población y el importante dinamismo social con intensos matices democráticos, se ha titulado este capítulo: el proyecto interrumpido de la democratización de la salud, 1960-1973.

El tercer capítulo inicia con el golpe militar de septiembre de 1973, destacando el protagonismo discursivo de los militares que instalan e implementan una razón neoliberal de gobierno haciéndose extensiva a todos los ámbitos de la vida en Chile. La importancia de este período radica en el conjunto de cambios impulsados por la dictadura militar en la estructura y financiamiento de las políticas sanitarias fundadas en el principio de subsidiaridad del Estado, así como el carácter represivo hacia las voces críticas que profieren una salud colectiva-ampliada. Se puede considerar este período como de inflexión debido a los cambios estructurales que sufrió la salud pública: eliminación del SNS por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, el impulso de la salud privada bajo la figura de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y el proceso de municipalización de la Salud. Debido a lo emblemático de este capítulo se ha denominado la transformación del sistema de salud chileno, 1974-1989.

El capítulo cuarto titulado diagnóstico del sistema de salud chileno, 1990-1994, inicia en los años 1990 con el retorno a la democracia gobernada por la coalición política denominada Concertación. Debido al déficit presupuestario que sufrió la salud pública durante la dictadura cívico-militar este capítulo aborda el diagnóstico del sistema de salud estatal. Este período de transición política está marcado por la voluntad del gobierno de minimizar la polarización amigo-enemigo implementada en dictadura, al mismo tiempo se incorpora como estrategia el consenso de las mayorías políticas representadas por los partidos políticos. Las coordenadas que orientan el análisis están sustentadas en el diagnóstico de la macroestructura sanitaria del Ministerio de Salud (MINSAL), de los hospitales

-instituciones intermedias-, y el nivel de Atención Primaria de salud centrada en consultorios y postas rurales.

Finalmente, el capítulo quinto salud y crecimiento con equidad, 1994-1999, refiere a las políticas públicas de rescate del sistema sanitario estatal y sus mecanismos de financiamiento, destacando el rol del Banco Mundial. Las ideas fuerza de este capítulo corresponden a aquellas relacionadas con la permanencia de un modelo subsidiario, elucubrado, según un orden discursivo sustentado en el crecimiento con equidad, de igual forma, se analiza el rol del ciudadano y los mecanismos subjetivos-demográficos que inciden en el arraigo del modelo neoliberal en salud.

Cabe señalar que el libro centra su mirada principalmente en los discursos sistematizados por la revista del Colegio Médico de Chile, los Cuadernos Médico Sociales (CMS), voces que cobran especial relevancia, como aparato cultural que va a permitir la difusión del pensamiento crítico sanitario en Chile, influyendo en una generación importante de profesionales ligados a la salud pública en las áreas que entrecruzan las ciencias sociales y salud. Complementario al corpus discursivo contenido en los CMS, tratamos de situar epocalmente el proyecto sanitario en Chile a la luz de textos gubernamentales enfocados principalmente en la evaluación de programas sanitarios de gobierno, así como mensajes presidenciales que dan cuenta ante el parlamento y ciudadanía de la gestión pública de su mandato; y de aquellas organizaciones no gubernamentales que desde fuera del Estado intervienen, reflexionan y gestionan procesos sanitarios resguardando la memoria de una salud colectiva.

Durante el transcurso de la historia, proyectos políticos con fuerte base social, se han mantenido soterrados esperando el momento propicio para emerger, es posible que algún día más

temprano que tarde el proyecto interrumpido de la democratización de la salud, pueda retomar su senda, procurando una salud de derecho. Habrá que esperar el momento propicio para el despertar de la sociedad.

CAPÍTULO I

EL ESTADO Y LA NECESIDAD DE INVERSIÓN EN CAPITAL HUMANO

En el mes de diciembre de 1938 iniciaba el período presidencial de Pedro Aguirre Cerda, a través de su programa de gobierno “sustentado en la industrialización y modernización productiva con fuerte incidencia estatal” (Milos, 2008), se comenzaba a abandonar la línea liberal del crecimiento económico, asumiendo el Estado, mayor protagonismo en políticas sensibles para la comunidad en ámbitos de seguridad laboral, educación y salud. Haciendo eco de este programa, un año más tarde, Salvador Allende, ministro de Salubridad, publicaba *La realidad médico-social chilena*, texto en el cual realizaba un análisis detallado de los factores sociales y económicos que incidían directamente en la salud de la población, destacaba el joven ministro de Salubridad, “Chile tiene la más alta mortalidad infantil del Mundo (...) la mortalidad nuestra equivale a 50,5% de los nacidos vivos”, estadística epidemiológica que debía constituir la base de datos a disposición de la clase económica política para direccionar las políticas públicas estatales y orientar el proyecto país hacia la anhelada industrialización y modernización.

Los datos constatados por Allende no golpeaban de imprevisto a la élite política económica que era gobierno; tampoco era una sorpresa para los salubristas del país, en pocas ocasiones

la lechuza de minerva levantaba el vuelo a plena luz del día (Salazar, 2012) develando tras su viaje la realidad médico social que afectaba sin consideración a la mayoría de la población. Desde 1891 Chile ostentaba los primeros lugares respecto a la mortalidad infantil superando al menos en tres momentos cifras superiores a los 300 por mil nacidos vivos, como señala Illanes (2006): *entre 1891-96 (312 x 1000), en 1906 (327 x 1000) y en 1908 (317 x 1000)*. Problemas que la clase económico-política terrateniente e industrial traducía como la causa de la escasez de mano de obra (Grez, 2007, p. 185), cuestión social, que era fiel reflejo de la omisión consciente del Estado liberal para intervenir en la satisfacción de necesidades básicas delegando esta responsabilidad a particulares, familias o sociedades intermedias como agrupaciones de caridad principalmente de filiación religiosa. Molina (2010) al referirse a la *cuestión social*, citando los argumentos de James O. Morris² señala, constituía el fenómeno derivado de los cambios demográficos, económicos, sociales e ideológicos derivados de las consecuencias de industrialización y urbanización nacientes, *derivando en secuelas de marginación social de importantes sectores sociales*. Pauperización de las condiciones de vida arrastradas desde la colonia que afectaban principalmente a la clase trabajadora respecto de problemáticas sociales ligadas a la estructura de las viviendas, disponibilidad de alimentos, acceso a servicios sanitarios e higiénicos³. Por ejemplo, respecto de las políticas

2. Las élites, los intelectuales y el consenso: estudio de la cuestión social y el Sistema de relaciones industriales en Chile.

3. Interesante es el análisis que realiza Gabriel Salazar respecto del movimiento social del “sujeto marginal”, el mestizo, sujeto que se constituiría en actor social clave de movimientos sociales y que, el autor alude como aquella lucha microscópica originada principalmente por las injusticias sociales derivadas de la discriminación, exclusión e invisibilización de políticas sociales, que tienen su raíz en el origen de su propia existencia corpórea, “el mestizaje”. Ver capítulo III, Formas históricas del

gubernamentales orientadas al acceso, construcción y calidad de viviendas para los sectores populares, señala Grez (2007) que el Estado liberal delimitaba sus funciones a la regulación de las transacciones económicas de privados, o la fijación de normas respecto de la edificación y control de la higiene urbana, enfático señala:

No hubo, en consecuencia, ni plan ni acción de construcción de casas de parte del Estado o de las municipalidades (...). Las autoridades fallaron, incluso, en su papel fiscalizador del cumplimiento de las disposiciones legales destinadas a preservar la higiene (2007, p. 175).

La ausencia de políticas públicas agravaba el problema que vivenciaba los sectores populares de Chile. Se complejizaba por la recesión económica internacional de principios de la década de 1880, que afectó profunda y extensamente la economía nacional (Ortega 2005), sumado a los problemas de estabilidad social ligados a la Guerra Civil de 1891; todo lo cual, golpeó con cruel miseria a la sociedad chilena (Illanes, 2010) que, según el Censo de 1907 equivalía a 3.231.573 personas.

Esta injusticia social expresada en altas tasas de mortalidad infantil, prevalencia de enfermedades venéreas y precario acceso a bienes básicos de subsistencia; movilizó -debido a la escasa respuesta estatal- a organizaciones de base para enfrentar por sus propios medios la necesidad de seguridad social, salud y educación. Respuesta social que se traduce en la creación de la primera Sociedad de Socorros Mutuos, La Sociedad Tipográfica de Socorros Mutuos, fundada en 1885;

movimiento social-ciudadano en Chile. En Movimientos sociales en Chile, 2013.

cuya práctica social de base con claros principios autónomos, cuestionaba en su praxis social el rol del Estado y su particular modo de enfrentar la miseria que afectaba a la mayoría de la población. Las Sociedades de Socorros Mutuos, se desplegaban para minimizar los efectos adversos sobre los cuales estaba erigida la sociedad, principalmente en el campo económico, social, político y religioso, por ejemplo, refiere Grez, la Sociedad de la Unión fundada oficialmente en 1862 en Santiago, tenía como objetivos la instalación de una caja de ahorros y un completo programa de formación laboral para sus afiliados.

Sus objetivos serían la instalación de una caja de ahorros destinada a socorrer a todos los artesanos enfermos, imposibilitados o ancianos -sin miramiento de nacionalidad, así como a sus familias en caso de fallecimiento del asociado. También se proyectaba la realización de clases de carpintería, arquitectura, albañilería, dibujo lineal y otras materias en horario vespertino (2007, p. 440).

En 1912, según el Boletín de la Oficina del Trabajo, existían 428 Sociedades de Socorros Mutuos en el territorio chileno (Illanes, 2010).

Las Sociedades de Socorros Mutuos constituían en la práctica una crítica de base respecto de la abulia estatal en materia de políticas públicas, ante la crisis vital que experimentaba la mayoría de la sociedad; las mutualidades, favorecían la cohesión social sin miramientos de nacionalidad, en su despliegue solidario se propendía al cuidado colectivo, enfocándose no sólo a la salud del cuerpo del asociado, sino a favorecer su desarrollo integral a través de la protección colectiva, for-

mación y desarrollo personal. Era la respuesta de base ante la amenaza vital.

Como reacción a las trágicas condiciones de vida de los sectores populares, además de las Sociedades de Socorros Mutuos, se activaron una serie de movimientos sociales, con la consecuente represión del Estado, dejando a su paso la muerte de millares de manifestantes que, tristemente la historiografía recordará como matanzas: por su crueldad la masacre a los obreros portuarios de Valparaíso en 1903, la matanza ocurrida en Antofagasta a los obreros de ferrocarriles en 1906 y la masacre ocurrida en la Escuela de Santa María de Iquique en 1907. Pese a la fuerte represión estatal, la efervescencia social que cobrará fuerza en los primeros años del siglo XIX, no morigerará. El movimiento social, no era un fenómeno exclusivamente de reivindicación ideológica de la clase trabajadora, afectaba a su existencia, -la diferencia entre vivir o morir-, las condiciones higiénicas y de miseria que en lo cotidiano mermaban la vitalidad de niños, mujeres y hombres. Así queda de manifiesto en la descripción que realiza Illanes respecto de la habitación obrera, cristalizada en la denuncia del Diario La Propaganda en 1908.

Esas pocilgas o conventillos o esos “mataderos” de la gente de trabajo -como decía un diario popular- eran la suma de cuartuchos sin ventilación, atravesado de lodo su patio corredor por acequias pestilentes y que algunos mercaderes construían expresamente para la “habitación” del Pueblo (2010, p. 34).

La cuestión social era la naturalización de la injusticia derivada de las prácticas sociales sujetas al estilo de vida capitalista-liberal de la sociedad chilena y al singular rol del Estado

en materia económico social. No obstante, se evidenciarán puntos de fuga a ese orden social a través de organizaciones intermedias: Sociedades de Socorros Mutuos, movimiento sindicales-gremiales; y en el despertar de un sector de la intelectualidad médica con mayor sensibilidad social. Quienes jugarán un papel decisivo en las transformaciones del Estado respecto de su rol protector y asistencial, principalmente a partir de la década de 1920. Como relata Illanes:

El “cuerpo del pueblo” se constituye en un terreno de consenso y comprensión de sociedad, para un movimiento amplio perfilado en torno a esta suerte de doctrina de los “derechos humanos sociales” que surge en el siglo XX y que encuentra su raíz histórica en esta lucha que, por distintos flancos, se emprende en resguardo del derecho básico del pueblo a la vida (2006, p. 183).

Considerando los argumentos señalados, en específico aquellos vinculados con el ausentismo de políticas sociales que conllevaron a la denominada cuestión social, cabe preguntar:

- a. ¿Qué racionalidad permite cierta economía de prácticas discursivas que favorecen la emergencia de políticas estatales en salud?
- b. ¿Qué transformaciones deben ocurrir en la organización de la sociedad chilena y en particular en el proyecto de modernización e industrialización, para que se avance gradualmente desde un rol liberal a uno asistencial y protector?

La cuestión social de inicios del 1900 había problematizado el sufrimiento del pueblo y el padecer de sus enfermedades como un claro signo de barbarie (Illanes, 2006) que debía ser intervenido en beneficio de la economía nacional. En respuesta, la sociedad de base se levantaba y se alzaba a través del sindicalismo, mutualidades y movimientos sociales asumiendo autonomía y autodeterminación en materia sanitaria, seguridad social y previsión; fenómeno sustentado en la solidaridad y cuidado mutuo, que Illanes (2006) denomina práctica reformista de la sociedad civil, aludiendo a las transformaciones realizadas por la sociedad organizada para enfrentar los distintos problemas derivados de la crisis social, desde fuera del Estado, los cuales, cobrarán materialidad como opción política a través del programa de gobierno del candidato presidencial liberal Arturo Alessandri Palma.

Instalado en el gobierno, Alessandri, influenciado por los ideales internacionales que emergían de las cenizas de la post guerra y las consecuentes transformaciones al interior de la estructura estatal, concentrará sus esfuerzos en la creación del código del trabajo y el proyecto de previsión social, ambos ejes medulares de su programa presidencial. No obstante, las principales reformas sociales: código laboral, reforma previsional y la materialización de la intervención social (Vidal, 2016); se iniciarán con posterioridad al golpe militar ocurrido en 1924, mismo año en el que se formalizaba el Ministerio constituido de 4 carteras: Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social, de responsabilidad del médico Alejandro del Río.

Según el análisis de Illanes, la sociedad de los años 1920 fue testigo histórico de las transformaciones en el modo de concebir la sociedad, una nueva alianza entre Estado y socie-

dad, en base al despliegue de políticas sociales, orientadas a fortalecer la cohesión social y a contener los movimientos sociales y revolucionarios, inspirados tanto por la constatación-experiencia vital, vinculada a la miseria de las condiciones socio-económicas, como por los movimientos sociales internacionales de ideología revolucionaria. Esta segunda fase de la organización social transformaba las prácticas discursivas centradas en las libertades y el individualismo para avanzar hacia la cooperación, instrumento político estratégico de clara orientación armonizadora y contenedora de los movimientos revolucionarios. Señala Illanes:

La primera fase habría estado determinada por la Revolución Francesa de 1798, que había construido la vida social sobre el “individualismo” proclamado por los filósofos del siglo XVIII, cuyas libertades y derechos el Estado debía Garantizar. A partir de la Guerra Mundial habría surgido un nuevo concepto organizativo -aceptado incluso por los sectores conservadores y con el objetivo estratégico de neutralizar a los revolucionarios-: el de la “cooperación”, que estaba llamado, a través de un proceso evolutivo, a alcanzar hegemonía (2007, p. 230).

Así las políticas sanitarias de los años 20 estaban enfocadas hacia una doble finalidad:

- a. disciplinar y encausar la conducta del pueblo acorde a un modelo productivo mediante intervenciones sanitarias desplegadas a través de la visita social de Enfermeras y Visitadoras Sociales, con un claro discurso dirigido a la educación sanitaria y moral, enfatizando ésta última, en el control de la agitación social derivada

de la participación de huelgas, mítines o cualquier acción que atente contra el orden productivo social.

- b.** En segundo lugar la alta tasa de mortalidad infantil y una esperanza de vida de 41 años para los hombres y 43 años para las mujeres, al año 1939, reflejaban un angustiante panorama, que contradecía las aspiraciones políticas asociadas a modificar el modelo productivo e industrial con fuerte base estatal. La intervención del Estado en políticas sociales era considerada un imperativo para resguardar la prosperidad económica del país.

De esta forma la racionalidad que orientaba la lógica liberal de Estado en políticas sociales cambiará desde dentro y desde fuera. La omisión consciente de la aristocracia instalada en el gobierno, que el Estado, dejaba en manos de los intereses privados y al azar de los intereses de mercado; derivará en una economía proteccionista y planificada con fuerte incidencia estatal.

Los aprendizajes obtenidos de la recesión económica como consecuencia de la gran depresión de 1930, que afectó significativamente la economía chilena, que adolecía de mecanismos proteccionistas anti cíclicos, significarán importantes lecciones para los gobiernos del Frente Popular, quien comprendiendo estas vulnerabilidades, fortaleció el compromiso del Estado en materias de industrialización y productividad; el Estado no se podía mantener al margen de los procesos productivos, considerando para ello la fuerza laboral como uno de sus principales motores. El pueblo debía mantenerse sano para avanzar en el proceso de industrialización, era necesario enfatizar la

acción estatal en salud, vivienda, educación y seguridad social. El Estado gradualmente adopta un rol benefactor-productor en lo económico y social.

Al respecto, ¿qué relevancia tiene el análisis del ministro Allende en la realidad médico social, en relación, al proyecto de salud pública en Chile?

Para efectos de nuestro trabajo comprenderemos el proyecto de salud pública en Chile, como un sistema articulado de acciones clínicas, preventivas, promocionales y rehabilitadoras, que tienen incidencia en la calidad de vida del conjunto de la población; y que van a estar tensionados por una materialidad específica, coherente a los distintos proyectos ético-políticos-epidemiológicos que ocuparán al Estado como entidad estratégica para el despliegue de las acciones sanitarias dirigidas hacia la población. Este proyecto tensionará con mayor o menor medida la concepción de salud que, para efectos de esta investigación, será conceptualizada como el completo bienestar físico, mental y social que posee una persona, en coherencia a su ciclo vital, pertinencia cultural y que en su conjunto determina la calidad de vida de las personas.

- a. Así la salud tendrá una dimensión pública, que al decir de Illanes, es “un lugar donde se materializa el cuerpo colectivo y donde se ejerce un cuidado social que busca indagar e intervenir los cuerpos donde habita nuestra existencia, nuestra alma y nuestra igual condición humana” (2010, p. 16).
- b. Argumento del cual se puede desprender una segunda dimensión, “el derecho a salud”; adquirido producto de las movilizaciones y reivindicaciones sociales que

han desarrollado históricamente los movimientos sociales, expresado en derechos de acceso, cobertura y financiamiento. Este derecho al acceso a una mejor calidad de vida abarca otros ámbitos de la vida en sociedad, como la posibilidad de participar e incidir en las políticas de salud desplegadas en el territorio, es decir, salud con pertinencia local y cultural.

- c.** Una tercera dimensión aborda los aspectos institucionales, que será entendida como “el conjunto de instituciones jurídicas, legales y administrativas creadas esencialmente por el Estado, emergidas como una respuesta orgánica y social a las necesidades y problemas de salud-enfermedad vividas, experimentadas y reclamadas por los segmentos mayoritarios de nuestra sociedad” (Molina, 2010, p. 8), y que condicionarán el acceso, cobertura y financiamiento de las prestaciones sanitarias.
- d.** Una última dimensión, a nuestro juicio, tiene relación con la economía de la salud, es decir, el cuidado y mantención de la vida como factor importante en el desarrollo y crecimiento económico de un territorio, entendido el desarrollo como aquellos aspectos cualitativos, vinculados al cuidado de la persona y que se pueden materializar bajo el concepto de capital humano, incidiendo en la producción y crecimiento económico nacional.

Considerando estas dimensiones que componen el proyecto de salud pública chileno, la figura de Salvador Allende al

menos es pertinente en dos aspectos en esta investigación, primero, respecto de su rol como ministro de Salubridad y su especial análisis de los factores sociales como condicionantes del estado de salud de las personas, generalmente abordado como enfermedad. El discurso sanitario de Allende estaba más cercano a la lectura de la realidad chilena que realizaban las Sociedades de Socorros Mutuos. *La realidad médico social chilena*, no abordaba la salud como un dato exclusivo de este campo disciplinario, similar a un documento sociológico, abordaba las características demográficas de la población, sus condiciones laborales, calidad de la alimentación, vestuario, vivienda y características estructurales de la planificación urbana. Publicado en 1939, este documento era el primero en Chile que realizaba un análisis profundo de las condiciones sociales y económicas que condicionaban la calidad de vida de la población, texto anterior al discurso oficial doctrinario de la Organización Mundial de Salud (1946) y de los acuerdos de Alma-Ata en 1978 sobre las estrategias de atención primaria en salud (APS). *La realidad médico social*, establecía las bases programáticas de las acciones estatales en salud del Frente Popular; años más tarde sería funcional a la doctrina científico política para elaborar la línea de base que permitiría dar cuerpo al Servicio Nacional de Salud el año 1952 y mantendría correlato directo con las políticas sanitarias implementadas durante el gobierno de Eduardo Frei Montalva.

En segundo lugar, Salvador Allende, constituye el último presidente electo democráticamente antes que ocurra el golpe militar de 1973, fractura que afectará todos los ámbitos de la vida e implementará en Chile el proyecto neoliberal como práctica de una razón neoliberal de gobierno. Se interrumpe el proyecto dirigido a avanzar en la democratización de la salud

con cobertura universal y se reduce radicalmente la inversión en salud, silenciando el esfuerzo sistemático de las políticas sanitarias estatales desde Frei Montalva hasta Salvador Allende.

¿Cuál es la relación entre la modernización industrial-productiva, cuya base programática incorporaba el Frente Popular, y las políticas sanitarias de base estatal fundadas en la necesidad de inversión en capital humano?

Para efectos de nuestro análisis, comprenderemos el concepto de capital humano, en primera instancia, como “el conjunto de inversiones que se han hecho en el hombre mismo” (Foucault, 2010, p. 272), que implicarán un cambio epistemológico en la economía respecto del tratamiento analítico de los factores de producción tierra, capital y trabajo. Según el análisis de Foucault el factor trabajo, fue sistemáticamente neutralizado por la economía clásica que lo relegaba al plano productivo, expresado en unidades de cantidad en correlación a una variable temporal. Es decir, problematizando el factor trabajo respecto de su posibilidad de uso e incremento, a través, de la incorporación de un número adicional de trabajadores y fijando un óptimo uso según disponibilidad de tierra, es decir, la puesta en práctica de la ley de rendimiento decreciente, en función de la asignación eficiente del capital, -incrementar excesivamente el número de trabajadores en una cosecha, en un terreno de una hectárea, afecta la producción; los trabajadores se estorban entre sí-.

Foucault concluye desde el análisis del discurso económico de Smith, Ricardo y Keynes que el factor trabajo en sí mismo constituía un elemento pasivo, “un factor de producción, un factor productor, pero que en sí mismo es pasivo y sólo encuentra utilización, actividad, actualidad, gracias a determinada tasa de inversión” (2010, p. 256), el cambio epistemológico

consistiría en la reintroducción que realizaron los neoliberales norteamericanos al factor trabajo como una idoneidad cualitativa, una estrategia de la conducta económica del trabajador planificada, calculada y racionalizada hacia la puesta en valor del conjunto de cualidades, destrezas, conocimientos y aptitudes que se concretan en una renta del uso eficiente de su capital, materializado en su propio cuerpo. “Un homo economicus empresario de sí mismo, que es su propio capital, su propio productor, la fuente de sus ingresos” (Foucault, 2010, p. 265).

Desde la grilla analítica de Foucault el capital humano se comporta como una máquina en el sentido positivo que produce flujos de ingresos, pero que estos están delimitados a la corporeidad máquina del sujeto empresario de sí que los produce, señala que el capital humano está sujeto a los ciclos de vida de una maquinaria, inicia con una producción moderada, llega posteriormente al período de mayor productividad, para luego decaer producto del desgaste y el envejecimiento. Este problema que vivencia el empresario de sí, requiere de un agenciamiento activo que permita usar su propio capital de forma eficiente, requiere de un chequeo constante respecto de su estado de salud, una alimentación balanceada, utilización óptima de horas de ocio y descanso, es decir, necesita aquello que Foucault denomina inversiones educativas, aludiendo al conjunto de inversiones que participan en la constitución del capital humano y que exceden a la formación meramente formal o educativa, entre ellas señala:

- a. tiempo que los padres dedican junto a sus hijos al margen de la actividad educativa o formativa (el apego).

- b.** movilidad de los individuos (hacer circular su propio capital), y
- c.** requiere de una innovación constante para evitar la obsolescencia. Concluye Foucault “hacia ese aspecto se orientan las políticas económicas, pero no sólo ellas sino también las políticas sociales, las políticas culturales, las políticas educacionales de todos los países desarrollados” (Foucault, 2010, p. 273).

Respecto de la *realidad médico social*, ¿por qué Allende se detiene en el análisis sobre el capital humano en Chile?

Producto de la ausencia sistemática de políticas sociales, descritas en su conjunto como la cuestión social y que las reformas incorporadas a principios de la década de 1920 no pudieron subsanar, tristemente se constataba en 1939 que la esperanza promedio de vida de los chilenos equivalía a 40,65 años para los hombres y 43,06 para las mujeres⁴. *La realidad Médico Social* se levantaba al mismo tiempo como un documento científico de denuncia y como una estrategia para minimizar lo que Allende declaraba como una realidad médico social en alerta. La necesidad de revertir el bajo crecimiento vegetativo de la población era un problema que debía ser intervenido a través de políticas estatales, puesto que una razón de Estado fundada en una doctrina liberal, no era eficiente para mantener el desarrollo prospero de la población, por ende, afectaba el proyecto sustentado en el fortalecimiento industrial descrito en la base programática del gobierno de Pedro Aguirre Cerda.

4. Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

El enorme número de muertes y la subida cuota de morbilidad que registran nuestros índices demográficos, aparte de determinar el estancamiento de la población, influyen en el volumen de la producción y afectan grandemente las posibilidades económicas generales, porque las horas de trabajo que se pierden y la disminución de consumo que representa, significan una merma considerable en la riqueza nacional (Allende, 1939, p. 197).

La necesidad de un proyecto de salud nacional unificado, señalaba Allende, con fuerte presencia estatal, permitiría financiar un conjunto de políticas públicas que contribuyan a valorar y reposicionar a la clase trabajadora al lugar que debe ocupar en nuestra sociedad, es decir, un sujeto dueño de derechos, entre ellos, su derecho a acceder a mejores niveles de cultura, minimizar el analfabetismo y avanzar en el desarrollo integral del ser humano. Según el Censo de 1940, el 27,4% de la población mayor de 16 años era analfabeta.

En el texto de 1939 el argumento dirigido hacia la inversión en capital humano es mucho más profundo, amplio e inclusivo que el concepto de fuerza productiva, la realidad médico social se instalaba como un discurso alternativo, a la racionalidad liberal de Estado, para implementar a través de políticas públicas una institucionalidad sanitaria en Chile que buscaba democratizar al interior del propio sistema capitalista las condiciones de vida y trabajo a las cuales estaba sometida la clase trabajadora. Criticaba Allende:

Los gobiernos pasados consideraron las necesidades de la salubridad nacional como gastos postergables y de importancia secundaria. No quisieron jamás prevenir, ni detenerse a pensar que el capital humano, que es la base de toda riqueza,

constituye la más alta responsabilidad de un Estado moderno (Allende, 1939, p. 197).

Los argumentos sistematizados en el texto de 1939 se materializarían en el proyecto para la creación de un Servicio Nacional de Salud, el cual, ingresó a discusión parlamentaria el año 1941 y se quedó en carpeta por 11 años, debido a las trabas que desde el propio Frente Popular se generaron al proyecto: diferencias políticas, ideológicas y de financiamiento del SNS, quiebre formal de las relaciones del gobierno de González Videla en 1948 con el Partido Comunista, (aplicación de la Ley de Defensa Permanente de la Democracia) y el desplazamiento del gobierno hacia el partido de Derecha. De esta forma se generaban las condiciones políticas que impidieron la concreción del proyecto bajo los términos originales que esgrimía Allende. Al respecto concluye Molina (2010):

las diferencias que se plantearon en el campo sanitario y previsional en la época, en el seno del Frente popular, en el resto de las fuerzas políticas y en la relación entre ellas, formaron parte del escenario general de contradicciones y antagonismos sociales y de clase que se dieron en los espacios públicos (p. 22).

Estas contradicciones y antagonismos, analiza Molina, giran respecto del proyecto que creaba el Servicio Nacional de Salud. Sustentado en las distintas perspectivas políticas que determinaban el campo en disputa del proyecto de salud nacional, señalaba que, desde el ala conservadora, liderada por el médico Eduardo Cruz-Coke y la ley de medicina preventiva, se conceptualizaba la salud como un sistema de vigilancia y control de los individuos sanos, en tanto la salud era un valor

económico a preservar; aspecto que establecía parámetros comunes con el Partido Radical, que concebía los procesos de salud y enfermedad de los trabajadores como las causas principales que condicionaban la incapacidad y su consecuente carga económica. Para la Falange Nacional apuntaba Molina, “significaba la creación de una organización doble que cuidara la Seguridad Económica y la Seguridad Física o Biológica, en la doble perspectiva de mantener el poder de compra estable y la distribución equitativa de la renta” (2010, p. 117). Para el pensamiento Socialista, representado bajo la figura de Allende y su texto *la Realidad Médico Social*, como se ha comentado, la concepción de la salud pública no estaba reducida simplemente a parámetros estrictamente económicos, su propuesta direccionaba a la concepción integral del ser humano, señalaba Allende, el “crecimiento progresivo, es la condición primera de la prosperidad de un país, y resulta del estado de salud y de cultura de sus componentes” (Allende, 1939, p. 196).

¿Cuál era la propuesta de Allende respecto del SNS?, finalmente, ¿cuál es el curso histórico que recorre la salud pública en Chile?

El proyecto que aprobaba el Servicio Nacional de Salud al alero de la Ley 10.383, buscaba entre otras cosas establecer modificaciones a la Ley 4.054 de Seguro Médico Obligatorio creada el 03 de septiembre de 1924. Ilustrador resulta la información elaborada por Illanes (2010) respecto del proyecto original y los cambios que señalaba a la Ley del Seguro Médico Obligatorio. Por ejemplo, respecto de las prestaciones médicas el proyecto pretendía reformar la cobertura que la Ley 4.054 definía: “imponentes/pensionados, esposas parturientas, hijos menores de 2 años; en cambio el proyecto de reforma planteaba: Imponentes/pensionados, sus esposas, sus hijos

legítimos, naturales, adoptivos e ilegítimos” (Illanes, 2010, p. 384); evidencia, que el proyecto original diseñado por Allende y presentado al Congreso en 1941, buscaba ampliar la cobertura sanitaria, sustentado en la salud como derecho social que el Estado debía resguardar.

Según el análisis de Molina, uno de los factores que permite comprender las diferencias respecto del proyecto original que proponía la creación del Servicio Nacional de Salud y el proyecto aprobado en 1952, principalmente obedecía al campo en disputa de las fuerzas políticas que se inclinaban, finalmente, hacía el ala conservadora. El proyecto propuesto por Allende era aprobado al amparo de la ley orientada solo a los obreros, es decir, el Servicio de Seguro Social; contemplado desde la perspectiva conservadora, se focalizaban los recursos estatales en el sector socio-económico categorizado como obrero. Paralelo a la discusión legal, se fortalece el “corporativismo médico, a través de la creación del Colegio Médico de Chile y el Estatuto Médico Funcionario, lo cual ocurre en un momento político en que la Falange Nacional se incorpora “al gabinete de sensibilidad social” de Videla (Molina, 2010, p. 101). Como resultado, el Servicio Nacional de Salud de 1952, realizará una división entre obreros y empleados, mantendrá una estructura conservadora en el sentido que orientará las políticas públicas sanitarias principalmente al sector obrero. Esta división entre empleados y obreros, posteriormente, será utilizada por el corporativismo médico que, presionará al gobierno de Alessandri a autorizar en 1960 un esquema liberal de libre elección. Propuesta que inicialmente fue rechazada 1961 y enviada nuevamente en julio de 1964. Entre los principales argumentos, destaca Molina, la creación de un sistema de copago por prestaciones médicas, la instauración de la

modalidad de libre elección dentro del Servicio Nacional de Salud, y la intermediación del Colegio Médico en la relación beneficiario-prestador. Consecuente atribución del Colegio Médico como entidad corporativa fijadora de precios.

Debido a las implicancias sociales que estos cambios producían en la estructura del Servicio Nacional de Salud el debate a nivel de gobierno, Colegio Médico y distintos gremios, -como la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS), la Asociación Nacional de Empleados Fiscales de Chile (ANEF), y la Confederación de Empleados Particulares de Chile (CEPCH), entre otros-; experimentará una acalorada discusión que tensionará las relaciones entre el Colegio Médico y el gobierno, finalmente el proyecto es aprobado en 1969 con respaldo de la Ley 16.781. Las principales implicancias de la ley, corresponden a la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), el reconocimiento institucional de la modalidad de libre elección, la fragmentación dentro de las políticas nacionales del Servicio Nacional de Salud estableciendo en la práctica una salud para pobres (obreros) y una salud para la clase media (SERMENA). Si bien la diferenciación entre obreros y empleados ya estaba vigente desde el momento de la creación del Servicio Nacional de Salud, el campo político, experimentó singulares cambios en la configuración de fuerzas que presionarán por la privatización de la salud en Chile, destaca, el poder adquirido por el Colegio Médico de Chile que, en el año 1969, constituía un actor del movimiento social capaz de paralizar las funciones sanitarias del Estado. Al mismo tiempo, el acalorado debate sobre la modalidad de libre elección, radicalizará a los distintos estamentos de la salud, empleados y obreros, que se cohesionarán, iniciado la década de 1970, en dos grandes bloques: los partidarios de una salud

pública-centralizada y aquellos que promulgarán la defensa del derecho a elegir libremente, bajo la Ley 16.781. Señala Illanes (2010) que las ideas fuerza que finalmente gatillaron en la aprobación de la modalidad de libre elección, destacaban, las condiciones crónicas de marginalidad de la clase media empleada en Chile, quienes debían satisfacer sus necesidades de salud de forma particular, otro motivo, corresponde a los mecanismos para garantizar eficiencia económica en la administración del Estado, constataba el Ministro de Salud Ramón Valdivieso, que “el 25,1% de los enfermos hospitalizados eran empleados públicos y particulares, cifra que aumentaba al 38% en la Universidad de Chile y 32% en la Universidad Católica” (Illanes, 2010, p. 451).

El marco legal que definía la modalidad de libre elección permitiría racionalizar una parte significativa del presupuesto sanitario que, bajo el SERMENA, implicaría un aporte subsidiado por el co-pago y un significativo ingreso ineficientemente controlado. Iniciado el gobierno de la Unidad Popular, las políticas públicas relacionadas con la modalidad de libre elección, dentro de la figura pública de salud, serán re-evaluadas, regulándose principalmente en 1972 en el marco del Sistema Único de Salud (SUS). Situación que incrementó la polaridad entre los partidarios del gobierno de Allende y quienes observaban en la figura de la vía chilena al socialismo un profundo riesgo de la integridad económica nacional, entre ellos, el Colegio Médico de Chile.

Quedaba abierto el campo en disputa respecto de la salud pública:

- a. aspiración de la salud como derecho consagrado vía políticas públicas.

- b.** reivindicación de la clase media respecto del cuidado y derecho a elección del prestador de salud.
- c.** división de una salud para pobres (obreros) y una salud de libre elección (SERMENA), y
- d.** la idea de una salud de institucionalidad privada, como alternativa a la salud estatal.

Posterior a la intervención militar de 1973, el discurso asociado al capital humano radicaliza una matriz economicista, modificando los aspectos de financiamiento derivados del cambio estructural del Estado protector hacia fundamentos asociados al principio de subsidiariedad. ¿Cuáles son las bases económico-políticas que sustentan los cambios en la estructura del Estado instaurado por el régimen militar? Una aproximación a esta interrogante se puede obtener en el documento titulado Bases de la política económica del gobierno militar chileno, texto conocido como el *Ladrillo* y que se devela a la luz pública el año 1992, cuando el Centro de Estudios Públicos decide publicarlo. Hemos seleccionado este documento, porque como refiere el prólogo de Sergio Castro, constituye la base doctrinaria de las políticas instauradas en septiembre de 1973, golpe armado al Estado, que comienza a gestarse en 1956 cuando la Pontificia Universidad Católica firma un convenio con la Universidad de Chicago, quien patrocina institucionalmente a académicos y empresarios chilenos para realizar estudios de posgrado en Economía. Este grupo de becados: Sergio Castro, Pablo Baraona, Emilio Sanfuentes, Sergio de la Cuadra, Adelio Pipino, Juan Carlos Méndez, José Garrido, Armando Dussailant, entre otros, fueron los encargados, el

año 1969, de elaborar el programa presidencial del candidato Jorge Alessandri y posteriormente tras el golpe militar, pasan a constituir la intelectualidad orgánica que dará cuerpo a la gestación e implantación del modelo de desarrollo neoliberal en Chile. Señala el texto:

El 4 de septiembre de 1970 fue elegido con la primera mayoría relativa don Salvador Allende Gossens y el 4 de noviembre del mismo año don Eduardo Frei Montalva, en el Congreso Nacional, le hacía entrega del mando de la nación. Mucha agua pasó bajo el puente de los mil días del régimen marxista. Quizás demasiada agua torrentosa que produjo profundas trizaduras en los causes de la convivencia nacional. Aquel grupo que en 1969 había elaborado, con fe y esperanza, un programa socioeconómico volvió a las aulas universitarias, principalmente en la Escuela de Economía de la Universidad Católica. Sin embargo, tres años después el persistente deseo de un Chile mejor impulsó a un grupo académicos a intentar la elaboración de un programa de desarrollo económico. Nuestro norte fue entregar recomendaciones con el propósito de ayudar a sacar el país de la postración económica en que se había sumido. (...). Cabe señalar que sólo uno de los miembros del grupo académico, sin que el resto lo supiéramos o siquiera sospecháramos, tenía contacto con los altos mandos de la Armada Nacional, grande fue pues nuestra sorpresa cuando constatamos que la junta de Gobierno poseía nuestro documento y lo contemplaba como de posible aplicación (1992, pp. 9 y 11).

¿Cuál era ese torrente caudaloso que afectaba la convivencia nacional y tenía sumido a Chile en la desgracia económica?

Según el argumento desarrollado en el *Ladrillo* este caudal que afectaba la economía nacional se desarrolló en Chile en un horizonte mucho más amplio que los mil días del gobierno de Salvador Allende, su crítica, se origina justo en la intersección de la transformación del Estado liberal capitalista-Estado asistencial: el sustrato profundo de su malestar está asociado al concepto de bienestar materializado en un Estado centralizado. El problema según su diagnóstico deriva del cambio estructural que sufrió el Estado y que finalmente en la década de 1930 comienza a financiar políticas sociales, ineficiencia estatal que según el relato sistematizado en el *Ladrillo*, genera baja tasa de crecimiento económico, estatismo exagerado, escasez de empleos productivos, inflación, atraso agrícola, existencia de condiciones de extrema pobreza, mala asignación de los recursos productivos, limitado desarrollo del sector externo, baja tasa de crecimiento de recursos productivos, déficit fiscal, inestabilidad de políticas económicas, mal uso del poder político, déficit de abastecimiento alimenticio. El modelo de desarrollo económico implícito y explícito de la propuesta, fundamenta el accionar técnico del Estado, coherente a un modelo científico que se abstrae de los gobiernos populistas para avanzar mediante una política de planificación descentralizada, flexible y coherente con la realidad económica del país, una política ejecutiva del Estado, en la cual, se coordinan las reglas generales del juego, Estado juez y garante, de la actividad económica. Juez vigía que observa cómo los actores operan en el mercado según reglas económicas claras; garante para intervenir cuando las reglas se quiebran y afectan la armonía de la convivencia económica nacional. Estado aséptico y racional que favorece las condiciones ambientales, dictaminando en coherencia con los actores económicos las

directrices generales que permitirán el crecimiento estable. Señala el *Ladrillo*.

Las anteriores consideraciones sobre el estatismo no deben llevar a la errada conclusión de que el Estado debe marginarse totalmente de cualquier acción en el campo económico; muy por el contrario, estimamos que compete al Estado la dirección superior de todo el sistema económico, la fijación de metas globales, la determinación del marco institucional, el establecimiento de mecanismos de planeación y control, el desarrollo de la infraestructura y de aquellas actividades en que el beneficio social sea mayor que el beneficio privado, etc. Entendemos la política económica como una función activa del Gobierno. Pero al igual que en la dirección de una empresa, el directorio y la gerencia ejecutiva no están dedicados a ejecutar operaciones de detalle, sino a establecer pautas, determinadas metas, coordinar recursos y a controlar por la vía de excepción, esto es, dedicar esfuerzos a aquellos aspectos en el que el país se ha desviado y no se cumple (CEP, 1992, p. 33).

En coherencia con el relato de las bases económicas del régimen militar, sistematizadas en el *Ladrillo*, la condición de excepcionalidad aconteció en 1970-73 con el desvío institucional del gobierno marxista. Excepcionalidad que permitirá el despliegue del Estado en su máxima expresión de poder que, actuará en el plano real con la persecución, tortura y asesinato; reducción del financiamiento de políticas sociales e instala el discurso asociado a la reconstrucción nacional. En el plano simbólico, esta intervención estatal de excepcionalidad, desplegará poder innecesario de muerte y violencia, con la finalidad de evidenciar que su estrategia orientada a los fines,

no escatimará en detalles, para mantener alineado el marco institucional del dictador.

En esta condición que facultaba al Estado y a la élite cívi-co-militar para actuar fuera de los márgenes institucionales, el programa de reconstrucción económica apelará al capital humano para garantizar el progreso económico de la nación, capital humano considerado mano de obra barata que debía ser formado únicamente en el plano productivo. Cambiaba el discurso orientado al fortalecimiento cultural e intelectual del pueblo como elemento base de la riqueza integral de la nación.

El factor humano, sin duda el recurso productivo más importante de cualquier país, progresa en calidad a través, fundamentalmente, de los procesos educacionales. Nuestra educación general (primaria y secundaria), excesivamente humanista y enciclopédica, conspira contra el necesario proceso de modernización del país. Engendra, además, la idea de la inutilidad de la educación como instrumento de productividad. (...) La política educacional debe garantizar niveles mínimos de educación en forma gratuita, pues a través de ellos se alcanza la formación básica ciudadana que permite la participación seria y responsable, en la vida social y política de un país. El provecho práctico y directo de la escolaridad (CEP, 1992, p. 46).

Es necesario destacar que el discurso contenido en el *Ladrillo*, la relación Estado-Pueblo, va a estar demarcada por un vínculo instrumental que conceptualizará a la población chilena como insumo productivo, mano de obra barata, a libre disposición del emprendimiento económico nacional, preciso entonces es delimitar, que este insumo barato de capital humano, formado estratégicamente, bajo un currículum académico que

permita el provecho práctico de la escolaridad, literalmente como engranaje productivo; diferenciará entre quienes pueden participar en un estadio superior de ciudadanía y quienes a raíz de su condición de pobreza estarán determinados a la visión, planificación y emprendimiento, de este segmento poblacional reducido, que puede aspirar a una educación integral. La visión de país determinada por el aspecto científico, aséptico y funcional diferenciará en todo ámbito de la vida nacional entre cuerpos-engranaje-barato y cuerpos integrales, visión de Estado empresario que diferenciará al pueblo-nación entre cuerpos-obreros y cuerpos gerenciales, visión y misión estatal que traducirá operacionalmente el concepto de capital humano como recurso dispensable, cuyo cuidado y formación será focalizada al costo productivo-empresarial-estatal mínimo para el funcionamiento adecuado de la empresa-Estado.

En esta racionalidad económico-estatal, el *Ladrillo* insumo doctrinario de la dictadura, desplegará acciones sanitarias destinadas a la inversión y cuidado de capital humano barato, estableciendo una serie de criterios de focalización, que garantizará la inversión, exclusivamente necesaria, en los grupos que pertenecen a los segmentos económicos más pobres; de esta forma, la eficiencia de la inversión permitiría financiar mediante subsidios el desarrollo productivo, ya no en manos del Estado sino de particulares.

En el área de financiamiento de la salud deben distinguirse dos aspectos: uno, el de utilizar una parte de los recursos del Estado para subsidiar los gastos de la población de menor ingreso y otro, el de cobrar efectivamente su costo a quienes están en condiciones de financiarlo. Es evidente que por razones humanitarias y de solidaridad social, debe garantizarse a los

sectores de menores ingresos un servicio adecuado (CEP, 1992, p. 125).

A juicio del régimen militar la focalización de recursos garantizaba mayor eficiencia en la asignación de subsidios debido a que ésta se destinaría a aquellos que evidenciaban necesidades básicas insatisfechas. La forma de priorizar la asignación de recursos estatales se desplegó mediante la utilización de diversos instrumentos. Entre ellos la ficha del Comité de Asistencia Social (CAS), creada el año 1979 que ofrecía una caracterización socioeconómica de aquellos grupos familiares que solicitaban beneficios estatales canalizados vía municipios. Otro instrumento utilizado para priorizar las políticas sociales y definir los estratos socioeconómicos más pobres es la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) que se sustenta en muestras sobre un “n” de 20 mil hogares seleccionados de forma aleatoria (Raczynski, 1995).

Con la intervención del gobierno militar, los principios de racionalidad y eficiencia en las prestaciones sanitarias se yuxtaponen significativamente sobre el campo de la salud. Esta nueva racionalidad económico sanitaria implementará barreras de acceso para evitar desperdicios de recursos en acciones sanitarias a aquellas familias que no necesitan la ayuda, racionalizando la entrega de subsidios sanitarios en los grupos familiares que necesitan el beneficio más que otros; ante estos criterios de priorización las familias chilenas deberán exponer obligadamente su realidad íntima evidenciando condiciones de la vivienda, saneamiento ambiental, ingresos familiares y

mobiliario. Para acceder a recursos sanitarios se asumirá un evidente costo psicosocial⁵.

Dentro de esta continuidad de la práctica discursivo sanitaria en el capitalismo y para el capitalismo, en cuya base reside el capital humano como factor vital para la riqueza de las naciones, cabe preguntar, respecto de la discontinuidad histórica de los distintos proyectos ético-políticos-epidemiológicos que ocuparán al Estado. Específicamente en nuestro período de estudio, ¿en qué se diferencian el proyecto de salud pública de Salvador Allende y Augusto Pinochet?

Como se ha señalado, el análisis de las condiciones sociales, económicas y sanitarias de la población chilena, materializado en la *realidad médico social*, constituía un texto de denuncia que mediante lenguaje científico argumentaba la necesidad de intervenir en el conjunto de la sociedad. Apelando a la elevada tasa de mortalidad infantil, Allende, fundamenta bajo una razón de Estado la necesidad de fortalecer el rol estatal en políticas sanitarias a través de un organismo que pueda unificar bajo una sola figura la salud pública en Chile, el cual, será propuesto y presentado a discusión parlamentaria el año 1941 con el proyecto que fundamentaba la creación del Servicio Nacional de Salud.

La figura de una entidad sanitaria unitaria estatal con cobertura nacional y universal, no acontecía como experiencia nueva, sin precedentes. Por el contrario, luego de ocurrido el terremoto de Chillán, se diseñaba un plan de emergencia, cuya contingencia unificó bajo una sola figura, los Servicios

5. Daño psicológico asociado a la exposición de vulnerabilidad social ante un tercero, principalmente para conseguir beneficios sociales, constituye una merma significativa a la dignidad de la persona e incide en su autovaloración en relación a la sociedad.

de Salubridad de Emergencia, cuyo nombre derivó a Servicios de Salubridad Fusionados (S.S.F),

que contenían dentro de sí los antes separados servicios de Beneficencia y Asistencia Social, Seguro Obligatorio y Sanidad. Se trataba de desarrollar un trabajo unificado, con una dirección única que permitiera planear una labor con un criterio uniforme y un control centralizado (Illanes, 2010, p. 323).

Los resultados no se hicieron esperar, interviniendo en la salud de la población, independiente de su seguro, cobertura o nivel de ingresos, el programa sanitario de emergencia de los S.S.F permitieron controlar los brotes infecciosos en las zonas afectadas. De igual forma, entregó una serie de aprendizajes respecto de la coordinación eficiente en materia de políticas públicas centralizadas bajo la figura estatal. A partir de esta experiencia, señala Illanes, el Estado social avanza al encuentro de la diversidad de las acciones público-privadas evidenciando una orgánica que permitirá abrir camino al Estado de compromiso social materializado a través de una política social unitaria.

El proyecto político sanitario de Salvador Allende, propendía unificar las distintas acciones parceladas de la realidad sanitaria chilena, bajo una figura, centralizada a nivel de políticas públicas, descentralizada a nivel de institucionalidad sanitaria. Para ello, fundamentaba estratégicamente sus argumentos en función de la necesidad de rescatar el capital humano como factor clave para la riqueza de la nación, cuál era el problema, que el capital humano estaba abandonado a su propia suerte, inclusive desde el momento de su gestación; capital humano abandonado a la abulia de las políticas sanitarias que, hasta

ese momento, al decir de Illanes, incorporaban a la clase trabajadora, desde un aspecto meramente fisiológico, enajenado de su condición de sujeto social bajo la figura de un Estado asistencial liberal.

Respecto del proyecto sanitario de la junta militar, materializada en el jefe supremo de la nación, Augusto Pinochet, proyectaba la intervención sanitaria de la población desde mecanismos descentralizados operativamente en cada uno de los territorios del país, la labor del Estado, estaba centralizada en la priorización de los recursos estatales hacia los sectores que, mediante acreditación institucional, tengan el beneficio de pobreza⁶. De esta forma, argumentaba el régimen militar, se garantizaba el uso eficiente de los recursos, destinando los beneficios sociales a aquellos que realmente lo necesitan. Pinochet proyectaba la acción estatal en progresivo retroceso, transfiriendo sistemáticamente al sujeto individual, en su condición de agenciamiento, el resguardo de su propia inversión en salud y la de su familia. Para ello, impulsará desde el propio Estado el emprendimiento institucional privado, para que las personas accedan a prestaciones sanitarias según su capacidad de pago, necesidad y conveniencia.

La continuidad aparente en la práctica discursiva sanitaria de Allende con el proyecto político de Augusto Pinochet, está dada, sólo en la nomenclatura capital humano, al decir de la junta militar, la necesidad de inversión eficiente en el capital humano para garantizar su pronta reincorporación al proyecto de reconstrucción económica nacional.

6. Figura legal aún vigente en nuestra Constitución y hace referencia a aquellas personas que, acreditando su condición de pobreza mediante una serie de instrumentos técnicos, pueden acceder a los beneficios sociales entregados por el Estado.

El debate en cuestión, respecto de estos proyectos políticos en el devenir histórico de una serie de fuerzas desplegadas en el campo en disputa de los aspectos sanitarios, económicos y sociales, estará centralizado, en la figura de mayor o menor Estado respecto de su responsabilidad en las políticas sensibles para la comunidad. Es decir, el debate se focalizará en una política sanitaria de corte universal en constante avance al logro de adquirir derechos sociales materializados en el bienestar conjunto de la población, mediante una orgánica política social materializada en la figura del Estado, o, se concreta mediante el empoderamiento de las garantías, derechos y libertades económicas para decidir, sin presiones ni obstáculos derivados de un monopolio sanitario estatal, las prestaciones sanitarias de mayor conveniencia para el sujeto individual.

Estos criterios técnicos que mantienen correlato con la inversión en capital humano han establecido una re-estructuración en el campo de las acciones sanitarias, -estadio filantrópico caritativo y aquellos de corriente médico biológica-, evolucionando hacia una lógica en salud que busca un retorno de la inversión en el área económico laboral; debido a que el despliegue de los recursos clínicos de la salud pública, en última instancia, dependen de la racionalidad económica sobre la cual el Estado se sustenta para ser garante del cuidado de la sociedad. Al mismo tiempo, el despliegue económico que desarrolla el Estado propende hacia una rentabilidad social positiva respecto de las inversiones en áreas de promoción, prevención y rehabilitación. Desde esta racionalidad, las actividades relacionadas con la vida y la enfermedad, dependen del cálculo minuciosamente detallado del análisis de los costos y la capacidad de respuesta al tratamiento, nivel de rentabilidad del cliente, capacidad de pago de la prestación de

salud, edad, género, patología, normalidad o anormalidad de la enfermedad, análisis del nivel de satisfacción usuaria, entre otros; es decir, una serie de campos que no están directamente relacionados con la patología en particular, pero que inciden en la dinámica del tratamiento y de su cuidado.

CAPÍTULO II

EL PROYECTO INTERRUMPIDO DE LA DEMOCRATIZACIÓN DE LA SALUD, 1960 - 1973

1. ESCENARIOS DE LA MOVILIZACIÓN DEMOCRÁTICA

Un aviso a la Derecha y al Marxismo, publicaba en su quinta página la revista Ercilla el día miércoles 09 de marzo del año 1966. En entrevista con el actual presidente Eduardo Frei Montalva, se analizaba el triunfo de las elecciones parlamentarias en Valparaíso. La contundente victoria de la Democracia Cristiana era interpretada por Frei Montalva como una señal e interpelación popular para mantener con intensidad la *Revolución en libertad*, mediante este medio, señalaba: “El Gobierno mantendrá todo su poder de fuego para su Revolución en Libertad. Que lo sepan todos los contrarrevolucionarios de la Izquierda marxista” (Revista Ercilla, n° 1.605, miércoles 09 de marzo, 1966, p. 5).

La denominada *Revolución en libertad* buscaba transformar desde el Estado los factores del capitalismo que generaban cordones de pobreza y marginalidad. Bajo la doctrina humanista cristiana, el programa de Frei Montalva, buscaba humanizar el capitalismo e integrar a los sectores marginados a los beneficios del progreso económico y social, no obstante, aun cuando el programa Revolución en libertad logró instalar precedentes importantes en las transformaciones realizadas desde el Estado, no estuvo al margen de las críticas. Tanto en

su campaña presidencial como en su mandato; la promesa de Frei Montalva de humanizar el capitalismo y minimizar la crisis social se observó manchada por los sucesos ocurridos en el Salvador y Pampa Irigoín⁷. El incumplimiento de la anhelada *Revolución en Libertad* “le sería enrostrado más de una vez no solo por sus opositores de izquierda, sino por muchos de sus propios seguidores” (Pinto, 2005, p. 10).

La izquierda marxista al igual que la Democracia Cristiana, planteaba otro camino revolucionario. Durante los mil días que duró el gobierno de la Unidad Popular, la práctica política intensificó la democratización del pueblo a través de una revolución legal, inédita en los gobiernos socialistas, que propondrá al pueblo como sujeto y constructor histórico de la revolución. En esa lógica el gobierno de Salvador Allende, reflexiona Salazar, avanzará por la vía de la revolución legal, mediante el:

- a. respeto al orden constitucional instaurado en 1925.
- b. confianza en la profesionalidad de las fuerzas armadas y de orden, y
- c. gobernar siempre para el pueblo, pero desde el Estado.

Tanto la *revolución en libertad* como la vía chilena al socialismo fueron revoluciones pasivas, la elite chilena fue incapaz de diagnosticar la memoria histórica que movilizaba a la sociedad chilena, la cual, no era respuesta exclusiva al calor de los nuevos tiempos, sino a un profundo movimiento cultural,

7. Lugares donde se aplicaron severas represiones a movilizaciones sociales.

político e intelectual. Actuando algunas veces en conjunto con el Estado, otras, al margen; se desplegaba a través de movilizaciones sociales y entidades, de base para demandar los derechos postergados a lo largo de la historia. Al respecto Gabriel Salazar señala:

Los científicos sociales descubrieron, con no poca sorpresa, que las ‘grandes estructuras’ estaban siendo remecidas, debajo de ellas, por una insólita agitación, rechazo y oposición, y no sólo violenta y emocional, sino también racional, ética, cultural y política. Y que, con el correr del tiempo, ese colchón contraestructural ganaba más y más legitimidad social y fuerza cultural (Salazar, 2012, p. 14).

La aflicción de los sectores populares enrostraba, en seres de carne y hueso, la crítica constante al modelo de sociedad, el malestar era generalizado, la sensación de crisis se respaldaba con las duras cifras que revelaban la angustia de la población, “el 72% de la población económicamente activa ganaba menos de un sueldo vital o salario mínimo” (Molina, 2010, p. 138), desigualdad e injusticia social que se traducían en un pueblo desmoralizado e incrédulo ante la promesa de progreso que se esgrimía desde el optimismo de la elite económica y de la clase política. La sensación de crisis del capitalismo había calado profundo, según señala Tomás Moulian, un sector importante de la sociedad cuestionaba la eficiencia socio-económica del sistema capitalista, argumento principalmente fundado por las características de injusticia social que afectaba a la sociedad chilena. Estos factores socio-económicos, sumado a la reciente Revolución cubana en 1958, incentivarán y movilizarán a un

amplio sector social que aspiraba a mejorar sus condiciones de vida y dignidad.

Era creíble afirmar que ese sistema social no permitía alcanzar el crecimiento económico, cuestión que hoy día constituiría una afirmación inverosímil, rápidamente negable. En esa época la convicción sobre la injusticia del capitalismo se ampliaba a las dudas sobre su eficacia (Moulian, 2006, p. 235).

La creencia de la posibilidad de un cambio en el modelo sobre el cual la sociedad chilena estaba edificada, se expresó en un amplio movimiento social que tuvo su período de mayor auge entre 1967 y 1973. “La gran mayoría de la sociedad maduraba la conciencia de la necesidad de un cambio profundo de las estructuras históricas del modelo capitalista” (Illanes, 2010, p. 475). Este ampliado movimiento social, desplegado por la fuerza de la clase obrera, pobladores y campesinos, saturaba los márgenes institucionales, se aspiraba a lograr avances significativos en la calidad de vida. Ya no eran tiempos para esperar pasivamente las transformaciones ejercidas desde el Estado. Como ejemplo de aquello, el movimiento de los pobladores, ampliamente investigado por Garcés, es ilustrador para comprender como las personas pobres de la ciudad sometidas a la marginalidad, tradujeron sus carencias en un conjunto de demandas sociales, que a partir de 1957, redefinió su posición espacial en la ciudad instaurando plataformas de lucha para presionar al Estado. Movimiento que, a finales de 1970, bajo la administración Frei Montalva desarrolló su propia política de poblamiento, tales como la multiplicación de los planes de

operación sitio y de tomas de sitios⁸ que dieron origen a nuevas poblaciones. Ideas similares de autogestión, se expresan en el movimiento sindical durante la década del '60. Pizarro (1996), señala que “el movimiento sindical tomó conciencia de que las soluciones radicales a sus demandas tradicionales sólo se generarían en las acciones políticas que la clase obrera pudiera emprender por sí misma” (p. 149).

El malestar de la sociedad, sumado a la sensación de crisis del sistema capitalista, posibilitaba el afianzamiento de amplios sectores sociales a creer en alternativas viables para avanzar en la reivindicación de derechos sociales. Ideas de autogestión, estrategias de lucha social y educación popular; impregnaron tanto a los movimientos sociales, como a las organizaciones de base, quienes se desplegaron paralelas a las instituciones estatales, para interpelarlas organizadamente con autonomía e independencia.

La efervescencia social se ampliaba, saturando las fronteras populares incorporando a estudiantes y profesionales, quienes, contribuyeron a fortalecer el movimiento social, otorgándole dinamismo y heterogeneidad; desde su mirada profesional, se desplegaba su colaboración al margen del patrocinio estatal. Saber-poder a disponibilidad de la clase trabajadora, pobladores y campesinos, -quienes dejaban su clásico rol de objeto de intervención-, para adquirir el estatuto de colaboradores.

La solidaridad estaba al servicio de los cambios que se anhelaban construir.

Para nuestra investigación, especial mención debe hacerse al esfuerzo desarrollado por profesionales de la salud, quienes, desde distintos ámbitos de acción desplegaron sus esfuerzos

8. Ver en, Garcés, M. (2003). La revolución de los pobladores, treinta años después.

para actuar acorde al diagnóstico social de la época. Se destaca las publicaciones interdisciplinarias de los Cuadernos Médico Sociales que en este período contribuyeron a socializar y difundir trabajos relacionados con la salud pública y el vínculo entre ciencias sociales y salud, así como a difundir y premiar experiencias de médicos que se desempeñaban en sectores aislados de Chile bajo la figura del médico general de zona.

El ejercicio ético de la profesión se vislumbraba desde la formación académica, estudiantes de distintas áreas del conocimiento, aportaban con su experiencia y saber al desarrollo comunitario. Familias, grupos y comunidades trabajaban en colaboración con estudiantes que, desde distintas entidades universitarias, religiosas o de organización autónoma contribuían al desarrollo humano. Al respecto María Angélica Illanes, relata como un grupo de estudiantes de medicina, en tiempos de la Unidad Popular, declaraban mediante un manifiesto público las acciones a desarrollar para apoyar la liberación del pueblo.

La Unidad Popular fue un tiempo de compromiso con los cuerpos físicos populares como utopía de una medicina puesta en contacto directo con el pueblo. Desde este contacto íntimo habría de surgir el nuevo médico, el médico del pueblo, que rechazaba servir los intereses de una medicina liberal alejada de la vida y necesidades más sentidas del mismo.

Así lo declaró un manifiesto de un grupo de 173 estudiantes de medicina de la Universidad de Concepción, el 28 de junio de 1971. Estaban dispuestos a poner su conocimiento al servicio de la liberación del pueblo, formando, así, el “nuevo médico

para la sociedad nueva”, con un sentido de “solidaridad de clase” (Illanes, 2005, p. 136).

La sociedad nueva a la cual aspiraba el grupo heterogéneo de estudiantes, campesinos, pobladores y trabajadores, unidos por esta solidaridad de clase, logró democratizar los espacios públicos. En el proceso de cooperación e interacción de diversidad de personas, el ciudadano pasivo asumía un rol activo, ya sea como estudiante, académico o profesional; o como ciudadano-actor, involucrado en los procesos que estaban aconteciendo desde su realidad inmediata. El proceso de transformación que se vivenciaba, al intentar transformar la estructura económico social, producía un cambio interno. “Del ciudadano electoral y pasivo emergía, amenazador, el ciudadano histórico” (Salazar, 2006, p. 209), ciudadano en movimiento que avanzó de frente al Estado, demandando modificaciones estructurales en el ordenamiento social y económico que los oprimía.

Los espacios públicos se democratizaban a través de ollas comunes, agrupaciones de trabajadores, clubes deportivos y un amplio movimiento de organizaciones sociales. En la cotidianidad de la actividad social se auto educaba, concientizaba y movilizaba. Así la idea de aspirar a mejores condiciones en su calidad de vida se instalaba en la cotidianidad de la vida social; los espacios públicos serían el escenario principal de la manifestación, haciendo uso de la calle, el ciudadano histórico intentará transformar desde la base social un conjunto heterogéneo de aspiraciones que propendían cambiar la estructura social capitalista.

2. LA ASPIRACIÓN DE UNA SALUD PÚBLICA CON COBERTURA UNIVERSAL

Desde la creación del Servicio Nacional de Salud el año 1952, la capacidad instalada de la salud pública se observó incrementada a través de la unificación de varias entidades que funcionaban con relativa independencia y que tenían como foco de intervención el resguardo de la salud y bienestar de la población. Bajo la figura legal e institucional del Servicio Nacional de Salud (SNS) se integró la Dirección General de Sanidad, la Dirección Nacional de Protección a la Infancia, los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social, los servicios médicos de la Caja de Accidentes del Trabajo y Caja del Seguro Obligatorio, los Servicios Municipales y el Servicio Nacional de Empleados. Gradualmente la salud pública se desarrollará de forma creciente, hasta consolidarse en el sistema más importante del país, tanto en cobertura como en dominio tecnológico y de recursos.

A principios de la década de 1960 la salud pública concentraba la mayoría de los recursos a nivel de infraestructura, recursos humanos e instrumental técnico, concentrando el 85% de las camas hospitalarias del país. Como se puede observar en la tabla n° 1, la salud estatal concentra la mayor cantidad de horas profesionales, apreciándose al año 1961 un reducido sector privado, que se destaca principalmente por la contratación de horas de auxiliares de enfermería y practicantes. El predominio de horas médico y enfermeras, connotará la calidad de las prestaciones de salud estatal durante el período 1960-1973.

Como se ha señalado, durante este período, el Estado concentra la mayoría de los recursos humanos del área de la salud.

Así lo refiere un estudio realizado por Hernán Oyanguren, publicado el año 1962 en los Cuadernos Médico Sociales, tratando la temática de los médicos y la seguridad social en Chile, analiza la cobertura sanitaria del sector público y privado, evidenciando que el Estado constituye el principal empleador de las disciplinas del área, en lo que respecta a cantidad de horas trabajadas por médicos, enfermeras y matronas en el sistema de salud público.

El Servicio tiene el 75% de las horas médicas funcionarias del país, emplea el 73,5% de los médicos, el 62,5% de las enfermeras universitarias y el 42,5% de las matronas. Tiene además el 85% de las camas hospitalarias: 28.483, de un total de 33.740 camas de hospitales, sanatorios y clínicas de todas las instituciones del país (se excluyen los asilos) (Oyanguren, 1962, p. 17).

El esfuerzo de la medicina pública para avanzar hacia la cobertura universal, obedecía al rol que el Estado había adquirido como promotor y catalizador de la calidad de vida de la población,

en su expresión institucional y en el ámbito de la salud pública, el compromiso Estado-Pueblo abarcó más allá de la relación tradicional Estado-Clase obrera, abrazando también a la clase media de los empleados y a los sectores populares y poblaciones en su más amplia expresión (Illanes, 2010, p. 427).

Para sostener la cobertura y gratuidad del 90% de la población, el Estado debía invertir una cantidad significativa de recursos, estimando en su planificación, un constante incremento respecto de la inversión y mantenimiento de la infraestructura,

así como en cobertura para los segmentos poblacionales considerados de riesgo. Se aspiraba lograr la universalidad en las prestaciones de salud.

Tabla N° 1. Instituciones de medicina social en Chile, 1969

Sector Público					
Instituciones	Cargos	Horas médicas diarias	Enfermeras universitarias	Auxiliares de enfermería y practicantes	Camas de Hospitales, Sanatorios y Clínicas
Servicio Nacional de Salud	5.005	17.168	976	8.641	28.483
Hospital José Joaquín Aguirre y Clínica Psiquiátrica Universidad de Chile	426	2.043	99	516	1.163
Servicio Nacional de empleados	289	746	99	104	420
Fuerzas Armadas: Servicio Sanidad Ejército	136	344	6	333	251
Servicio Sanidad Armada	94	360	7	508	480
Servicio Sanidad Fuerza Aérea	82	202	8	116	80
Fuerzas de orden: Servicio Médico Carabineros	186	558	13	--	328
Depto. Sanidad de Prisioneros	27	60	0	50	230
S.M. Caja de Prev. Carabineros	32	70	0	--	0

9. (--) Sin información, (*) No se incluyen 5.109 camas de asilos, (**). Datos de una compañía, las otras tienen contratos con hospitales y clínicas públicas o particulares.

Servicio Sanitario Empresa de Ferrocarriles del Estado y Servicio Médico Caja de Empleados de Ferrocarriles del Estado	154	320	6	--	60
Servicio Médico Caja de Previsión de Empleados Municipales de Santiago	9	20	0	--	0
Servicio Médico Caja de Previsión de Obras Municipales, Santiago	19	38	1	--	0
Caja de Accidentes del Trabajo (afecciones profesionales)	27	117	5	70	733

Sector Privado					
Instituciones	Cargos	Horas médicas diarias	Enfermeras universitarias	Auxiliares de enfermería y practicantes	Camas de Hospitales, Sanatorios y Clínicas
Servicio Médico Cajas de Previsión de los Empleados Bancarios	16	32	3	0	0
Hospital Clínico Universidad Católica	48	208	5	267	250
Hospitales y Servicio Médico de Grandes Empresas (14)	96	524	60	222	964
Servicio Médico de Compañías de Seguros (6)** (para afecciones profesionales)	10	54	0	30	70

Hospitales, Dispensarios y Policlinicos de Instituciones de Seguros de Beneficencia y Asociaciones Mutuales	--	--	--	--	--
Total	6.676	22.866	1292		33.740

Fuente: Oyanguren, 1962, p. 22.

Respecto de los beneficiarios del Servicio Nacional de Salud, Oscar Jiménez, argumenta que el sistema público combina tres criterios para otorgar cobertura sanitaria:

- a.** criterio laboral restringido,
- b.** personas económicamente débiles y
- c.** los grupos de prioridad de riesgo.

Nuestro actual Servicio Nacional de Salud combina el criterio laboral restringido (los obreros manuales y sus familias) con el de los “económicamente débiles” (los indigentes), todos los cuales reciben atención gratuita. Introduce además otro criterio, que podríamos llamar de “prioridad de riesgo” o de “salud planificada”, por el cual se da atención gratuita a los grupos sociales más expuestos, como son las madres embarazadas, los niños y las personas con enfermedades infecciosas (Jiménez, 1962, p. 5).

En este contexto las prestaciones sanitarias del SNS consumen una proporción importante del presupuesto de las políticas públicas. Así lo refiere Salvador Díaz, quien argumenta que al

año 1963 se invierten E° 19,4 por habitante, gasto social, además, bien evaluado por los usuarios, tanto a nivel de los beneficios que se reditúan como en la eficiencia, no solo en la asignación presupuestaria, sino en su efectividad en las prestaciones sanitarias. La salud pública prontamente adquiriría el estatus de unidad de medida con el cual se evaluaba los servicios que ofrecía el sector privado.

La medicina pública enjuiciada a través del Servicio Nacional de Salud se demuestra como una organización nacional, eficiente, y que reditúa a la sociedad, en prestaciones, los recursos que administra. La medicina privada, analizada con estos criterios, no soporta una comparación con la primera. Por consiguiente, si algún esfuerzo se pretende hacer para racionalizar los recursos nacionales destinados a servicios médicos, ellos deben dirigirse a volcarse con urgente prioridad en el sector privado (Flaño, 1979, p. 87).

¿Cómo logra el SNS consolidarse en el principal sistema de salud del país, logrando una percepción eficiente en la utilización de los recursos sanitarios?

La política de salud pública estaba respaldada por un Estado garante del bienestar social de la población, en ese rol, el Estado buscaba los mecanismos de financiamiento para extender un servicio en constante alza. Tanto Frei Montalva como Salvador Allende observaban la inversión en salud como un proceso efectivo para lograr desarrollo y crecimiento económico, ambos observaban la salud como un derecho fundamental que el Estado debía respetar, como destaca Nicolás Flaño, en 1979:

Hasta 1972 el gasto público en salud fue creciendo a un ritmo superior al del incremento demográfico, lo que permitió al sector satisfacer cada vez en mayor grado las necesidades de la población. A partir de 1974 el gasto comienza a reducirse en forma sustancial, como consecuencia, por una parte, de la estrategia antiinflacionaria a través de la reducción del gasto público y, por otra, del énfasis que el nuevo régimen otorga al mercado (Flaño, 1979, p. 87).

El incremento sostenido en la inyección de recursos, como se puede observar en la tabla N° 2, evidencia las áreas prioritarias a las cuales se enfocó el gasto social, lo cual significó un incremento en indicadores en la disponibilidad de viviendas, disminución del analfabetismo y mejor calidad de vida.

Tabla N° 2. Gasto social durante el gobierno de la Unidad Popular, 1970 - 73 (Millones de dólares de 1976)

Años	Educación	Salud	Vivienda total*	Gasto social
1970	362	154	109	635
1971	473	212	229	924
1972	524	248	228	1.012
1973	355	237	230	828

Fuente: Meller, 1998, p. 129.

*Incluye además otros gastos en bienestar social.

La inversión en salud no estaba reducida al cálculo individual del gasto proyectado por persona asociado al tratamiento de su salud, esto, se refleja en el incremento de la infraestructura que da soporte a las prestaciones sanitarias. Entre el período

1965 y 1970, durante la administración de Frei Montalva, se construyeron 56 establecimientos hospitalarios, lo cual significó un avance importante en la cobertura que brindaban los establecimientos de salud hacia la comunidad. Respecto de las estrategias de atención ambulatoria, se construyeron 222 postas rurales, inversión que permitió diversificar las acciones sanitarias en el territorio, en especial en los poblados con menor concentración de personas.

En este horizonte, la política sanitaria estatal se perfilaba en constante crecimiento, fomentando estrategias de protección a la primera infancia, en especial en el ámbito nutricional, una de las principales determinantes de la mortalidad infantil. Al año 1968 se entregaron 13.640.704 kilos de leche para una población en rango de edad de 1 a 5 años. Factor que en combinación a otras políticas de protección significaron una disminución de la mortalidad infantil en 3,2% al año 1968. Estos importantes indicadores en la salubridad nacional, sintetizan la gestión de Frei Montalva que, al finalizar su período, incrementó la inversión en salud. Así lo enfatiza en su sexto mensaje presidencial ante el Congreso pleno.

El Ministerio de Salud Pública, de acuerdo a la situación previamente existente, fijó en 1965 una política destinada a extender el número y calidad de la atención médica de la población. Se dio particular impulso a la planificación del Servicio Nacional de Salud, facilitando así la elaboración del primer plan nacional. Se han construido en este período 45 establecimientos hospitalarios, que ha significado duplicar entre el anterior y actual período el aumento del número de camas de 2.264 a 4.171. Actualmente se encuentran en plena construcción 11 nuevos hospitales y están en trámite de

propuestas seis hospitales más. Merece particular atención el proyecto del futuro Hospital del Empleado, con una capacidad de 988 camas. Mediante la cooperación de instituciones y organismos nacionales e internacionales se ha elaborado un programa de construcción de 222 postas rurales, de las cuales ya se encuentran en funcionamiento 126 y 49 en construcción. Se han adquirido numerosos vehículos, entre los cuales señalamos 256 ambulancias, 11 unidades médicas móviles, 150 jeeps para atención rural y otras unidades. Se han implementado programas de alimentación suplementaria, y de un promedio anual en el sexenio anterior de 7.500.000 kilos de leche hemos llegado, en los primeros cinco años, a 13.640.704 kilos, o sea, ha habido un aumento de 81,4%.

Las consecuencias no se han hecho esperar. La tasa de mortalidad infantil del grupo de 1 a 4 años ha descendido de 7% en 1964 a 3.2% en 1968 (Frei Montalva, 1970, p. 21).

El incremento de la inversión en el sector estuvo acompañado de una creciente alza de la demanda por prestaciones de salud, entre otras cosas, puede ser explicada por las condiciones ambientales y laborales a las cuales estaban sometidos los sectores pobres de la población chilena. Como se puede observar en la tabla N° 3, entre 1960 y 1970 se proyecta un incremento de 4.369.234 consultas, reflejando una expansión significativa de la demanda por servicios sanitarios.

Tabla N° 3. Informe preliminar sobre posible demanda, decenio 1960 - 1970. Servicio Nacional de Salud

Prestaciones	1960	1970
Consultas	6.947.483	11.316.717
Exámenes laboratorio	1.671.294	3.395.015
Exámenes radiológicos	690.153	2.263.343
Partos atendidos S.N.S	154.850	241.021
Camas pediátricas	3.794	11.269 (en 1965)

Fuente: Editorial, *Cuadernos Médico Sociales*, IV (3), 1962.

El aumento de la demanda por prestaciones sanitarias, en palabras del Director General de Salud del SNS, Francisco Mardones Restat, obedece principalmente a factores sociales asociados a la marginalidad y fragmentación de un número importantes de personas que, como consecuencia de su condición histórica de pobreza, ha buscado en el sector una alternativa para aliviar sus problemas de salud. En este contexto, argumenta, el desafío que plantea la demanda creciente para el sistema de salud público es mantener un crecimiento constante, señalando que el dinamismo extraordinario que ha experimentado las prestaciones sanitarias debe ser contestado con acciones que favorezcan la expansión y mejoren la calidad de los servicios.

Al desafío que representa una demanda creciente y consciente de prestaciones, que se mueve con un dinamismo extraordinario en un contexto de bajo nivel económico y cambios sociales acelerados, la respuesta del Servicio Nacional de Salud no

puede ser otra que una expansión de su capacidad de servicios (Mardones, 1965, p. 6).

Iniciada la década de 1970, las prestaciones de médicos, enfermeras y matronas realizadas en el sector público, son complementadas con la incorporación de prestaciones odontológicas para los trabajadores en calidad de empleados. Transcurridos 10 años de auge del Servicio Nacional de Salud, la demanda por las prestaciones sanitarias continúan incrementándose, principalmente por la agotada capacidad de respuesta de los consultorios periféricos para atender consultas ambulatorias, la demanda en las prestaciones de urgencia aumentaron en un 32,3%, de ahí la necesidad, señala Allende, incrementar la dotación de consultorios a lo largo del país para lograr capacidad de respuesta ante la demanda de la población por prestaciones de salud.

A la luz del devenir histórico, el estrecho vínculo construido entre el Estado y el pueblo según la metodología pluralista y democrática materializada en el proyecto estatal sanitario, evidenció el discurso de la salud como un derecho fundamental de la sociedad chilena. Durante el período analizado, se pone en evidencia, que el sistema sanitario, no estuvo sometido a recorte presupuestario o merma en el horizonte de inversión para los años 1960-1973, por el contrario, mantuvo un crecimiento sostenido en constante alza, que significó un profundo sentido democrático en el cuidado de la salud de las personas y permitió posicionar al Servicio Nacional de Salud como la entidad sanitaria más importante para Chile y la región.

3. LA ALIANZA DE LAS CIENCIAS SOCIALES Y LA MEDICINA COMUNITARIA

Pronto a finalizar la década de 1960 Edgardo Condeza, médico general de zona en el pueblo de Santa Juana, relataba en los Cuadernos Médico Sociales su experiencia como médico y director del hospital de esa localidad. Ubicado a 50 Km. de Concepción, el hospital otorgaba prestaciones de salud a una población de 17.000 habitantes, de los cuales 14.000 residían en sectores rurales cercanos al poblado principal.

Edgardo Condeza, único médico del hospital, titulado de medicina en la Universidad de Concepción el año 1965, se había impregnado tanto como estudiante, como profesional de los fundamentos y principios de la medicina sociológica, la cual, incorporaba lineamientos teórico-metodológicos de las ciencias sociales al quehacer en salud. Se aspiraba lograr una intervención integral orientada al desarrollo humano.

Él como muchos otros médicos generales de zona, llevaban el ejercicio de la medicina a lugares aislados, muchas veces incomunicados por la rudeza del invierno o por las características geográficas del lugar.

El año 1969, este esforzado médico general de zona narraba desde su mirada médico social, las características sociales y ambientales que contextualizaban la salud y la enfermedad del poblado. Su impresión de la precaria economía y lo aislado del lugar quedaban plasmadas en su experiencia de vida, sistematizada ahora en los Cuadernos Médico Sociales, aparato cultural, que presentaba a los lectores las vivencias de Edgardo Condeza; permitiéndonos adentrarnos a las condiciones socioeconómico y sanitarias que vivenciaban sus vecinos y potenciales

pacientes. Desde su relato-discurso, describe el poblado y su gente con distancia objetiva:

Se trata de una zona postrísima, sin ninguna industria, con campos de pésima calidad, medios de comunicación sólo en verano y para algunos vehículos, nivel de vida muy bajo, habitaciones en mal estado, escolaridad mínima (Condeza, 1969, p. 28).

La dificultad para acceder a Santa Juana nos describe Edgardo Condeza, aislaba el lugar, tanto para su ingreso e imposibilitaba su salida en especial durante el invierno. Este aislamiento, no solo impermeabilizaba el flujo de personas, también el intercambio económico, lo cual agravaba la economía del sector, que, dada la inexistencia de industrias y la baja fertilidad de los suelos, connotaba un panorama desolador para sus habitantes. Se trataba de una experiencia de vida difícil tanto para las personas residentes de Santa Juana, como para este joven médico general de zona.

La accidentabilidad geográfica y la escasa fertilidad de sus suelos connotaban un débil dinamismo económico que se expresaba en un comercio incipiente, provisto de los bienes necesarios para el intercambio económico básico.

Los factores económicos condicionaban significativamente la calidad de vida de los habitantes de esa localidad, esto se expresaba dramáticamente en la tasa de mortalidad infantil como consecuencia de la pobreza y las condiciones ambientales y sociales donde se desarrollaba la vida. La dinámica de pobreza, viviendas en mal estado y precaria funcionalidad de la conectividad vial; constituían determinantes sociales negativas que afectaban directamente la salud de los habi-

tantes de Santa Juana. Como se observa en la tabla N° 4, la mortalidad infantil en menores de un año es significativa en consideración al número de habitantes, cabe señalar que los principales factores asociados a la mortalidad infantil tienen relación con las enfermedades respiratorias, gastrointestinales y condicionantes sociales de la salud. La mortalidad infantil es un importante indicador de salud que devela las condiciones sociales que inciden en la salud y en la enfermedad, permite comprender las variables que determinan desde un enfoque social-sanitario los factores que afectan la calidad de vida del grupo familiar.

**Tabla N° 4. Tasa mortalidad neonatal y mortalidad infantil.
(Por mil nacidos vivos). Santa Juana 1966-1968**

Año	Menores de 28 días		Menores de 1 año	
	Nº	Tasa	Nº	Tasa
1966	20	69.9	47	164.3
1967	33	100.9	56	172.8
1968	10	30.3	31	105.4

Fuente: Condeza, 1969, p. 28.

Dadas las condiciones económico-sociales, las actividades de los 66 funcionarios que se desempeñaban en el hospital se observaba desbordada por el peso de la realidad económico social. La precaria conectividad vial dificultaba la llegada de profesionales para ejercer en el hospital, afectando la operatividad del establecimiento hospitalario, cuyo grado de intermitencia-estabilidad dependía de la llegada de profesionales y de su permanencia en el lugar. Según refiere Edgardo

Condeza, eran pocos los profesionales que permanecían en el poblado de Santa Juana.

Antes de mi llegada no se había contado con un médico en forma estable. Sólo había rondas de médicos una vez por semana y, en una oportunidad, un médico durante un período de 5 meses. (...) La falta de interés para la radicación definitiva de los médicos en esta localidad quizás se deba a las dificultades de comunicación, falta de camino adecuado, de teléfonos, de entretenimientos (no hay cine), y la ausencia de consulta privada (Condeza, 1969, p. 28).

Santa Juana no ofrecía a los profesionales de la salud otro proyecto que el destinado a fortalecer las acciones públicas sanitarias. Dadas las condiciones de pobreza de sus habitantes y la precaria infraestructura que condicionaba el ambiente del lugar, las posibilidades para ejercer la salud privada eran nulas.

Motivado por su sensibilidad humanista, Edgardo Condeza, al igual que un antropólogo se internaba en este sector rural de Chile, para fomentar la salud de sus habitantes, para esta empresa, debía incorporarse al hábitat natural, cohabitar con ellos, padecer el aislamiento del poblado; enseñar mediante su práctica una medicina curativa y, con especial énfasis, realizar acciones preventivo-promocional que buscaban el fomento del cuidado de la calidad de vida de la comunidad.

Las atenciones se incrementaron desde la llegada del joven médico general de zona, entusiasmando a los funcionarios del hospital, se mejoró la administración de los servicios que se entregaban a la comunidad, incrementando su radio de acción y prestaciones. Santa Juana desde el ámbito institucional sanitario comenzaba a adquirir un cariz distinto a años anteriores.

Ya que ahora se contaba con un médico estable. Primordial importancia se dio a la fijación del horario de actividades de los funcionarios técnicos, administrativos, auxiliares de enfermería y empleados de servicio. La consulta externa aumentó de 1.556 a 6.550 entre los años 1966 y 1967. Simultáneamente, organizamos el control de niño sano y embarazada, el reparto de leche del SNS, y los programas de vacunación. Entró en funciones un laboratorio clínico, en el que actualmente se pueden realizar 15 tipos de exámenes, y un pequeño banco de sangre. Además, se acondicionó la Sala de Rayos X, obteniéndose la entrega e instalación definitiva de un fluoroscopio. El número de camas fue aumentado de 53 a 75, distribuyéndolas en la siguiente forma: Medicina General, hombres 8; Medicina General mujeres, 8; TBC hombres, 8; TBC mujeres, 6; Obstetricia, 7; Pediatría, 23, y Hospicio, 15. Se habilitó una sala para la hospitalización de distróficos en sus grados extremos o complicados, y una de prematuros con 2 camas (Condeza, 1969, p. 29).

Los avances significativos que se habían logrado en el hospital de Santa Juana contribuían al cuidado de la salud de los habitantes, sin embargo, el trabajo de un médico general de zona no estaba limitado al trabajo intrahospitalario, su formación en Medicina Preventiva-Social, con importantes nociones de sociología, otorgaban un plus que impulsaban a estos profesionales a practicar la medicina tradicional con un poderoso componente humanista, que configuraban la experiencia de general de zona en una fuente de aprendizaje y responsabilidad social. Se propiciaba que los habitantes de Santa Juana abordasen el proceso de salud y enfermedad desde una mirada integral, la importancia de la salud, no estaba delimitada a la accidentabilidad de la enfermedad, la

labor preventiva radicaba en abordar el estado de salud como un proceso constante, promoviendo avances en su calidad de vida, enfatizando distintas acciones acordes al ciclo vital de cada persona.

Las actividades comunitarias estaban dirigidas hacia áreas formativas preventivas en colegios y visitas domiciliarias a pacientes que tenían dificultad para acudir al hospital. Respecto de las acciones sanitarias de carácter ambulatorio, se realizaban operativos para visitar aquellos pacientes que por su edad o grado de postración no podían asistir frecuentemente al hospital. Esto además tenía un valor agregado, la dolencia estaba contextualizada al entorno natural, se podía evidenciar las características ambientales que obstaculizaban la calidad de vida del paciente, se observaba su red familiar y los factores protectores. A través de la visita del equipo clínico se minimizaba el aislamiento de la enfermedad, sin contexto e historia; el box clínico aislaba las variables biológico-sanitarias, imposibilitando comprender los factores ambientales que fluyen en diálogo contante con la patología.

Se llevó a efecto un plan de visitas médicas y dentales a distintas zonas rurales de la comuna, con enfermeras y auxiliares de enfermería. Se llegó en esta forma a lugares donde jamás se había recibido la visita de estos profesionales. Se mantienen botiquines de urgencia en las escuelas y el personal de éstas está en permanente contacto con el Hospital, donde es adiestrado para proporcionar tratamientos inyectables, curaciones, etc. (Condeza, 1969, p. 29).

En las acciones de educación en salud, Edgardo Condeza, destaca las charlas educativas a colegios mediante estrategias

lúdicas como el uso de títeres o proyección de películas. Para realizar este trabajo, el equipo clínico del hospital desarrolló alianzas con la comunidad, en especial con profesores, actores importantes en el desarrollo pedagógico y comunitario de la localidad.

Hemos realizado conferencias y proyecciones de diapositivas en las escuelas y se han presentado funciones de títeres con temas alusivos a la labor del Hospital, una obra sobre la utilización de la leche y otra sobre planificación familiar. En las escuelas y en el teatro local, se han proyectado películas como “Aborto”, “Poliomielitis”, “Enfermedades Transmisibles”, “Menstruación”, etc. (Condeza, 1969, p. 30).

En la intimidad del cuidado de la salud y en la interacción comunitaria, Edgardo Condeza minimiza la actitud aséptica de la labor clásica sanitaria, las fronteras del delantal blanco y los muros hospitalarios, serán gradualmente superadas por la subjetividad de su discurso. En la medida que se adentra al entramado social, se minimiza su rol como observador e interventor externo, gradualmente incorpora a su quehacer actividades que están más allá de sus obligaciones como médico del hospital, desbordando los márgenes del edificio sanitario. Gradualmente incorporará la exterioridad del lugar y su gente como su lugar temporal de residencia, instalándose como poblador calificado en el cuidado de la salud, invistiéndose como autoridad, ganándose el respeto de sus vecinos, no solo por su labor clínica sino como actor social.

He participado como representante del pueblo de Santa Juana en la mayor parte de las comisiones que se han elegido para

solicitar ante las autoridades de Gobierno la pronta solución de los problemas que aquejan a este pueblo, en Cabildos Abiertos, en comisiones para festejos de fiestas patrióticas, etc. (Condeza, 1969, p. 30).

La experiencia de Edgardo Condeza, inicialmente bajo la figura de médico general de zona, evoca los principios fundamentales de la medicina social, es decir, el cuidado de la salud desde una mirada amplia que satura los márgenes institucionales para desarrollar un trabajo social sanitario integral, promoviendo la educación y el autocuidado, fomentando el trabajo interdisciplinario en conjunto con diversos actores de la comunidad; puesto que la responsabilidad de desarrollar un trabajo comunitario sanitario no es exclusiva de los profesionales de medicina, a su juicio la experiencia comunitaria es importante y necesaria para el desarrollo educativo-formacional de otras áreas disciplinarias de salud. Desde su vivencia publicada en los Cuadernos Médico Sociales, insta, a extender este programa a otros establecimientos, involucrando a otros profesionales, pues el impacto sanitario, que él observaba en la comunidad de Santa Juana, había beneficiado a sus habitantes como a su crecimiento y formación personal-profesional.

La venida de los internos significa una gran experiencia para el futuro desempeño de sus funciones como profesionales y como médicos generales de zona. Igual situación y proceso se produce con los internos de Odontología. Al mismo tiempo, estos futuros profesionales al ayudar a la solución de problemas asistenciales, mejoran la calidad de las prestaciones permitiendo, además ampliar las acciones educativas, epidemiológicas y preventivas hacia la comunidad. Me atrevo a sugerir que este

tipo de experiencia debería extenderse a otros hospitales y a otras Escuelas de Medicina. Actualmente estamos tratando que vengan a hacer sus prácticas estudiantes de Enfermería, Servicio Social, Química y Farmacia, Dietética y Obstetricia (Condeza, 1969, p. 29).

La mirada singular de un médico general de zona propiciaba el desarrollo integral, el componente de la buena salud era un ingrediente más en la complejidad del cuidado del cuerpo donde habita el ser humano. Desde su investidura profesional, dispuestos a acudir a los rincones más aislados de Chile, la perspectiva de un general de zona, era una acción aguerrida impregnada del movimiento social, universitario e intelectual de la época. Como señala María Angélica Illanes, se propiciaba una medicina social emancipadora acorde a la necesidad de una sociedad vitalmente democrática.

La “medicina comunitaria” pretendía una participación auténtica de la comunidad que abriera la posibilidad de “formas superiores de sociedad”. Su labor debía ser, asimismo, educativa, promover la organización y participación en las decisiones, estimulando nuevas actitudes con el fin de formar conciencias favorables “a etapas superiores de desarrollo humano y solidario”. Estas formas de democratización irían creando “las células y tejidos de la sociedad futura”, los gérmenes del nacimiento de una sociedad vitalmente democrática (Illanes, 2005, p. 135).

Se creía en la posibilidad de cambiar el escenario de la pobreza, interviniendo integralmente en las condiciones sanitarias de la población, de igual forma, los médicos generales de zona buscaban en su práctica formativa aspirar a la integridad para

ser capaces de afrontar las problemáticas sociales y sanitarias en el entorno donde acontecían los problemas, facilitando de esta forma no sólo la comprensión de los síntomas asociados a la enfermedad, sino sus causas.

Los profesionales de la salud se sentían llamados a ser catalizadores sociales, actores que no debían mantener su labor exclusivamente en la clínica, su deber estaba orientado a una labor de mayor envergadura moral y ética; era deber trabajar en comunidad, interactuando algunas veces, liderando otras, cooperando con las distintas entidades público, privadas y sociales de la comunidad. La integralidad de la salud debía ser principalmente en cooperación, las acciones en salud, comprendía Edgardo Condeza, no debía ser aislada del entorno ambiental y social.

Durante los pocos años que ejerzo la profesión he podido comprender, en primer lugar, que la labor de los médicos, especialmente en los pueblos pequeños, no es solamente la de desempeñarse como médico tratante, sino ser un médico integral, capaz de proyectar esa labor sobre su servicio, su hospital, su personal, el pueblo y la comunidad; luego, que toda actividad médica especialmente en lo preventivo, es función de todos los organismos locales, sean estos civiles, educacionales, gremiales, juntas de vecinos, etc. (Condeza, 1969, p. 30).

La forma de abordar la práctica médica desde la trinchera comunitaria propiciaba la cooperación y la reactivación de las distintas organizaciones de la comunidad en base a un objetivo común. Mejorar la calidad de vida de los habitantes del territorio. Esta mirada singular de los médicos generales de zona, además de su entusiasmo, tenacidad y esfuerzo;

obedecía al Decreto n° 17.615 del Servicio Nacional de Salud, titulado, “Reglamento para la provisión y desempeño de cargos médicos generales de zona en el Servicio Nacional de Salud”. Elaborada el año 1955, buscaba descentralizar la concentración de médicos de las grandes ciudades. Contratando a jóvenes médicos recién egresados, se irrigaba a los sectores rurales y aislados de Chile con el conocimiento clínico, impregnado de la alianza entre ciencias sociales y medicina, así, los generales de zona, mediante su ejercicio profesional eran portavoces de la buena nueva, llevando su visión comunitaria, el saber que generaría cambios y dinamismos en las comunidades que los albergaban y acogían.

La Ley del Médico General de Zona, comenta Urriola en su investigación Historia de la protección social de la salud en Chile,

permitió trasladar a jóvenes médicos a regiones aisladas incentivadas por complementos de la remuneración salarial, becas de especialización y puntales adicionales para la carrera funcionaria, todo lo cual ayudó a reducir las brechas en cuanto a disponibilidad de atención (Urriola, 2009, p. 25).

Esta ley, permitiría movilizar a jóvenes profesionales médicos a distintas partes del territorio, fortaleciendo la descentralización y descongestionando el recurso médico de los territorios urbanos con alta densidad poblacional.

La Ley de Médico General de Zona, en la práctica constituyó, una política para controlar la concentración de médicos en territorios con mayor urbanización, regulando la sobreoferta de profesionales en los estratos sociales con mayor poder adquisitivo, redistribuyéndolos en áreas urbanas o rurales

menos beneficiadas por el desarrollo y progreso económico. Al respecto, Ximena Díaz (1972), Socióloga del Departamento de Salud Pública y Medicina Social de la Universidad de Chile, comenta que el decreto N° 17.615 constituía un mecanismo para resolver los problemas de atención médica que existía en diferentes regiones, además era una vía concreta para acceder a becas de especialización médica.

La creación de este nuevo cargo obedecía a la necesidad de resolver al menos en parte, la muy desigual distribución de médicos que existía en las diferentes regiones del país, y a la vez por especialidades. Proporcionaba además al médico joven la oportunidad de iniciar una carrera funcionaria y de cimentar una cultura médica amplia y útil (Díaz, 1972, p. 25).

La distribución inequitativa de médicos y especialistas en los establecimientos públicos de las distintas regiones del país, favorecía la desigualdad de los grupos sociales con mayor aislamiento geográfico, problema que además se agravaba por el aumento significativo de la demanda de prestaciones de salud, tendencia que se observaba a nivel nacional desde la creación del Servicio Nacional de Salud el año 1952. El aumento de la demanda por prestaciones de salud, visibilizaba el problema de la disponibilidad de médicos en Chile, esta problemática es descrita por Salvador Díaz, en su investigación publicada el año 1962 en los Cuadernos Médico Sociales:

En 1952, el Servicio Nacional de Salud daba 0,8 consultas por habitante, razón que en 1960 llega a 1,1 (cerca de un 38% de incremento en 8 años). En 1930, el 12% de los partos fueron atendidos en servicios hospitalarios, cifra que ha aumentado

progresivamente hasta llegar al 57,3% en 1958 y en 1960 (Díaz, 1962, p. 25).

El aumento progresivo de la demanda en salud se observa significativamente marcado por el incremento que han experimentado las consultas de embarazadas desde el año 1952 a 1961, como se puede apreciar en la tabla N° 5, estas prestaciones aumentaron en un 231%, sin embargo, el número de médicos para ese período creció en un 19,5%.

Tabla N° 5. Prestaciones sanitarias entre los años 1952 y 1961¹⁰

Prestaciones	1952	1961	% aumento en 9 años	% prom. de aumento
Consultas de embarazadas	283.000	937.000	231	25.7
Partos atendidos	66.532	156.218	134	14.9
Litros de leche distribuida	14.100.000	67.818.090	380	42.2
Consultas pediátricas	1.065.366	3.169.894	198	22.0
Consultas médicas totales	4.617.763	7.446.000	62	6.5
Egresos de hospitales	360.879	593.779	63	7.0
Prescripciones en consult.	15.239.000 (1958)	20.568.000 (1961)	35 (3 años)	11.7
Radio diagnósticos	571.980	854.416	49	5.4

10. Título de tabla ausente en el texto original, añadido para favorecer la comprensión del capítulo.

Exámenes de laboratorio	1.130.500	1.788.907	58	6.5
Número de médicos*	2.645	3.161	19.5	2.4

Fuente: Jiménez, 1962, p. 7.

*La Dirección del Servicio Nacional de Salud ha declarado que aún no se conoce con exactitud el número de horas médicos realmente ocupadas; los datos corresponden al número de personas.

** % promedio de aumento anual respecto al primer año.

El incremento de las intervenciones sanitarias dirigidas a mujeres embarazadas se puede explicar por la gratuidad de las atenciones de salud para este segmento, al igual que a los niños hasta los 15 años de edad. Política que favoreció la protección de la madre y su hijo. Otros factores a considerar son el crecimiento demográfico, la migración campo ciudad y la disminución de la tasa de mortalidad infantil.

El aumento de la demanda por prestaciones de salud, sumado a la geografía inhóspita, la ausencia de comodidades y la precaria urbanización, constituían variables significativas que agravaban el problema de la distribución de profesionales de la salud, en especial, en los jóvenes médicos que veían en las grandes ciudades una oportunidad para ejercer su profesión cómodamente. La distribución inequitativa de profesionales en las áreas rurales o en ciudades emergentes, precarizadas por la escasez de rubros económicos estables, facilitaba la pauperización socioeconómica de los habitantes de ciudades pequeñas o rurales, principalmente por las dificultades para acceder a prestaciones sanitarias impartidas por profesionales calificados, condicionante social negativa, que afectaba significativamente el cuidado de su salud. Este problema se refleja en la inquietud de especialistas tanto en las facultades

de medicina como en el Servicio Nacional de Salud, hecho que se evidencia en la editorial de los Cuadernos Médico Sociales del año 1968.

Los especialistas de salud pública de las Facultades de Medicina y del Servicio Nacional de Salud de nuestro país han mostrado gran preocupación por la inadecuada distribución de los recursos humanos y materiales destinados a atender la salud de la población urbana y de los sectores rurales. Esta inquietud se ha manifestado muy especialmente en trabajos de investigación que revelan una gran concentración de médicos en Santiago y en las ciudades mayores, en detrimento de las ciudades pequeñas y de las áreas rurales (Editorial, *Cuadernos Médico Sociales*, X (2), 1968).

La distribución inadecuada de recursos humanos y la precaria mantención de los establecimientos sanitarios, en especial de las ciudades pequeñas y sectores rurales, se agudizaba por la migración constante de funcionarios hacia establecimientos hospitalarios ubicados en ciudades con mayor grado de urbanización. Realidad que reflejaba la centralización de los recursos y la desigualdad económico-social que además de la concentración económica, acaparaba los servicios sanitarios y profesionales, así los sectores más precarizados vivenciaban la exclusión del desarrollo económico tanto en la distribución desigual de los recursos económicos, como en el acceso a servicios de primera necesidad.

Leoncio Leiva, inició sus funciones de médico general de zona, en julio del año 1962, en Puerto Octay. El hospital, destruido por un incendio el año 1958 estaba inhabilitado debido al severo daño ocasionado por el fuego. Como medida palia-

tiva se utilizaba la casa de residencia médica para atender las necesidades sanitarias de la comunidad.

El hospital-casa de residencia médica contaba con dos postas ubicadas a 35 kilómetros del establecimiento. Una de ellas ubicada en el sector de la hacienda Ñuble-Rupanco, -no estaba operativa desde hace dos años-, la otra estaba ubicada en el sector de Cancras. El hospital tenía asignada una población de 1.300 personas residentes de la zona urbana y 14.000 personas del sector rural. La casa de residencia médica además de albergar a las personas hospitalizadas y de prestar servicios sanitarios a los habitantes de Puerto Octay constituía la residencia de Leoncio Leiva. Inicialmente por un período de dos años. En su relato, narra las condiciones higiénicas del hospital-casa de residencia médica. Con una escritura muy detallada y trágicamente poética, describe su primera impresión del establecimiento.

Una vieja casona, terremoteada, empapada de polvo y silencioso ejemplo del abandono. Al entrar, se percibía escasa iluminación y un penetrante olor a amoníaco. Paredes con papel destrozado a través del cual aparecía destrozada arpillera. De un cielo raso ahumado pendía un tubo ennegrecido por las moscas, a cuyo extremo derramaba su mezuquina luz una ampolleta. En tres piezas estrechas, en espantosa promiscuidad, había cuatro cunas, una cama de partos y 9 camas de adultos, todas desvencijadas. Una parapleja con talla vertical, con más de tres meses de hospitalización explicaron el aroma que había percibido al entrar. El resto de las estrechas dependencias, estaban a la misma altura de lo que ofrecía en ese momento el SNS como lugar de trabajo a un Médico General de Zona (Leiva, 1969, p. 28).

La mezquina luz que iluminaba la deplorable higiene de la residencia médica, lugar que funcionaba desde 1958 como hospital, era observado por primera vez el año 1962 por Leoncio Leiva. Desde su discurso se evidencia su malestar hacia el Servicio Nacional de Salud (SNS), al ofrecer una casona terremoteada, empolvada, ahumada y mal oliente como lugar de trabajo. Lugar que constituía la única infraestructura que funcionaba como hospital. Grupos familiares residentes de las zonas urbana y rurales de la comuna de Puerto Octay, debían acudir a sus dependencias ante problemas de salud. En palabras de Leoncio Leiva, “Sólo quincenalmente algún valiente se arriesgaba donde el galeno del pueblo por 4 escudos” (1969, p. 29).

Varios fueron los médicos que no toleraron su estadía en el mismo establecimiento que albergaba a los pacientes hospitalizados. La hospitalidad del establecimiento se observaba mermada por la síntesis de los olores propios de la enfermedad, el abandono y la escasa ventilación. Hasta la llegada de Leoncio Leiva, no había médico en Puerto Octay.

El Hospital de Puerto Octay se quemó totalmente en 1958, y la casa residencia del médico pasó a suplir a aquél. El Dr. Rodrigo Prado primero y Adriana Larraín después, me antecieron hasta el año 60 en esa casa. Desde esa fecha a julio del 62, nadie. Quizás por eso, lo que encontré era más desastroso (Leiva, 1969, p. 28).

¿Qué motivaba a este joven médico a permanecer en Puerto Octay, viviendo por más de dos años en el mismo establecimiento temporal hospitalario que albergaba a sus vecinos enfermos?

La aspiración a lograr una libertad más allá del modelo individualista de la sociedad que se pretendía dejar atrás, propiciaba el desafío para, -aspirar en la práctica y en el discurso-, ser médicos libres para atender personas libres. En clara apología a la autoemancipación, los médicos generales de zona, lograron encarnar el ideal de responsabilidad con los tiempos que estaban en tierra fecunda para producir las transformaciones sociales, puesto que la medicina en ese período:

dejaría de ser una ciencia “pura”, para pasar a formar parte de una ciencia social inmersa en la problemática de la conformación de clases y de poder en la sociedad, abierta al cambio de las estructuras económicas, sociales y políticas (Illanes, 2005, p. 137).

El movimiento social de la época y los proyectos políticos que buscaban alternancia hacia el modelo capitalista eran escenarios propicios para estimular los desafíos que los jóvenes profesionales enfrentarían en los sectores más aislados de Chile. Sin embargo, el aspecto más importante que se observa en los profesionales de la salud, en el período estudiado de 1960 y 1973, fue su profundo sentido de solidaridad humanista que se expresará tanto en el ejercicio de las funciones laborales, como en actividades de voluntariado apoyando a la clase trabajadora.

Este profundo sentido solidario de la clase médica queda sintetizado en el discurso del profesor Francisco Hoffman en el Seminario Formación Profesional Médica realizado el año 1958. Publicada posteriormente en los Cuadernos Médico Sociales, la exposición titulada Ciencia, Libertad y responsabilidad, reflexionaba respecto del rol médico en sociedad. En su presentación señala que el médico debía aspirar a ser una persona integral, para ello era necesario desafiar las propias

fronteras, realizar actividades más allá de las necesarias. En su labor humano-profesional, la práctica clínica y comunitaria, estaba al servicio de la liberación tanto de la persona oprimida por la enfermedad, como de los factores sociales y económicos que agravaban o afectaban su calidad de vida. El médico que no está dispuesto a esto, pierde libertad y contribuye a esclavizar a sus pacientes. Realizando un llamado valórico profesional el profesor Hoffman categóricamente señalaba:

Para que el médico sea médico libre, para hombres libres, es necesario que haya conquistado libertad para sí mismo. Esta es tarea difícil, puesto que para ello, además de la instrucción que debe hacer suya, requiere de la educación por el ejemplo y de la auto-educación.

Existe en hombres y mujeres porfiada resistencia a ganar libertad; implica responsabilidad. El individuo que se deja llevar por esta tendencia, se somete y, sin darse cuenta, trata de someter y esclavizar también a los demás. No se respeta a sí mismo ni a los otros; manipula y es manipulado. Cumple hasta donde cree necesario las obligaciones reglamentarias y legales. No sabe de satisfacción espiritual en el trabajo, sino de formas de recompensa material (Hoffman, 1960, p. 30)¹¹.

El discurso del profesor Hoffman no era un texto aislado de las voces de los médicos del período estudiado. Preocupados de la formación profesional con especial énfasis en la incorporación

11. El discurso hace clara alusión a la cita con la cual comienza el desarrollo de su exposición. Referenciando a Karl Jaspers (1958). El médico en la era tecnológica. Señalando la distinción que realiza Platón respecto de los médicos esclavos para esclavos y los médicos libres para personas libres.

de las ciencias sociales, el Colegio Médico de Chile promovió y auspició en octubre de 1958 el Seminario Formación Profesional Médica, el cual fue sistemáticamente publicado por los Cuadernos Médico Sociales entre 1959-1960, continuando en los años siguientes con publicaciones que reflexionaban sobre estas materias. En su editorial del año 1959, iniciando su discurso médico social, señalaba:

En cuanto a la formación del médico, ésta reviste una importancia y complejidad crecientes, determinada por el nuevo enfoque de la medicina, que ha ampliado los propósitos primarios de la recuperación de la salud del caso individual, a la atención del impacto de la enfermedad en el grupo familiar y la comunidad, integrando estos conceptos con la responsabilidad de fomentar y proteger la salud individual y colectiva.

Además, la medicina moderna empieza a evolucionar en el sentido de agregar, en su enseñanza y práctica, a los métodos científicos, los principios básicos de las nuevas ciencias sociales para que con un concepto cabal de la integridad humana, se sobrepase el interés por la atención exclusiva de los aspectos somáticos de la enfermedad (Editorial, *Cuadernos Médico Sociales*, I (1), 1959).

El llamado crítico de la práctica sanitaria estaba dirigido a aquellos médicos libres que destinarían su esfuerzo profesional y humano al servicio de personas libres. Cruzada difícil, puesto que el ejercicio profesional no estaría dedicado exclusivamente a combatir los aspectos somáticos de la enfermedad. Se debía realizar un esfuerzo para ver más allá del síntoma escrito en el cuerpo de la persona. Se debía abandonar el box clínico para

indagar el diagnóstico de la realidad social, algunas veces evidente, otras oculto, producto de las esquivas condiciones históricas, sociales y económicas que condicionan o producen la enfermedad. Esquivas en el sentido que no obedecen simplemente a una naturalidad ecosistémica biológica, sino a un complejo campo de poder en interacción.

El médico, como declaraba el profesor Hoffman, estaba constantemente enfrentado al conflicto ético: ser responsable o dejarse llevar por la tendencia, liberar o someter. En la senda del sometimiento el médico invisibilizaba los problemas sociales que incidían en la salud de las personas mediante la utilización de clasificaciones asociadas al diagnóstico técnico, por el contrario, el camino de la responsabilidad, debía ser practicado con el ejemplo de la liberación y la movilización social. La intervención en salud necesariamente debía estar acompañada con la fuerza de la palabra y la concientización.

Leoncio Leiva, como profesional inserto es un escenario histórico social, era impugnado como muchos otros profesionales a enfrentar este dilema ético, en su caso, abandonar el desafío que implicaba el ejercicio de la medicina social en Puerto Octay, o actuar responsablemente con lo que dictaminaba el deber de un médico libre al servicio de personas libres. En su reflexión respecto de su permanencia en Puerto Octay, Leoncio Leiva comentaba:

No pude dejar de sentir cierto grado de desencanto y frustración frente a tan adversa realidad. Once funcionarios entre chofer, empleados de servicio, auxiliares de contabilidad y matrona, trataron de convencerme que algo se podía hacer. De nuevo había que escoger un camino: irse lejos o afrontar la dificultad

presente. ¿Se podría hacer algo? ¿Cuánto tiempo se emplearía? (Leiva, 1969, p. 29).

La Ley de Médico General de Zona destinaba a los jóvenes médicos durante un tiempo de dos años para ejercer su profesión en poblados pequeños. El dilema de Leoncio Leiva era afrontar las dificultades que representaba Puerto Octay, implicaba en lo personal, habitar durante dos años el mismo lugar que funcionaba como hospital. La residencia médica habilitada improvisadamente como lugar temporal para la atención y hospitalización de los enfermos, se encontraba en condiciones insalubres, requería una intervención de limpieza y remodelación importante, tanto para mejorar las condiciones higiénicas y de infraestructura para la atención de los enfermos, como para hacer más agradable la estancia del joven médico en Puerto Octay. Pese a tan adversa realidad, Leoncio Leiva, comenzó su trabajo como médico en Puerto Octay, inicialmente organizando las dependencias y limpieza del hospital. Durante dos años viviría en el mismo lugar que albergaba a sus vecinos enfermos. “En el segundo piso, el “pabellón quirúrgico” y al frente, la pieza donde tendría que alojar por más de dos años” (Leiva, 1969, p. 29).

Así fue como sin darme cuenta me encontré empapelando, barriendo, pintando, despolvando, y también viendo enfermos y operando. Comenzaron a pasar las hojas del calendario. El entusiasmo contagioso de los funcionarios era admirable. No nos dábamos tregua, se trabajaba hasta muy tarde, sin pensar en horas extraordinarias, que no las conocíamos, Creo más bien que se trataba de amor propio, de saber si éramos capaces, motivados por razones de superación innata (Leiva, 1969, p. 29).

El amor propio que refiere Leoncio Leiva para enfrentar los desafíos en conjunto con los funcionarios del hospital de Puerto Octay, da cuenta de un alto compromiso social, amor propio que supera el ego individualista, para ser extendido a una generosidad comunitaria, práctica discursiva que comprende el cuidado de la vida como un trabajo conjunto en comunidad.

Es importante destacar que Leoncio Leiva y los funcionarios del hospital de Puerto Octay, son personas con alta experiencia laboral, calificados para sus funciones, representan una élite al interior de la comunidad. En especial los profesionales y técnicos. En el caso de los profesionales médicos, enfermeras y matronas, existía una escasez a nivel nacional, su permanencia en sectores con alto nivel de ruralidad era valorada en una doble dimensión: en lo que representaba para el bienestar de la población general, y en su decisión para residir en sectores alejados de los beneficios de la urbanización de las grandes ciudades.

El trabajo de carpintería, de aseo y reorganización del hospital realizado por Leoncio Leiva y los voluntariosos funcionarios, prontamente rindió sus frutos, la demanda de consultas diarias se incrementó y comenzaron a surgir nuevos planes para fortalecer la salud rural de Puerto Octay.

Insensiblemente se elevó el número de consultas diarias; el local comentado fue haciéndose un poco más apto, y con conocimiento más exacto de las necesidades de la población, comenzó la tarea de sensibilizar a la comunidad, para realizar con ella un ambicioso plan de Salud Rural. Con algunas horas quitadas al sueño y cierta afición por el dibujo y la pintura di término a dos planos correspondientes a 2 postas, fuera de las dos que ya existían. Una para Piedras Negras, a orillas del Lago

Rupanco, a 60 Km. de Octay, y la otra para Las Cascadas, a orillas del Lago Llanquihue, a 45 Km. de Octay. Con los planos en el bolsillo, con paciencia y sobre todo, con mucha constancia, logré entusiasmar a la mayor parte de la comunidad (Leiva, 1969, p. 29).

El dinamismo que proyectaban los funcionarios del hospital de Puerto Octay se extendía a la comunidad, diferentes actores del poblado, externos al sector salud, comenzaron a avanzar en la construcción de postas rurales en terrenos donados por personas particulares. Paralelo a ello, se avanzaba en la construcción del nuevo hospital.

El tan esperado Hospital nuevo, con 1.500 m². de construcción. De un piso, con 30 camas de adultos, 3 de segunda infancia y 12 cunas, se inauguró recién el 30 de octubre de 1965 (Leiva, 1969, p. 30). Empezamos a funcionar en el nuevo hospital el 16 de febrero de 1966 y en marzo del mismo año llegó un segundo colega (Leiva, 1969, p. 30).

Con un nuevo hospital y la llegada de profesionales el trabajo sanitario se realizaba con mayor eficiencia. Atrás quedaban la destrucción del hospital producto del incendio de 1958 y los daños estructurales a la casa de residencia médica ocurrida por el terremoto de 1960.

Nuevos estímulos sirvieron para que organizáramos, en una sala del mismo hospital, una biblioteca comunal. Nosotros facilitamos el local y un funcionario que la atiende diariamente después de las 18 horas, y la Municipalidad dispuso una subvención anual para adquirir las obras, que son utilizadas

por los funcionarios y constituyen fuente de información para los alumnos de 7º y 8º años de la escolita del pueblo. En seguida se creó un club de ajedrez, un pequeño coro dirigido por un profesor primario de la misma escuela, y el club de deportes “Servisalud”, que con su rama de fútbol compite desde abril del 67 en la Asociación Amateur de Purranque (Leiva, 1969, p. 31).

El trabajo de Leoncio Leiva como médico de Puerto Octay, favoreció la coordinación y cooperación con distintos actores clave del territorio, su labor, no estaba destinada exclusivamente al cuidado de la salud de los habitantes de esta localidad ubicada en la provincia de Osorno. Coherente con el pensamiento de un médico general de zona, sus trabajos implicaban una profunda creación cultural, el cuidado de la salud tenía como finalidad elevar el nivel de la calidad de vida de las personas, para ello, se debía reforzar las actividades de participación social, ya sea en encuentros deportivos o el fortalecimiento del aprendizaje a través de la biblioteca ubicada en el nuevo hospital. Funcionarios de salud, profesores y personas de la comunidad trabajaban en conjunto y coordinadamente para fortalecer el cuidado de la salud, cohesionando a la comunidad, fortaleciendo su educación, dedicándose a labores no remuneradas que escapaban a su formación técnica, profesional u oficio. El trabajo no sólo estaba enfocado al enriquecimiento personal, también era considerado una forma de colaboración en beneficio de todos.

En el período 1971-1972 la política de médico general de zona fue ampliada, en consideración al importante aporte al sistema de salud público y desarrollo social de las comunidades beneficiadas; incorporándose jóvenes odontólogos a lo largo del territorio, además se incrementaron nuevas plazas

para aumentar la dotación de profesionales que se destinarían a movilizar y gestionar procesos de cambios sanitarios en comunidad. En su segundo mensaje presidencial, Salvador Allende, señalaba el aumento de plazas para médicos generales de zona, “elevándose la cifra de ellos de 195 a 674 en 1971-72” (Allende, 1972, p. 19).

Cabe destacar que los dos casos analizados respecto de la experiencia de los médicos generales de zona: Edgardo Condeza y Leoncio Leiva, fueron premiados por el Colegio Médico de Chile a través de su Departamento de Salud Pública. Este premio comenta Carlos Montoya, en Los cincuenta años de historia de los Cuadernos Médico Sociales, era un premio dedicado al mejor médico general de zona, posteriormente mejor equipo de salud rural. Publicados íntegramente en los Cuadernos Médico Sociales desde el año 1967, figuran en total 14 experiencias premiadas.

El año 1972 se publica en los Cuadernos Médico Sociales una investigación que aborda al médico general de zona, sus imágenes de su trabajo, valores ocupacionales y estudio de su satisfacción profesional, realizado por la Socióloga Jimena Díaz, de la Universidad de Chile, entre los años 1969-1970, financiado por el Departamento de Perfeccionamiento Científico del Colegio Médico de Chile. Desde un enfoque crítico, considerando una muestra de 435 médicos generales de zona (MGZ), de 185 localidades distribuidas en las 25 provincias de Chile; argumenta que la opción de médico general de zona corresponde a la única vía que tienen los jóvenes médicos para optar a becas de especialización, aun cuando la mayoría de los encuestados valora la experiencia de MGZ como positiva, concluyendo que ésta corresponde a una satisfacción obligada, en palabras del informe, una disociación entre la valoración

positiva de la experiencia del cargo y el deseo real acorde a su anhelo profesional. En la investigación se señala que:

Prácticamente todos los médicos consideran que su experiencia ha sido positiva desde el punto de vista profesional, humano y del aporte social de su labor. Creemos sin embargo, que el marcado carácter positivo de la evaluación está determinado por el deseo de justificar la decisión que los llevó a ocupar el cargo de Médico General de Zona (MGZ). El sistema de MGZ es prácticamente el único camino que se les ofrece a los médicos jóvenes de iniciar su carrera funcionaria dentro del SNS, porque este les ofrece ciertas garantías económicas y profesionales que difícilmente encontrarían en otro cargo. Por esta razón, pensamos que la mayor parte de los médicos se vio compelido a tomar la decisión de aceptar ese cargo, no correspondiendo por lo tanto a sus intereses profesionales (Díaz, 1972, p. 7).

A la luz de los antecedentes de la investigación nuestro análisis no puede develar el *interés real de los profesionales de la salud*, no obstante considerando las prácticas discursivas de las 14 experiencias premiadas y sistematizadas en los Cuadernos Médico Sociales, además de las memorias de médicos generales de zona en Calbuco, Castro y Quellón¹², podemos concluir que la labor de los jóvenes médicos generales de zona, escapa a su ámbito exclusivamente profesional, ignoramos si ello corresponde al ejercicio de su verdadero interés profesional. Los dos relatos seleccionados, la experiencia de Edgardo Condeza en Santa Juana y de Leoncio Leiva en Puerto Octay, además de ejercer la práctica de salud en condiciones laborales difíciles,

12. Ver en Carvajal, Y., Miguell, J., Vásquez, H. y Yurac, C. (2007). Calbuco, Castro, Quellón. 1962-1973. *Memoria y salud en la XII zona*. Santiago: Gobierno de Chile.

destacan en sus acciones de corte comunitario, saturando los lineamientos y ejes de financiamiento del Servicio Nacional de Salud, gestionando incluso terrenos de particulares para la construcción de establecimientos hospitalarios. A nuestro juicio las 14 experiencias analizadas en los Cuadernos Médico Sociales, en específico, los discursos seleccionados, destacan por su dedicada labor comunitaria, actuando en diversas labores no relacionadas con su cargo e incluso fuera de horario laboral y sin mediar remuneración por sus gestiones. En ambas experiencias, la presencia de los jóvenes médicos generales de zona significó un importante aporte a la salud y desarrollo territorial de Santa Juana y Puerto Octay.

CAPÍTULO III

LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO, 1974-1989

1. SUBSIDIARIEDAD DEL ESTADO Y POLÍTICA NEOLIBERAL EN SALUD

En septiembre del año 1974 Augusto Pinochet pronunciaba su primer mensaje presidencial, sintetizando las acciones de la Junta de gobierno realizadas desde el 11 de septiembre de 1973. En su discurso enfatizaba el trabajo de (re)construcción de la patria, análisis de las condiciones económicas y sociales que dicho gobierno consideraba indispensables para lograr el despegue de Chile. Hablaba Pinochet:

Esta ha sido una movilización de toda la Patria. De sus mujeres, que expusieron su vida y abandonaron la tranquilidad del hogar para implorar la intervención de las instituciones uniformadas; de la juventud, que con generosidad y valentía después del período marxista, se ha integrado con fuerza a las tareas de la reconstrucción; a los trabajadores, que incrementando su producción y comprendiendo la necesidad de un período de sacrificios, han sido artífices del aumento de la productividad nacional. También los técnicos, profesionales y empresarios, que unidos están generando las condiciones para el despegue de Chile (Pinochet, 1974, p. 2).

El despegue de Chile que aludía Augusto Pinochet requería de fuerza productiva disciplinada. Los trabajadores, base de

la fuerza productiva, bajo este horizonte, estarían obligados por la razón o la fuerza a someterse a un período de sacrificios, para ello, era necesario, desde la estrategia del gobierno militar, re-educar a la población mediante una rigurosa estrategia disciplinaria represiva desplegada desmesuradamente por el Estado y sus dispositivos de seguridad. Desde la posición de la Junta de gobierno, se consideraba necesario extirpar el carácter sectario e inmoral de la vía chilena al socialismo, se proyectaba una sociedad militarizada que debía estar al servicio de la reconstrucción nacional, diferenciando al pueblo chileno de los grupos sectarios o dogmáticos. Necesaria era la distinción de amigos y enemigos.

El gobierno para todos los chilenos, edificado en la fusión del pueblo con las instituciones armadas y de orden, procuraba desde la perspectiva de la élite cívico-militar el desarrollo armónico del despliegue productivo; los trabajadores condicionados por las metas comunes implantadas por el gobierno militar, estaban mandatados a lograr el crecimiento económico. Llamada estaba la clase obrera a superar la pobreza mediante el trabajo y el nacionalismo, implicaba erradicar los ideales marxistas y los movimientos sindicales que afectaban la integridad del proyecto nacional económico.

¿Cuáles eran las condiciones, a nivel de Estado y políticas sociales, que consideraba necesaria la Junta de Gobierno para lograr la reconstrucción nacional?

A través del ejercicio del poder militar y el uso racional-sistemático de dispositivos de captura, tortura y eliminación¹³; la

13. Análisis detallados de las prácticas represivo criminales del gobierno militar se pueden observar en: Comisión de Solidaridad con Médicos Objeto de Represión (1993). *Porque fuimos médicos del pueblo*. Santiago: Ediciones Cesoc; Bitar, S. (2009). *Dawson isla 10*. Santiago: Pehuén Editores; Moulian, T. (2002). *Chile actual anatomía de un mito*. Santiago: Lom; Salazar, G. (2013). *Villa Grimaldi*. Santiago: Lom.

Junta de Gobierno, generó las condiciones para implementar un Estado neoliberal de carácter subsidiario. El Estado garante y protector del bienestar de la población fue eliminado, se debía incrustar en la población la idea, hacer circular en el colectivo social la creencia de la ineficiencia administrativa del Estado en materia de políticas sociales. El escenario propicio para garantizar la reconstrucción básica de la sociedad chilena, estaba sustentado en la estrategia política del gobierno militar:

- a.** silenciamiento de la oposición política,
- b.** reducción del gasto social y,
- c.** el impulso que desde el Estado se otorgó al empresariado para que invierta en sectores de salud, educación, vivienda y previsión.

La reconstrucción nacional estaba sustentada en un modelo de guerra interna, recorte presupuestario de políticas públicas y aumento de la producción nacional con énfasis en el sector privado. Tomás Moulian al analizar esta transformación alude al cambio de un Estado Protector a un Estado Mercantil.

En Chile desde el golpe se ha registrado un dramático pasaje del Estado-protector, encargado de defender al eslabón más débil de la cadena social (los asalariados), a un Estado que tiende a desregular el mercado laboral (...). Se trata de un “Estado mercantil”, cuyo objetivo central es librar de intromisiones a los mercados, garantizar que el papel de cada factor de producción sea el que le fija la competencia y asegurar que las mercancías

realicen su ciclo. Para ello opera como regulador de esa libertad y como guardián de los que la afectan (Moulian, 2002, p. 116).

En materia de reducción del gasto social, el sendero que se estaba transitando hacia una economía neoliberal implicaba la eliminación del Estado como protector y garante de la sociedad, a través de un modelo subsidiario se proyectaba el crecimiento económico, -reajustando con focalización exclusiva-, la inversión hacia los sectores más pobres. Desde la perspectiva de la Junta Militar esto favorecía la eficiencia económica del Estado, garantizando mayor crecimiento y estabilidad financiera para el país, cambios en política económica y social que evidenciarán, a juicio de la Junta Militar, un progresivo avance en el crecimiento económico. Así lo sintetiza Augusto Pinochet el 11 de septiembre de 1976, en su tercer mensaje presidencial.

El acertado manejo de nuestra política económica ha granjeado a Chile el respeto de todos los organismos técnicos internacionales, y el país presenta hoy un futuro auspicioso, luego de superar la más grave destrucción económica en que jamás se haya visto sumido, como consecuencia de la herencia recibida por el actual Gobierno (Unidad Popular), y de la crisis económica internacional que tan seriamente afectó a nuestra nación. Tal éxito se ha conseguido sin sacrificar los objetivos de largo plazo de la actual política económico social, cuales son, la reasignación de nuestros recursos productivos hacia aquello en que podemos producir con mayor eficiencia comparativa, la reducción del tamaño del sector público de acuerdo al principio de subsidiariedad aplicado a la acción del Estado en la economía y, muy en especial, la preocupación por un permanente equilibrio entre desarrollo económico

y justicia social. La vasta labor social directa emprendida y proseguida por el Gobierno, representa un testimonio elocuente de la importancia que éste le atribuye al progreso social, particularmente de los sectores más modestos, ya que ello es el reflejo de una concepción más honda, que ve en cada ser humano, en su doble dimensión espiritual y material, el destinatario de toda la acción del Estado (Pinochet, 1976, p. 2).

La concepción más honda de solidaridad social derivada del equilibrio económico que alude Pinochet, entre desarrollo y justicia social, sintetiza el criterio de racionalización que focaliza las políticas sociales hacia la comunidad. Se prioriza los recursos del Estado en los grupos económicos menos aventajados, sólo se interviene a través de subsidios mediante el derecho a petición, que consiste en acreditar la condición de pobreza en el municipio localizado en la comuna donde reside la persona interesada. La exposición de la miseria, de la pobreza y la carencia de recursos se convierten en un hecho inevitable para obtener beneficios del Estado. Respecto de la reducción del gasto público en salud como se observa en la tabla N° 6, la variación negativa corresponde a un 28,2% entre los años 1970-1984. Valor relativo significativo si es analizado el crecimiento sistemático de la inversión del Estado en áreas como educación salud y vivienda durante el período anterior, aspecto que se observa agudizado al considerar el porcentaje del gasto fiscal social total, en el cual la participación del sector salud en 1970 era del 18,9%, reduciendo su participación en el gasto total a un 7,8% en 1984.

Tabla N° 6. Variación del gasto fiscal en salud, 1970-1984

Año	GFS Total %	GFS \$	Variación
1970	18,9%	245	28,2%
1984	7,8%	176	

Fuente: Elaboración propia en base a Hevia, 1988.

Bajo estos nuevos principios de justicia aludidos por Pinochet, se fomenta el desarrollo de una economía neoliberal a través de un Estado subsidiario, el cual, tiene como objetivo su propia autocensura en materia social y productiva. En contraposición el Estado centra sus energías en el resguardo de la seguridad como garante de la propiedad privada; en este contexto, adopta una figura policiaca represiva que garantiza la libertad individual como motor de la fuerza productiva. Aludiendo a la ineficiencia administrativa y actividad monopólica estatal, el mismo Estado subsidiario se autorestringe en las actividades económicas productivas, cambiando de piel, se desprende de las empresas estatales y las traspasa al sector privado; sin embargo, la autocensura del Estado sólo se manifiesta en lo social y productivo, en compensación de aquello, fortalece el carácter represor y policiaco, evidenciándose en todo su esplendor en la violación a los derechos humanos y en las tácticas para controlar las protestas sociales que comienzan a intensificarse en la década de 1980. Respecto del traspaso de la actividad estatal al sector privado, Augusto Pinochet señalaba en 1980:

Siendo el Gobierno consecuente con el principio de subsidiariedad ha adoptado diversas medidas encaminadas a reducir el poder monopólico del Estado, traspasando los activos de las empresas

estatales al sector privado. Este programa ha tenido y tendrá decisiva importancia dentro de nuestros planes económicos, por cuanto su debido desarrollo es garantía cierta de progreso material para los chilenos y elemento base para consolidar la libertad personal, que es meta primordial de la gestión gubernativa (Pinochet, 1980, p. 3).

La reducción del Estado como actor en la producción económica, principalmente a través del traspaso de las empresas estatales a privados, refuerza la idea en circulación que ha puesto en obra la dictadura cívico-militar referente a la ineficiencia administrativa estatal. Cuestionando la concentración monopólica del Estado, se fomenta la libertad personal, entendiéndose ésta como la facultad que tiene cada persona de emprender y consolidarse económicamente.

Considerando el marco ideológico de las políticas sustentadas en el principio de subsidiariedad cabe cuestionar, ¿qué facilita el repliegue del Estado protector y la emergencia de un Estado neoliberal? Una lectura posible es lo que Michel Foucault denomina fobia al Estado, es decir, la desconfianza de la práctica discursiva liberal-neoliberal respecto del poder sobredimensionado del Estado, relato estratégico, que se sustenta en la protección de las libertades económicas de la sociedad civil.

Una mega estructura estatal atentaría contra los flujos económicos que permiten circular la riqueza, creando monopolios, evitando la competencia y debilitando el emprendimiento. La teoría liberal argumenta que fortaleciendo las libertades individuales y fomentando la competencia, la economía se mantiene activa, como señala Foucault (2007) “prácticamente, la teoría liberal admite casi en todas partes, desde finales del

siglo XIX, que lo esencial del mercado es la competencia: entonces ya no es la equivalencia, sino, al contrario, la desigualdad” (p. 151). La competencia, permitirá entonces una circulación más amplia del sistema económico, favoreciendo los flujos de intercambio y la solvencia económica de los particulares. En esta figura, la intervención estatal no actúa directamente sobre la sociedad civil, sino a través de una exterioridad, creando las condiciones para encauzar la competencia mediante la protección a la propiedad privada, el resguardo a la integridad y favoreciendo la libertad de elección. “La sociedad regulada según el mercado en la que piensan los neoliberales es una sociedad en la cual el principio regulador no debe ser tanto de intercambio de mercancías como los mecanismos de la competencia” (Foucault, 2007, p. 181). En este sentido, el neoliberalismo no constituye una ideología, sino una tecnología (Castro-Gómez, 2010), un conjunto de prácticas que conforman una racionalidad que encausa la conducta de los sujetos para resguardar la seguridad, el territorio y la población, mediante el crecimiento económico. No hay un antagonismo entre una economía basada en la competencia y el Estado, en esta figura, el neoliberalismo actúa como un conjunto de prácticas que sirve a los intereses de una razón de gobierno.

Entre una economía de competencia y un Estado, podrán ver que la relación ya no puede ser de delimitación recíproca de dominios diferentes. No va a existir el juego del mercado al que debe dejarse libre y el ámbito donde el Estado comience a intervenir, pues justamente el mercado, o, mejor, la competencia pura, que es la esencia misma del mercado, sólo puede aparecer si es producida, y si es producida por una gubernamentalidad activa (Foucault, 2007, p. 154)

Esta gubernamentalidad activa de la cual habla Foucault, no interviene directamente sobre la sociedad civil, sino a través de un conjunto de condiciones que se despliegan con naturalidad sobre el ambiente donde se movilizan las personas. Conociendo esta naturalidad y sus leyes se puede favorecer su emergencia, gestionando el riesgo para producir y reproducir esas condiciones y crear la artificialidad de un medio natural, o, aprovechar las contingencias de las variables naturales para integrarlas a una estrategia de gobierno que facilite prácticas de gobierno neoliberal.

Estas condiciones naturales afloran en Chile, en especial para el sector salud, durante el período de 1980-1985 donde ocurren los principales cambios del sistema sanitario chileno: se crea la ley de ISAPRES, ocurre el proceso de municipalización de la salud y se despliega un radical recorte presupuestario al sistema de atención de salud público, es decir, privatización, descentralización y reducción del gasto estatal. ¿Cuáles son las variables naturales que ocurren en ese período de tiempo? En 1975-76 y 1982-83 se desata una crisis económica que afecta negativamente la economía chilena, el Estado para enfrentar la crisis está obligado a reducir el gasto social, entre ellos, un duro recorte presupuestario al sector salud¹⁴. Complementario a esto, la creación del sistema de atención privada en salud, favoreció la emergencia de escenarios nuevos en la dinámica sanitaria, fortaleciendo el discurso de una razón gubernamental sustentado en la competencia.

Las ISAPRES constituyen el ícono que permitirá la circulación de ideas y signos asociados a la gestión clínica moderna,

14. Ver discurso del candidato Hernán Büchi (1989). Ex ministro de economía del régimen militar. En III Seminario Coyuntura de Salud. Santiago: Asociación de ISAPRES AG.

eficiencia administrativa y gestión de recursos; replegando las imágenes y significantes de la crisis económica hacia el sector estatal, he ahí la materialización del proyecto interrumpido de la democratización de la salud pública: infraestructura precarizada, carencia de insumos, falta de recursos humanos y deficiente calidad en la atención.

Respecto de las variables externas ocurridas en ese período, destaca la crisis económica, la imposición de organismos financieros internacionales para realizar ajustes estructurales para enfrentar la crisis y la aplicación de una política social de mercado.

Considerando el cambio estructural del Estado, ¿cómo repercuten los planes económicos de la dictadura militar en materia de salud pública?

La incorporación de entidades privadas, principalmente en el mercado social de educación y salud, permitió al Estado por su propia voluntad desvincularse de su rol garante y protector que caracterizó el escenario político social anterior. Sustentado en el principio de subsidiaridad, el gasto en salud, será responsabilidad de particulares. Incorporando el concepto de la soberanía del consumidor, la industria de la salud ofrece servicios en correspondencia a la necesidad y capacidad de pago de cada persona; en este sentido, el Estado sólo interviene cuando se evidencian fallas del mercado y los particulares no pueden solventar-satisfacer por sus propios medios económicos su necesidad de protección en salud, por el contrario, los particulares que tienen capacidad económica deben cancelar en proporción a sus ingresos. El cambio estructural del Estado impulsado por la razón de gobierno cívico-militar propendía cambios profundos en la figura de Estado benefactor, sustentado en el principio subsidiario se desligaba de la salud estatal

como problema político social, relegando la protección social sanitaria al sujeto individual-soberano consumidor. La nueva institucionalidad buscaba re-estructurar el sector mediante tres objetivos fundamentales, hablaba Pinochet:

En primer lugar, concentrar la acción estatal en los más necesitados. Los recursos del Estado son escasos y, por lo tanto, deben dirigirse exclusivamente a quienes no puedan cubrir por sus propios medios la satisfacción de sus necesidades de salud. El segundo objetivo es permitir la libre elección por parte de los beneficiarios, en cuanto a los profesionales y establecimientos de quienes recibirán la atención. Esta es la única forma de asegurar que dichas atenciones sean de la más alta calidad posible, permitiendo además una decisión autónoma de cada individuo respecto a esta importante materia. La tercera finalidad dice relación con la racionalización de la estructura y operación del Sistema de Salud. Esto es fundamental para aumentar la eficiencia y minimizar los costos. De este modo se podrá elevar la cifra global de atenciones ofrecidas. El Gobierno está consciente de la necesidad de acelerar la materialización de estos avances y para ello dedicará especial atención y renovados esfuerzos en estas áreas (Pinochet, 1980, p. 8).

En este contexto el impulso y fomento de la participación del sector privado adquiere un rol vital en un modelo de economía subsidiaria. El Estado, se libera de responsabilidad administrativa y minimiza sus egresos derivados del financiamiento de políticas públicas en su calidad de ejecutor y proveedor; repliegue estatal que facilita las condiciones de posibilidad para que las entidades privadas oferten servicios sensibles a

la comunidad. El cambio de la política sanitaria estatal se enfocaría en concentrar la acción estatal en los grupos sociales más pobres, para ello se desarrollarán distintos instrumentos técnicos estadísticos para diferenciar acorde a ciertos umbrales cuantitativos quienes serán considerados beneficiarios, segregación técnica, que será supervisada y acompañada por personal especializado que velará por el uso racional de los recursos. Complementario a la estrategia de focalización de recursos, se incorpora mayor libertad de elección a los usuarios, quienes podrán escoger entre el sistema público y privado de salud según su necesidad; la libertad de elección quedará condicionada al poder adquisitivo-endeudamiento de cada persona o grupo familiar.

Estas dos variables estratégicas focalización y libertad de consumo sanitario eran contempladas, desde la perspectiva de la razón de gobierno militar, como estrategias de la política de salud nacional para incrementar la cifra global de atenciones, al garantizar mayor disponibilidad de oferentes se incrementaría la cobertura sanitaria; la acción sanitaria estatal estaría enfocada en palabras de Pinochet en los más necesitados, los grupos sociales no beneficiarios de los subsidios estatales quedarían en libertad de elección para usar el sistema sanitario privado o estatal.

Manteniendo coherencia con la implementación de los ejes estratégicos que demarcan la acción estatal, se aplica una descentralización administrativa que dividirá al país en 13 regiones. Esto impactará en la estructura sanitaria del Servicio Nacional de Salud, el cual se subdividirá en 1979 en 27 servicios de salud regionales. Mediante esta división administrativo estructural sanitaria se modifica la figura del Servicio Nacional de Salud que se mantenía operativa desde

el año 1952. El año 1979 como señala Patricio Hevia se elimina el SNS, se crea FONASA y crean 27 servicios de salud, cambios sustentados por la necesidad de descentralizar la estructura sanitaria estatal, acción que tiene como trasfondo minimizar el poder monopólico del Estado.

Reestructuración del Ministerio de Salud (Ley 2.763 de 1979) con desaparición del S.N.S. y la creación de 27 Servicios de Salud, de administración descentralizada, pero con nombramiento de sus directivos por el poder político centralizado. De éstos, uno está dedicado a salud ambiental, mientras que los otros 26 realizan funciones en unidades territoriales delimitadas. A nivel de cada una de las 13 regiones del país, se creó una Secretaría de Salud. Así se formó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) (Hevia, 1988, p. 8).

Con la nueva figura del Sistema Nacional de Servicios de Salud los 27 servicios de salud deberán negociar con el Ministerio de Salud para acceder a los recursos que se invertirán en su región. Con esta decisión administrativa y estructural los servicios de salud logran autonomía para aplicar las políticas sanitarias acordes a sus necesidades e intereses, minimizando la visión de política global gestada por el Sistema Único de Salud. Esta modificación realizada por el gobierno militar mantiene coherencia con el documento doctrinario que orientó la política económica neoliberal, conocido como el *Ladrillo*.

Formación de nuevas entidades autónomas que se constituyan para prestar servicios médicos y abandonará la política seguida en los últimos años, de ir centralizando paulatinamente toda la

actividad médica en el S.N.S., a través de disposiciones legales que coartan las posibilidades de la medicina no estatizada (CEP, 1992, p. 127).

El modelo de Estado subsidiario propuesto por el gobierno militar se sustentaba en la crítica ideológica respecto de la ineficiencia administrativa del Estado para ejecutar eficientemente políticas públicas sensibles para la sociedad. En el campo de la salud, esta crítica se observará acrecentada por el crecimiento significativo que mantuvo la salud estatal durante el período 1960-1973, obstaculizando las posibilidades de desarrollo del sector privado, coartando por ende el desarrollo de la medicina no estatizada.

Respecto de las transformaciones estructurales en el sistema de salud y la aniquilación de la figura del S.N.S, Carolina Tetelboin señala:

Durante sus 27 años de existencia, el SNS constituyó el principal soporte del sistema de salud del país. De estructura nacional, centralizada, con infraestructura propia distribuida a lo largo del país, prestaba atención médica preventiva y curativa desde el primer nivel de atención a través de postas rurales y policlínicos; en el segundo, con una estructura intermedia para la atención hospitalaria de servicios básicos, y en el nivel terciario con hospitales para las especialidades de mayor complejidad. (...) Si bien un análisis pormenorizado puede mostrar que su avanzado diseño estaba lejos de su ejercicio real, no es menos cierto que había logrado encubar un modelo de atención que tenía grandes ventajas en términos de su influencia en las condiciones de salud del país y que en los

hechos demostró resultados significativos en los indicadores de morbi-mortalidad y en la creación de una cultura sanitaria entre la población. (Tetelboin, 2003, p. 16).

1.1. POLÍTICA NACIONAL DE SALUD EN DICTADURA

En Santiago, a once días del mes de febrero de 1974, siendo las 16:30 horas se reunió la Junta en sesión Secreta para tratar las siguientes materias:

1.- Se recibe en Audiencia a los señores Ministro y Subsecretario de salud. El Sr. Ministro de Salud expone: Los logros alcanzados por el Ministerio de Salud hasta la fecha: Elaboración de la doctrina política Nacional de Salud (Acta secreta N° 90, 1974, p. 1).

Iniciaba de esta forma la sesión secreta en la cual el Ministro de Salud, Alberto Spoerer y el Subsecretario de Salud, informaban a la Junta de Gobierno la doctrina ideológica operacional que determinaría el rumbo de la salud pública chilena. El documento, titulado Acta N° 90 estaba firmado por Augusto Pinochet, presidente de la Junta de Gobierno, y por Augusto Lutz Urzúa, secretario de la Junta de Gobierno. La sesión finalizaba a las 19:30 horas de ese día.

El acta secreta especificaba los ejes estratégicos que demarcarían el cambio de las políticas sanitarias para el sector público y privado. Acompañada de un memorándum de 14 puntos, el Ministro de Salud, Alberto Spoerer, resumía las labores realizadas por esta cartera desde septiembre de 1973. Entre ellos señalaba:

2.- Elaboración de las Doctrinas y Políticas de salud (Único Ministerio que lo ha hecho, uno de los pocos países en América Latina que las tienen).

2. b.- Puesta en Marcha de la ley de Medicina Curativa en noviembre de 1973 en base a un arancel provisorio y desde mediados de enero en base a un arancel diferenciado y corregido de acuerdo con las normas establecidas por la Ley.

2. c.- Reestructuración de la Ley de Medicina Curativa en la que se introducen los conceptos de indigente médico y se incorporan al sistema de la libre elección todos los trabajadores de salud.

3.- Normalización de las prestaciones de Salud a nivel del Servicio Nacional de Salud; proceso dificultado por la elevada incidencia de las infiltraciones marxista por la magnitud de la desorganización, por la pérdida del respeto a la jerarquía establecida y finalmente también por los tropiezos que han significado algunos Delegados de Gobierno que han interferido en la designación de autoridades Zonales de Salud y Directores de Hospitales (Ejs. Casos de Linares y Temuco).

(...)

4.- Restricción drástica de los gastos a nivel del Ministerio de Salud mediante la cancelación de los contratos a personal no calificado y sin actividades definidas.

5.- Creación del Ministerio de Salud con definición clara del rol que le cabe dentro de la organización del Sector Salud a Nivel

Nacional y delimitación de las funciones que les corresponde a los organismos dependientes (Acta secreta N° 90, 1974, p. 3).

Manteniendo coherencia con el modelo subsidiario se aplicaba un recorte significativo del presupuesto y se realizaban despidos masivos acorde a las directrices enfocadas a la racionalización de recursos del régimen militar. Paralelo a ello, se impulsaba el desarrollo del sector privado en salud, evitando de esta forma, las irregularidades administrativas de la salud estatizada, calificada por la Junta de Gobierno como ineficiente y populista. Respecto de las directrices específicas enfocadas a disminuir la incidencia estatal en el financiamiento de la salud pública, en enero de 1974, se implementa un arancel estandarizado con cargo al usuario, lo que implicó una reducción significativa de la gratuidad en salud, que ahora sólo estaba focalizada a los pacientes que acrediten indigencia médica. Se eliminaba la gratuidad para el 90% de la población que se mantenía vigente hasta septiembre de 1973.

En consideración a este proyecto, mantener la buena salud resultará indispensable para lograr el proyecto de país imaginado por el gobierno militar. Para ello, se delinear las bases conceptuales y programáticas del perfil sanitario que anhela para la población. En este horizonte, Chile continúa adscribiéndose a los pilares que fundan los principios de la Organización Mundial de la Salud e incorpora la presencia de instituciones privadas para desarrollar acciones de promoción y prevención. A través de la doctrina sanitaria se incorpora el concepto de salud como un medio, mediante el cual se adquieren mejores condiciones económicas para el país instrumentalizando los procesos sanitarios a las necesidades de crecimiento económico afines al proyecto de sociedad del gobierno militar. Concebida

anteriormente como un derecho inalienable, conforma ahora un activo, que necesita ser utilizado en forma oportuna y eficiente para la actividad productiva. Patrimonio nacional que desde el prisma económico debe ser cuidado debido a su incidencia en el crecimiento, entendido en su doble dimensión, un medio para el desarrollo de la nación, y a la vez, una capacidad personal para lograr competencia en el mercado nacional. Mantener una buena salud, será considerado un gasto necesario ineludible, prerequisite de la productividad económica, como declaraba el ministro de salud Alberto Sporrer Covarrubias en 1973.

La salud individual y colectiva es parte del desarrollo económico. Dependen de sus esfuerzos; pero, a la inversa, influyen sus efectos. No puede haber producción adecuada de bienes de capital o de consumo, ni tampoco servicios aceptables, sin una energía humana suficiente y eficiente. A su vez, el hombre sano depende del desarrollo económico en cuanto éste dé la oportunidad para crear, producir y consumir dándole a su existencia un sentido real y constructivo (Acta secreta N° 90, 1974, p. 7).

La dignidad de la persona expuesta a una atención de salud diferenciada según la capacidad de pago del cliente, connotará una salud para pobres, ofertada por la salud pública, que estará orientada a mantener las condiciones mínimas para que la clase trabajadora pueda utilizar su fuerza de trabajo al menor coste sanitario en unidades de salud consumidas. El capital humano arrojado a su propia suerte sólo será contemplado por el régimen militar como factor indispensable para el vital funcionamiento del engranaje económico. Sometido mediante

la maquinaria de muerte desplegada por el poder militar, la clase trabajadora re-inscrita como energía humana, será forzada a evidenciar signos en correlato al emprendimiento, esfuerzo y disciplina laboral. El arte clínico-médico como ciencia orientada al saber del cuerpo será la encargada de mantener la vitalidad de la fuerza productiva, en el delicado equilibrio de la necesidad sanitaria de la población, radicará la clave para lograr la eficiencia entre gasto de salud estatal y crecimiento económico. Como señalaría Foucault (2012), la constitución del cuerpo “como fuerza de trabajo sólo es posible si se halla inmerso en un sistema de sujeción (en el que la necesidad es también un instrumento político cuidadosamente dispuesto, calculado y utilizado)” (p. 35).

1.2. ALCALDIZACIÓN DE LA SALUD Y DESCENTRALIZACIÓN

Respecto al proceso de descentralización que permite el desarrollo posterior de las acciones de salud en Atención Primaria, Serrano (2001), señala que éste inició el año 1976 cuando se subdividió el país en 13 regiones, 52 provincias y 325 comunas, transformación administrativa, que permitió un marco territorial para el traspaso de salud y educación a la administración municipal. A nivel de salud los cambios de mayor envergadura ocurren en 1979 con la eliminación del Servicio Nacional de Salud, mediante el decreto D.L. N° 2.763 que crea 27 servicios de salud, además reorganiza la figura administrativa financiera del Ministerio de Salud estandarizando la facturación de servicios sanitarios, que en el período anterior diferenciaba entre empleados y trabajadores a través del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).

Acorde a esta nueva figura legal el Ministerio de Salud está mandatado a formular las políticas nacionales de salud y coordinar las acciones subsidiarias de instituciones privadas realizando labores normativas, de evaluación y control. Dependen del MINSAL los 26 Servicios de Salud regionales más el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, FONASA, quien capta, administra y distribuye los recursos provenientes del fisco y de las cotizaciones de sus afiliados, la Central de Abastecimiento (CEBAST) y el Instituto de Salud Pública, quienes colaboran respectivamente en:

- a.** la provisión de medicamentos, insumos e instrumental y
- b.** apoyo respecto de referencias vinculadas a la contaminación ambiental, salud ocupacional y laboratorio.

En cuanto a las cotizaciones de los afiliados a FONASA, éstos estaban distribuidos en 4 tramos organizados según porcentaje asociado al gasto en prestaciones de salud, los grupos A y B eran beneficiarios de gratuidad en salud, mientras que los grupos C y D debían cancelar por prestación el 25% y 50% del arancel.

Paralelo a la división del Servicio Nacional de Salud el régimen militar estableció una serie de decretos que modificaban la estructura legal de las Municipalidades, en primera instancia, destituyó a todos los alcaldes a través del D.L. N° 25 publicado el 22 de septiembre de 1973, reemplazando a las autoridades locales por personas directamente nombradas por la Junta Militar, de esta forma se transgredía una de las figuras democráticas tradicionales de mayor arraigo socio-

cultural en Chile. Pese al discurso oficial sustentado en la descentralización administrativa la nueva estructura municipal adoptaba una jerarquía piramidal militar, agotando en la práctica los argumentos técnicos que fundamentaban la cercanía del gobierno con la ciudadanía. Las bondades que profería el gobierno militar respecto de la descentralización, se fundaban en la adecuación local de las políticas nacionales de salud en un conjunto de prácticas destinadas a satisfacer las necesidades de la comunidad, en específico, en actividades de educación comunitaria, priorizando componentes preventivo-promocionales. Se fomentaba en teoría estrategias intersectoriales, la participación social y el rescate del saber popular; sin embargo, estos fundamentos teóricos no mantenían correlato con la práctica de las acciones de gobierno, en 1974 dos decretos fortalecían la estructura piramidal ahora controlada y supervisada directamente por el Jefe Supremo de la Nación, el D.L. N° 573 de julio de 1974 establecía que la única autoridad comunal radica en la figura del Alcalde y que éste será nombrado directamente por el jefe supremo de la nación Pinochet. El otro decreto D.L. N° 575, publicado en la misma fecha, especificaba que los alcaldes serán supervigilados por el Ministerio del Interior.

Los fundamentos que orientaban la municipalización de la salud a través de la estrategia de atención primaria se observaban incongruentes respecto de las tácticas represivas y centralizadas del régimen militar, entre las cuales, destaca la vulneración de derechos humanos de un número importante de chilenos. Así lo denunciaba en 1989 el colectivo de trabajo social.

En 1973 y 1974 30.000 chilenos son asesinados, 681 chilenos sufren la detención-desaparecimiento. Entre 1973 y 1975, 42.486 chilenos son encarcelados. Hoy permanecen en prisión por razones políticas 419 chilenos a lo largo de todo el territorio nacional. Entre 1980 y 1987 sufren la relegación forzada de 2.311 compatriotas, miles de personas han sufrido el exilio, existiendo, en 1987, 585 personas con prohibición de ingreso a Chile (Apuntes para Trabajo Social, 1988, p. 81).

La vulneración sistemática de los derechos humanos consolidaba la fragmentación del país entre partidarios del gobierno militar y aquellos que evidenciaban mediante movilizaciones y manifestaciones la represión de Estado. El régimen militar focalizado en la figura del Jefe Supremo de la Nación Pinochet aspiraba el control absoluto de la población, entre sus estrategias, se formalizó la administración municipal como un dispositivo de seguridad nacional dependiente del Ministerio del Interior. En 1976 mediante el D.L. N° 1.289 se establece la subordinación del alcalde a su autoridad inmediata representada por el gobernador, ordenanza que se ratifica en la Constitución de 1980 a través de su artículo transitorio N° 25 en el cual se establece que los alcaldes serán designados exclusivamente por el presidente de la república hasta marzo de 1989. Ésta serie de decretos que generan el marco que permitirá el traspaso de los consultorios y postas rurales a la administración municipal se consolida con el D.L. N° 3063 de 1979. Al respecto Jorge Hevia señala:

El decreto ley 3063, de 1979, sobre rentas municipales, facultó a las municipalidades del país para tomar a cargo servicios que estuvieran siendo atendidos por organismos públicos o privados, respetando en este último caso el principio de la

subsidiaridad. Un año después se dictó el decreto ley 3.477 con fecha 2 de septiembre de 1980, que permitió la privatización de los servicios traspasados a las municipalidades, entregándolos a personas jurídicas de derecho privado (Hevia, 1988, p. 10).

La alcaldización de la salud permitió a las municipalidades la administración y ejecución de las estrategias sanitarias de atención primaria, acciones focalizadas en intervenciones de tipo preventivo promocional para anticiparse al daño y evitar el desarrollo de enfermedades evitables. Chile se había adscrito en 1978 a participar en intervenciones en APS en la convención mundial celebrada en Alma Ata, de esta forma operaba en políticas sanitarias según principios de mercado a través del proceso de descentralización administrativa del Estado y actuaba acorde a un marco sanitario global convenido desde 1978. Entre las políticas a cargo de los consultorios y postas rurales destaca el programa materno perinatal, programa infantil y adolescente, programa de alimentación, programa de inmunización y atención ambulatoria al adulto. Cabe destacar que las acciones sanitarias de APS mantenían diálogo armónico con el principio de subsidiariedad del Estado, debido a que las intervenciones sanitarias ambulatorias generaban menor carga financiera para la administración estatal y municipios. La alcaldización de la salud estaba orientada a la reducción presupuestaria en este sector, así queda evidenciado en el Informe Social 1987-89 de ODEPLAN.

La recuperación de la salud, es también importante pero, dado que las actividades relacionadas con esta área aplican necesariamente un alto costo y mayor necesidad de infraestructura, el gobierno estimó necesario y conveniente dar mayor énfasis a

las acciones de fomento y protección, situación que contribuye necesariamente a la disminución de la necesidad de un mayor número de acciones de recuperación (Odeplan, 1989, p. 113).

Se descentralizó el antiguo Servicio Nacional de Salud, el cual se basaba fundamentalmente en una estructura altamente centralizada, y que por su amplitud de facultades normativas, financieras y operativas constituía una falta de estímulo a la iniciativa local y privada en salud (Odeplan, 1989, p. 114).

Entre los beneficios teóricos asociados a la estrategia de atención primaria destacaba la posibilidad de realizar prestaciones sanitarias acordes a las necesidades particulares de los habitantes, es decir según criterios epidemiológicos operativos a escala humana, además se preveía mayor coordinación entre los distintos sectores estatales, no gubernamentales y privados que realizaban acciones en beneficio de la comunidad. Respecto de la administración de recursos al ser vigilados y controlados directamente en los municipios se proyectaba un uso eficiente al minimizar los filtros burocráticos de una administración central. No obstante, los aspectos más relevantes estaban dados por el enfoque territorial en salud, la comunidad estaba llamada a participar e incidir en las políticas sanitarias. En relación con estos beneficios esperados, el gobierno militar, redujo considerablemente la inversión en salud fijando un techo presupuestario por programas, lo cual, significó una merma significativa a las arcas municipales que inevitablemente debieron cubrir otras prestaciones no contempladas en las acciones exclusivamente preventivas: procedimientos médicos, exámenes de laboratorio, etc., eventos clínicos azarosos que ocurren en salud.

Después de un tiempo se fijaron montos máximos a la facturación, llamados “techos FAPEM15”. Se establecía en primer lugar un techo regional, determinado en conjunto por el MINSAL y el Ministerio del Interior, a partir del cual se determinaban los “techos comunales», fijados aparentemente en base a los montos facturados por los municipios en el período previo al de fijación de los topes por primera vez. La asignación de los techos comunales no estaba relacionada con los costos que representaba para la municipalidad la administración de la Atención primaria (Celedon, et al., en Raczynski y Serrano, 2001, p. 325).

De esta forma la desinversión en salud afectó significativamente a los establecimientos de salud municipal, no obstante, estos problemas se mantuvieron en status quo debido a que los alcaldes mantenían fidelidad y disciplina acorde a los lineamientos del régimen militar, los gobiernos locales, literalmente actuaban de espaldas a la comunidad, la serie de instrumentos legales fortalecían la inmovilidad de las acciones sanitarias. Cabe señalar que el sector salud no era el único que sufría las consecuencias del cambio de modelo estatal, ahora fundado en los principios de subsidiariedad, los sectores de vivienda y educación experimentaron similares reducciones arancelarias; la razón de gobierno fundado en las prácticas y lineamientos neoliberales se extendían en todos los ámbitos de la vida. Como se puede apreciar en la tabla N° 7 el gasto público por habitante en los ítems de salud, vivienda, prevención y educación experimentó un incremento significativo

15. Sistema de facturación por atenciones prestadas en establecimientos municipalizados.

en 1970-1972, disminuyendo en 1973, radicalizando su caída desde 1974 en adelante.

Tabla N° 7. Gasto público en salud, vivienda, previsión y educación. (Dólares de 1976)

Años	Total (Millones)	Por habitante
1970	853,4	91,1
1971	1.312,8	137,6
1972	1.388,1	142,9
1973	1.064,8	107,7
1974	977,4	97,1
1975	700,3	68,3
1976	731,0	70,0
1977 (estimado)	831,6	78,2

Fuente: Dirección de presupuesto, publicado por El Mercurio de Santiago en su edición del 13 de enero de 1977 (Flaño, 1979, p. 87).

Según refiere la siguiente tabla, el gasto público en salud experimentó un notable crecimiento durante el gobierno de la Unidad Popular, esto se puede analizar en referencia al gasto fiscal por persona (per cápita) valor que permite amortiguar la devaluación de la moneda de la época y favorece la homologación de la inversión según distintos períodos presidenciales, en consideración de aquello, se evidencia que la administración Frei Montalva mantuvo un gasto constante en salud oscilando entre un 8,3% y un 6,7% de la participación del sector respecto del gasto público fiscal total. La participación más baja del sector corresponde a los últimos años de 1975-76

donde la participación de salud en el total del gasto público evidenció un mermado 4,2%, entre otras causas, provocadas por el principio de subsidiariedad aplicado al gasto estatal y la crisis económica del petróleo.

Tabla N° 8. Gasto público en salud y su significación dentro del gasto público

Años	Gasto en salud (US\$ de 1976)		Significación sobre el gasto público total (%)
	Total (millones)	Per cápita	
1960	221,2	29,2	10,3
1961	226,3	29,1	9,6
1962	200,8	25,2	7,9
1963	208,8	25,6	8,3
1964	178,6	21,4	7,1
1965	241,0	28,3	8,3
1966	228,4	26,3	7,3
1967	231,6	26,1	7,2
1968	245,5	27,2	6,9
1969	251,7	27,4	6,7
1970	299,6	32,0	7,6
1971	384,5	40,3	7,7
1972	418,0	43,0	8,4
1973	249,0	25,2	5,7
1974	269,7	26,8	4,9
1975	230,6	22,5	4,2
1976	238,6	22,9	---

Fuente: Ochoa, 1978, en Flaño, 1979, p. 87.

El encarecimiento de la vida provocado por los gastos adicionales en salud, seguridad social, educación y vivienda, antes cubierto para la mayoría de la población por parte del Estado, sumado el deterioro de los ingresos durante los años 1980, afectó, negativamente, en algunos indicadores sanitarios importantes para el desarrollo de la calidad de vida de las personas, por ejemplo un estudio realizado por Schkolnic en 1986, según refiere Patricio Hevia, concluyó que para dos poblaciones urbano-marginales de la Región Metropolitana: “el 66,6% y el 74,2% de los pobladores tiene hambre y que consumen menos del mínimo de 2.300 calorías/persona/día recomendadas por FAO/OMS. Más aún, entre el 14% y 27% de ellos consume menos de 1.500 calorías/persona/día” (Hevia, 1988, p. 20). Estos aspectos que podrían ser denominados como la realidad médico social de la década de 1980 incidieron en el incremento de la demanda de los nuevos consultorios anexados al sistema de administración municipal, los cuales al año 1986 habían llegado a un total de 1.763 establecimientos urbano y rurales traspasados a la administración territorial.

Tabla N° 9. Establecimientos de salud traspasados a las municipalidades, 1986-1989

Años	Consultorios Urbanos	Consultorios Rurales	Postas rurales	Est. Médico rural
1986	34	57	295	165
1987	5	52	405	171
1988	138	--	4	126
1989	5	18	289	81
Total	182	127	993	543

Años	Clínicas dentales	Clínicas de sector	Consultorio dental	Total establecimientos traspasados
1986	7	--	--	558
1987	171	--	--	804
1988	126	6	1	401
1989				
Total	304	6	1	1.763

Fuente: MINSAL información a octubre de 1989. ODEPLAN, 1991, p. 117.

Cabe señalar que la gestión de atención primaria bajo administración municipal, a ojos de sus defensores, evidenciaba

grandes logros, sus principales argumentos estaban dados por el incremento del número de médicos y otros profesionales de la salud, en cuanto a infraestructura, los principales argumentos en defensa de APS, se fundamentaban en la normalización de hospitales y construcción de nuevos consultorios, además de la reposición de postas rurales que cobraban especial importancia para fortalecer el proceso de municipalización. Todos estos eran cambios acordes a las nuevas estrategias globales de intervención en promoción y prevención, para así enfrentar los nuevos desafíos sanitarios orientados a la atención ambulatoria de la población. En 1989 el ministro de Salud subrogante Augusto Schuster, sintetizaba las acciones de gobierno:

En infraestructura. Reparación, reposición y normalización de 117 hospitales, creación y reposición de 196 consultorios y 374 postas. Aumento de la dotación en mil 743 médicos y mil 209 otros profesionales y su redistribución en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. ¿Qué significa el progreso de infraestructura?, que las postas rurales que antes eran ruinosas hoy día son modernas y confortables, que los consultorios, antes insuficientes, ahora son numerosos, amplios y bien equipados (Shuster, 1989, p. 41). Hay en el año 1988 doscientos dos hospitales, recuerden ustedes que en 1974 los hospitales llegaban a 238, pero había 50 hospitales de los cuales 28 eran de menos de 20 camas y 22 estaban bajo convenio. Aquí hay 202, no hay hospitales de menos de 20 camas y solamente 14 hospitales están adscritos a convenio. A los hospitales debemos agregar a lo largo del país 369 consultorios, casi duplicando la cifra de 1974 y 1.034 postas rurales (Shuster, 1989, p. 36).

Considerando las condiciones a nivel de infraestructura, recurso humano y calidad de la atención, el sistema sanitario público, logró sobrevivir al intento de privatización del cual fue víctima, principalmente gracias al esfuerzo del personal de salud que optimizó los reducidos recursos para poder realizar su trabajo, pese a los antecedentes laborales que vivenciaban sus pares los profesores de la nueva educación municipalizada. “Exoneración violenta de más de 8.000 profesores que trabajaban en establecimientos educacionales municipalizados” (Hevia, 1988, p. 13).

Un sistema sanitario sometido a las leyes del mercado condiciona su oferta a la satisfacción de prestaciones donde existe mayor demanda, en esta dinámica, los oferentes se instalan en los nichos económicos más rentables, generalmente asociados al ejercicio de especialidades en salud, incrementando los costos de las prestaciones o servicios. La transposición de los principios mercantiles en el sector salud debilita el rol del Estado como garante de la salud pública, deteriorando con ello, los estándares de calidad de vida de la población, que, sometida a las mismas leyes del mercado en su cotidianeidad, observa mermada su salud por condiciones adversas generadas en el entorno de trabajo, alimentación e higiene ambiental. Bajo esta lógica, una salud pública centrada en principios económicos competitivos, estará orientada a programas de tipo preventivo que favorezcan mayor rentabilidad y minimicen los costos en insumos, infraestructura, recursos humanos e impacten positivamente en el beneficiario y en la balanza de pagos de la institución. Generalmente, desde este principio, las acciones sanitarias estatales obedecen a enfoques preventivo-promocionales debido a su alcance en cobertura a bajo costo. Por el contrario, las prestaciones estatales de mayor complejidad

no son eficientes desde el punto de vista económico, debido a su alto costo y menor impacto a nivel de cobertura y número de beneficiarios. Una salud mercantilizada produce una segmentación negativa hacia los estratos de menores ingresos pues minimiza su cobertura en especialidades, para cubrir acciones de tipo promocional y preventiva de alto impacto.

CAPÍTULO IV

DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO: 1990-1994

«El marco que coloca la transición a la democracia a los sectores sociales, tiene como primer efecto develar la crisis que estos sectores sufren, pero que la represión dictatorial ocultaba. En el sector salud, las nuevas condiciones políticas han permitido que problemas afloren y que su percepción sea masiva. Las encuestas realizadas localizan a la salud como el problema de mayor preocupación (Requena, 1992, p. 24)».

1. LA SALUD EN EL ESCENARIO DE LAS ELECCIONES PRESIDENCIALES DE 1989

Posterior a los 16 años de intervención de la dictadura cívico-militar, el sistema de salud chileno evidenció, sin medida, las condiciones en las cuales la democracia recepcionaba la infraestructura hospitalaria, los otrora imponentes hospitales que eran orgullo del Servicio Nacional de Salud, se presentaban fríos y descascarados, realidad que contrastaba radicalmente con los modernos y cómodos centros de atención privada.

La herencia que dejó la administración de Pinochet en materia sanitaria fue controversial en sus inicios: para algunos, exhibiendo un deplorable escenario triste y sombrío, para otros, era el indicio de privatizar la salud debido a la ineficiencia del Estado para administrar los establecimientos hospitalarios; divergencias respecto del rol estatal en materia de política

sanitaria que se vislumbraba con intensidad ad portas de las elecciones presidenciales. En diciembre de 1989 Chile tuvo sus primeras elecciones democráticas luego de la dictadura, postulaban al cargo: Hernán Büchi, ex ministro de economía del régimen militar, Francisco Javier Errázuriz, de tendencia centro derecha y Patricio Aylwin de la coalición denominada Concertación, de centro izquierda. Sesenta días antes de las elecciones los candidatos tuvieron la oportunidad de expresar su visión de país, en específico sus propuestas programáticas para salud, en la celebración del III Seminario Coyuntura de Salud, organizado por la Asociación de ISAPRES AG. Esta instancia tuvo especial connotación debido a la presencia de distintas entidades sindicales, colegios profesionales, organizaciones no gubernamentales y territoriales de la comunidad; debate que se constituyó en un campo en disputa entre las opciones: a) continuidad de las políticas neoliberales del régimen militar, o b) el cambio a programas de gobierno de tendencia socialdemócrata.

¿Cuáles fueron los planteamientos de cada una de estas opciones políticas?

A la luz de los principales indicadores de salud que medían el estándar sanitario de los países modernos y desarrollados, el discurso de la continuidad de las políticas neoliberales que mantenían armonía con los lineamientos del régimen militar, esgrimía que Chile entre 1970 y 1989, había logrado evitar la muerte de 200 mil niños; paralelo a ello, se redujo las tasas de mortalidad materna, las tasas de mortalidad neonatal y las tasas de desnutrición, factores que en conjunto con las adecuadas políticas en materia sanitaria aumentaban la expectativa de vida en 10 años, claro signo de progreso y desarrollo económi-

co para el conjunto de los habitantes. Señalaba el candidato Hernán Büchi.

En los últimos 20 años Chile ha pasado a tener una de las más bajas tasas de mortalidad infantil en Latinoamérica. En 1970 la mortalidad infantil en Chile era superior al promedio latinoamericano. La cifra para 1988, alrededor de 19 muertes de menores de un año por cada mil niños nacidos vivos, es mucho menos desfavorable que la que se observa en países de situación económica comparable a la de Chile. Y sólo levemente peor que la de los países desarrollados. El indicador así presentado parece frío, pero no lo es si reflexionamos acerca de lo que ello significa. Hoy viven alrededor de 200 mil niños más, gracias a la disminución en la tasa de mortalidad infantil.

Una evolución también positiva presentan las tasas de mortalidad materna, las tasas de mortalidad neonatal y las tasas de desnutrición.

Las expectativas de vida al nacer han aumentado cerca de 10 años, respecto de las existentes en 1970. En los grupos más desposeídos este aumento en los años de vida ha sido aún mucho más importante.

La primera causa de muerte son hoy las enfermedades cardiovasculares, luego los tumores malignos, luego los traumatismos y, a continuación, las enfermedades del aparato respiratorio. Este es un cuadro semejante al que se observa en países de desarrollo muy superior al nuestro y conforman, en el contexto amplio de los indicadores de salud chilenos, una

visión de claro progreso respecto de décadas pasadas (Büchi, 1989, p. 102).

A los ojos del candidato presidencial Hernán Büchi, estos indicadores sanitarios evidenciaban que las políticas económicas avanzaban en la senda correcta, coherente con el régimen militar visualizaba la iniciativa privada y el fomento de la libre competencia como modelo de sociedad, ejercicio del derecho de libre albedrío que permitiría convertir al ciudadano en un inversor de sí, para lograr una “sociedad abierta que nos brinde a todos las oportunidades de surgir en base al mérito” (Büchi, 1989, p. 101).

Libertad garantizada para desplazarse entre un sistema de salud público a uno privado acorde a los principios soberanos de consumo. Negar esta realidad, concretada vía derecho constitucional, transgrediría los principios básicos de una sociedad democrática, debido a que la incorporación del modelo neoliberal en las políticas sanitarias había anclado profundamente en las aspiraciones de libertad y dignidad de las personas, dignidad ahora entendida como la facilidad para acceder a las oportunidades que otorgaba el modelo empresarial de mercado para avanzar en el logro de metas y aspiraciones a una mejor calidad de vida. El anhelo democrático mantenía un fuerte sesgo clientelar.

Cuando se da la capacidad de elegir y de exigir a las personas, a los beneficiarios, el efecto es en el mediano y largo plazo, siempre, de una mayor eficiencia en los servicios prestados. Eficiencia medida respecto a lo que es requerido, a lo que es buscado por la población y por los individuos.

Ciertamente, en salud es valioso asegurar a las personas que puedan ejercer lo más plenamente posible estos derechos.

Este principio en realidad fue ignorado en Chile por largos años, y no sólo en Chile sino que en otros países del mundo también. Estoy convencido que la creación de las Isapres ha permitido dar un paso adelante en esta materia y comprobar el valor de la aplicación de este principio también en el área de la salud (Büchi, 1989, p. 108).

El candidato Hernán Büchi, exministro de economía del régimen militar, representaba explícitamente la continuidad de la senda económica iniciada en 1973, su discurso sustentado en una sociedad de oportunidades para los chilenos vía fortalecimiento de la productividad, garantizaba el acceso a derechos básicos manteniendo coherencia a los reajustes económicos aplicados en su cartera. Desde el programa neoliberal se proyectaba continuar la reducción del Estado fomentando la externalización de servicios sanitarios en el sistema privado, en palabras de Gerardo Jofré, economista de la campaña, “la candidatura de Hernán Büchi plantea ir tendiendo a un sistema en que toda la población esté en Isapres, y esté en Isapres con la ayuda del Estado, con subsidio del Estado” (Jofré, 1989, p. 155). La oportunidad que ofrecía el sistema neoliberal para potenciar la inversión privada, naturalizaba sin ningún cuestionamiento, el usufructo de la economía estatal para favorecer el fomento de la inversión privada; la ineficiencia de la administración del Estado proferida sistemáticamente por el sector conservador, generaba las condiciones de posibilidad para que el discurso económico en salud sea considerado una oportunidad para la sociedad chilena, en estas condiciones,

el programa de Hernán Büchi bajo el eslogan de un nuevo mañana para Chile, proyectaba mantener la senda del crecimiento económico beneficiando al conjunto de la sociedad por la dinámica básica del chorreo económico.

Para los 17 partidos asociados en la Concertación, el crecimiento económico logrado en dictadura era consecuencia de un modelo represivo que ignoraba derechos laborales básicos. Si bien no desconocían los datos duros vinculados a la disminución de la tasa de mortalidad infantil, se argumentaba que estos obedecían a una tendencia global asociada, en el caso chileno, a las políticas sanitarias desplegadas desde el año 1925 y que se incrementaron con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952. Sin embargo, el centro del planteamiento, que proponía el candidato Patricio Aylwin no estaba vinculado a los datos sanitarios duros, sino, a aspectos transversales de una política económica que mermaba directamente la calidad de vida y salud de las personas. Si bien el aumento de las expectativas de vida y la disminución de la mortalidad materna generaban un impacto real en la salud de los chilenos, había otras brechas que eran síntomas de un sistema sanitario en crisis. La salud en Chile se percibía profundamente desigual y segmentada, deteriorada por la disminución sistemática del aporte fiscal y la falta de solidaridad del sistema privado. Enfático Patricio Aylwin cuestionaba las externalidades negativas asociadas a un sistema de salud centrado en la racionalidad económica y no en las características epidemiológicas de la población.

- Las diferencias y desigualdades en el acceso son el hecho central de la situación de salud en el Chile de hoy y ellas provocan una insatisfacción evidenciada en las encuestas de opinión y en las múltiples expresiones de la comunidad nacional.

- Son muchos los chilenos que deben levantarse de madrugada para obtener una atención de policlínicos o concurrir a una posta si esa demanda no es satisfecha. Hoy día una de cada tres consultas son realizadas en los servicios de urgencia.
- La realidad de los hospitales no es menos dramática. Ahí faltan camas, recursos esenciales y medicamentos. Para poder operarse un paciente debe esperar entre dos y seis meses según sea su enfermedad.
- Fenómenos similares de racionamiento ocurren con el acceso a especialistas, a exámenes de laboratorio, a medicamentos o anteojos.
- Las causas de este deterioro son también evidentes y conocidas, fundamentalmente la disminución de recursos para el sector público de salud.

En esto el régimen militar optó por:

- a.** La disminución del aporte fiscal en salud.
- b.** El aumento de la cotización previsional haciéndola más cara para los usuarios.
- c.** La separación de los recursos de las rentas más altas hacia un subsistema propio rompiendo la solidaridad global del sistema (Aylwin, 1989, p. 129).

Desde el programa de la Concertación se cuestionaba la libertad de elección de programas sanitarios regulados exclusivamente por las leyes de oferta y demanda, principalmente debido a la naturaleza y fallas del mercado de la salud. Se propone entonces, continuar con un Estado subsidiario, fortalecido, capaz de regular y controlar las imperfecciones del comportamiento de los mercados en el ámbito de salud, subsidiando a los grupos familiares en los casos que corresponda, es decir, sólo se entregarían subsidios en el marco de la modalidad de libre elección y gratuidad de la atención coherente con los programas del Fondo Nacional de Salud (FONASA). La clase política y social de inicios de los años 1990 no concebía la posibilidad de imaginar un sistema de salud sin la participación del sector privado, incluso, más factible era la idea de imaginar una sociedad sin participación del Estado como proveedor de servicios sanitarios.

En diciembre de 1989 es elegido Patricio Aylwin, iniciando el período de gobierno de los partidos políticos de la Concertación, que gobernará entre los años 1990 hasta 2010, sumando un total de cuatro presidentes, entre ellos, la primera mujer presidenta en la historia de Chile. Se incorporarán distintos programas, según los períodos presidenciales, materializados en una serie de reformas en el sector salud, que otorgarán un nuevo rostro a la salud pública.

Cabe señalar que la destreza del gobierno neoliberal implementado en el régimen militar, no es opacado en el hecho de haber perdido la continuidad de gobierno para dar paso al proyecto político de la Concertación; su victoria fue instalar y resistir, durante el proceso de transición, los principios de libertad, competencia y derecho a elección como patrimonio jurídico y social de la población, incorporando naturalmente

la privatización de las políticas de salud, educación y vivienda, sin necesidad de represión sino por la vía democrática.

2. LA CONSTATACIÓN DE LA REALIDAD SANITARIA EN CHILE

Iniciado el año 1990 el nuevo gobierno que asumía la dirección del país se encontraba con la difícil tarea de retomar el camino democrático. La represión militar y el silenciamiento de la realidad hospitalaria, casos de violación de derechos humanos y crímenes cometidos durante el régimen de Pinochet, comenzarían gradualmente a develarse mientras las instituciones se fortalecían y el poder de muerte y miedo se replegaba a escenarios más cautelosos, aún no extinguidos del todo en la década de 1990.

El gobierno de Patricio Aylwin enfrentaba el desafío de la transición democrática en una sociedad polarizada producto de la vulneración a los derechos humanos, sindicales y sociales. Como consecuencia los valores comunitarios de la sociedad chilena fueron profundamente dañados con la división amigo-enemigo aplicada en dictadura militar, expresada no solo en la convivencia social, sino en la distribución del ingreso y competitividad económica. La participación del gasto por hogar disminuyó en los grupos familiares más pobres, la desigualdad afectaba el consumo de los sectores de menores ingresos jibarizando el acceso a satisfactores de primera necesidad. Para el caso de Santiago señala Ffrench-Davis.

La participación del 40% más pobre de los hogares (quintiles I y II) disminuyó de 19,4% en 1969 a 14,4% en 1978 y a 12,6% en 1988; es decir, su participación en el gasto total de las familias

santiaguinas se redujo en ese lapso en un tercio. En cambio, el quintil más rico mejoró de manera sistemática su posición relativa, pasando de 44,5% en 1969 a 54,9% en 1988. Además, éste fue el único quintil cuyo gasto por hogar se elevó en términos reales entre 1969 y 1988 (Ffrench-Davis, 2014, p. 304).

Las políticas socioeconómicas aplicadas durante el gobierno militar no fueron efectivas para disminuir la pobreza en Chile, por el contrario, en el escenario democrático los indicadores económicos develaban un incremento significativo de la desigualdad social. El reajuste presupuestario, la eliminación de la gratuidad en salud, educación y una fuerte política represiva hacia el movimiento sindical afectaron a los sectores más vulnerables de la sociedad chilena. El 17% de la población se encontraba en condición de indigencia en 1987, indicador que gradualmente fue disminuyendo en la medida que se aplicaban políticas de carácter redistributivas. Como se observa en la tabla N° 10, durante el período de los gobiernos de la Concertación los indicadores de pobreza descendieron progresivamente hasta llegar a un 11,5% durante el año 2009. Finalizando el primer gobierno de la Concertación en 1994, los indicadores económicos según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) ubicaban “por debajo de la línea de la pobreza a los hogares cuyo ingreso per cápita era inferior en esa fecha a \$30.000 e indicó que la frontera de la indigencia se produce con ingresos por personas de \$15.050” (Fazio, 2010, p. 15); al año 1994 el 27,5% de la población chilena vivía con menos de \$30.000 al mes por persona, valor equivalente al 23,2% de los hogares de Chile.

Tabla N° 10. Evolución de la pobreza en Chile, 1987-2009

Personas	1987	1990	1994	1998
Indigentes	17.4	12.9	7.6	5.6
Pobres no indigentes	27.7	25.7	19.9	16.1
Pobreza total	45.1	38.6	38.6	21.7

Personas	2000	2003	2006	2009
indigentes	5.7	4.7	3.2	3.6
Pobres no indigentes	14.9	14.1	10.5	7.9
Pobreza total	20.6	18.7	13.7	11.5

Hogares	1987	1990	1994	1998
Indigentes	13.5	10.6	6.2	4.7
Pobres no indigentes	24.5	22.7	17.0	13.1
Pobreza total	38.0	33.3	23.2	17.8

Hogares	2000	2003	2006	2009
Indigentes	4.6	3.9	2.7	3.3
Pobres no indigentes	12.0	11.5	8.5	6.5
Pobreza total	16.6	15.4	11.3	9.8

Fuente: Ffrench-Davis, 2014, p. 308.

La desigualdad de la sociedad chilena no sólo se expresaba en el campo económico, sino además en las fracturas comunitarias derivadas de la dinámica amigo-enemigo heredadas en dictadura. El nuevo gobierno democrático procuraba superar estos problemas, la paz social era necesaria como signo de gobernabilidad para acceder a un escenario socio-político de mayor estabilidad. Al respecto la estrategia utilizada por el primer gobierno de la Concertación estará sustentada en base a los consensos y el acuerdo de las grandes mayorías, así queda de manifiesto en los primeros mensajes presidenciales de Patricio Aylwin:

- La lógica de guerra que dividía a los chilenos en amigos y enemigos ha sido superada por la lógica de la paz, en que todos nos reconocemos como compatriotas, cualesquiera que sean nuestras diferencias (Aylwin, 1990, p. 3).
- Chile es hoy un país reconciliado, en que la fatídica división entre “amigos y enemigos” que imperó por tanto tiempo ha cedido lugar a una convivencia entre compatriotas capaces de respetarnos en nuestras legítimas diferencias y de lograr acuerdos y aunar esfuerzos en la búsqueda del bien común (Aylwin, 1992, p. 1).

El destino social, económico y político seguirá la senda de los grandes acuerdos, generando modificaciones constitucionales, sociales y económicas en la medida de lo posible, manteniendo el delicado equilibrio que prolongará la paz social en la década de 1990. Estos consensos mantendrán continuidad con lineamientos de la administración anterior en materias importantes de la dinámica sanitaria:

- a.** En cuanto a la municipalización de la salud, siguiendo la senda de la descentralización, se mantiene la estructura de administración municipal en APS, que se terminará de concretar en 1993 con el traspaso de los consultorios adosados a hospitales para ser administrados íntegramente por los municipios. Continúa la división administrativa del sistema en 27 Servicios de Salud, que en años venideros aumentarán su importancia y su poder de negociación con los gobiernos locales.

- b.** Respecto del fomento de la intervención del sector privado en salud, se mantiene el reconocimiento constitucional de las ISAPRES, perpetuando la subdivisión de una salud pública y privada, relación que se presentará con mayor intensidad durante el transcurso de la década de 1990.

- c.** La focalización de recursos se mantiene para los segmentos económicos que presentan mayor vulnerabilidad social; estratificando los subsidios en salud a través de FONASA A, B, C y D; pagando un copago de la prestación de salud los segmentos C y D; y los estratos B, C y D en la modalidad de libre elección. La estructura sanitaria que regirá el destino de la salud pública durante los primeros dos gobiernos de la Concertación quedará delimitada principalmente por las reformas sanitarias realizadas durante la década de 1980. La continuidad de las políticas neoliberales instauradas en dictadura será reformulada en el aspecto social bajo el principio de crecimiento con

igualdad, no obstante, manteniendo la figura de Estado subsidiario.

En el escenario de mayor apertura al diálogo democrático los Cuadernos Médico Sociales, retomarán su rol activo en la divulgación del pensamiento sanitario crítico. Luego del silenciamiento estratégico de su discurso en años de dictadura, mediante publicaciones técnico-científicas, logran sobrevivir como aparato cultural durante los 16 largos años del régimen militar, años difíciles para la mayoría de sus fundadores y colaboradores que vivenciaron el poder represivo de la dictadura. Como relata Carlos Montoya:

En el segundo semestre de 1973 se hizo cargo de Cuadernos el nuevo Presidente del Colegio, Dr. Hugo Salvestrini, acompañado por los Dres. Carlos Salomón y Alfredo Patri, salubristas. Puede deducirse de este cambio la importancia que había adquirido la Revista y la decisión de los médicos de proteger y continuar su publicación, dada la circunstancia de que varios de los miembros del equipo editor anterior pasaron a la cárcel o el exilio por decisión del gobierno recién instalado (Montoya, 2009, p. 134).

En el período de transición a la democracia la política de los grandes acuerdos conducirá al sistema de salud pública a una alianza cada vez más estrecha con la salud privada, compartiendo dinámicas de atención, cuya línea divisoria se hará más tenue, adquiriendo mayor relevancia la figura de un seguro de salud financiado obligatoriamente por los usuarios con aportes mínimos del Estado y de los empleadores. El modelo económico neoliberal se va incorporando progresivamente al

sistema sanitario chileno bajo el discurso del derecho a elección de las personas, la salud neoliberal se presenta cada vez más sofisticada, incluyendo una cartera de prestaciones diversa que condicionará una mutación del rol de la salud pública, homogeneizándose con sutileza al sistema de salud privado, símil que se reflejará tanto en infraestructura y significativamente en la planificación del sector según la tendencia de la oferta y demanda con proyección a la autogestión. Privatización silenciosa que opera sistemáticamente en el sistema de salud chileno mediante la reducción de financiamiento y funciones del Estado como ente proveedor de salud.

El camino de la salud neoliberal en el contexto democrático no estará erigido sobre la base de la competencia sino en la complementariedad de ambos sectores a través de la externalización de servicios hacia el sector privado y por ende con tendencia a la desinversión del sector público. Sustentado en un Estado subsidiario la política sanitaria estatal tendrá como área de conflicto la racionalización de los recursos cada vez más escasos, minimizando el debate de fondo, es decir, la salud asociada a un derecho de las personas. Problema que queda explicitado en los Cuadernos Médico Sociales en los primeros años de democracia.

Se discute el financiamiento que se le entrega al sector público de salud y el problema de fondo, es si el Estado chileno, la sociedad chilena adopta como su concepción que la salud es un derecho de los chilenos y que la salud pública debe enfrentarse a un problema solidario (Debate Estatuto Salud Primaria, 1992, p. 34).

La disminución de recursos al sector público es la explicitación más concreta del deseo de destruir el sistema público de salud para dar paso a un sistema no mixto, sino híbrido (Sánchez, 1992, p. 6).

Sin embargo, el camino hacia una salud neoliberal, gestada en 1973, no alcanzó su total liberación, cual era, en palabras de Hernán Büchi, ISAPRES para todos. Iniciado el gobierno de Patricio Aylwin el proyecto interrumpido de la privatización radical de la salud comienza a ser intervenido logrando políticas redistributivas que se traducirán, iniciada la década de 1990, que entre el “60 y 65% de la población recibía atención en sistema público de salud, porcentaje sólo un poco inferior al de 1970” (Raczynski, 1995, p. 229). La salud pública comienza a adoptar criterios de integración social, incidiendo entre otras cosas, el aumento del gasto social. Como señala French-Davis (2014) la inversión pública en salud se incrementa en los primeros años de democracia debido al crecimiento del PIB, promediando un 7% anual entre 1990 y 1998, sumado a la reforma tributaria implementada en 1990 que reincorpora el gravamen sobre las utilidades de las empresas y aumenta el IVA de un 16 a 18%; además de un significativo aumento en el valor del cobre.

En este escenario de prosperidad económica los dos gobiernos de la Concertación: Aylwin 1990-1994 y Frei Ruiz-Tagle 1994-2000 aplicarán políticas de carácter redistributivo que tendrán especial énfasis en salud, en primera instancia generando un levantamiento de indicadores cualitativos y cuantitativos respecto de la crisis hospitalaria que ocultaba la represión militar, posteriormente realizando inversión en infraestructura, remodelación y construcción de establecimientos sanitarios.

2.1. LA CRISIS DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Asumido el gobierno del presidente Patricio Aylwin, se pudo constatar en terreno las falencias que dejaba la administración anterior, en especial en salud, un sector fuertemente castigado con los ajustes presupuestarios orientados a enfrentar la crisis económica que afectó al país a inicios de los años 1975-76 y 1982-83, racionalización económica que se observó agudizada con el modelo de Estado Subsidiario y su consecuente reducción del gasto público en materia de políticas sociales. El diagnóstico del Ministro de Salud Julio Montt Momberg era enfático, se señalaba con claridad una crisis hospitalaria del sector público derivada de la ausencia de proyectos de desarrollo e inversión en el sector.

Si bien es cierto antes del gobierno democrático había indicios suficientes respecto de la crisis hospitalaria, recién una vez asumido el gobierno del presidente Aylwin se pudo constatar el enorme déficit de inversión del sector; más grave aún es el hecho que a pesar del alto nivel de deterioro del sector, éste no contaba con proyectos de desarrollo (Montt, 1992).

La ausencia de proyectos de desarrollo agravados por la falta de financiamiento del sector afectó la imagen de los hospitales: su honorabilidad como instituciones de calidad creadas para favorecer la salud de la población padecía un constante cuestionamiento social. La crisis del sistema público sanitario, no obedecía esquemáticamente a las precarias condiciones de infraestructura, en la cual efectivamente se encontraban los hospitales, sino a una crisis existencial, la agonía del sistema

público hospitalario reflejaba la intención racional de la élite económico política de modificar la figura público hospitalaria para potenciar un sistema privado de salud.

Durante el régimen militar hasta los primeros años de la década de 1990 los hospitales públicos eran instituciones con un alto grado de desacreditación, como describe Jorge Sánchez en los Cuadernos Médico Sociales, la carencia de recursos se evidenciaba en “la falta dramática de insumos que no sólo significa falta de medicamentos, sino también de elementos tan simples como agujas, algodón, etc.” (Sánchez, 1992, p. 6), este déficit de recursos afectaba seriamente la capacidad resolutive. Crisis hospitalaria que se traducía en largas horas de espera de los usuarios, realidad que se agravaba en los períodos de invierno producto de las enfermedades estacionales oportunistas que atacaban sin piedad a los sectores con mayor grado de vulnerabilidad social. La crisis hospitalaria, describía Juan Giaconi, radicaba en esencia en el bajo poder resolutive del sistema de salud público para dar respuesta a la demanda de la población.

En Chile, la situación se focaliza particularmente en una “crisis hospitalaria”. Los Hospitales públicos no cumplen las expectativas de equipamiento, dotación tecnológica y por ende poder resolutive que se esperaría para nuestro perfil epidemiológico de morbilidad y el avance de la tecnología en el mundo desarrollado (Giaconi, 1992, p. 12).

El bajo poder resolutive de los hospitales revelaba el duro momento que vivía el sistema sanitario público, la escasez de insumos farmacológicos y material de apoyo clínico incidía directamente en las probabilidades de recuperación de las

personas. La falta de recursos en el sector público de salud redujo la disponibilidad de tecnología y obsolescencia de instrumental técnico de alta complejidad, sin embargo, los aspectos con mayor grado de visibilidad estaban asociados a las condiciones de infraestructura, mantención y reparación de los establecimientos hospitalarios.

El sistema de salud estatal no contaba con las condiciones técnicas para dar respuesta y resolución a factores epidemiológicos de la población, la capacidad operativa estaba colapsada por la ausencia de decisiones técnicas sanitarias en tiempos coherentes a la realidad país, la ausencia de un sistema estadístico oportuno restringía la formulación de planes, dirección y control de las políticas públicas de responsabilidad del Ministerio de Salud,

la organización actual está dedicada a labores ejecutivas y se han descuidado las labores de planificación y programación, como también la evaluación de resultados, acción que se ve muy dificultada por el atraso en más de dos años de las estadísticas (Sánchez, 1994, p. 28).

La carencia de indicadores respecto del número de prestaciones realizadas por año, así como, el desconocimiento del comportamiento de la demanda, la ausencia de notificación de casos de enfermedades sensibles para el resguardo de la seguridad de la población; constituyen elementos básicos que debieran estar en orden para desarrollar adecuadamente un sistema de gestión de salud que ha enfocado sus esfuerzos y recursos en un sistema sanitario que mantiene estrecho vínculo con el modelo de desarrollo económico neoliberal. Como consecuencia de la deficiente información del sector

las principales funciones del Ministerio de Salud se observan mermadas, su capacidad de dirección está obstruida por la ausencia de planificación, resolviendo problemas emergentes, sin un diagnóstico adecuado que oriente eficientemente las acciones; aspecto que fortalece las fallas del mercado en salud, así como la asignación irregular de recursos y condiciona un escenario de vulnerabilidad debido al desfase en el uso de la información sanitaria y los vicios en su planificación. Como consecuencia de aquello la ausencia de evaluación de los programas y el débil ajuste acorde al comportamiento sanitario de la población, favorecen la desarticulación del sistema e impide que los servicios de salud puedan aplicar un enfoque territorial coherente a la realidad local, situación de vital importancia, en virtud del giro de las políticas públicas hacia atención primaria; el descuido en materia de planificación y programación de las políticas sanitarias, principalmente por la ausencia de información acorde a los tiempos de la dinámica sanitaria, facilitó la pérdida de unidad de un sistema de salud sustentado operacionalmente en la descentralización. La articulación de los 27 servicios de salud y la supervisión del sistema de salud privado, fraccionado por los distintos prestadores privados, requerirá de un Ministerio de Salud fuerte para garantizar lineamientos básicos para abordar aspectos de promoción, prevención y rehabilitación de la salud.

Tabla N° 11. Servicios de salud y cobertura en 1994

Servicio de salud	Población asignada	Hospitales	Consultorios urbanos	Consultorios rurales	Postas rurales
Arica	206.083	1	3	1	6
Iquique	172.564	1	3	2	12
Antofagasta	392.520	5	10	1	13
Atacama	202.576	5	14	6	14
Coquimbo	505.916	9	7	6	92
Valparaíso San Antonio	412.089	6	13	3	18
Viña del Mar Quillota	779.828	10	13	8	28
San Felipe Los Andes	202.671	5	3	8	11
Libertador General Bernardo O'Higgins	668.294	15	7	14	81
Maule	880.005	13	10	20	125
Ñuble	424.025	8	3	15	48
Concepción Arauco	660.549	11	13	3	43
Talcahuano	336.097	3	4	-	5
Bío Bío	316.274	7	2	8	66

Servicio de salud	Población asignada	Hospitales	Consultorios urbanos	Consultorios rurales	Postas rurales
Araucanía	823.103	20	9	9	186
Valdivia	336.512	7	7	8	58
Osorno	219.415	4	7	2	30
Llanchipal	389.599	14	7	7	142
Aysén	84.539	5	2	-	28
Magallanes	171.059	3	4	-	11
Metropolitano Norte	580.113	5	10	5	6
Metropolitano Occidente	994.504	7	14	5	24
Metropolitano central	640.112	2	9	-	-
Metropolitano Sur oriente	1.032.684	2	13	2	8
Metropolitano oriente	990.927	5	19	-	-
Metropolitano sur	1.009.349	-	22	4	11

Fuente: elaboración propia, en base a documento La gestión del Ministerio de Salud (1994). Informe del sector salud durante el gobierno del presidente Patricio Aylwin Azócar. Chile 1990-1994. Ministerio de Salud.

En este escenario, el diagnóstico del funcionamiento del Ministerio de Salud está asociado a una planificación débil del sector:

- a.** falta de cohesión sistémica de los distintos subsistemas tanto públicos como privados que conforman la red de prestadores de salud,
- b.** ausencia de horas profesionales que permitan desarrollar adecuadamente los programas garantizando calidad de las prestaciones y
- c.** un énfasis excesivo en el control del uso de los recursos, racionalidad que se observa obstruida al existir falencias graves en la disponibilidad de la información, obedeciendo más a una lógica de control del gasto en salud que a una *planificación eficiente en el uso de recursos*.

El deterioro de los hospitales era sistémico, abarcaba todas las áreas de la salud pública; así, el recorte presupuestario afectó a los funcionarios quienes recibían remuneraciones significativamente menores que en el sector privado, provocando una migración hacia éste en busca de mejores condiciones laborales y económicas. Según señala el MINSAL (1994) en 1990 había un déficit de 11.000 cargos.

Los bajos sueldos, condiciones adversas de trabajo y la ausencia de políticas de desarrollo funcionario facilitaban la percepción de los establecimientos públicos como lugares poco encantadores para contener y albergar a profesionales al servicio de la comunidad, incidiendo en estadías cortas o directamente no constituían opción laboral para médicos y enfermeras. Al respecto Mario Requena describe que en los primeros años del retorno a la democracia, los establecimientos públicos disponían de un 27% menos de personal médico y un 30% menos de enfermeras(os) que el promedio latinoamericano.

Los recursos humanos para el sistema de salud se han deteriorado durante la administración anterior. Actualmente Chile dispone de 27% menos médicos y 30% menos enfermeras que el promedio latinoamericano (...) La política seguida en los últimos 16 años ha influido en ello. La creación del seguro privado, la disminución de contratación de médicos por el sector estatal, la municipalización, el crecimiento de nueva tecnología y su instrumentación, el costo de la enseñanza médica básica y de especialidad y el individualismo profesional han afectado sin dudas la distribución de los profesionales, no sólo geográficamente, sino que además por estrato socioeconómico y por instituciones (Requena, 1992, p. 33).

El individualismo profesional y el desempeño laboral en nichos socioeconómicos más favorables para el emprendimiento económico, condicionó una aguda brecha entre las comunas más ricas y aquellas con menores recursos. La movilidad profesional se concentraba en los entornos con mayor desarrollo urbano y mayor circulación de capital, así, los lugares más extremos o poblados asociados a entornos con mayor grado de ruralidad no constituían sectores atractivos para el ejercicio de la profesión, por el contrario, aquellas profesiones que dependían en mayor grado del tutelaje institucional, o que no podían ejercer libremente su actividad, en rigor, se vieron obligadas a permanecer en las instituciones públicas. No obstante, las actividades laborales que se observaron indudablemente beneficiadas por el desarrollo del sector privado de salud, fueron aquellas que poseían menores restricciones respecto de su movilidad para el ejercicio libre de la profesión, es decir, aquellas que tenían mayor probabilidad de autoemprender. Movilizándose sin problema acorde al comportamiento de la oferta y

la demanda, los médicos empresarios de sí, se concentraron en el sector privado, siendo este un hecho histórico, puesto que antes de 1973 las instituciones públicas constituían un espacio obligado en el cual los médicos demostraban ante sus pares y a la comunidad sus conocimientos. Como argumenta Jorge Sánchez: “por primera vez en la historia de este país la mayoría de los médicos trabajan en el sector privado pese que los servicios públicos deberían atender al menos el 80% de la población” (Sánchez, 1992, p. 6).

El lucrativo negocio de la salud se observó fuertemente amplificado con la creación de las Instituciones de Salud Previsional, si bien es cierto, la práctica médica independiente no es un fenómeno nuevo, antes de 1973 ésta tenía una fuerte vocación pública, campo en el cual los profesionales de la salud, validaban sus conocimientos y fortalecían sus experiencias a través de la constatación de distintas realidades socioeconómicas del país. Mediante la canalización política hacia lo público, fueron los médicos quienes impulsaron una serie de reformas que afectaron positivamente los indicadores sanitarios del país¹⁶, un rol especial jugaron los médicos en la primera mitad del siglo XIX para reducir la mortalidad infantil, enfermedades venéreas y salud ambiental, favoreciendo positivamente la calidad de vida de las personas; en especial aquellas afectadas por las externalidades negativas de la práctica industrial capitalista. Sin embargo, el cambio

16. Investigación que tratan esta temática se pueden observar en Illanes, M. A. (2006). *Cuerpo y sangre de la política: La construcción de las Visitadoras Sociales (1887-1940)*. Santiago: LOM. También en: Illanes, M. A. (2010). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia: Historia social de la salud pública, Chile 1880-1973*. Santiago: Ministerio de Salud; Molina (2010). *Institucionalidad Sanitaria chilena, 1889-1989*. Santiago: LOM. Urriola, R., Massardo, J., Molina, C., Monasterio, H. (2009). *Historia de la protección social de la salud en Chile*. Santiago: LOM.

ideológico desde principios de la década de 1960 agudizado en la década de 1980, derivó en dinámicas nuevas para abordar lo público. Posterior a las transformaciones establecidas por la elite económica-militar en 1973, el modelo empresarial y productivo se expandió en áreas sensibles de la sociedad: educación, vivienda y salud, incorporaron el modelo de gestión productiva acabando con las prácticas discursivas asociadas a la medicina social. Como señala Illanes:

Para algunos médicos comprometidos con el concepto y práctica de la “medicina social”, el cambio más importante ocurrido a partir de 1973 en el campo de la salud chilena consiste justamente en esta pérdida de la vinculación entre la institucionalidad de salud y la sociedad de base (Illanes, 2010, p. 509).

En los años venideros la medicina social se elimina como práctica sanitaria político-vocacional y gradualmente será silenciada por la emergencia de la técnica, quedando sólo un vestigio romántico de ella, que cobrará vida más en el espíritu que en lo concreto con el enfoque participativo y promocional de la salud familiar. Los médicos en este contexto, abandonan sistemáticamente el sector público, así lo declara René Merino, presidente de la asociación de ISAPRES en 1989.

Por otra parte, no es desdeñable considerar el impacto que el sistema de atención privado ha tenido sobre las remuneraciones médicas; hoy día casi el 60% de éstas están dadas por el sector privado, en relación con no más del 18 ó 19% de la población.

Ya nos hemos referido a que estos aspectos han determinado en gran medida el que hoy en día una parte minoritaria de los

médicos del país trabajen en el sector estatal. Yo no sé si esto es malo o bueno, no me cabe ninguna duda que para el cuerpo médico es favorable el tener numerosos empleadores y no estar dependiendo exclusivamente del monopolio y omnipotente Estado (Merino, 1992, p. 38).

Como se ha señalado a lo largo de este capítulo, las políticas sanitarias neoliberales permearon profundamente las dinámicas productivas de los trabajadores que se desempeñan en el sector salud. El fomento de la competencia en las estructuras productivas favoreció el emprendimiento del ejercicio profesional en aquellas disciplinas que presentaban mayor flexibilidad para adaptarse a las nuevas reglas del juego económico, no obstante, muchos profesionales, funcionarios técnicos paramédicos, administrativos y auxiliares de servicios; estuvieron obligados a mantenerse en sus puestos laborales pese a las precarias remuneraciones y las condiciones adversas donde realizaban su trabajo. Complementario a esto, el modelo neoliberal, promotor de la competencia, afectó profundamente la dinámica de las relaciones laborales, dañando la cohesión de trabajadores que, previo a 1973 alcanzó su nivel más alto de negociación. En efecto, declara Salazar y Pinto, entre 1970 y 1973 el proyecto político de la Unidad Popular “descansaba sobre una concepción mucho más protagónica, incluso central del trabajador como conductor del proceso productivo” (Salazar y Pinto, 2002, p. 181). Cohesión que se fue perdiendo gradualmente producto de la intervención armada de la dictadura militar, segregando por la vía del Estado policíaco el poder de los trabajadores, que, en el ámbito de salud, se materializó con la descentralización del Servicio Nacional de Salud y el proceso de municipalización.

2.2. EL DIAGNÓSTICO SANITARIO EN EL NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La crisis del sistema público de salud, constatada a inicios de 1990, expresaba otros síntomas a nivel de atención primaria. También conocido como sector primario, este nivel de intervención formó parte de las nuevas estrategias sanitarias destinadas a enfrentar las enfermedades del nuevo milenio, mediante intervenciones ambulatorias, descentralizadas y participativas.

Si bien las estrategias preventivas y promocionales constituyen principios y referentes fundacionales de la Organización Mundial de la Salud, estos se sistematizaron como estrategias de intervención iniciada la década de 1980 como parte de los compromisos adquiridos por Chile en el marco de la convención de salud de Alma-Ata. Bajo el lema Salud para todos en el año 2000, la clase política global auspiciaba que la proyección económica podría beneficiar otros ámbitos sociales sin morigerar desarrollo. En la Declaración de Alma-Ata, se promulgaba la universalidad de la salud acorde al presupuesto y necesidades de cada país, al mismo tiempo, se dejaba un marco bien amplio para que los inversionistas privados puedan involucrarse en acciones de prevención y promoción.

La municipalización de la salud formaba parte de las transformaciones que apuntaban a externalizar servicios mediante organismos autónomos de administración local, las políticas de salud estatal asumirían niveles de mayor complejidad, pero con clara tendencia a ser traspasados al sector privado. Retomado el camino democrático, no fueron pocas las voces que se levantaron con la consigna de regresar los consultorios a la

antigua administración de los Servicios de Salud; batalla que se dio en los primeros años de 1990. Los argumentos críticos hacia la atención primaria en salud estaban relacionados con:

- a.** la precarización de las condiciones laborales de los funcionarios que fueron traspasados a la administración municipal,
- b.** segregación y fragmentación de las políticas sanitarias,
- c.** ausencia de participación en el proceso y
- d.** bajo impacto sanitario de las políticas de atención primaria en la comunidad.

La administración municipal de los consultorios constituyó un factor especial de conflicto entre las autoridades recién llegadas al poder y los distintos organismos vinculados a salud. Días antes del plebiscito de 1989, afloraban las principales críticas del funcionamiento de los consultorios administrados por los gobiernos locales. En este escenario hablaba el candidato presidencial Patricio Aylwin.

La descentralización, creemos que su expresión concreta de municipalización realizada en años recientes debe ser revisada y reformulada. Para muchos expertos, la medida en sí no es mala, pero al adoptarse durante el gobierno militar autoritario muchos de sus eventuales beneficios se han perdido, agregándosele defectos graves.

— No se ha producido una participación real de la comunidad.

— Se ha perdido la coordinación y la supervisión técnica por parte de los Servicios de Salud ministeriales.

— La carrera funcionaria ha desaparecido y prima la inestabilidad.

Todos estos defectos deberán ser enfrentados decididamente y con prontitud (Aylwin, 1989, p. 130).

Los problemas de funcionamiento de la atención primaria contribuían a agravar la crisis sistémica que vivenciaba la salud pública, la disociación de las políticas nacionales con los lineamientos de cada alcalde, favorecían los nodos críticos relacionados con una política desarticulada que no lograba unificar los 27 servicios de salud. No obstante, para la administración del gobierno militar, el proceso de municipalización favoreció el desarrollo de alianzas entre los gobiernos locales y el sistema de salud, en su defensa señalaban, más que un traspaso lineal se estaba integrando la perspectiva territorial de los alcaldes; ¿quiénes mejor que ellos conocían los problemas sanitarios de sus comunas? Se buscaba hacer más participativas las políticas de salud con la incorporación estratégica de los gobiernos locales en beneficio de mejorar las acciones de promoción y prevención. Así lo declaraba Augusto Schuster, ex ministro (s) de salud durante los últimos años del gobierno militar.

La experiencia a lo largo del tiempo me lo indica y aquí quizás podría aparecer un poco presuntuoso, pero he tenido el privilegio de haber recorrido a lo largo de mi carrera profesional –incluso como estudiante– todos los niveles de salud del país, desde la

posta rural hasta el hospital más sofisticado. Por lo tanto, he podido palpar en el terreno la importancia fundamental de la participación de la comunidad en la responsabilidad de la salud, en la detención de los problemas y en la búsqueda de soluciones. En consecuencia, creo que uno de los pasos más importantes dados en el terreno de las modernizaciones fue incorporar –fijense bien las palabras que estoy usando- incorporar la administración municipal al Sistema Nacional de Servicios de Salud. Porque no hemos entregado el nivel primario a las municipalidades para que ellos ejerzan las acciones de salud. Los hemos asociado, a través de un convenio con el Servicio respectivo. Y el alcalde sabe exactamente las tareas y obligaciones que debe cumplir y el director del Servicio correspondiente tiene muy claro cuáles son sus obligaciones en términos del control de la parte técnica. Naturalmente –y aquí lo van a ver ustedes- Chile es un país que progresa a una velocidad importante en algunos aspectos, pero aún tenemos elementos negativos que nos limitan (Schuster, 1989, p. 29).

Pese al panorama exitoso que prometió la municipalización, la alianza estratégica entre municipios y servicios de salud, no dejaba de ser observada críticamente, principalmente debido al rol que le competía a la atención primaria como primer nivel de contención de los problemas de salud de la población. Sus principales campos de acción estaban orientados a la promoción y prevención, es decir, evitar que las personas se enfermen promoviendo estilos de vida saludables. Homologable a una barrera de contención, salud primaria buscaba minimizar los efectos familiares, sociales y económicos asociados a la hospitalización de una persona. Sin embargo, la falta de financiamiento condicionó un mal funcionamiento de esta

estrategia; la cobertura de los consultorios generalmente no alcanzaba a satisfacer la demanda de la población, provocando la migración de los usuarios hacia la atención de urgencia de hospitales congestionando los servicios de mayor complejidad.

La estrategia de atención primaria estaba colapsada, los consultorios, en especial aquellos insertos en comunas pobres, no tenían la capacidad resolutive para realizar acciones de tipo curativa, menor probabilidad de realizar trabajo comunitario en ámbitos de promoción y prevención. La escasez de personal debido a los bajos salarios y la falta de proyección de los funcionarios tanto a nivel de servicios de salud como en atención primaria, contribuían a la sensación real de crisis. La salud estaba segregada sin dirección clara, se perdía el sentido de estrategia y se comenzaba a trabajar acorde a la emergencia de los problemas, generando en los trabajadores de la salud frustración, ansiedad en la comunidad e ineficiencia en la política de salud nacional. La Coordinadora Nacional de Federaciones, Sindicatos y Asociaciones Gremiales de Atención Primaria Municipalizada era enfática.

Nos oponemos a parcelar la salud en esquemas municipales y estatales que se traducen en fragmentación y desmembramiento del S.N.S.S., en la ruptura de la integralidad de la atención, con efectos perjudiciales sobre la eficiencia y la eficacia de la gestión. Prácticamente, se destruye el trabajo en equipo y se atenta contra la calidad y a la humanización de la atención¹⁷.

17. Coordinadora Nacional de Federaciones, Sindicatos y Asociaciones Gremiales de Atención Primaria Municipalizada. Análisis del Anteproyecto de la Atención Primaria de Salud Municipal. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 53-57, p. 53.

Nosotros desde el punto de vista gremial, tenemos claridad que la doble dependencia que se nos ha impuesto en cuanto a una política de salud que nos liga a nivel municipal con una línea administrativa del alcalde, intendente, y por otro lado la línea de la dependencia técnica con el Ministerio ha generado una descoordinación difícil de revertir en este momento (Barilari, 1992, pp. 45-46).

Si bien es cierto, los problemas de la municipalización de la salud comenzaron a visibilizarse con mayor frecuencia iniciado los gobiernos de la Concertación, las críticas relacionadas con el funcionamiento de consultorios y postas rurales obedían a un abandono histórico que gatilló en crisis posterior a la implementación de la estrategia de atención primaria y el gradual cambio de relato asociado a la intervención comunitaria con enfoque promocional y preventivo. Previo a esto, los consultorios y postas rurales eran referentes de derivación hacia los hospitales, la salud estaba enfocada en la hospitalización, concentrando por ende los establecimientos de mayor complejidad recursos, insumos y personal. Considerando este horizonte, el cambio de enfoque de los consultorios para lograr anticiparse al daño era estructuralmente ineficaz producto de la desarticulación del sistema público de salud, escasez de personal y precario financiamiento, situación que empeoraba el panorama de APS en las comunas con alta vulnerabilidad social, debido a la inexistencia de lineamientos nacionales que definan niveles de remuneración, número de profesionales y programación de presupuestos. Los municipios disponían de plena libertad para ejecutar los programas, libertad neoliberal siempre condicionada a la disponibilidad de recursos y capacidad administrativa de los funcionarios municipales.

La desigualdad de sueldos entre comunas era escandalosa, registrando diferencias de hasta un 50% en los salarios en igualdad de funciones. Esto sin duda afectaba la motivación de los funcionarios de la salud de atención primaria y debilitaba la calidad de las prestaciones. En las comunas más pobres las diferencias se materializaban, además de los sueldos, en las condiciones laborales, estabilidad-proyección laboral y seguridad. En este sentido el desplazamiento de recursos humanos era una de las principales debilidades del nivel primario de atención.

La percepción de los trabajadores de atención primaria respecto de sus condiciones laborales era lapidaria.

Nuestro sector se debilita a diario por la migración de los recursos humanos más calificados hacia el área privada, en circunstancias que en algunos casos los sueldos son absolutamente alejados de lo que pueden ser las condiciones de mínima dignidad de los trabajadores, con situaciones de disparidad que llegan a niveles de duplicar de comuna a comuna sueldos, como un caso que señalábamos esta mañana, del traspaso de un consultorio de Santiago y los consultorios de Conchalí, a uno de los cuales pertenezco yo, a la nueva comuna de Recoleta y con diferencias de sueldos que pueden llegar al 50%, en circunstancias que tenemos las mismas características laborales (Barilari, 1992, pp. 45-46).

El personal de atención primaria, principalmente en las comunas pobres o de regiones, se encontraba con la moral baja, la falta de horizontes y la inestabilidad laboral, generaban una dinámica basada en la incertidumbre, esto sin duda, afectaba la calidad de las prestaciones de salud, traducidas en mal trato

hacia las personas. El nivel de ansiedad de los funcionarios impedía canalizar adecuadamente las exigencias de los usuarios, quienes, desde otros campos laborales sufrían similares o peores condiciones de trabajo; esto generaba una serie de conflictos que contribuían a agravar las condiciones de las prestaciones de salud. La ira social expresada en el descontento de la comunidad, sumado al enojo de los funcionarios por la pérdida de beneficios del antiguo sistema, condenaban a la administración municipal de salud.

En este escenario de crisis de la atención primaria, ¿cómo funcionaban las estrategias de promoción y prevención en salud?

Como se ha descrito en este capítulo, la estrategia de atención primaria buscaba anticiparse al daño, es decir, destinar recursos principalmente de tipo pedagógico para minimizar el desarrollo de enfermedades. Esto amerita un trabajo comunitario para abordar los problemas e inquietudes de salud de la población considerando sus características socioculturales y sus hábitos sanitarios, en este sentido, la descentralización buscaba vincular las políticas sanitarias a la comunidad, considerando las variables sociales y territoriales, acercando la institucionalidad en salud a la población, así, se comprendería como las personas entienden el proceso de salud y enfermedad, fenómeno mediado por factores culturales e históricos.

La sobrecarga laboral en actividades de corte biomédico impedía desarrollar acciones pedagógicas con la comunidad, realidad que estaba condicionada por el discurso histórico desarrollado en dictadura, el cual, condenaba todas las actividades con grupos de personas, durante la dictadura, las actividades comunitarias solo fueron desarrolladas por ONGs. Desde la institucionalidad de salud, educación y desarrollo de

organizaciones sociales, estaba mal valorado el trabajo con la comunidad, en este contexto la institucionalidad mantuvo un intenso correlato con un estado policíaco y normativo, así lo denunciaba el funcionario Oscar Carmona de la Corporación Municipal de Santiago.

Nuestros consultorios están dedicados a hacer actividades solamente al interior del consultorio. Durante el régimen militar no había posibilidad de trabajar con la comunidad era todo mal visto, sobre todo con las ONG. Y eso originó unos funcionarios que teniendo buena calidad, y mucha vocación, se fueron anquilosando, al punto que hoy les da lata salir del policlínico (Carmona, 1992, p. 9).

En teoría la descentralización de la salud desde un componente técnico-discursivo prometía acercar los espacios de la institucionalidad a la comunidad, sin embargo, al ejecutar estos lineamientos en un contexto fuertemente represivo, los valores asociados a la participación y promoción de la ciudadanía se dejaron de lado, para adquirir mayor dimensión la descentralización administrativa que contribuyó a agravar la descoordinación entre los distintos establecimientos a nivel local, servicios de salud y Ministerio de Salud. Es importante tener presente que los problemas al interior del sistema público de salud, no pueden ser entendidos simplemente como una crisis de coordinación logística y administrativa entre los distintos niveles de complejidad de la atención, el estancamiento de la inversión en salud agudizada por las recesiones económicas de 1975-76 y 1982-83, la municipalización de la salud y con ello la externalización de las prestaciones de atención primaria, pauperizaron las condiciones laborales de los funcionarios

y la disponibilidad de recursos para cubrir la demanda de la población. La ausencia de planificación sumada a la reducción presupuestaria en salud generó una serie de inconvenientes que empeoraron la calidad de vida de funcionarios y usuarios, quienes por razones laborales o por necesidad sanitaria vieron vulnerados sus derechos.

En este sentido, el proceso de descentralización de la salud municipal se ha sometido a las mismas reglas que regulan el mercado financiero, es decir, desconcentrando las barreras territoriales para facilitar mayor circulación del capital, sin embargo, concentrando su poder en aquellos particulares vinculados a una elite social-económica. De igual forma, en la salud municipal se ha disgregado la toma de decisiones para agilizar las atenciones a nivel territorial, sin embargo, estas acciones en última instancia dependen de la distribución presupuestaria y de la generación de recursos, lo cual, refleja una dinámica totalmente opuesta a los principios que sustentan la descentralización. Esta incoherencia superficial, se observa, en parte resuelta en los inicios del proceso, como señala agudamente el ministro de salud, Jorge Jiménez de la Jara.

Hacia fines de 1980 se inicia el proceso de municipalización de consultorios, postas y estaciones de enfermería del SNSS, que culmina a comienzos de 1987. Si bien es cierto que las corporaciones municipales actualmente no son organismos “estrictamente privados”, la concepción y el objetivo de mediano plazo era que sí lo fueran y, por lo tanto, el proceso de municipalización hay que evaluarlo no sólo desde una perspectiva de descentralización administrativa y de acercamiento de la organización de salud a la comunidad, sino también como un proceso en que el Estado entrega a “organismos intermedios de

la comunidad” la ejecución de programas y proyectos de salud en Chile. En efecto, las corporaciones municipales se rigen por la Legislación de Empresas Privadas y sus trabajadores por el DL 2.200. Con la puesta en marcha de la institucionalidad definida para las municipalidades, se puede visualizar que el proceso de municipalización es uno de los cambios más relevantes del sector para adecuarse al Modelo de Economía Social de Mercado y al principio de subsidiariedad (Jiménez, 1990, p. 406).

El desmantelamiento de la salud estatal, atacada por varios flancos por el proyecto de sociedad de mercado, desplegó durante la década de 1980 toda su estrategia para minimizar el rol del Estado en las prestaciones sanitarias, de igual forma, a nivel administrativo, redujo el gasto, para incentivar la competencia económica y la circulación de capitales, lo cual significó un crecimiento económico para las instituciones vinculadas al negocio de las otrora políticas de Estado, principalmente en salud y educación, coincidentemente los sectores que fueron intervenidos con mayor intensidad en el proceso económico neoliberal. Cabe destacar que las políticas de descentralización de la salud del gobierno de Chile fueron elogiadas por el Banco Mundial en 1993, en su informe: invertir en salud, dedicando extensamente un análisis para elogiar los aciertos de la municipalización de la salud.

La delegación gradual del sistema de salud de Chile durante el último decenio indica que es posible alcanzar resultados satisfactorios cuando media un proceso moderado acompañado de capacitación y desarrollo institucional. Chile comenzó la descentralización progresiva de sus servicios públicos

de asistencia sanitaria en 1979, cuando el Servicio de Salud estableció 26 zonas de prestación de asistencia para cubrir las 13 regiones administrativas del país. A cada una de esas zonas se le recomendó la misión de dirigir todos los establecimientos públicos de atención de salud dentro de ella (asignándole a la vez más personal y una parte del presupuesto de salud). El segundo paso hacia la descentralización se tomó en 1987, cuando se transfirió a los gobiernos locales o las municipalidades la administración de la red de atención primaria (integrada por más de 2.500 clínicas urbanas y rurales, y con unos 14.000 profesionales de la salud). Las zonas del Servicio de Salud tenían la misión de supervisar las actividades de las municipalidades. En una tercera fase del proceso de descentralización, programada para comenzar a fines de 1993, el Ministerio de Salud nacional se retirará por completo de las prestaciones de servicios y dejará esta tarea exclusivamente en manos de las Zonas del Servicio de Salud, que celebraran contratos de ejecución oficiales con el ministerio (Banco Mundial 1993, p. 133).

Es relevante señalar que el proceso de descentralización de la salud mantiene una coherencia lógico militar iniciado en dictadura, no tiene relación a las características culturales y sociales del territorio, o con los factores sanitarios de la población, como probabilidad de riesgo, prevalencia de enfermedad, entre otros. En este sentido, la descentralización realizada en Chile, tiene un objetivo directamente administrativo que puede estar vinculado a una funcionalidad sanitaria. En virtud de ello, cada servicio de salud establece negociaciones con el Ministerio de Salud respecto de las políticas y lineamientos según año administrativo, a su vez, las municipalidades firman contratos y protocolos con los servicios de salud asigna-

dos a su territorio. Mediando incentivos de financiamiento, cada gobierno local suscribe convenios acordes a las metas sanitarias que negocia el servicio de salud con el Ministerio. Es importante señalar, que cada Alcalde posee la facultad y libertad de suscribirse a los convenios y metas sanitarias, de ahí, la relevancia de la administración local en las actividades de salud, los municipios con mayor grado de vulnerabilidad poseen menores capacidades financieras para solventar la salud de su población, pauperizando los servicios que ofrecen a la comunidad y con ello, reduciendo el derecho de las personas a desarrollarse íntegramente en sociedad.

2.3. LA SALUD ESTATAL Y SU RELACIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD PRIVADO

El sector privado en salud incrementa un fuerte crecimiento durante la década de 1980, las condiciones del nuevo escenario sociopolítico y el fuerte impulso estatal que benefició al sector permitió que la salud privada, ISAPRES y clínicas, constituyan uno de los segmentos económicos más rentables. Una serie de garantías constitucionales resguardaban la protección de sus activos: facultad de las ISAPRES para expulsar a sus afiliados cuando su estado de salud no era coherente al seguro pactado y la imposición de barreras de entrada a personas con enfermedades pre-existentes. En el caso que el afiliado desarrollara enfermedades que encarecieran los costos de las ISAPRES, estaba obligado a contratar nuevos servicios, incrementando sus costos para satisfacer su necesidad de salud, generalmente de carácter inelástico, y sobre la cual tenía escaso poder de negociación, de lo contrario el afiliado era expulsado del sis-

tema retornando en algunos casos al sistema de salud estatal o dejado a la suerte del mercado.

La falta de solidaridad y equidad en las prestaciones de salud, además del afán de lucro del sistema, se radicalizan cuando el sistema garantiza la exclusividad de las prestaciones contratadas, favoreciendo una salud elitista que fragmenta el sistema social manteniendo las desigualdades que contribuyen a desintegrar la cohesión social. La exclusividad de los planes convenidos de forma individual con cada usuario, favorecen la lógica segmentada del sistema de salud privado, la desigualdad y no la solidaridad forman parte de los principios que estimulan mejores beneficios económicos para el sector privado de salud. Como señala Mario Requena:

Dentro del propio nivel elitista, hay grupos más elitistas que otros como una manera de responder a las desigualdades de los cotizantes. Los cotizantes de rentas más altas no quieren que el promedio del retorno económico de su seguro sea compartido con grupos de salarios bajos. Es, en definitiva, el efecto que produce el mecanismo de mercado cuando se trata de dar servicios de salud (Requena, 1992, p. 32).

Estas inequidades materializadas en la salud de las personas, generaban en la población un alto grado de sensación de vulnerabilidad y favorecían suculentas sumas de dinero a los empresarios de la salud. Según el MINSAL (1994) sólo en el período de 1990 a 1992 el sistema privado incrementó la administración de sus recursos de \$154.396 millones a \$222.902 millones de pesos.

Las condiciones que regulan el mercado de la salud privada permitieron un crecimiento sostenido con tendencia al alza,

factor que era considerado un motivo de orgullo para sus administradores. Halagando la capacidad de adaptación de las ISAPRES al sistema económico neoliberal, René Merino, presidente de la asociación de ISAPRES en 1989, señalaba:

las Isapres y las clínicas privadas han demostrado capacidad de adaptación, adecuado aprovechamiento de los recursos e imaginación para entregar a sus afiliados una atención médica de acuerdo con sus expectativas, y bastante atendida a la realidad nacional (Merino, 1992, p. 38).

Cabe destacar que las expectativas de los afiliados estaban condicionadas a su solvencia económica para contratar un buen seguro de salud, considerando además aquellas barreras de entrada de carácter socio-epidemiológicas entre ellas género, edad y enfermedades pre-existentes.

Considerando la capacidad de adaptación de las ISAPRES y clínicas privadas al sistema económico ¿qué motivaba a sus afiliados a permanecer en el sistema privado? Como señala René Merino la capacidad de imaginación de las ISAPRES y clínicas privadas era una de sus principales estrategias para atraer clientes. Sustentadas en herramientas de marketing aseguraban la incorporación de nuevos clientes quienes negociaban bajo condiciones desiguales con el oferente. El carácter técnico de los contratos en el campo de la salud de naturaleza asimétrico entre la información que posee la institución, el equipo tratante y los usuarios favorecía la adopción de decisiones de los clientes sin comprender a cabalidad la naturaleza jurídica y clínica de los beneficios convenidos. Una variable relevante que condicionaba la capacidad de adaptación y creatividad del sistema privado de salud radicaba en el rol del

Estado y las políticas de salud estatal, que sufrieron un radical estancamiento en inversión, por el contrario las ISAPRES y clínicas ostentaban capacidad hotelera, confort y concentración de profesionales-especialista. Cualidades seductoras para el nicho económico privado de salud, es decir, la población sana económicamente activa entre los rangos de edad de 20 a 45 años de edad. Estos factores sociopolíticos agravados por la escasa fiscalización y control del Ministerio de Salud favorecían un escenario próspero para el sector privado, sin necesidad de vulnerar las disposiciones legales aplicadas durante la década de 1980.

El sistema de Isapres se funda en realidad, en principios de inobjetable validez, cuales son, en primer lugar, el derecho de la persona a la protección de su salud; en segundo término, acceso libre, igualitario y garantizado por el Estado a las prestaciones de salud, para lo cual detenta el Estado el derecho a establecer cotizaciones obligatorias que contribuyan al financiamiento de las prestaciones de salud; en tercer lugar, el rol subsidiario del Estado frente a problemas de la salud, lo cual es requisito indispensable para la libertad de elegir dónde y con quien atenderse, incluyendo expresamente las estructuras del sector privado (Merino, 1989, p. 3).

En este sentido las variables desde las cuales se ponderaba la eficiencia económica del sector privado versus el sector público denotaban crudamente la desigualdad e inequidad que vivenciaba Chile. El sector privado prestaba atención de salud al 20% de la población con menor vulnerabilidad económica y sanitaria; por el contrario, el sistema de salud público daba cobertura al 80% de la población con menores ingresos y

aquellos grupos considerados en riesgo o potencialmente más costosos para el sistema. Al respecto, las principales falencias de la política sanitaria del país, señala Danuta Rajs (1992), están vinculadas a la falta de capacidad técnica y política para regular las acciones de las prestaciones privadas de salud, evidenciándose un problema de características similares en la administración municipal, debido a que existe plena libertad de las ISAPRES para adaptar sus prestaciones según su conveniencia económica, impidiendo mantener un correlato con los lineamientos nacionales a nivel de planificación sanitaria. En esta misma lógica, las entidades de salud privada no realizan actividades de educación y promoción en salud, debido a que generan un bajo margen de utilidad, optando (las ISAPRES) por utilizar las horas profesionales en actividades más rentables para el sector, es decir, prestaciones del orden curativo y rehabilitador que generan mejores retribuciones económicas, al incorporar servicios adicionales como la realización de exámenes, encareciendo los costos de la prestación de salud, sumado a la falta de solidaridad del sistema.

Considerando el diagnóstico de salud y su proceso histórico, la mirada hacia el futuro de los actores de la primera década de 1990, cristaliza sus discursos en un nuevo proceso fundacional. Las decisiones que regirán los primeros pasos de la salud postdictadura aún constituye un campo en disputa, no obstante, se plantean algunos elementos básicos que deberían materializar la salud pública en re-construcción. Para iniciar el proceso de rehabilitación sanitaria estatal, es necesario establecer un marco regulador que permita controlar y evitar las fallas del mercado que inciden directamente en la forma como las personas enfrentan sus problemas de salud.

La necesaria intervención del mercado por mecanismos estatales constituirá un requisito básico para avanzar en la reconstrucción de la salud, el Estado no puede mantenerse al margen del comportamiento del mercado, entre sus acciones se deben buscar nuevas instancias para democratizar la salud a través de mecanismos que eviten la concentración de recursos en los segmentos y comunas con mayor poder adquisitivo. La incorporación de mecanismos solidarios en la cobertura sanitaria, se espera, contribuyan a disminuir las desigualdades e inequidades en salud, a través de mecanismos redistributivos que beneficiarían al 80% de la población que es atendida por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, no obstante, una barrera para garantizar acciones con mayor grado de democracia sanitaria radica en el principio de subsidiariedad, es decir, la responsabilidad de particulares para solventar sus costos en salud, que al año 1994, equivalen al 73% de la población per cápita que subsisten con ingresos superiores a \$30.000 al mes.

Respecto de la atención primaria, zona de conflicto y de controversia en los primeros años de democracia, se destaca en los discursos, la necesidad de establecer normas administrativas a nivel nacional que deben ser respetadas por los municipios para garantizar la coherencia de las políticas y lineamientos nacionales, adecuando su aplicación en el ámbito local. Se restringe la plena autonomía de los gobiernos locales para determinar acciones en salud, a cambio, se sugiere la libertad de acción dentro de un marco flexible, acorde a la planificación sanitaria del país. La descentralización de la salud a través de la municipalización, tiene un rol preponderante para los gobiernos de la Concertación, así, queda de manifiesto en la presentación del proyecto que modifica los estatutos de atención primaria, señalando que este nivel de intervención, cumple

un rol gravitante en las políticas para abordar los problemas sanitarios de la población. Los principales puntos del proyecto del estatuto de atención primaria, pretenden fortalecer el actual desempeño de los consultorios y postas del país, a través de una mejor política de recursos humanos, al mismo tiempo, se propicia la eficiencia en el control de las actividades de salud a través de una regulación sólida por parte del MINSAL adoptando un rol con mayor protagonismo que en la década anterior. En este sentido, el estatuto de atención primaria, busca solucionar uno de los problemas con mayor debilidad de la estrategia de nivel primario, que tiene relación con la falta de un marco que estandarice lineamientos y procedimientos articulados según planes nacionales de salud. Ambos elementos (marco regulador y planes nacionales) estaban ausentes en los primeros años del gobierno de Aylwin. Finalmente, se propone mejorar las políticas de financiamiento, aspecto, ya declarado en el programa del primer gobierno de la Concertación.

La declaración de intenciones contenidas en el proyecto de estatuto de atención primaria, establece los ejes claves que determinarán en gran medida el despliegue de recursos para fortalecer los programas de los consultorios y postas rurales. Cambios que se observarán durante la continuidad de los gobiernos de la Concertación y que están asociados al nuevo enfoque de salud, generando un cambio de paradigma centrado en la promoción de estilos de vida saludables e interviniendo sobre las variables sociales, culturales y ambientales que propician el desarrollo de enfermedades. En este nuevo escenario los hospitales, en teoría, deben incorporarse a la estrategia de atención primaria, sin embargo, el ejercicio de poder de los médicos especialistas amparados en la fuerte estructura piramidal hospitalaria; dejarán el desenlace de

atención primaria al desarrollo de los hechos históricos, aún inconclusos, al menos en lo que respecta al rol primordial en este nivel de intervención.

CAPÍTULO V

SALUD Y CRECIMIENTO CON EQUIDAD, 1994-1999

«Una tarea prioritaria para el próximo Gobierno será asegurar una mayor equidad en el acceso a la salud. Esto significará orientar los recursos públicos a quienes más los necesitan, estableciendo estándares de cobertura en la atención primaria, invirtiendo en las regiones y localidades con mayores deficiencias y revisando los subsidios estatales que benefician a los sectores de mayores ingresos¹⁸».

Iniciada la democracia en Chile el diagnóstico respecto de las condiciones materiales y financieras del sistema de salud público era devastador. Como se ha intentado describir en el capítulo III, la desinversión sostenida durante el régimen militar incidió negativamente en la salud del sector público; el cambio de un enfoque estatal asistencial-protector a uno subsidiario derivó en una externalización racional y sistemática de los costos hacia los particulares, con ello, además se interrumpía el proyecto que procuraba realizar cambios desde dentro del propio sistema capitalista para democratizar una serie de prestaciones públicas: derecho a la salud con cobertura universal y gratuita, al igual que las políticas de educación; las cuales, se interrumpen bajo despliegue de fuerza militar y su poder de muerte. Los reajustes presupuestarios realizados por el

18. Bases programáticas del segundo gobierno de la Concertación. En Cuadernos Médico Sociales, XXXV, 1, 1994, p. 78.

gobierno militar justificados como un período de sacrificios en beneficio del equilibrio económico, afectaron profundamente el financiamiento de las instituciones que procuran el cuidado de la vida, paralelo, el Estado fortalecía la institucionalidad de salud privada, la cual experimentó un crecimiento exponencial durante la década de los años 1980. Los hospitales y servicios de salud públicos, así, quedaban agónicos, desprestigiados, sin calefacción y con una infraestructura deteriorada.

Ante el deterioro del sistema público de salud, constatado a inicios del retorno a la democracia, ¿cuáles fueron las intervenciones del primer gobierno de la Concertación en materia sanitaria?

Constatado en terreno el deterioro de los establecimientos de salud, sumado la intensificación de la demanda de los funcionarios para acceder a mejores condiciones laborales y el malestar de los usuarios, -respecto de la falta de insumos básicos para acceder a mejores prestaciones sanitarias-; el rescate de la salud pública inició en un plano político delicado y delineado por la estrategia política de transición democrática, que enfatizaba los grandes acuerdos para minimizar la lógica amigo-enemigo instalada durante la dictadura cívico-militar. El rescate de la salud pública, estaría enfocado, al fortalecimiento de la institucionalidad sanitaria sin abandonar el principio de subsidiariedad, se buscaba mejorar las políticas sanitarias estatales a través de la modernización de la gestión y administración estatal con fuerte énfasis en la descentralización administrativa, procurando una suerte de humanización del modelo sanitario, estableciendo mejores mecanismos de focalización, financiamiento y distribución de los recursos. Las políticas estatales en salud debían ser modernas, descentralizadas y eficientes.

Respecto del financiamiento y mantención de la infraestructura hospitalaria, se incrementa el nivel de inversiones para la construcción de nuevos hospitales, fortaleciendo la política de recursos humanos y el retorno de especialistas ligados a los distintos campos disciplinares de salud. El incremento de la inversión en salud estará respaldado por la reforma tributaria implementada durante el gobierno de Patricio Aylwin, sumado al crecimiento inusual de la economía chilena que se mantuvo en el orden de un 7,8% anual entre 1990-95, promediando un crecimiento del PIB de un 7,1% en los dos primeros gobiernos de la Concertación (Ffrench, 2014). Además, la reconstrucción de la salud pública contará con el respaldo y financiamiento del Banco Mundial mediante dos proyectos, según refiere Montoya-Aguilar (2013), estos proyectos estarán orientados a financiar la infraestructura sanitaria en la Región Metropolitana y el fortalecimiento del sector. El primer proyecto, Technical assistance and hospital rehabilitation Project ejecutado por un monto de US\$ de 45 millones, estará orientado a reparar las importantes falencias en infraestructura de los hospitales de la Región metropolitana. Un segundo proyecto, Health sector reform Project, por un monto total de US\$ 299 millones, financiará dos áreas significativas:

- a.** Un componente de índole institucional que, enfatiza el proceso de modernización del Estado, principalmente en materia de descentralización de la institucionalidad sanitaria;
- b.** un segundo componente, vinculado a la integración de servicios, orientado a la recuperación de infraestructura sanitaria y al fortalecimiento de Atención primaria

a través de la implementación de los Centro de Referencia de Salud (CRS) y Centro de Diagnóstico Terapéutico (CDT).

La respuesta gubernamental ante la crisis hospitalaria y del sistema de salud público se solucionaba principalmente a través de préstamos adquiridos al Banco Mundial, quien, paralelo al préstamo, asesoraba al gobierno chileno para cumplir cierto umbral mínimo de condiciones, directrices y lineamientos estratégicos; cuales eran, consolidación de un modelo subsidiario, descentralización administrativa de los servicios sanitarios, concentrar las actividades sanitarias estatales en ámbitos de prevención y promoción de salud y fortalecer la racionalidad financiera del sector. Cabe señalar que los lineamientos estratégicos del Banco Mundial, principalmente se sistematizaron en dos documentos publicados en el horizonte temporal de la década de 1990, titulados Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud y La larga marcha: una agenda de reformas para la próxima década en América Latina y el Caribe, 1998. Estos documentos generaban las indicaciones técnicas, administrativas y económicas que los gobiernos financiados por el Banco Mundial debían cumplir para avalar las condiciones económico-sociales necesarias para acceder al financiamiento del sector.

Respecto de las inversiones realizadas con préstamos del Banco Mundial, destaca el Informe del sector salud durante el gobierno del presidente Patricio Aylwin Azócar, la inversión en 17 hospitales de la Región Metropolitana y el fortalecimiento de la red asistencial en los servicios de Antofagasta y Llanquihue en Puerto Montt (actualmente denominado Servicio de Salud Reloncaví). Destaca el informe:

El proyecto TAHRP, de Asistencia Técnica y Rehabilitación Hospitalaria fue diseñado para financiar las reparaciones urgentes en establecimientos hospitalarios tipo 1 y 2 (de alta complejidad) de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana. La urgencia de la inversión se definió en función de la gravedad de los deterioros, la existencia de cuellos de botella evidentes y significativos dentro del proceso de atención, y/o reparaciones impostergables para las necesidades básicas de funcionamiento. Surgió entonces la necesidad de iniciar en forma urgente el proceso de fortalecimiento de la capacidad de gestión del Sistema de Salud, así como de dar solución inmediata a los graves problemas de infraestructura de los 17 hospitales más complejos de la Región Metropolitana. (El) Proyecto HSRP (Health sector reform Project). (...) tiene una duración de 5 años, a contar de 1993, y compromete una cantidad de 298,8 millones de dólares, sin incluir impuestos. Abarca los Servicios de Salud Metropolitano Norte, Sur, Sur-Oriente, Occidente, Oriente y Central, Servicio de Salud de Antofagasta y Llanquihue. El Banco Mundial contribuye a su financiamiento con 90 millones de dólares, siendo los 208,8 millones restantes el aporte sectorial (MINSAL, 1994, p. 37).

Respecto de las políticas orientadas a las estrategias de atención primaria, las líneas de acción se desplegaban en el fortalecimiento de la eficiencia de las prácticas sanitarias destinadas a promover conductas saludables en la población y prevenir factores de riesgo, para ello, se requería modernizar la gestión administrativa, manteniendo una estructura descentralizada de administración municipal, coordinada, con el servicio de salud correspondiente. Es importante destacar, que uno de los problemas importantes que emergieron durante los prime-

ros años de democracia decía relación con la administración municipal de educación y salud, las principales críticas que se esgrimían era la falta de coordinación entre el nivel central, los servicios de salud y los municipios; organizaciones de los distintos estamentos sanitarios solicitaban en su mayoría la desmunicipalización de la salud, no obstante, se mantiene el enfoque descentralizado bajo administración municipal. La modernización de atención primaria en salud estaría dada por el incremento en la dotación de recursos humanos, construcción y reparación de la infraestructura de postas y consultorios.

Paralelamente a estos esfuerzos, se está poniendo en marcha un plan de modernización de largo plazo que persigue dos grandes objetivos: por una parte, aumentar la cantidad y elevar la calidad de las atenciones mediante un fuerte impulso a la atención ambulatoria que proporciona a los pacientes un servicio más rápido, oportuno y cercano a su familia; y, por otra, reformar los procedimientos y sistemas del sector público de salud, para aumentar su productividad, descentralizar su gestión y mejorar su eficiencia. Uno de los instrumentos de esta política de modernización es la creación de dos nuevos tipos de establecimientos de tratamiento ambulatorio: los Centros de Referencia de Salud y los Centros de Diagnóstico Terapéutico. Ellos permitirán atender a la gente cerca de su lugar de residencia. Durante este año se contempla la construcción de cinco Centros de Referencia de Salud y seis Centros de Diagnóstico Terapéutico (Aylwin, 1990, p. 59).

El énfasis preventivo y promocional de las estrategias en atención primaria, llevadas a cabo por los gobiernos de la Concertación, mantienen correlato directo con los lineamientos del

Banco Mundial, la maximización de beneficios radicaría en la externalidad positiva de los recursos sanitarios destinados a inmunización y educación para la salud. Estas estrategias, administradas en Chile a través de los municipios, son halagadas en el documento del Banco Mundial en 1993, la municipalización de la salud, se presenta como evidencia positiva en experiencias de descentralización sanitaria a nivel mundial. Pese a las críticas que implicó el traspaso de la administración de atención primaria a los municipios, -en especial, por la disociación existente en la implementación de las estrategias de diseño nacional en el ámbito comunal-, la Concertación decidió mantener la orgánica descentralizada implementada durante la década de 1980. Sin embargo, un cambio importante respecto de la continuidad de las políticas implementadas en dictadura, refiere a la eliminación del cobro directo de las prestaciones sanitarias, la incorporación de recurso humano contratado por jornada completa y la extensión de turnos, maximizando la utilización de la infraestructura de los consultorios; destaca además el incremento en el gasto de medicamentos que contribuye a mantener relativo control de los malestares asociados a la enfermedad, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Uno de los aspectos más precarizados del sistema de salud pública durante los primeros años de democracia, tiene relación con las condiciones laborales, expresadas tanto en infraestructura como en el deterioro de los salarios de los funcionarios del sistema sanitario público; el régimen militar impulsó fuertes medidas restrictivas, que se concretaron en el estancamiento de los sueldos, despidos masivos, represión y tortura. Este conjunto de variables laborales repercutió en un significativo déficit de funcionarios, para revertir en parte

esta situación, el año 1992 se contrataban dos mil funcionarios, sintetizaba Aylwin:

En recursos humanos: aumento de personal en 2.000 funcionarios, incluidos 900 médicos; reajuste de remuneraciones del orden del 40% real para el personal afecto a escala única y de un 10% real el año último y otro tanto este año para los médicos; recontractación del 90% de los exonerados que lo solicitaron. (...) ampliación de las plantas, los mejoramientos de remuneraciones, el encasillamiento del personal del sector y el restablecimiento del sistema de concursos para proveer los cargos médicos (Aylwin, 1990, p. 60).

Es importante señalar que las acciones destinadas a fortalecer la infraestructura del sistema sanitario público, así como el aumento de la dotación funcionaria y la implementación tecnológica que benefició al sector durante la década de 1990, no significó en términos cualitativos un crecimiento del sector, dado la postergación que sufrió el sistema de salud estatal, estas acciones minimizaron parcialmente el déficit respecto del desfase entre crecimiento y necesidades de la población, capacidad de respuesta, cobertura e impacto del sistema de salud estatal.

El año 1994 iniciaba el segundo período de gobierno de la Concertación. A diferencia del período presidencial de Patricio Aylwin, el gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle se extenderá por 6 años, iniciando en 1994 hasta el año 1999. Este segundo período presidencial se caracterizaría por una política sanitaria que instalará conceptos orientados a la práctica de una gestión moderna en salud, así, comenzará a circular en los lineamientos sanitarios un lenguaje cercano, sustentado en

derechos, participación y beneficios que aspiran lograr una mejor calidad de vida dentro de una economía que prioriza el crecimiento con equidad.

¿Cómo se operacionaliza el crecimiento con equidad para los gobiernos de la Concertación?

Pregunta compleja y que podría constituir la base para una investigación independiente, en especial, por la relevancia que tiene esta categoría para las políticas públicas implementadas por la Concertación que, cabe señalar, gobernó en Chile desde 1990 hasta los primeros meses de 2010. Una aproximación que nos ayuda a dilucidar parcialmente la pregunta, puede estar centrado en una serie de documentos publicados en la década del año 2000. Entre los textos sistematizados por el gobierno se fundamentan a nivel valórico, ideológico y político la estrategia sanitaria de los gobiernos de la Concertación. Similar a una suerte de publicidad intelectual, esta serie de documentos publicados en el período presidencial de Ricardo Lagos y Michelle Bachelet demarcan las políticas sanitarias con énfasis en el crecimiento con equidad.

En Chile, los gobiernos democráticos a partir de 1990 reafirman la prioridad de la salud y retoman la tradición de salud pública, dando inicio en el gobierno del Presidente Patricio Aylwin a un proceso de fortalecimiento del sistema, “cuyo objetivo central es el de promover la equidad y la calidad en el acceso a la atención de salud”. Así, desde esa fecha se reafirma la equidad como preocupación declarada de las políticas sanitarias (Frenz, 2005, p. 103).

Entendemos que la inequidad es producto de una forma de organización social que genera exclusión y marginación del progreso económico y social, que abarca muchas esferas de la vida de las personas. Sin embargo, es en el ámbito de la salud donde se expresa con singular dureza la disminución de la esperanza y calidad de vida de las personas y un aumento de la discapacidad y dependencia. Por el contrario, la equidad es el resultado de una acción intencionada para identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables y a ello tenemos que dedicar nuestros mayores esfuerzos (MINSAL, 2010, p. 14).

El programa de rescate y fortalecimiento de la salud pública tendrá como trasfondo el principio de equidad y acceso garantizado a la salud, enfatizando los recursos del Estado en aquellos que se encuentran en una situación social económica de mayor vulnerabilidad. La reinscripción de categorías democráticas sobre las prácticas discursivas que focalizan los recursos estatales en los sectores más necesitados, cristalizará y naturalizará una nueva forma más inclusiva y solidaria para focalizar y priorizar los recursos estatales. El discurso asociado a la equidad en salud, se diferenciará de las categorías de racionalización, ineficiencia y monopolio estatal proferido por la dictadura; la equidad, tiene sus condiciones de emergencia en la reconstrucción de la salud pública, priorizando los recursos estatales en aquellos territorios y segmentos socioeconómicos más necesitados o aquellos que fueron postergados en las inversiones sanitarias implementadas durante el régimen militar.

El principio de crecimiento con equidad enfatizaría las acciones desplegadas en las políticas sociales orientadas a minimizar la condición de pobreza de los grupos económicamente

perjudicados por la distribución de los ingresos, en esta línea, las políticas de salud, favorecerían los insumos necesarios para que las personas disponiendo de buena salud, puedan aspirar a las oportunidades que entrega el crecimiento y competir en igualdad de oportunidades. Las políticas públicas bajo la senda de la equidad, operarían en una suerte de nivelación de la capacidad productiva y funcional de la persona, la inversión estatal se canalizaría en la inversión de capital humano focalizado en aquellas personas que, por su condición cultural, territorial, económica, etc., no han gozado de las oportunidades que proporciona el mercado para desarrollarse plena y funcionalmente en sociedad.

Los primeros gobiernos de la Concertación, en especial, el de Eduardo Frei Ruiz-Tagle, utilizarán categorías vinculadas a la justicia y equidad; lenguaje estratégico que se distanciará de categorías como represión, dictadura y vulneración de derechos humanos, simultáneamente, estas categorías favorecerán sutilmente la instalación del rol subsidiario del Estado en un escenario democrático. Quienes tienen mejores condiciones económicas deben pagar por las prestaciones sanitarias, contribuyendo solidariamente, en relación a un costo subsidiado, coherente a un rango de ingresos. Este discurso que en dictadura adquiría un significado violento que afectaba el derecho al acceso gratuito en salud, en tiempos democráticos, será aceptado, validando la racionalidad económica en salud, pero ahora apelando a los afectos: focalización de recursos, comprendida ahora como una acción justa. En esta dirección, Eduardo Frei Ruiz-Tagle señalaba las orientaciones de las políticas públicas de salud:

El país sabe que nuestro sistema de salud arrastra problemas crónicos de desigualdad y discriminación en las prestaciones

que ofrece; graves deficiencias en la calidad de la atención del sistema público; fallas en su sistema de financiamiento, y enormes carencias en sus modalidades de gestión. Sobre la base de ese diagnóstico, orientaremos nuestra acción de acuerdo a cuatro objetivos fundamentales: dar prioridad a los más pobres (vale decir, focalizar los programas y recursos tanto en los grupos más susceptibles de enfermar como en aquellos que presentan niveles superiores de pobreza); promover el logro de una mayor equidad, pues el sector salud presenta situaciones de gran desigualdad en la prestación de sus servicios, en lo que se refiere tanto a la situación entre regiones como a la que existe entre el sector público y el sector privado; lograr una mejoría significativa en la gestión; y avanzar en la descentralización, de manera de acercar cada vez más las decisiones a la gente (Frei Ruiz-Tagle, 1994, p. 20).

Comenzaba a circular la idea de una gestión moderna en salud, cercana y participativa que priorizaría las inversiones sanitarias en aquellos territorios más necesitados, el rol subsidiario del Estado no implicaba una vulneración del derecho garantizado a la salud, por el contrario, obedecía a un deber de la sociedad civil, en el cual, las personas con mayores ingresos debían financiar a través de un pago proporcional al rango económico categorizado en cuatro grupos de Fonasa: A, B, C y D. El rescate de la salud pública era un deber de todos, mediante el discurso del crecimiento con equidad, el Estado externalizaba su responsabilidad histórica respecto de la salud como un derecho de cobertura universal.

Sin embargo, el vínculo entre las políticas del régimen militar y la de los gobiernos de la Concertación, conectadas principalmente por el rol subsidiario del Estado, evidencian diferencias

importantes. En el horizonte de inversiones desplegadas por el gobierno de Patricio Aylwin y Eduardo Frei Ruiz-Tagle queda evidenciado el interés por rescatar y posicionar la salud pública como un factor importante en el crecimiento económico y desarrollo social. Una mirada centrada en los derechos sociales, enfatizando la participación de la comunidad en acciones sanitarias, independiente si ésta es instrumental o reconoce la pertinencia local, constituye un gesto importante de quienes eran gobierno para acercar explícitamente las políticas sanitarias hacia la comunidad. Argumentaba Frei Ruiz-Tagle:

El último presupuesto aprobado en 1989 fue de 470 mil millones de pesos, y el aprobado en 1999 es 120 por ciento superior a aquél; es decir, más del doble. Este incremento presupuestario se ha destinado, básicamente, a mejorar la cantidad y la calidad de los recursos humanos, técnicos y de infraestructura para servir a la gente. Mencionaré una sola cifra, para que se la graven muy bien: el tercio de toda la infraestructura hospitalaria con que contamos hoy en el país ha sido construida durante este Gobierno, y equivale a la construcción realizada en toda la historia de Chile. Ahí están los nuevos hospitales de Iquique, Castro, Purránque y Valdivia. En la Región Metropolitana hemos inaugurado los dos primeros hospitales, después de veinticinco años en que no se construía uno solo (Frei Ruiz-Tagle, 1999, p. 18).

La inversión sistemática en infraestructura, el incremento en la cantidad de recursos humanos y el fortalecimiento tecnológico del sector sanitario, permitieron equiparar en parte el déficit estructural que vivenciaba la salud pública, factor, que contribuyó a justificar una razón de Estado que intensificará

la priorización de recursos en los sectores más deprivados socioeconómicamente. De esta forma, mediante la inversión sostenida del Estado, el rol subsidiario se mantiene, sin embargo, adquiere dentro de la orgánica del gobierno un fuerte sesgo discursivo orientado a una práctica sanitaria con énfasis en los derechos sociales, participación y democracia. Generando una discontinuidad con los lineamientos político-estratégicos del gobierno militar, fundamentados en el terror, la fragmentación social y la desinversión sostenida de las políticas sensibles para la comunidad.

¿Qué favorece la continuidad-discontinuidad de las políticas económico-sociales durante la transición democrática? ¿Cómo se blanquea el rol subsidiario en salud durante los gobiernos de la Concertación?

Una explicación posible, en el hecho social acontecido, entre la discontinuidad y continuidad de las políticas sanitarias de la Concertación con la larga noche dictatorial, radica al decir de Moulian (2002), en los pactos de silencio que garantizaron cierto orden armónico del desarrollo durante los primeros gobiernos democráticos, que permitió bajo una razón de Estado, el actuar moderado respecto de la impunidad de crímenes cometidos en dictadura; bajo el discurso fraterno de la reconciliación se morigeró la vulneración sistemática de derechos y literalmente se perdió el habla respecto de la fractura vivenciada en Chile. Es importante señalar que hubo gestos para juzgar los crímenes cometidos en dictadura, pero estos se observaron superfluos al amnistiar a actores clave de la infraestructura de represión y muerte. Ausencia de logros pactado para garantizar el desarrollo sustentable de la transición que, en la década de 1990, estaba fuertemente tutelado por las fuerzas militares, que pragmáticamente actuaron como un partido militar que

resguardó los cambios constitucionales implantados en dictadura. Las inversiones sistemáticas en salud formaban parte de la humanización del modelo, se retocaba aquello indecoroso, se cambiaba la fealdad de los edificios sanitarios agónicos por modernos edificios que representaban el modelo perfecto de la continuidad de una transición democrática sustentada en el diálogo, el encuentro y una mirada técnica de la política. Gubernamentalidad ausente de las ideologías que causaron el quiebre que derivó en represión posterior a 1973. “Lo que en realidad se buscaba era resituar a Chile, construirlo como país confiable y válido, el Modelo, la Transición Perfecta” (Moulian, 2002, p. 39). Modelo económico social y constitucional, implantado por la razón y la fuerza, transición hacia la democracia con enfoque científico, ausente de ideología y visceralidad, se diferenciaba el modelo de desarrollo económico social de su representante emblemático, neoliberalismo sin Pinochet. Neoliberalismo con rostro democrático.

El signo exigido a Chile como país confiable, ¿a quién estaba dirigido? ¿Quién era el actor clave, cuyo significante, estaba orientado el texto de la transición estable?

Durante la transición emergió un nuevo actor clave que mantuvo silencio público en el período de la dictadura, silencio público entre comillas, puesto que fue un actor importante en la gestación e implantación del modelo neoliberal en Chile, sin embargo, en democracia emergían las condiciones de posibilidad para que este segmento poblacional vivencie su propio blanqueo. La figura de este nuevo actor constituirá el nuevo relato que aspira ser materializado por el gobierno y la sociedad en su conjunto. Me refiero al empresario, empresario-modelo, representante ícono de la gestión moderna, limpia y eficiente. Signo y significante respecto del discurso de igual-

dad de oportunidades, en tiempos de transición democrática, la población civil aspira a lograr en su propia praxis el libre emprendimiento, para ello, se levanta un nuevo mercado que evidencia el signo de modernidad, eficiencia e igualdad de oportunidades, universidades-centros de formación técnica y modernos centros de salud privada, comienzan a ser utilizados por la sociedad-clase media.

Expuestos en una suerte de vitrina urbana edificios inteligentes, con grandes ventanales, representaban la transparencia y la exposición de los tiempos modernos. Ahí comienza a acudir la sociedad clase-media a educarse y cuidar la integridad sanitaria de su cuerpo, atraídos por la iluminación de los modernos e higiénicos edificios, cual trampa de depredador biológico, estarán dispuestos a pagar y endeudarse con la finalidad de ser alguien en la vida¹⁹.

La clase media, se diferenciará de los segmentos económicos más pobres, debido a que su condición de vulnerabilidad, será distinta, correspondiendo a aquel segmento poblacional que no constituye prioridad desde el Estado para ser intervenido a través de sus políticas sociales, y su ingreso per cápita es superior al segmento estandarizado como pobre indigente. Posee un nivel de instrucción formal heterogéneo abarcando un amplio segmento de la sociedad, sin embargo, hay un elemento que puede ser considerado un patrón común, constituye un segmento social que, en el aspecto económico, es sujeto potencial para acceder al beneficio de crédito comercial y/o bancario. De esta forma la clase-social-media será integrada a la sociedad mediada por el

19. Aforismo chileno que alude a la posibilidad de ascender económicamente con la posibilidad de acceder a una mejor calidad de vida, este mecanismo de ascenso social mantiene correlato directo con la autoinversión en capital humano, en específico educación y salud.

simulacro del beneficio económico del crédito. Según el análisis de Moulian (2002) al año 1995, las casas comerciales otorgaban crédito a las personas que acreditaban un sueldo igual o superior a \$100.000 mensuales; utilizando la terminología de Moulian, el ciudadano credit-card, es un sujeto que afirma su existencia en el consumo y su aspiración constituye una contradicción de carácter ontológico, no se identifica como pobre, pero en tanto sujeto asalariado vivencia su enajenación en el consumo, consumo-placer, que aliviará el peso de su explotación e incluso se deslizará hacia la autoexplotación para acceder a una nueva dimensión existencial-consumo.

La deuda adquirida voluntariamente determinará su agónica condición de dependencia al plazo final del crédito que lo hará un sujeto más dócil, en tanto que su dilema ontológico existencial radica en su autonegación como sujeto asalariado con inestabilidad laboral. Sin embargo, es importante señalar responsablemente que esta enajenación, -en tanto segmento poblacional que no se identifica públicamente como pobre- obedece a una conducción de su voluntad aliviada por el consumo, pero condicionada, por una gubernamentalidad que favorece un milieu que hará circular cierto flujo esperable de acciones, es decir, el consumo mediado por la precariedad del salario. El ciudadano clase-social-media no tiene alternativa más que la sobrevivencia sustentada en el endeudamiento.

En su mayoría, este segmento socio-económico, comienza a desempeñarse en las ramas de la actividad económica ligadas al comercio, servicios (financieros, sociales) que en apariencia implican una jornada laboral físicamente menos desgastante. Como se puede observar en la tabla N° 12, las ramas económicas vinculadas al comercio, servicios financieros y servicios comunales y sociales experimentan un alza a mediados de la

década de 1990. Actividades económicas que constituirán el nicho económico que permitirá al sujeto clase-social-media de los años 1990 realizar una actividad económica laboral de índole más higiénica, su sobrevivencia no se realizará literalmente con el sudor de su frente, sino con su habilidad social para hacer negocios, vender productos en las grandes cadenas comerciales, para ello, debe simular exitoso, representar al menos en lo simbólico un vestuario de cuello y corbata, representar ser emprendedor, pese a que una parte importante de sus ingresos se orientarán al pago de deudas derivadas del uso excesivo de microcréditos, dinero plástico obtenido en extensas cuotas²⁰.

Tabla N° 12. Número de personas ocupadas por rama económica

Período		Industria	Construcción	Comercio
1990	Oct-Dic	727,09	292,73	790,31
1991	Oct-Dic	767,49	332,71	785,85
1992	Oct-Dic	828,25	351,77	859,27
1993	Oct-Dic	853,77	423,46	939,13
1994	Oct-Dic	829,29	375,71	956,05
1995	Oct-Dic	830,54	396,17	947,07
1996	Oct-Dic	859,62	417,04	931,88
1997	Oct-Dic	860,80	488,75	975,86
1998	Oct-Dic	822,63	453,51	1.015,83
1999	Oct-Dic	783,76	398,12	1.052,00

20. “Según antecedentes de diciembre de 1995, la deuda total consolidada de consumo ascendía a \$1,65 billones. 1,3 millones de familias estaban en deudas en el sistema financiero. La deuda promedio de las familias endeudadas en el sistema financiero alcanzaba a \$885.000, mientras que la deuda promedio con las casas comerciales alcanzaba a \$270.000” (Moulian, 2002, p. 101).

Período		Transporte y comunicaciones	Servicios financieros	Servicios comunales y sociales
1990	Oct-Dic	317,59	205,67	1.181,20
1991	Oct-Dic	318,92	233,66	1.181,49
1992	Oct-Dic	343,00	247,29	1.237,32
1993	Oct-Dic	367,62	295,25	1.241,77
1994	Oct-Dic	387,99	303,93	1.291,60
1995	Oct-Dic	395,33	330,91	1.312,50
1996	Oct-Dic	393,94	369,42	1.377,88
1997	Oct-Dic	400,95	376,52	1382,43
1998	Oct-Dic	433,88	409,58	1.417,41
1999	Oct-Dic	405,49	398,52	1.538,33

Fuente: Series empalmadas diciembre-febrero 1986 a diciembre-febrero 2010. Base Censo 2002, INE.

Es importante destacar que el ciudadano clase-social-media cuyo referente es el empresario, sujeto emprendedor y exitoso, reproducirá en la cotidianidad de sus acciones sociales, los pilares fundamentales de la sociedad democrática neoliberal, entre ellas, realizar el ritual cotidiano del simulacro del parecer y al mismo tiempo diferenciarse de los segmentos pobres y vulnerables, mediante el consumo de servicios que evidencien públicamente esa diferenciación, se endeudará o trabajará doble jornada para que sus hijos asistan a colegios particular-subsuencionados o, -con esfuerzo- colegios privados, respecto de sus necesidades sanitarias acudirá a los Centros de Salud Privados, mediados por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) o por el Fondo Nacional de Salud (FONASA). La salud pública será utilizada por el ciudadano cla-

se-social-media cuando su liquidez económica y crediticia esté colapsada. Los establecimientos de salud pública, aun cuando fueron renovados mediante la intensa inversión estatal, serán despreciados por constituir en una doble dimensión, simbólica y pragmática, el lugar donde se evidencia la desigualdad en la distribución de los ingresos, constituyendo el lugar común, la sala de espera común donde se atiende el cuerpo enfermo del pobre.

Según el Censo aplicado en Chile el año 1992, la población chilena correspondía a 13.348.401 personas, de las cuales el 13,59% tenía 12 años de estudio. La esperanza de vida de los chilenos, según el Instituto Nacional de Estadística, para el año 1991-92 era de 74,62 años, viviendo las mujeres en promedio 77,27 años y los hombres 71,37. La población chilena mayoritariamente estará integrando los segmentos socioeconómicos medios, lo cual conllevará en la década de 1990, el crecimiento positivo del sector privado de salud. Según señala el informe de la gestión de gobierno de Patricio Aylwin.

El crecimiento del mercado en estos tres últimos años -medido como el número de beneficiarios del Sistema ISAPRE-, mantuvo el alto y sostenido ritmo de la década pasada. Con una tasa de crecimiento acumulado de 51,42% a junio de 1993, el número total de beneficiarios del sistema ISAPRE superó la barrera de los 3 millones 192 mil personas en el primer semestre de 1993. A su vez, las cotizaciones percibidas por el Sistema ISAPRE crecieron en términos reales en un 44,37% entre 1990 y 1992, crecimiento que medido en pesos de diciembre de 1992 significó que, en solo dos años, los recursos administrados por el sistema privado de salud previsional aumentarían de \$154.396 millones a \$222.902 millones. Se prevé que el ritmo de crecimiento anual

será similar para 1993. Por otra parte, las inversiones en activo fijo del sistema ISAPRE experimentaron un crecimiento real del 28,2% entre los años 1990 y 1992. Este alto ritmo de inversión del sistema, ha significado que las adiciones netas de activo fijo realizadas durante 1992 superen casi \$1.800 millones los niveles de inversión materializados en 1990 (MINSAL, 1994, p. 242).

La subsidiariedad del Estado será reproducida voluntariamente por un segmento cada vez mayor de sujetos, que mediante el uso deliberado de su libertad escogerán utilizar el sistema de salud privado. Por el contrario, en los pasillos de los renovados y modernos hospitales públicos, se reconocerá un rostro viejo, una atención para pobres con trato deferente: largas filas en espera de atención de salud, vigiliadas a tempranas horas de la mañana con la esperanza de una oportunidad para ser atendidos, el crítico trato al usuario producto del desgaste derivado de la pugna entre usuarios y personal clínico, la espera agónica de los enfermos que requieren ser intervenidos quirúrgicamente. Como relata una persona de la VIII región, “mi hija ya no puede caminar, usa bastones, está enferma de una cadera y todavía no la pueden operar, eso me tiene hartamente intranquila a mí”²¹.

Los hospitales públicos, pese a su nuevo rostro moderno, evidenciarán su esencia estructural, el lugar común de una salud para pobres, la salud pública será el lugar donde se vivencia la contradicción entre el derecho a salud garantizada por el Estado, y/o el derecho a elegir una salud con trato deferente y personalizado en el sector privado, la contradicción de exponerse como un igual al lado de la persona pobre enferma

21. Relato de mujer mayor. Estudio del Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud Santiago, diciembre de 2008, p. 81.

mientras se espera la atención clínica, o beneficiarse de la música ambiental, con televisión en una sala de espera alfombrada y calefaccionada. Trato preferencial mediado según la capacidad de pago de la persona. Contradicción ontológica que, a nivel operativo del sistema de salud, constituye uno de los factores valorados por los usuarios. Señalaba el Ministro de Salud, Álvaro Erazo:

Creo que en esto no podemos tener doble discurso, o sea lo podemos tener, vamos al Colegio Médico y decimos “mire la modalidad de libre elección (MLE) no es tan mala”, vamos al Parlamento y decimos “mire este es el signo más brutal de privatización que tiene el sistema de salud” y uno cuando está en FONASA se da cuenta que la libre elección es parte de los atributos de los cuales le aprecia al FONASA la gente. Porque para qué estamos con cosas: la libre elección es una de las cosas de las que habla la gente del FONASA, tiene una valoración positiva de ella nos guste o no nos guste, que sea un subsidio a la demanda y todo lo demás, pero mire, las cosas son así y yo con esto no la estoy exaltando pero creo que es un tema del cual, dada la magnitud de recursos y dada la posibilidad de hacer algo distinto en que pudiéramos integrar esa libre elección con la modalidad institucional y apropiarnos estratégicamente de esos componentes que son y forman parte del sistema de salud chileno público (Erazo, en MINSAL, 2009, p. 24).

La modalidad de libre elección, es decir, la libertad que tienen los usuarios de decidir entre el sistema público y privado de salud, permitirá ciertas alternativas para enfrentar problemas asociados a su estado de salud, sin embargo, esta modalidad, sólo está permitida para aquellas personas clasificadas econó-

micamente como no indigentes, es decir, usuarios de FONASA B, C y D, los pobres indigentes, conocidos en el sistema, como FONASA A, no tienen alternativa más que la utilización del sistema público de salud. Interesante resulta para nuestra investigación los resultados de la Encuesta de Caracterización Socio-Económica (CASEN) aplicada el año 2002-03, tabla N° 13, en la cual se puede observar que los usuarios de FONASA A, es decir, el quintil de ingresos más pobre, se atiende principalmente en el sector público de salud, representando un 89,1% de las prestaciones del sistema sanitario estatal, a su vez, este segmento económico representa el 7,8% de las atenciones realizadas en el sistema privado (año 2003).

**Tabla N° 13. Lugar de consulta según quintil de ingreso.
Encuesta CASEN, 2000-2003**

Quintil	FONASA		ISAPRE		OTROS	
	2000	2003	2000	2003	2000	2003
Q1	88,2	89,1	8,1	7,8	3,8	3,2
Q2	75,6	78,2	18,1	17,3	6,3	4,5
Q3	61,7	63,6	32,5	29,2	5,7	7,1
Q4	43,5	47	47,9	46,2	8,5	6,8
Q5	21,7	20	68,2	72,1	10,1	7,9
Media País	60,6	62,7	32,7	31,6	6,7	5,7

Fuente: elaboración propia en base a documento
“Disminuir las desigualdades en salud”, p. 34.

Respecto del quintil dos y tres la tendencia se observa similar, no obstante, aumentando su participación en las consultas en el sistema privado de salud, equivalente a un 17,3%

y 29,2% respectivamente para el año 2003. La salud pública estará orientada a los grupos económicos de menores ingresos, principalmente a quienes no pueden elegir libremente el sistema privado, no obstante, cuando su necesidad de salud apremia optan por el sistema privado (quintil 1), en cuyo caso, la prestación de salud se cancela de forma directa sin mediar subsidio privado o estatal. A medida que la capacidad de pago y endeudamiento aumenta, la tendencia se manifiesta en sentido contrario, los usuarios del quintil 5, por ejemplo, se atienden en su mayoría en el sistema privado representando un 68,2% y 72,1% para el año 2002-2003, solo un porcentaje aproximado al 20% se atiende en el sistema público. Entre las principales razones de elegir el sistema público, se pueden considerar las barreras de entrada que las ISAPRES imponen a las personas que tienen patologías asociadas a tratamientos costosos, y en el caso, de usuarios antiguos, la utilización de mecanismos de presión traducidos en el incremento significativo del valor del seguro médico.

En relación al sistema previsional, tabla N° 14, el promedio nacional de las personas que utilizan FONASA mayoritariamente se concentra entre los quintiles 1 y 4; concentración que se representa de forma inversa en el sector privado.

**Tabla N° 14. Previsión FONASA-ISAPRE según quintil
Encuesta CASEN 2003**

Quintiles	FONASA	ISAPRE	Otros
Q1	99,9	1,6	7,5
Q2	85,2	5,7	9,1

Quintiles	FONASA	ISAPRE	Otros
Q3	75,6	11,5	12,6
Q4	60	24,4	15,6
Q5	33,2	51,2	15,6
Media País	71,6	16,7	11,7

Fuente: elaboración propia en base a documento “Disminuir las desigualdades en salud”, p. 29.

Si relacionamos esto con los datos de la tabla N° 13, podemos interpretar lo siguiente:

- a. El sistema de seguro FONASA financia mayoritariamente la salud pública-privada en Chile, 71,6%. El sistema privado representa sólo el 16,7% de la cobertura (media) de seguro nacional.
- b. Pese a que el sistema de seguro sanitario estatal FONASA representa el seguro al que se afilian mayoritariamente los chilenos, este financia, significativamente la salud privada, incrementándose en los quintiles 3, 4 y 5.
- c. El seguro público de salud FONASA financia principalmente a las personas que presentan mayor vulnerabilidad sanitaria, independiente del quintil socio-económico, y que el sistema privado no está dispuesto a financiar.

No obstante, pese a que el sistema de salud público otorga cobertura a más del 80% de la población chilena, a nivel microsocial, tendrá una valoración negativa principalmente por el trato vejatorio hacia las personas enfermas, salud para

pobres. El hospital reproducirá, la estructura social sustentada en el modelo económico sobre el cual está erigido la sociedad chilena, la dimensión pública de salud como práctica solidaria del cuidado mutuo, expuesta a los principios individualista del mercado, perderá el sentido de salud con enfoque humano y solidario para albergarse en el individualismo. Esta racionalidad de mercado competitivo se reproducirá a través de una micropolítica del poder tanto en una visión elitista de la salud como en la valoración positiva de la salud privada como un sistema eficiente, amigable y acogedor. Significativo es el discurso de los usuarios del sistema público, que cristalizan cierto orden del discurso, orientado a la práctica de consumo individualista de la salud. Como señala un usuario de Valparaíso, respecto del oportunismo de los indigentes que usufructúan del sistema público de salud, sin mediar esfuerzo ni trabajo.

Los indigentes dicen yo no impongo, y el resto me paga...- Ahora todo el mundo tiene derecho a tener tarjeta FONASA, unos pagan y al mismo tiempo les estamos pagando a las personas que nunca quiso trabajar y uno les da²².

Respecto de la calidad de las prestaciones sanitarias del sistema de salud público, significativo es el discurso que asocia la calidad de prestación al sistema de pago.

A mí me dio una taquicardia y me llevaron al hospital, estuve tanto rato esperando y se me pasó, cuando me atendieron para variar una practicante, me hizo un electro y me dijo que no tenía nada que estaba alaraqueando, y me llevaron para la casa

22. Relato de usuario. Estudio del Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud Santiago, diciembre de 2008, p. 103.

y me volvió a dar por segunda vez la taquicardia y ahí preferí pagar y me llevaron a la Clínica Alemana y ahí me pillaron todas las enfermedades que tenía, cosa que en el hospital no me habrían pillado nunca, y practicante más encima, una experiencia malísima²³.

Pero hay que tener plata para que lo atienden bien -de pronto una pide hora particular para los mismos médicos del hospital y la atienden súper bien y hasta te regalan los remedios²⁴.

De los relatos de usuarios que critican el sistema público de salud, destacan aquellos factores asociados al trato vejatorio que atenta contra la dignidad de la persona, entre ellos:

- a.** El trato amable y reconocimiento hacia el sujeto, como persona humana, está mediado por la capacidad de pago, en la gratuidad de la prestación se “pierde el derecho inherente” al trato “digno”. La vulneración del derecho al reconocimiento como un “igual” se radicaliza en una experiencia sanitaria, el hecho de exponer el cuerpo como contenedor de la enfermedad, en sí, es una experiencia violenta e invasiva, cuerpo desnudo expuesto a la mirada experta, alma expuesta al trato.

- b.** En la prestación de salud pública se pierde el trasfondo del financiamiento. La salud pública es financiada por

23. Relato de usuario. Estudio del Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud Santiago, diciembre de 2008, p. 114.

24. Relato de usuario. Estudio del Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud Santiago, diciembre de 2008, p. 115.

el seguro público FONASA. Este sustrato oculto de la práctica discursiva implica dos elementos que actúan como condición de posibilidad para cuestionar la labor sanitaria pública: el primer elemento corresponde a la cultura institucional, el personal clínico “atiende mejor” en el sector privado “hasta te regalan los remedios”, en cambio en el sector público, la condición asimétrica de la prestación sanitaria se radicaliza entre personal clínico y el “cuerpo expuesto” en establecimientos de salud “para pobres”, “me dijo que no tenía nada que estaba alaraqueando”. Un segundo elemento tiene relación con el usuario, que en su condición social y económica que asiste a un establecimiento público, proyecta, en esta “microsociedad hospitalaria” la reproducción “injusta” de las desigualdades de la sociedad neoliberal chilena, proyección-reproducción que devenga un costo psicosocial al exponerse como “cuerpo pobre” al trato mediado por una “prestación gratuita” en hospitales “para pobres”.

- c. El sentido de urgencia condicionado por el malestar que produce la enfermedad, no es proporcional a los “tiempos” del sistema público de salud, significativo son los casos de pacientes que esperan meses-años para ser intervenidos quirúrgicamente. Pabellones colapsados, salas de espera saturadas por el flujo de personas a la espera de una atención, son “imágenes” del sector público de salud que agravan la percepción negativa del usuario. Por el contrario, el sector privado de salud se observa eficiente, ágil y moderno: “ahí me

pillaron todas las enfermedades que tenía, cosa que en el hospital no me habrían pillado nunca”.

- d.** Finalmente se desprende de los discursos analizados que la atención pública de salud, principalmente está impartida por personal inexperto, “practicantes”, que cometen errores de diagnóstico, decisiones incorrectas en el procedimiento sanitario que, en última instancia, pueden incidir entre la vida y la muerte.

Estos relatos, voces que develan cierto orden del discurso respecto de la salud pública en Chile, evidenciarán que, pese a la inversión sistemática que experimentó el sector luego de retomada la senda democrática, no podrá revertir la microfísica del poder que reproduce una valoración negativa de los usuarios respecto de la salud estatal. De esta forma el blanqueo del Estado subsidiario estará avalado en la década de 1990 tanto por los criterios de racionalidad económica que favorecen una reducción sistemática del gasto público en salud y, paralelo a ello, fortalecen la privatización de la salud, considerada eficiente, moderna, cercana y ágil en la resolución de los problemas de salud de la población.

Los establecimientos de salud públicos quedarán expuestos a una doble condena, ser el lugar común que atiende el cuerpo pobre del enfermo y con ello el mismo recinto hospitalario, puede constituir un medio ambiente de riesgo, recinto hospitalario-albergue de las enfermedades de pobres. La segunda condena obedece a su condición histórica de agonía producto de la yuxtaposición de la racionalidad económica por sobre los criterios sanitarios. Los establecimientos públicos inevitablemente quedarán supeditados a la viabilidad económica de sus

prestaciones y su correlato explícito e implícito respecto de la inversión pública y/o privada en capital humano.

CONCLUSIONES

Durante el transcurso de este libro hemos pretendido responder a la pregunta, ¿qué campos discursivos relacionados con las políticas sanitarias de gobierno configuran la emergencia de racionalización y regulación económico-sanitaria en la salud pública en Chile durante el período 1960-1998? Para responder a esta pregunta, hemos realizado un trabajo arqueológico orientado a comprender la puesta en obra del discurso crítico sanitario sistematizado en los Cuadernos Médico Sociales (CMS), aparato cultural que instaló un orden del discurso en el campo sanitario con alta injerencia en la formación de profesionales, discurso crítico sanitario que, bajo el alero del Colegio Médico de Chile, comenzó a publicar sistemáticamente análisis de la realidad médico social chilena desde su creación el año 1959. Utilizando y apropiándose de las herramientas metodológicas de las ciencias sociales, el relato crítico sanitario de los Cuadernos Médicos Sociales nos permitió comprender los procesos sanitarios vivenciados en Chile desde la dimensión operacional a través de la experiencia de distintos profesionales, principalmente médicos que, mediante la publicación de sus prácticas clínicas y comunitarias, contribuyeron a comprender desde una perspectiva microhistórica la realidad sanitaria en Chile. Complementario a esto, la relevancia de esta revista, su alcance e impacto en la comunidad académica-profesional sanitaria, nos permitirá aproximarnos a los discursos gubernamentales en salud, cuyos principales actores, utilizarán este espacio como medio para socializar y cristalizar propuestas, linea-

mientos y visiones estructurales respecto del rol del Estado en materia sanitaria.

Siguiendo principalmente los discursos contenidos en este corpus-crítico-cultural, la respuesta a nuestra interrogante, tratará de dilucidar las ideas fuerza del período de estudio, continuidades y discontinuidades, la emergencia de prácticas sanitarias vinculadas a la yuxtaposición económica en salud que, finalmente nos permitirá aproximarnos a las condiciones de posibilidad, tanto a nivel estatal como microsociales, que derivarán en la gestación, implementación y ratificación del modelo de desarrollo neoliberal en el campo de la salud.

Respecto de los campos discursivos que favorecen la emergencia económica en salud a nivel de política estatal, podemos señalar que durante el curso histórico analizado se evidencian dos modelos de desarrollo en pugna, proyectos políticos orientados al gobierno de la población que mediante la utilización estratégica del Estado implementarán, según la orientación económica y social, formas de intervención sanitaria con mayor o menor presencia estatal. Estos modelos de desarrollo, en principio, desplegarán una biopolítica orientada a reformular las políticas sociales del Estado capitalista liberal, responsable de la grave crisis social vital denominada cuestión social; crisis vital que develará en su más cruda expresión la mortalidad infantil y el riesgo existencial de muerte de los sectores sociales populares de Chile. En base a esta crisis existencial-vital de la población chilena, el Estado experimentará una transformación que, sin afectar la estructura y orientación capitalista, desarrollará una política social que tendrá como base el cuidado bio-corporal de la población-nación chilena y cuyo proyecto se sustentará en la protección y mantención del capital humano.

Estos proyectos políticos antagónicos tendrán su oportunidad histórica.

Los mil días de gobierno del presidente Salvador Allende, quien encarnando el proyecto sanitario elaborado en 1941, impulsará desde el Estado, una revolución pasiva que tendrá como objeto fortalecer la responsabilidad estatal en los ámbitos de educación, salud y vivienda. Hemos denominado este modelo sanitario proyecto democrático en salud, que buscará fortalecer el desarrollo integral de las personas, fomentando instancias de participación e integración cultural que tendrá su más sólida expresión en la política sanitaria centralizada a nivel estatal. Pertinente es señalar que esta centralización en salud obedeció a los ejes rectores sanitarios a nivel nacional, aspecto operacional que va a determinar una centralización administrativa respecto del flujo de recursos, no obstante, estos lineamientos correspondientes a la estrategia global de la salud pública chilena tendrán un fuerte componente descentralizado, permitiendo un margen de libertad institucional amplio para desempeñar funciones profesionales y administrativas con pertinencia local, sirva como ejemplo, las experiencias de los médicos generales de zona, en tanto recurso escaso que fue redistribuido según las necesidades sanitarias del país, al mismo tiempo, sus relatos sistematizados en los Cuadernos Médico Sociales, dan cuenta de su autonomía y sensibilidad respecto de los problemas sociales, económicos y sanitarios de las distintas localidades donde ejercieron sus funciones.

Este proyecto democrático, apelando estratégicamente a un discurso racional económico, fundamentará el cuidado de la salud, como aspecto básico para el desarrollo-Nación, deber ético del Estado respecto del cuidado del cuerpo. Así, el cuerpo visualizado en el proyecto democratizador sani-

tario del presidente Allende, contendrá además del alma, el conjunto de saberes, conocimientos y aptitudes necesarios, tanto a nivel cultural como productivo, para avanzar hacia el desarrollo social-económico propuesto por la vía chilena hacia el socialismo, capital humano, riqueza básica para el crecimiento y desarrollo del pueblo-nación, que mediante la centralización de las políticas de salud en la figura del Estado, orientará las acciones sanitarias bajo un esquema unitario y centralizado de carácter gratuito y universal. No obstante, al decir de Pinto la fiesta y drama de la experiencia democrática de la Unidad Popular, radicalizará una mirada crítica de un segmento importante de la población que cuestionará, el rol del Estado benefactor, en específico, sus mecanismos de financiamiento y políticas macro-microeconómicas.

El segundo modelo de desarrollo se gestará oficialmente dentro de la institucionalidad gubernamental chilena, posterior al golpe de Estado de 1973, no obstante, es relevante destacar que sus lineamientos doctrinarios y económicos fueron gestados con anterioridad, mediante el pacto entre civiles, -ligados al mundo empresarial-, y altos mandos de las fuerzas armadas y de orden. En esta investigación, se destacó el rol de un pequeño círculo de académicos y empresarios que elaboraron las bases doctrinarias de la política económica de la dictadura militar y que permitió la implementación del modelo de desarrollo neoliberal en Chile. Apelando al rescate de la integridad de la nación, las fuerzas armadas y de orden, oportunistamente aprovecharán la radicalización de movimientos sociales de sectores de la derecha e izquierda, para desplegar a mano armada el golpe de gracia al Estado protector-asistencial. Concluye el despliegue histórico del proyecto democrático en salud gestado originalmente en el proyecto del servicio nacional de salud.

La interrupción del proyecto democrático, en dictadura, será camuflado mediante simulacro de libertad; despliegue estratégico que fortalecerá la práctica discursiva vinculada a la eficiencia económica para delegar en la ciudadanía la responsabilidad histórica del Estado respecto del cuidado de la salud. No obstante, es necesario señalar que, a la luz del análisis de este amplio campo discursivo, el giro neoliberal de las políticas sociales, también será reproducido en la microfísica sanitaria, principalmente en el derecho democrático a decidir el establecimiento sanitario, mecanismos de financiamiento y prestaciones asociadas al cuidado de salud. Este derecho a elección, que tiene su origen en las demandas de la clase media a principios de la década de 1960, mantendrá correlato directo con las demandas sindicales y corporativas del Colegio Médico de Chile, quien, fragmentado políticamente por el debate del curso histórico del Servicio Nacional de Salud, terminará imponiendo el debate conservador liberal, antagónico a las políticas sanitarias con fuerte énfasis estatal.

La política sanitaria en Chile implícitamente mediará la dignidad del trato en correspondencia a la capacidad de pago y capital humano contenido en la persona enferma que requiere cuidado de salud. En una relación recíproca, Estado, personal clínico y usuarios, establecerán códigos de tolerancia respecto de la dignidad del cuerpo enfermo ante la mirada clínica, así las personas aceptarán con mayor o menor tolerancia el trato, tratamiento y calidad de la prestación, según la capacidad de endeudamiento o inversión directa de la prestación. Así el proyecto democratizador de la salud pública, por arriba y por abajo, será interrumpido, sufriendo agónicamente el período del régimen militar, y ratificado en su agonía, pese a la inyección sistemática de recursos durante los gobiernos

de la Concertación. Concluyo proyecto democrático agónico, pues fragmentado en su base solidaria con cobertura universal, derivará o ratificará la senda economicista del sistema de salud público en Chile, diferenciando según capacidad de pago, entre los hospitales públicos orientados hacia una salud para pobres y la modalidad de libre elección separada elitistamente en correspondencia a la cobertura y costo del seguro individualmente convenido.

REFERENCIAS

ARTÍCULOS

- AIRD, I. (1960). Conclusiones y resultados de la primera conferencia mundial de educación médica. *Cuadernos médico sociales*, ii, 17-18.
- ALESSANDRI, H. (1960). La misión del médico en la sociedad. *Cuadernos Médico Sociales*, II (1), 13-14.
- ANDERSON, D. (1960). Entrada en las escuelas de medicina en Estados Unidos. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 15-17.
- ARNOTT, M. (1960). Los propósitos del currículum de medicina. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 31-32.
- ARREDONDO, A., HERNÁNDEZ, P. Y CRUZ, C. (1992). La incorporación del análisis económico al sector salud en países latinoamericanos. Primera parte: principales aportes y aspectos a considerar. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 121-130.
- ARREDONDO, A., HERNÁNDEZ, P. Y CRUZ, C. (1993). Incorporación del análisis económico al sector salud en países latinoamericanos: Segunda parte, campos de aplicación. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIV (1), 33-43.
- AYLWIN, P. (1989). Candidato a la Presidencia. Programa de Salud. En III *Seminario Coyuntura de Salud*. Santiago: Asociación de ISAPRES AG.
- BAEZA, A. (1960). Sobre enseñanza de la medicina. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 26-28.
- BARILARI, E. (1992). Apreciación de los trabajadores de Atención Primaria respecto del Estatuto de salud municipal. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 45-46.
- BASES PROGRAMÁTICAS DEL SEGUNDO GOBIERNO DE LA CONCERTACIÓN (1994). Quinto Compromiso: Mejorar la calidad de vida. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXV (1), 77-80.

- BEHM, H. (1960). Primera conferencia mundial de educación médica. *Cuadernos Médico Sociales*, II.
- BELMAR, R. (Jefe de Unidad de Atención Primaria. División de Programas de Salud. Ministerio de Salud) (1991). Propuestas de un plan de atención primaria del gobierno del presidente Aylwin. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXII (1), 5-8.
- BELMAR, R. (Responsable de la Atención Primaria del Ministerio de Salud). (1992). Perspectivas del Ministerio de Salud, Estatuto de la salud del sector municipalizado. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 15-27.
- BENJAMÍN, P. (1959). Tercera dimensión de la medicina. *Cuadernos Médico Sociales I*, 35-38.
- BREILH, J. (2010). La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva* 6 (1), enero-abril, 83-101, Universidad Nacional de Lanús Argentina. Recuperado en enero de 2014 de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73115246007>
- BÜCHI, H. (1989). Candidato a la Presidencia. Programa de Salud. En III Seminario Coyuntura de Salud. Santiago: Asociación de ISAPRES AG.
- BUSTOS, R., TREJO, C., MONGE, J., SILVA, P. (1994). Comisión N° 5 Modelos ideológicos en salud. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXV (1), 48-55.
- CAMPBELL, D. (1960). ¿Es necesario un año de internado? *Cuadernos Médico Sociales*, II, 37.
- CARMONA, O. (1992). Experiencia de la Corporación Municipal de Santiago. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 7-13.
- CHAPLIN, H. (1960). Factores extraescolares que afectan al estudiante de medicina. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 28-30.
- CHESTER, S. (1959). La educación Médica del mañana. *Cuadernos Médico Sociales*, I, 17-19.
- COHEN, H. (1960). El equilibrio en el programa de estudios. *Cuadernos Médico Social*, II, 29-31.
- CONDEZA, E. (1969). Experiencias de un Médico General de Zona en Santa Juana, Concepción. *Cuadernos Médico Sociales*, X, (3), 28-30.
- COORDINADORA NACIONAL DE FEDERACIONES, SINDICATOS Y ASOCIACIONES GREMIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA MUNICIPALIZADA (1992). Análisis

- del Anteproyecto de la Atención Primaria de Salud Municipal. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 53-57.
- CREW, F. (1959). La medicina como ciencia social. *Cuadernos Médico Sociales*, I, 12.
- (1960). Enseñanza de la medicina social en el periodo preclínico. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 54-55.
- DARRICARRERE, R. (1960). Problemas en educación médica. *Cuadernos Médico Sociales*, II (3), 43-46.
- DEBATE ESTATUTO DE SALUD PRIMARIA (1992). Integridad de la salud. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 28-34.
- DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DEL HONORABLE CONSEJO GENERAL DEL COLEGIO MÉDICO (1992). Análisis sobre el Proyecto de Ley que establece un estatuto del personal de los servicios municipalizados. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 58-60.
- DÍAZ, ET AL. (1959). Informe preliminar de la comisión organizadora del Seminario sobre Formación Profesional. *Cuadernos Médico Sociales*, I (1), 5-8.
- DÍAZ, J. (1972). El médico general de zona: imágenes de su trabajo, valores ocupacionales y estudio de satisfacción profesional. *Cuadernos Médico Sociales*, XIII (1), 5-12.
- DÍAZ, S. (1962). Las necesidades de médicos en Chile: bases para un proyecto de estudio. *Cuadernos Médico Sociales*, IV (3), 24-32.
- (1965). Medicina pública y privada: las críticas al Servicio Nacional de Salud. *Cuadernos Médico Sociales*, VII (1), 5-7.
- (1969). Proyecciones y estimaciones del gasto médico del sector público. *Cuadernos Médico Sociales*, X (3), 24-27.
- DINTRANS, R. (Presidente Departamento de Salud Pública, Colegio Médico de Chile) (1994). Departamento de Salud Pública. Consejo General. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXV (1), 83-86.
- EQUIPO DE SALUD VICARÍA ORIENTAL (1992). Sobre la participación comunitaria a nivel local: una visión desde el sector no gubernamental. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 47-52.

- ERAZO, Á. (2009). Ministro de salud. Insumos para un Plan de fortalecimiento del sector salud: perspectivas principales actores ministeriales.
- ERON, L. (1960). El efecto de la educación médica en las actitudes. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 30-32.
- FAULKNER, J. (1960). El hogar en la educación médica. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 57-58.
- FEDERACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y OTROS (1992). Posición de la Directiva de la Federación de Trabajadores de Atención Primaria y Otros sobre el proyecto de estatuto. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 67-68.
- FLAÑO, N. (1979). En *Desarrollo social y salud en Chile*. Santiago: CPU.
- FRANCIS, T. (1960). La enseñanza de epidemiología. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 58-59.
- FRENZ, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma: Equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 9 (2), 103-110. Recuperado de <http://www.revistas.uchile.cl/files/journals/101/articles/20128/public/20128-61917-1-PB.pdf>
- FRICKE, G. (1960). Orientaciones para la formación del profesional médico. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 22-23.
- GALE, G. (1960). La medicina social en el periodo clínico. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 55-56.
- GARRETÓN, A. (1960). Conceptos sobre enseñanza médica. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 17-20.
- (1960). Sobre la segunda conferencia mundial de educación médica. *Cuadernos Médico Sociales*. II, 5-8.
- GIACONI, J. (1992). El sector público de salud. Ciclo de conferencias: Crisis del sector salud en Chile ¿Hacia una legislación integral de salud? 14, 21 y 28 de agosto de 1991. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (1), 11-13.
- GONZÁLEZ, I. (1960). Problemas de la educación médica chilena. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 46-48.
- GONZÁLEZ, J. (1992). Situación de la salud municipalizada de Valdivia. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 35-38.

- HENN, T. (1960) ¿Por qué fracasan los estudiantes? *Cuadernos Médico Sociales*, II, 49-50.
- HEVIA, P. (1988). La salud en Chile: Situación actual y propuestas de cambio para la transición democrática. *Revista Apuntes para Trabajo Social* (15), 2º semestre.
- HOFFMAN, F. (1960). Medicina. Ciencia, Libertad y responsabilidad. *Cuadernos Médico Sociales*, II (3), 28-33.
- HUBBARD, J. (1960). Integración de la enseñanza de medicina preventiva y social en el programa de estudios médicos. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 59-61.
- HURTADO, A Y AIRD, I. (1960). Técnicas y métodos de educación médica. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 40-43.
- JAMES, E. (1959). La educación del científico. *Cuadernos Médico Sociales*, I, 31-32.
- JIMÉNEZ, O. (1962). ¿Cuáles son los beneficiarios del Servicio Nacional de Salud? *Cuadernos Médico Sociales*, IV (2), 5-9.
- JOFRÉ, G. (1989). Economista, Campaña de Hernán Büchi. Reunión de los representantes de los candidatos a presidente de la República. En III *Seminario Coyuntura de Salud*. Santiago: Asociación de ISAPRES AG.
- KINLOCH, N. (1960). Enseñanza en el hogar. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 45-46.
- KNUTSON, D. (1960). Enseñanza en el consultorio externo o policlínico. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 44-45.
- LA VOP, Vanguardia Organizada del Pueblo 1969-1971: Historia de una guerrilla olvidada en tiempos de la Unidad Popular (Sin fecha).
- LEIVA, L. (1969). Experiencia de un Médico General de Zona en Puerto Octay. *Cuadernos Médico Sociales*, X (2), 28-32.
- MARDONES, F. R. (1965). Director General de Salud. El Servicio Nacional de Salud visto por el nuevo Director General. *Cuadernos Médico Sociales*, VII (3), 5-7.
- MELLER, P. (1998). Un siglo de economía política chilena (1890-1990). Santiago: Andrés Bello.

- MERINO, R. (1989). Presidente de la Asociación de ISAPRES AG. En III Seminario Coyuntura de Salud. Santiago: Asociación de ISAPRES AG.
- Jiménez de la Jara, J. (1990). En Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile. Santiago: Corporación de Promoción Universitaria.
- (1992). Crisis del sector salud en Chile. Ciclo de conferencias: Crisis del sector salud en Chile ¿Hacia una legislación integral de salud? 14, 21 y 28 de agosto de 1991. Cuadernos Médico Sociales, XXXIII (1), 37-41.
- MINISTERIO DE SALUD (1994). La gestión del Ministerio de Salud. Informe del sector salud durante el Gobierno del presidente Patricio Aylwin Azócar. Chile 1990-1994.
- (2010). Objetivos Nacionales de Salud 2010-2020: Desde un sistema de control de enfermedades a un sistema de producción social de salud.
- MISTRAL, G. (1960). El prestigio de las profesiones. Cuadernos Médico Sociales, II, 5-6.
- MOLINA, C., HAZBÚN, M., MIRANDA, R., CONCHA, E., YUMHA, L. (1994). Comisión N° 4 coordinación intersectorial. Cuadernos Médico Sociales, XXXV (1), 42-48.
- MONTOYA, C. (1992). Integridad de la salud. Cuadernos Médico Sociales, XXXIII (2), 28-34.
- MONTOYA, C., et al. (1994). Comisión N° 3 Financiamiento del sector salud en Chile. Cuadernos Médico Sociales, XXXV (1), 36-42.
- MONTOYA, C. (2009). Cincuenta años de Cuadernos Médico Sociales, Revista de Salud Pública del Colegio Médico de Chile. Cuadernos Médico Sociales, II (2), 131-136.
- MONTT MOMBERG, J. (1992). Ministro de Salud. En La salud en Chile 1992: Informe Nacional del Diagnóstico de Salud. Ministerio de Salud.
- MOORE, R. (1959). La medicina de mañana. Cuadernos Médico Sociales, I, 20-24.
- MUDALIAR, A. Y MORJAN, J. (1960). Propósitos y contenido de los programas de enseñanza médica. Cuadernos Médico Sociales, II, 26-28.
- NAVARRETE, G., REYES, G., TILLERO, L. Y VILLAREAL, A. (1992). Sector privado-Sector público en salud alternativas para su desarrollo. Cuadernos Médico Sociales, XXXIII (4), 62-71.
- NEGhme, A. (1960). Universidades y educación médica. Cuadernos Médico Sociales, II, 14-16.

- OPPERMANN, H. (1992). Experiencia en la municipalización en Temuco. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 39-42.
- OYANGUREN, H. (1962). Los médicos y la seguridad social en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, IV (3), 15-23.
- PICKERING, G. (1960). El desafío de la medicina al educador. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 27.
- PICKERING, C.W. (1959). El propósito de la Educación Médica. *Cuadernos Médico Sociales*, I, 24-27.
- RAJS, D. (1992). Crisis del sector salud. Ciclo de conferencias: Crisis del sector salud en Chile ¿Hacia una legislación integral de salud? 14, 21 y 28 de agosto de 1991. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (1), 6-10.
- REQUENA, M. (1992). Crisis del Sistema chileno de cuidado de la salud. Ciclo de conferencias: Crisis del sector salud en Chile ¿Hacia una legislación integral de salud? 14, 21 y 28 de agosto de 1991. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (1), 23-36.
- REVISTA ERCILLA, (1.605), miércoles 09 de marzo, 1966.
- RICHARD, A. (1960). El estudiante de medicina y la práctica general. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 38-39.
- ROSSELOT, J. (1993). Reseña histórica de las Instituciones de salud en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIV (1), 7-20.
- SALCH, J. (1960). Objetivos y problemas de la continuación a la educación médica. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 39-40.
- SAN MARTÍN, H. (1960). Rol del médico práctico en los programas de protección de la salud. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 48-51.
- SÁNCHEZ, H. (1993). Las ISAPRES: Su inserción actual y futura en el sistema de salud chileno. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIV (1), 44-54.
- SÁNCHEZ, J. (1992). Jornadas sobre la salud a nivel Local: Estado del sistema municipalizado de salud. Santiago 20 de diciembre de 1991. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 5-6.
- SÁNCHEZ, J. et al. (1994). Comisión N° 2 Organización del sector. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXV (1), 23-35.

- SÁNCHEZ, J., SALGADO, G. (1992). Consideraciones acerca de los grupos sociales de salud. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 74-80.
- SANDOVAL, H. (1992). Ciclo de conferencias: Crisis del sector salud en Chile ¿Hacia una legislación integral de salud? 14, 21 y 28 de agosto de 1991. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (1), 42-46.
- SANTA MARÍA, J. (1960). La formación del médico. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 34-37.
- SCHAFFIELD, W. (1960). Elección vocacional y evolución en la carrera. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 32-33.
- SCHILLING, R. (1959). Objetivos y organización de una escuela de medicina. *Cuadernos Médico Sociales*, I, 13-16.
- SCHUSTER, A. (1989). Ministro de Salud subrogante. En *III Seminario Coyuntura de Salud*. Santiago: Asociación de ISAPRES AG.
- SIMEY, T. (1960). Introducción a las ciencias sociales. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 24-25.
- STAMPAR, A. Y FLETCHER, CH. (1960). Medicina preventiva y social. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 51-54.
- STROM, A. (1960). Demografía y estadísticas vitales. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 56-57.
- SÛRALA, U. (1960). Los objetivos y problemas de la continuación de la medicina. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 38-39.
- TERRIS, M. (1959). La medicina como una disciplina científica. *Cuadernos Médico Sociales*, I, 33-34.
- THOMPSON, A. (1960). Requisitos de entrada a las escuelas de medicina en Gran Bretaña. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 17-18.
- URZÚA, H. (1960). Los propósitos de la medicina en nuestra sociedad-la misión del médico y su formación profesional. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 24-26.
- VALENTINE, A. (1960). La educación general en la era de la ciencia. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 10-12.
- Valenzuela, G. (1960). Los propósitos de la Medicina en Nuestra Sociedad-La misión del médico y su formación profesional. *Cuadernos Médico Sociales*, II (3), 24.

- Venturini, G., Díaz, S., Palma, C. (1969). El medio institucional de la asistencia médica en Chile. En II Seminario de Formación Profesional Médica. *Cuadernos Médico Sociales*, X (4), 43-45.
- WHITBY, L. (1960). El desafío de la educación médica en la primera mitad del siglo XX. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 7-10.
- WHITEHEAD, R. (1960). Requisitos de admisión en escuelas de medicina. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 13-15.
- YAZIGI, R. (1960). Propósitos de la medicina en nuestra sociedad, la misión del médico y su formación profesional. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 39-42.
- ZAGMUTT, O. (1992). Experiencia en la comuna de Lo Prado. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 43-44.
- ZARKOVIC, G. (1960). Programas intramurales y en servicio de educación de postgraduados: El papel de los hospitales y de las escuelas de medicina. *Cuadernos Médico Sociales*, II, 37-38.

LIBROS

- ARCE, H. (2010). *El sistema de Salud: De dónde viene y hacia dónde va*. Buenos Aires: Prometeo Libros.
- BARAHONA, J. (2004). *Salud, tecnología y saber médico*. Madrid: Editorial Universitaria Ramón Arces.
- CARVAJAL, Y., MIGUELL, J., VÁSQUEZ, H. Y YURAC, C. (2007). *Calbuco, Castro, Quellón. 1962-1973. Memoria y salud en la XII zona*. Santiago: Gobierno de Chile.
- CASTRO, E. (2008). Biopolítica: de la soberanía al gobierno. *Revista Latinoamericana de Filosofía*, XXXIV (2), 187 – 205.
- CASTRO, R. (2011). *Teoría Social y salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- CASTRO-GÓMEZ, S. (2010). *Historia de la gubernamentalidad: Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores.
- DIRECCIÓN DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS. CENSO POBLACIONAL 1960. Resumen país.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA. Censo de población 1920. Levantado el 15 de diciembre de 1920.

DIRECCIÓN GENERAL DE ESTADÍSTICA. Censo de población de 1930. Efectuado el 27 de noviembre de 1930.

ESTÉBANEZ, P. (2002). *Exclusión Social y Salud*. Barcelona: Icaria Editorial.

FAZIO, H. Y PARADA, M. (2010). *Veinte años de política económica de la Concertación*. Santiago: LOM.

FFRENCH-DAVIS, R. (2014). *Chile entre el neoliberalismo y el crecimiento con equidad*. Santiago: J. C. Sáez Editor.

FOUCAULT, M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. México: Siglo XXI.

(2002). *Defender la sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica.

(2006). *Seguridad, territorio y población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

(2007). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

(2008). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Madrid: Siglo XXI.

(2010). *La arqueología del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI.

(2012). *Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.

GARCÉS, M. (2003). *La revolución de los pobladores, treinta años después*. En LASA, XXIV International Congress Dallas, Texas, 27-29 de marzo. Panel: *La revolución social en el Chile de Allende: treinta años después*. Recuperado el 23 de junio de 2015 de http://www.ongeco.cl/wp-content/uploads/2015/04/La_revolucion_de_los_pobladores.pdf

(2012). *El despertar de la sociedad*. Santiago: LOM.

GREZ, S. (2007). *De la Regeneración del pueblo a la huelga general: Génesis y evolución histórica del movimiento popular en Chile (1810 – 1890)*. Santiago: Ril Editores.

HIDALGO, Á. CORUGEDO, I. Y DEL LLANO, J. (2001). *Economía de la salud*. Madrid: Pirámide.

HUERTAS, R. (1998). *Neoliberalismo y políticas de salud*. España: El viejo topo.

- ILLANES, M. A. (2003). *Chile des-centrado: Formación socio cultural republicana y transición capitalista (1810-1910)*. Santiago: LOM.
- (2006). *Cuerpo y sangre de la política: La construcción de las Visitadoras Sociales (1887-1940)*. Santiago: LOM.
- (2010). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia: Historia social de la salud pública, Chile 1880-1973*. Santiago: Ministerio de Salud.
- INE. ANUARIO DE DEMOGRAFÍA 1997. Recuperado el 2 de abril de 2016 de http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php.
- MILOS, P. (2008). *Frente Popular: Su configuración 1935-1938*. Santiago: LOM.
- MOLINA, C. (2010). *Institucionalidad Sanitaria chilena, 1889-1989*. Santiago: LOM.
- MONTOYA-AGUILAR, C. (2013). *La salud dividida: Chile 1990-2010 Ideología, debates y decisiones acerca de la salud: lo que dicen los documentos del período de los gobiernos de la Concertación*. Santiago: Ceibo.
- MOULIAN, T. (2002). *Chile actual: anatomía de un mito*. Santiago: LOM.
- (2006). *Fracturas: de Pedro Aguirre Cerda a Salvador Allende (1938-1973)*. Santiago: LOM.
- (2010). *Contradicciones del desarrollo político chileno: 1920-1990*. Santiago: LOM.
- PINTO, J. (ED.) (2005). *Cuando hicimos historia: la experiencia de la Unidad Popular*. Santiago: LOM.
- (2014). *Fiesta y drama: nuevas historias de la Unidad Popular*. Santiago: LOM.
- PIZARRO, C. (1986). *La huelga obrera en Chile. 1890-1970*. Santiago: Ediciones SUR.
- RACZYNSKI, D. Y SERRANO, C. (2001). *Descentralización nudos críticos*. Santiago: Cieplan.
- RIBEIRO SOARES, L. (Comp.) (2013). *Salud, desigualdad y pobreza en América Latina*. Buenos Aires: CLACSO.
- RODRÍGUEZ, J. Y DE MIGUEL, J. (1990). *Salud y poder*. Madrid: Siglo XXI.

- SALAZAR, G. (2006). *La violencia política popular en las grandes alamedas: La violencia en Chile 1947-1987 (Una perspectiva histórico popular)*. Santiago: LOM.
- (2009). *Del poder constituyente de asalariados e intelectuales: Chile siglo XX y XXI*. Santiago: LOM.
- (2011). *En el nombre del poder popular constituyente: Chile siglo XXI*. Santiago: LOM.
- (2012). *Movimientos sociales en Chile*. Santiago: Uqbar.
- SALAZAR, G. Y PINTO, J. (1999). *Historia contemporánea de Chile I: Estado, legitimidad, ciudadanía*. Santiago: LOM.
- (1999). *Historia contemporánea de Chile II: Actores, identidad y movimiento*. Santiago: LOM.
- (2002). *Historia contemporánea de Chile III: La economía: mercados, empresarios y trabajadores*. Santiago: LOM.
- SERRANO, V. (2011). *La herida de Spinoza: Felicidad y política en la vida posmoderna*. Barcelona: Anagrama.
- SERVICIO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS. Censo de población de 1940.
- CENSO POBLACIONAL 1952.
- URRIOLA, R., MASSARDO, J., MOLINA, C., MONASTERIO, H. (2009). *Historia de la protección social de la salud en Chile*. Santiago: LOM.
- TETELBOIN, C. (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile 1973-1990. Reformas de primera generación*. México: UAM.
- VIDAL, P. (2016). *Trabajo Social en Chile. Un siglo de trayectoria*. Santiago: Ril Editores.
- VIAL, J., Raczyński, D. y Pizarro, C. (1995). *Políticas económicas y Sociales en el Chile Democrático*. Santiago: Cieplan.

CARTAS

- COLEGIO MÉDICO DE CHILE (1992). *Carta del Colegio Médico al Presidente de la República*. Cuadernos Médico Sociales, XXXIII (2), 69-70.

ROSSELOT, J. (1992). Carta dirigida a Jorge Sánchez, Jefe del Departamento de Salud Pública, Consejo General del Colegio Médico de Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 63.

VIEL, B. (1992). Carta dirigida al Dr. Jaime Sepúlveda. Secretario Técnico Colegio Médico de Chile. A.G. (con motivo del Proyecto de Ley sobre Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipalizada, enviado al Parlamento el día 03 de enero de 1992 en Mensaje Presidencial N° 329-323). *Cuadernos Médico Sociales*, XXXIII (2), 58-60.

DISCURSOS PRESIDENCIALES

ALLENDE, S. (1971). Mensaje Presidencial ante el Congreso pleno.

(1972). Mensaje Presidencial ante el Congreso pleno.

(1973). Mensaje Presidencial ante el Congreso pleno.

AYLWIN, P. (1990). Mensaje Presidencial. En Legislatura 320°, ordinaria. Sesión del Congreso Pleno, el lunes 21 de mayo. En *historia política y legislativa del Congreso Nacional de Chile*.

(1991). Mensaje Presidencial. En Legislatura 322ª, ordinaria, Sesión del Congreso Pleno, el martes 21 de mayo. En *historia política y legislativa del Congreso Nacional de Chile*.

(1992). Mensaje Presidencial. En Legislatura 324ª, ordinaria, Sesión del Congreso Pleno, el jueves 21 de mayo. En *historia política y legislativa del Congreso Nacional de Chile*.

(1993). Mensaje Presidencial. En Legislatura 326ª, ordinaria. Sesión del Congreso Pleno, el viernes 21 de mayo. En *historia política y legislativa del Congreso Nacional de Chile*.

(1990). Mensaje Presidencial. Mensaje del Ejecutivo con el que abre la 319ª, Legislatura Extraordinaria de sesiones del Congreso Nacional Santiago, 11 de marzo. En *historia política y legislativa del Congreso Nacional de Chile*.

FREI RUIZ-TAGLE, E. (1994). Mensaje Presidencial del 21 de mayo.

(1995). Mensaje Presidencial del 21 de mayo.

(1996). Mensaje Presidencial del 21 de mayo.

- (1997). Mensaje Presidencial del 21 de mayo.
- (1998). Mensaje Presidencial del 21 de mayo.
- (1999). Mensaje Presidencial del 21 de mayo.
- (1965). Mensaje Presidencial ante el Congreso.
- (1966). Mensaje Presidencial ante el Congreso.
- (1967). Mensaje Presidencial ante el Congreso.
- (1968). Mensaje Presidencial ante el Congreso.
- (1969). Mensaje Presidencial ante el Congreso.
- (1970). Mensaje Presidencial ante el Congreso.
- PINOCHET, A. (1974). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.
- (1975). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.
- (1976). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.
- (1977). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.
- (1978). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.
- (1979). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.
- (1980). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.
- (1981). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.
- (1982). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.
- (1983). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.
- (1984). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.
- (1985). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.
- (1986). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.
- (1987). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.

(1988). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.

(1989). Mensaje Presidencial del 11 de septiembre.

DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

APUNTES PARA TRABAJO SOCIAL. Revista (15), 2º semestre 1988.

ASOCIACIÓN DE ISAPRES AG. (1989). *III Seminario Coyuntura de Salud*. Santiago: Asociación de ISAPRES AG.

BANCO MUNDIAL (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*. Banco Mundial.

(1998). *La larga marcha: una agenda de reformas para la próxima década en América Latina y el Caribe*. Banco Mundial.

CÁRCAMO, C., et al. (1999). *Salud y Socialdemocracia*. Santiago.

CENTRO DE ESTUDIOS PÚBLICOS (1992). "El ladrillo" bases de la política económica del Gobierno Militar Chileno. Santiago: CEP.

CEPLAN. (1976). *Salud pública y bienestar social*. Santiago: CEPLAN.

CORPORACIÓN DE PROMOCIÓN UNIVERSITARIA (1980). *Desarrollo social y salud en Chile II parte: bases de un sistema de salud*. Santiago: CPU.

(1990). *Eficiencia y calidad del sistema de salud en Chile*. Santiago: CPU.

MIDEPLAN (1991). *Un proceso de integración al desarrollo: informe social 90-91*. Santiago: Gobierno de Chile.

(1994). *Integración al desarrollo: balance de la política social 1990-1993*. Santiago: Gobierno de Chile.

MINISTERIO DE SALUD (1978). *Cómo Chile cuida su salud*. Santiago. Comunicaciones y R.R.P.P.

(1992). *La salud en Chile 1992: Informe Nacional del Diagnóstico de Salud*. Santiago: Gobierno de Chile.

(1994). *El compromiso a la atención de salud de calidad: Elaboración de una estrategia nacional para Chile*. Santiago: MINSAL.

(1995). Atención de la salud en Chile. Santiago: MINSAL.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (1974). Acta N° 90. República de Chile, Junta de Gobierno.

ODEPLAN (1989). *Informe social 1987-89 evaluación y desafíos*. Santiago: Gobierno de Chile.

SOCIEDAD CHILENA DE SALUD PÚBLICA Y COLECTIVO DE ATENCIÓN PRIMARIA (1988). Congreso metropolitano de profesionales: Atención primaria, 15, 16 y 17 de diciembre.

**ESTE LIBRO HA SIDO POSIBLE
GRACIAS AL TRABAJO DE**

Autoridades Universidad de Los Lagos

Óscar Garrido Álvarez,
Rector Universidad de Los Lagos
Patrick Puigmal
Vicerrector de Investigación y Postgrado
Sandra Ríos Núñez
Directora de Investigación

Consejo Editorial

Gonzalo Delamaza Escobar, Doctor en Sociología
Diana Kiss de Alejandro, Magister en Comunicación
Patrick Puigmal, Doctor en Historia
Nicole Fritz Silva, Doctora Internacional
en Actividad Física y Salud
Jaime Rau Acuña, Doctor en Ciencias Biológicas
Gonzalo Miranda Hiriart, Doctor en Salud Pública
Mita Valvassori, Doctora en Literaturas Comparadas
Andrea Minte Müzenmayer, Doctora en Educación
Ricardo Casas Tejeda, Doctor © en Ciencias Humanas

Comité Editorial Especializado

Ciencias Sociales, Políticas, Económicas e Historia

Gonzalo Miranda Hiriart, Doctor en Salud Pública

Patrick Puigmal, Doctor en Historia

Jorge Muñoz Sougarret, Doctor en Historia

Marcel Thezá Manríquez, Doctor en Ciencias Políticas

Fedra Cuestas, Doctora en Filosofía

Unidad Editorial

Ricardo Casas Tejeda, Director

Carolina Carillanca Carillanca,

Coordinadora editorial de libros

Kiyen Clavería Aguas, Ilustradora

Alexis Hernández Escobar, Director de arte

Área de Administración

Daisy Ovando Millan, Secretaria Vicerrectoría
de Investigación y Postgrado

Cecilia Cárdenas Garcés, Profesional de Apoyo
de la Dirección de Investigación

Cristina Navarro García, Jefa Unidad Logística,
Adquisiciones y Bodega

Alejandro Jiménez Alvarado, Encargado de página web

Este libro se terminó de componer en el invierno de 2021. En su formación se utilizó la fuente Literata diseñada por Veronika Burian y José Scaglione.

En el interior se utilizó papel bond ahuesado de 80 g y Couché opaco de 350 g para la tapa. Su encuadernación es rústica, costura al hilo y entape hotmelt.

Desde el Sur Cultivamos sabe-

res, cosechamos libros

editorial@ulagos.cl

editorial.ulagos.cl

Cochrane 1070,

Osorno

