

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA- XOCHIMILCO

MAESTRÍA EN MEDICINA SOCIAL



**La política de salud rural en Chile y su implementación
durante los dos últimos periodos de gobierno:
discursos políticos, prácticas institucionales y representaciones sociales en
la comuna de Cochamó.**

Tesis

Para obtener el grado de Maestría en Medicina Social

Presenta:

Sebastián Medina Gay

Dirigido por:

Carolina Tetelboin Henrion

México, Distrito Federal

Septiembre, 2013

Agradecimientos

A mis abuelos, padres y hermanos por amar y vivir entre los vientos que soplan hacia lejanías .

A cada uno de los vivientes que me abrieron las puertas de sus hogares y corazones en el Sur y en el norte del Sur.

A mis maestros-amigos que inspiraron este camino por universidades y pensamientos, en especial a Carolina Tetelboin por su guía y apoyo incondicional, y a Alfredo Paulo por transmitir su pasión y compañerismo.

A todos los poetas, músicos, inventores, sanadores, danzantes, pensadores, investigadores, chamanes y creadores que anónimos repartidos por el mundo, día a día construyen la nueva humanidad y el buen vivir colectivo.

Índice general

Agradecimientos	2
Introducción.....	5
Parte I. Planteamiento de la investigación	11
1 Capítulo 1. Antecedentes	11
1.1 La transformación neoliberal del Estado chileno.....	12
1.2 Políticas sociales de los gobiernos de la “transición” democrática	17
1.3 Políticas públicas en las zonas rurales.....	22
1.4 Antecedentes del sistema de salud publico chileno	32
2 Capítulo 2. Planteamiento del problema	40
3 Capítulo 3. Estado del “arte”	50
3.1 El proceso de salud/enfermedad/atención en las zonas rurales.....	51
3.2 El sistema de salud público en las zonas rurales y las propuestas para mejorar sus condiciones de vida y salud.....	61
4 Capítulo 4. Marco teórico-metodológico	67
4.1 Marco teórico-conceptual.....	68
4.2 Conceptos operativos.....	117
4.3 Estrategia Metodológica	121
5 Capítulo 5. Contexto de la investigación	138
5.1 La política, la economía y la sociedad chilena en los últimos dos periodos de gobierno nacional y municipal.....	139
5.2 El sistema de salud público y su presencia en la X Región de los Lagos	147
5.3 La comuna de Cochamó	153
Parte II. Resultados	174
6 Capítulo 6. Los discursos políticos	174
6.1 Discursos presidenciales del 21 de mayo.....	176
6.2 Leyes que rigen el funcionamiento de la Atención Primaria en Salud.....	196
6.3 Objetivos sanitarios de las dos últimas décadas.....	207
6.4 Norma técnica de funcionamiento de las Postas de Salud Rural.....	216
6.5 Funcionamiento del Servicio de Salud del Reloncaví.....	221
6.6 Política de salud comunal de Cochamó	225
Conclusión.....	230

7	Capítulo 7. Prácticas institucionales de salud	234
7.1	Infraestructura	236
7.2	Recursos humanos y organizacionales.....	249
7.3	Recursos físicos y equipamiento	258
7.4	Financiamiento.....	262
7.5	Funcionamiento y actividades asistenciales	272
7.6	Resultados reportados	284
	Conclusión.....	290
8	Capítulo 8. Las representaciones de los actores.....	296
8.1	Los funcionarios del Servicio de Salud del Reloncaví.....	298
8.2	Los administrativos municipales	310
8.3	Personal de salud de los establecimientos de salud.....	321
8.4	Familias usuarias de la comuna de Cochamó.....	333
	Conclusión.....	349
	Parte II. Análisis.....	354
9	Capítulo 9. Discusión y análisis.....	354
9.1	Las políticas públicas, sociales y de salud en las comunas rurales y aisladas, y su evolución en los dos últimos periodos de gobierno nacional y municipal: el Estado “invisible”	356
9.2	La articulación burocrática, el poder y las prácticas institucionales de los implementadores de la política de salud rural: el puente roto entre lo nacional y lo local.	374
9.3	Las diversas estrategias de atención en salud de los habitantes de las localidades rurales y aisladas, y su relación con el sistema de salud pública: desde la autarquía a la dependencia.	395
	Conclusión.....	417
	Parte III. Conclusiones	419
	Bibliografía.....	424
	Anexo N° 1: Guía de observación de las Postas de Salud Rural (PSR).....	439
	Anexo N°2: Guía de Entrevistas Semiestructuradas (ES)	441
	Anexo N° 3. Ejes Temáticos, categorías y principales cuestionamientos sobre cada fuente.	454
	Anexo N°4. Notas de Campo	456
	Indice de Fotografías, Gráficos y Tablas	469
	Abreviaturas utilizadas	471

“Anochece y puedo mirar los ajos
creciendo en las faldas de la montaña.
Hay dadivas y caricias en forma de lluvia;
los vivientes ríen, felices por sus animales pastando,
la alegría de lo más simple de lo eternamente complejo:
el corazón de la lluvia y el Sol.

Don Geno

La política de salud rural en Chile y su implementación durante los dos últimos periodos de gobierno: discursos políticos, prácticas institucionales y representaciones sociales en la comuna de Cochamó.

Introducción

Esta investigación nace desde la experiencia del autor como médico en una localidad rural del sur de Chile por casi 3 años. El personal de salud y las familias que en este contexto viven, trabajan, se atienden, y también se *desatienden*, generalmente no tienen capacidad de interlocución ni son escuchados por los “expertos planificadores” de la política de salud nacional. Estas directrices desde el gobierno central, nos parecían pensadas para una realidad totalmente distinta, y observábamos que al llegar al “campo”, se volvían tan inadecuadas como absurdas. Así mismo, se nos hizo evidente que nuestra formación médica en las aulas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile estaba igualmente disociada de esta realidad rural, toda vez que ninguno de los recursos con los que supuestamente debía entregarse una atención médica “de alta calidad y evidencia” se encontraba disponible dentro de los establecimientos de salud rural públicos.

Afortunadamente durante ese periodo laboral, gracias al apoyo de los equipos de Salud Colectiva del sur del país, pudimos avanzar hacia una mirada más profunda y serena sobre los procesos que ocurrían dentro de estas localidades, sus habitantes, y su relación con las políticas sociales. Acudir directamente a sus hogares, con la sencilla y a la vez compleja tarea de *escuchar* sus relatos y *compartir* conocimientos sobre la salud y la enfermedad desde un espacio de intercambio horizontal, fue especialmente revelador ya que todo un mundo de estrategias, prácticas y sabiduría ancestral se abrió ante nuestros ojos. Allí entendimos que el rol del sistema de salud público, si bien era importante para la reproducción social de estos habitantes, pasaba a un segundo plano frente a las condiciones de vida y los daños producidos por las grandes empresas que se instalaban *a piacer* en estas localidades violentando toda su cosmovisión y condiciones materiales de existencia, pero al mismo tiempo, generaban diversas formas de resistencia, conocimientos y organización colectiva por parte de sus habitantes.

Con todas estas prenociones, concebimos una investigación cuyo espíritu es cuestionar a una realidad considerada injusta, poco conocida, y fundamentalmente excluida del debate político dado que se encuentra oculta tras los buenos resultados en los indicadores económicos y sanitarios del país. Así, la singular relación del Estado chileno con los habitantes de las localidades rurales mediada por una de sus políticas sociales más tradicionales, como es la política de salud, pasó a ser nuestro centro de atención e indagaciones teórico-conceptuales. En ese orden, el objetivo principal que nos propusimos fue analizar la política de salud rural en Chile a través de los discursos políticos, el marco legal-normativo, las prácticas institucionales y las representaciones sociales de los principales actores involucrados en el sistema de salud público en una comuna de alta “ruralidad y aislamiento” como lo es Cochamó.

Para cumplir nuestro propósito, en un primer momento necesitamos conocer las características fundantes del Estado chileno, y guiados por el enfoque de la Medicina Social y la Salud Colectiva, esto se realizó mediante el análisis de su historicidad y determinaciones políticas, económicas e ideológicas, que exponemos durante el capítulo N°1, de los “antecedentes de la investigación”. Allí describimos la transformación institucional y social producida tras el golpe militar del año 1973 y las correlaciones en el poder político y económico producidas a partir de este quiebre, durante los sucesivos gobiernos “democráticos”. Además profundizamos en las repercusiones de estas transformaciones del Estado sobre las políticas destinadas a las zonas rurales y al sistema de salud público.

Por su parte, en el capítulo N°2 del “planteamiento del problema”, delimitamos, justificamos, y planteamos los objetivos e hipótesis que dan orientación a nuestro camino investigativo. La elección de la comuna de Cochamó como estudio de un caso concreto de implementación de la política de salud rural en el país, respondió a la intención de estudiar una zona “extrema” de ruralidad y aislamiento geográfico-climático donde las características fundamentales del sistema de salud público rural, su articulación burocrática, y la respuesta de los habitantes de estas zonas ante su presencia e insuficiencia se mostrara de forma más nítida.

Cochamó es una comuna ubicada en la X Región de Chile, a más de 1,300 kilómetros de la capital nacional, fundamentalmente cordillerana y fronteriza con Argentina, y que presenta una baja cantidad de población clasificada como totalmente rural. Al mismo tiempo, su sistema de salud público posee exclusivamente establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) para zonas rurales, las llamadas Postas de Salud Rural que son administradas por la Municipalidad de Cochamó.

Avanzando en el planteamiento del problema, durante el capítulo N°3 de “estado del arte”, exponemos las principales investigaciones y avances en torno al proceso de salud/enfermedad/atención en las localidades rurales y las formas de intervención estatal en estos territorios. Allí destacamos los autores provenientes de las corrientes críticas del pensamiento, y las propuestas internacionales y nacionales encaminadas a alcanzar una mejor comprensión y acción entorno a las inequidades en salud derivadas de la “situación de ruralidad”.

En el capítulo N°4 desarrollamos el “marco teórico-metodológico” sobre el cual sustentamos nuestro estudio. Entendiendo que los conceptos teóricos son la base de las estrategias metodológicas, decidimos presentarlos en un solo capítulo en función de hacer evidente sus relaciones, sin por esto, perder profundidad en las revisiones conceptuales. Estas últimas, se extienden desde las teorizaciones críticas sobre el Estado, las políticas sociales, las políticas de salud, la burocracia estatal, y las concepciones siempre cambiantes de la ruralidad. Luego, avanzamos en los “conceptos operativos” que nos permiten aproximar la abstracción teórica con la realidad empírica; y finalmente, exponemos la estrategia metodológica detallando las fuentes, ejes temáticos, y formas de análisis y procesamiento de los datos.

La ruta metodológica trazada fue ambiciosa ya que implicó analizar el objeto de estudio desde 3 niveles de la realidad, lo macro, lo meso y lo micro, y al mismo tiempo el uso de distintas técnicas de recolección y análisis de los datos producidos. Así una de las más importantes limitaciones de la investigación fue perder profundidad, como ocurrió con el nivel meso, de la burocracia estatal regional que quedó sólo parcialmente explorado.

Durante el capítulo N°5 del “contexto de la investigación”, describimos las características políticas, económicas, sociales y geográficas del tiempo-espacio que escogimos para nuestra investigación.

En ese orden realizamos una revisión de los dos últimos periodos de gobierno nacional, las características actuales del sistema de salud público y su presencia en la X Región del país, y las particularidades de la comuna de Cochamó.

Exponiendo los resultados de la investigación, durante el capítulo N°6 describimos y analizamos los “discursos políticos”, donde destacamos “lo que dice” el Estado respecto al proceso de salud/enfermedad/atención, es decir, la orientación de la política de salud nacional y la específica para las localidades rurales como Cochamó, que analizamos mediante los distintos discursos oficiales y su marco legal-normativo. Por otra parte, en el capítulo N°7, de las “prácticas institucionales de salud”, describimos y analizamos “lo que hace” el Estado en la comuna de Cochamó a través de la caracterización de la estructura, financiamiento, organización y formas de funcionamiento del sistema de salud público presente en sus localidades. Por último, en el Capítulo N°8, de las “representaciones sociales”, recuperamos la mirada desde los distintos actores involucrados en la implementación de la política de salud en Cochamó que analizamos mediante sus discursos producidos en entrevistas semiestructuradas realizadas en dos localidades de Cochamó durante el trabajo de campo.

Finalmente, en el capítulo N°9, de “discusión y análisis”, retomamos nuestros referentes teóricos y los contrastamos con los principales hallazgos de la investigación. En ese momento, interrelacionamos los distintos elementos y niveles en los que habíamos fragmentado nuestro objeto de estudio —los discursos políticos, las prácticas institucionales en salud y las representaciones sociales, y los niveles macro, meso y micro de la política de salud— para reconstruir la totalidad, pero ahora como una unidad interpretada y explicada.

Mediante ese último paso de reconstrucción, las características de la relación del Estado con los habitantes de estas localidades y las formas “de ser” de su sistema de salud público se nos hicieron comprensibles, pero al mismo tiempo, se abrieron una serie de preguntas e hipótesis que seguramente serán la base para desarrollar futuras investigaciones encaminadas a profundizar sobre las formas de exclusión, despojo y desatención que actualmente se imponen en las zonas rurales del país, y además, las formas de resistencia, autarquía y producción material y de conocimientos que sus habitantes generan día a día.

“Arrastrando de sur a norte los témpanos los arenales
que no tenían dónde parirse y era el cielo que se
horcajaba derrumbándose Nací sólo para amarte se
gritan los Andes con el Pacífico como si fueran sólo
unos tipos que a veces se hablan y lloran mientras
Chile entero se precipitaba cayendo estrepitoso
roto como un montón de vidrios sobre las piedras.”

Raúl Zurita

Parte I. Planteamiento de la investigación

1 Capítulo 1. Antecedentes

Durante este capítulo se exponen los principales antecedentes políticos, económicos y sociales de la investigación haciendo énfasis en los nodos críticos que nos permiten aproximarnos a la historicidad de nuestro objeto de estudio. Para lograrlo, nuestro foco estará puesto en las transformaciones de la relación del Estado con la sociedad y el mercado en los últimos 40 años en Chile, y en especial, en las políticas hacia las zonas rurales. En función de esquematizar este proceso histórico hemos dividido este capítulo en 4 apartados relacionados, estos son: 1) la transformación neoliberal del Estado chileno, 2) las políticas sociales en los gobiernos de la “transición democrática”, 3) las políticas públicas en las zonas rurales y, finalmente, 4) los antecedentes del sistema de salud público chileno.

1.1 La transformación neoliberal del Estado chileno

El proceso denominado genéricamente de *reformas neoliberales en los Estados de Latinoamérica* ocurrido durante finales de los años 70s y primera mitad de la década de los 80s, tuvo a Chile como uno de sus exponentes paradigmáticos. Un país con una firme tradición democrática que había avanzado alrededor de las políticas desarrollistas de *sustitución de las importaciones* y de la incorporación progresiva de *derechos sociales*, especialmente los asociados a la seguridad social y a la asistencia sanitaria, oscurecía abruptamente mediante un golpe militar de corte abiertamente conservador, apoyado y financiado por los Estados Unidos, contra el gobierno de la Unidad Popular (UP) encabezado por el presidente Salvador Allende el 11 de septiembre de 1973. Hace 40 años el presidente Allende moría dentro del palacio presidencial bombardeado por aviones de la propia fuerza aérea chilena (Álvarez, 2011; Tetelboin, 2003).

El estado de *shock* posterior al golpe militar, producto del alto grado de violencia manifestado por los militares golpistas contra sus compatriotas, junto con la convicción de sus altos mandos de la necesidad imperiosa de eliminar “el cáncer marxista” del país, abrió paso a las numerosas desapariciones, torturas, exilio y violaciones sistemáticas de los derechos humanos; pero al mismo tiempo, dejó un campo abierto inédito para la realización de modificaciones radicales dentro del Estado y la sociedad en general. Sobre la base de la relación entre modelo económico y modelo político, no sólo se trató de acuñar una alternativa radicalmente distinta a la “vía democrática al socialismo” del gobierno anterior, sino también a la totalidad de la institucionalidad vigente hasta entonces. A partir de un discurso ultra conservador basado en el liberalismo económico, se replantean las bases del desarrollo capitalista del país, que según la retórica de la época, deberá encarrilar al Estado y la sociedad a un proceso de “modernización” (Tetelboin, 2003).

Estos procesos de “modernización” estatales han sido caracterizados bajo el concepto de *reformas neoliberales* por numerosos autores como Poulantzas (1977; citado en Fleury, 1992), quien los describe como una transformación radical de la relación del Estado con la sociedad y el mercado, donde se enfatizan elementos ya presentes en la fase del capitalismo monopolista pero se añaden otros específicos del nuevo rol estatal, entre los cuales se destacan: 1) la gran concentración de poder del ejecutivo, a expensas de las diferentes modalidades de representación; 2) la precipitada decadencia del papel de los partidos políticos burgueses y la desviación de sus funciones político-organizativas, hacia una burocracia-administración del Estado; 3) el reforzamiento y reacomodo de cada ramo y aparato del Estado en redes formales y aparentes, así como el anquilosamiento de núcleos estrechamente controlados por las cúpulas del Ejecutivo, desviando el poder hacia estos últimos y transformando el principio de lo divulgable en confidencial; 4) la ausencia de un proyecto social global del Estado, cuya política se reduce a micropolíticas, esporádicas, puntuales y contradictorias.

Tales transformaciones estatales ocurrirían a partir del cambio en la ideología social que emerge de dos procesos articulados: la fusión de los elementos constitutivos de la crisis de fines de los setenta y el agotamiento del modelo de sustitución de importaciones, y la solución a ella basada en la premisa de “más mercado y menos Estado”, con la consecuente reorganización de la economía y las formas de representación de la política. La ideología neoliberal se cristalizará en un cuerpo conceptual que exalta la eficiencia del mercado como el mejor distribuidor de recursos dentro de la sociedad, al tiempo que culpa al Estado y su aparato burocrático de ineficiente, “obeso” y provocador de las crisis económicas. En ese marco se modificará la política social, y su papel central como estrategia redistributiva de las riquezas de la sociedad, quedará supeditado a la política económica de crecimiento y acumulación (Fleury, 1992; López, 1992; Tetelboin y Salinas, 1984).

En Chile luego del golpe militar, con los derechos políticos y civiles básicos suspendidos, la “junta militar” y sus aliados iniciaron virtualmente sin oposición profundas reformas políticas y económicas de la mano de un grupo de “asesores” provenientes de la Escuela Monetarista de Chicago, cuyo más conocido exponente fue Milton Friedman. Así se probó en un Chile uno de los experimentos de desregulación de la esfera económica y privatización masiva de empresas públicas más ambiciosos en la región, y quizás del mundo. Son actores principales de este nuevo grupo en el poder: sectores del ejército deliberantes, subordinados, inconstitucionales e indiscutiblemente vinculados al proyecto clasista de la clase dominantes y de la política norteamericana; el grupo de tecnócratas de la Escuela de Chicago que gradualmente va copando los espacios de las decisiones hacia finales de la década de los setenta, y por último; los diseñadores de la orientación del proceso, los sectores financieros del gran capital nacional (Tetelboin,2003).

En adelante, la acción del Estado chileno en el reordenamiento de la economía en general y en la acción pública en particular, requería subordinarse a la llamada “economía social de mercado”, sustentada en el discurso oficial según la cual la libertad económica resulta imprescindible para alcanzar una “real” libertad política. En ese orden, los diversos ámbitos ligados tradicionalmente a *derechos sociales*, ganados mediante años de luchas sociales, como por ejemplo en educación, previsión social, salud y vivienda, se abrieron a la participación del mercado con la convicción que su *mano invisible* produciría la mejor distribución de los recursos que tradicionalmente estaba “bloqueada” por el burocratismo estatal, pero al mismo tiempo, se generaba negocios altamente lucrativos para la burguesía nacional e internacional alineada con los militares golpistas (Kemp, 2003; López, 1992; Tetelboin y Salinas, 1984;Tetelboin, 2003).

En esta nueva concepción de la política y del rol estatal no se aceptan ni toleran los conflictos, sean estos de grupos, intereses, posiciones o institucionales, y al menor atisbo de los mismos se

ingresa al terreno de la ilegitimidad ya que atentan contra la “unidad nacional” y el desarrollo económico. Los efectos de estas medidas en el entramado social no fueron sólo la interrupción de la democracia y la introducción de un modelo económico con un gran “costo social”, en términos de cesantía y pobreza; la dictadura además buscaba transformar a fondo la sociedad chilena, imponiendo desde el poder político un conjunto de medidas tendientes a lograrlo, que tuvieron el efecto de debilitar los vínculos sociales, modificando el panorama organizativo y la acción colectiva en el país. La misma Constitución promulgada el año 1980 bajo dictadura, plasma y consagra un conjunto de preceptos orientados hacia la erradicación de visiones alternativas de la política, la sociedad o el desarrollo económico. Así, en su artículo N°8 refería: “que todo acto de persona o grupo destinado a propagar doctrinas que atentan contra la familia, propugnen la violencia o una concepción de la sociedad, el Estado, o del orden jurídico, de carácter totalitario fundada en la lucha de clases, es ilícito y contrario al ordenamiento institucional de la república” (Congreso de Chile, 1980, p.6). Es decir se erradican las diferencias de clase por ley y se sanciona un orden ideológico excluyente y abiertamente antidemocrático. La concepción subyacente a esta Constitución sería producto de la conjunción del pensamiento cuartelario castrense, y de la ideología clasista exclusivista de la reacción civil: el vínculo entre golpistas y el capital no podría ya fundarse en el ordenamiento normativo e institucional de un Estado democrático (Delamaza, 2005; Tetelboin, 2003).

Entre las consecuencias en las políticas sociales del nuevo ordenamiento, destaca que tanto el derecho a la salud como otros derechos sociales dejan de ser, conforme a la ideología político-económica que impregna la Constitución de 1980, finalidad del Estado, siendo entregada a las contingencias de la economía de libre mercado. Así se reformulan las políticas sociales destacando

una serie de medidas en esa dirección: reducción del financiamiento, focalización, desconcentración, municipalización y privatización (Tetelboin, 2003).

Para el año 1988 y luego de 15 “largos años” de dictadura militar, la presión internacional desde los países “desarrollados” junto con las masivas movilizaciones callejeras en distintas ciudades del país, obligaron que los militares y sus aliados procuraran “democratizar” el régimen mediante un llamado a plebiscito, en función de decidir mediante votación popular, la continuidad de Pinochet en el poder. Para ese efecto se conformó un bloque heterogéneo de partidos políticos en oposición al dictador, bautizado como *Concertación de Partidos por el “No”*, donde se obligó a que las divisiones registradas en los partidos de izquierda, como el Partido Radical (PRSD) y el Partido Socialista (PS), durante parte importante de la década de los 80, debieran superarse en función de participar con éxito en tal plebiscito, que aparecía como la única forma viable de “consenso” para terminar con la dictadura de Pinochet. Al mismo bloque se sumó el partido Demócrata Cristiano (DC) que había participado a favor del golpe militar de 1973, pero paulatinamente fue relegado de los puestos de poder durante la dictadura; así la DC representaba la visión de “centro” dentro del bloque opositor a Pinochet. No obstante, dentro de los planes de los militares se visualizaba muy difícil el triunfo opositor, dado la gran influencia de sus aliados en los medios de prensa y la estabilidad económica lograda luego de la crisis económica de 1982. Así, el plebiscito convocado por el propio Pinochet debía ser ganado por él, pero la historia diría lo contrario; y como tituló irónicamente el desaparecido diario Fortín Mapocho: el dictador “corrió solo y llegó segundo” (Delamaza, 2005; Huneus, 2003; Kemp, 2003).

1.2 Políticas sociales de los gobiernos de la “transición” democrática

El rasgo distintivo y original de la salida del dictador y el inicio de la llamada “transición democrática” chilena, lo constituyó el realizarse dentro de los marcos establecidos previamente por la dictadura. La salida mediante el “consenso”, en contraste con las salidas mediante enfrentamientos armados de otras dictaduras latinoamericanas, permitió a las fuerzas que apoyaban a los militares conservar una gran influencia y poder tanto en la esfera económica como en la política y cultural. El plebiscito impidió la continuidad del dictador pero no la de su marco constitucional y legal; siendo la Carta Constitucional de 1980 su máxima expresión (Delamaza, 2003).

Luego del triunfo del “No” a Pinochet en el plebiscito del año 1988, los partidos políticos constituyentes de la *Concertación de partidos por el “No”* se mantuvieron dentro de la coalición bautizándola ahora *Concertación de partidos por la Democracia* —en adelante “la Concertación”— y sus principales dirigentes se dispusieron a “negociar” las condiciones de la salida de los militares del Estado. Este momento de negociación fue un episodio poco conocido de la historia reciente del país, pero de alta importancia para comprender la sorprendente continuidad de las características fundantes de la relación entre Estado, sociedad y mercado luego de concluida la dictadura militar. Durante la negociación se dio lugar a una serie de pactos “no explícitos” entre las Fuerzas Armadas, sus aliados y las elites políticas pro-democráticas, que involucró importantes concesiones a los grupos de poder salientes. En palabras de uno de los propios actores de este polémico proceso (Ominami, 2010), los dirigentes de la Concertación habrían negociado con una “mezcla de debilidad e ingenuidad” aceptándose condiciones totalmente antidemocráticas como una Constitución ilegítima, impuesta en condiciones impropias que mantenía —entre otras cosas— la figura de los senadores designados, la tutela militar a través del Consejo de Seguridad Nacional, el carácter de garantes de la democracia de las Fuerzas Armadas, y el sistema electoral “binominal”. Finalmente

la negociación culminó con un nuevo plebiscito de “referéndum constitucional” que tuvo lugar el 30 de julio de 1989, donde una mayoría poco informada sancionó los acuerdos alcanzados entre el gobierno militar y la oposición (Brunner, 1990).

Otro efecto derivado de este proceso de “pactos” para retornar a la democracia, habría sido la desactivación de los movimientos sociopolíticos que habían hecho posibles la negociación misma, y la profundización de la concepción elitista de la representación política, estableciéndose una *democracia asociativa o consociativa*¹, como solución propuesta por los teóricos de la gobernabilidad para escenarios de alta polarización, como habría sido el caso chileno antes el golpe de 1973. Esta versión restringida de democracia, en vez de enfatizar la regla de la mayoría en la representación y decisión, entrega poder de veto y sobrerrepresentación a la minoría, aumentando con ello el tamaño de la mayoría gobernante mediante coaliciones. Las reglas de este juego gestan la existencia de dos bloques políticos que se repartirán el poder político en base a convocatorias de sufragio para el parlamento, las alcaldías y la presidencia de la república: la Concertación, representante de las fuerzas de “centro-izquierda” y la *Alianza por Chile* de los partidos “derechistas” aliados de Pinochet. El argumento básico detrás de esta fórmula de representación, sería que la participación ciudadana en sociedades fragmentadas, heterogéneas o “sobreideologizadas” como la chilena, provoca una incertidumbre o amenaza desestabilizadora de la democracia que se debe evitar (Delamaza, 2003).

Finalmente la Concertación se establece en el poder estatal el año 1990 con el militante de la DC, Patricio Aylwin como presidente de la república hasta el año 1994. Durante los sucesivos periodos de gobierno se repitieron los presidentes de la Concertación, primero con el también DC Eduardo

¹ Entendemos por *democracia consociativa* al acuerdo al que llegan los grupos de poder económico y político, de dentro y de fuera del Estado, para acotar en función de sus intereses y visiones la democracia representativa, haciendo caso omiso de las demandas populares y utilizando para ello el derecho y la ley.

Frei Ruiz-Tagle (1995-1999), luego el PS Ricardo Lagos (2000-2005) y finalmente la PS Michelle Bachelet (2006-2009). Para el año 2010 las fuerzas conservadoras vuelven al poder—esta vez mediante las urnas—con el militante de Renovación Nacional (RN) Sebastián Piñera (2010-2014).

Los primeros años de la Concertación en el poder estatal estuvieron enfocados a consolidar la transición a la democracia y en demostrar a la “tutela militar” que la coalición era competente para dirigir al Estado. En ese escenario, no existirán reformas radicales en ninguna de las políticas sociales, sino se tratarán sólo de “prudentes” modificaciones las cuales se formularán, como ya mencionamos, bajo un contexto restringido de democracia donde las fuerzas conservadoras se encuentran sobrerrepresentadas y con amplio poder de veto. Estas fuerzas conservadoras se reunirán en la coalición llamada *Alianza por Chile*—en adelante “la Alianza”— compuesto por dos partidos políticos: el más radical representado por el “gremialismo” de la Unión Democrática Independiente (UDI), partido que surgió de la idea del dirigente Jaime Guzmán, quien fuera el principal intelectual orgánico del régimen militar, con el objetivo de ser la “principal fuerza política cuando los militares regresaran a sus cuarteles”; y el partido más moderado, Renovación Nacional (RN), siempre con estrechos nexos al gran capital, las fuerzas conservadoras y los militares golpistas. Estos partidos conservadores detentarán una correlación de fuerzas altamente favorable dentro del nuevo Congreso junto con la figura de los “senadores designados”, y procurarán que el avance democrático se realice cediendo mínimas cuotas de poder dejando “amarradas” una diversidad de leyes que involucran casi todos los sectores de la vida nacional: desde la administración pública hasta la educación, desde la institucionalidad económica hasta los aparatos de seguridad del Estado, desde la televisión hasta la explotación del cobre, entre otros. De este modo la vía de transición democrática basada en “consensos” chilena, sería en realidad una forma de exclusión de la divergencia y unificación ideológica-político-económica que atraviesa a toda la elite política

del país como resultado de un doble temor: el miedo al “fantasma” de un nuevo golpe militar para la Concertación, y el miedo al desorden social, la hiperinflación y la pérdida del poder político y económico para la Alianza (Brunner, 1990; Camargo, 2008).

En lo esencial, de las principales reformas que tuvieron lugar durante los gobiernos de la Concertación, ninguna implicará transferencias importantes de poder hacia los sectores excluidos o cambios significativos en las lógicas mercantiles que en dictadura se apoderaron de muchos ámbitos que en la mayoría de los países permanecen bajo control público. Del conjunto de tendencias establecidas durante el gobierno militar, es decir, la reducción del financiamiento, focalización, desconcentración, municipalización y privatización, se modificó significativamente sólo la primera, aumentando el gasto, y parcialmente la focalización refinándose los procedimientos para ella y agregándose “nuevos grupos prioritarios”. Sin embargo, no se retomó la orientación *universalista* que tenían estas políticas hasta del año 1973, y se limitaron a establecer nuevos programas sin alterar la institucionalidad de las políticas sociales diseñada por la dictadura militar (Ominami, 2010; Delamaza, 2005).

Entre las principales políticas sociales, mantuvo sus características esenciales el sistema de previsión social basado en la capitalización individual y la administración privada de los fondos por las llamadas Administradoras de Fondos Previsionales (AFP). La solidaridad intergeneracional o el aporte patronal, dos características esenciales de los sistemas de seguridad social, están fuera de esta lógica de sistema de pensiones. Además, las reformas previsionales promulgadas bajo los gobiernos de la Concertación, habrían sido marcadamente pautadas siguiendo las orientaciones entregadas por las propias AFPs, de modo que no alteraran mayormente sus caracteres estructurales (Ominami, 2010).

En contraste con el precario fortalecimiento de la política social durante los periodos de gobierno de la transición, en materia económica los logros de crecimiento fueron abundantes: el gobierno de Aylwin terminó su mandato con una tasa de crecimiento promedio que superó el 7%, luego con Frei Ruiz-Tagle en el poder, el país continuó con tasas superiores al 5% de crecimiento; mientras que durante el periodo de Ricardo Lagos también terminó su mandato con tasas cercanas al 4,5%², además se registraron caídas en el desempleo y disminución de la extrema pobreza. Las exportaciones crecieron, la deuda internacional disminuyó considerablemente y la inflación fue de apenas un 3%. Además, se expandieron las relaciones comerciales y se firmaron numerosos tratados de libre comercio (EE.UU., Corea del Sur, México, la Unión Europea y China) (Huneuus, Berríos y Gamboa, 2007). Sin embargo, la extrema desigualdad en los ingresos se profundizó, y solamente el 1% más rico de la población se lleva más del 30% del ingreso del país (López, Figueroa y Gutiérrez, 2013).

Algunas de las evaluaciones sobre el periodo de “transición democrática chilena” destacan que contrariamente a las expectativas de quienes habían luchado por el fin de la dictadura, las políticas sociales subordinadas a un modelo de desarrollo económico altamente excluyente sólo habrían consolidado la desigualdad de derechos y oportunidades entre los grupos sociales, y además se habría prestado para acrecentar los múltiples fenómenos de desintegración social. Lo importante es relevar que no se tratarían de efectos automáticos e inevitables del proceso de “modernización” del Estado, sino de un problema político, ya que durante los años 90s se redefinieron una vez más las relaciones entre la sociedad y el Estado: “por arriba”, el Estado se ocupa de garantizar las condiciones para el mejor funcionamiento de la economía exportadora, donde predomina el capital extranjero y el sector financiero; mientras que “por abajo”, focaliza su acción en los más

² El crecimiento económico durante la dictadura de Pinochet fue sólo de un 2,9% anual, a pesar de la fuerza de su discurso y reformas de orientación neoliberal.

pobres con estrategias fragmentadas y sin el marco de derechos universales necesarios para favorecer la integración social (Delamaza, 2005).

1.3 Políticas públicas en las zonas rurales

La relación del Estado chileno con las zonas rurales responde al mismo proceso histórico que describimos para el resto de los ámbitos de acción estatal, es decir, hasta el año 1973 llevaba una tendencia marcadamente progresista que queda truncada y hasta se revierte durante la dictadura militar, para luego continuar con modificaciones superficiales durante los gobiernos de la transición democrática. Sin embargo, es tal la importancia histórica, política y económica del proceso de *reforma agraria* iniciada durante los años 60s, que en este apartado describiremos sus características más trascendentes, y luego describir revisaremos su completa reversión durante el proceso llamado de *contrarreforma* que inició la dictadura militar. Finalmente señalaremos las tendencias de las políticas públicas en estas zonas durante los gobiernos de la transición.

La hacienda y el latifundio

Antes de la reforma agraria iniciada el año 1965, la estructura social rural chilena estuvo dominada primero por la “hacienda” y luego por el llamado “complejo latifundio–minifundio” que se caracterizaban por la gran concentración de tierra en haciendas y fundos en poder de oligarquías terratenientes que mantenían bajo su “poder y subordinación” a empleados, inquilinos y obreros agrícolas (Pezo, 2007). La hacienda, es un sistema de organización rural de origen español que data desde principios del siglo XVI y fue trasladada a América en el tiempo de la conquista como instrumento para aprovechar la gran cantidad de mano de obra disponible. El largo período de la hacienda da lugar al nacimiento y consolidación de la llamada oligarquía agraria, caracterizada por la posesión

de inmensas propiedades y por detentar el poder social y político de estas zonas, incluyendo a la Iglesia como gran acaparador de tierras. La evolución económica de la hacienda permite la transición hacia el latifundio, que conlleva también el paso de la mano de obra cautiva y la explotación personalizada dentro de la hacienda, hacia la proliferación del minifundio y el crecimiento de una proporción de mano de obra sin acceso a la tierra, que podía ser absorbida por las grandes explotaciones agrícolas latifundistas y las plantaciones de fines del siglo XIX y primera mitad del XX (Escobar, 2003). Para ilustrar el fenómeno de concentración de la tierra, se observa en los reportes que justificaron la reforma agraria chilena, que en el año 1957 el 4% de las explotaciones agrícolas correspondían al 80% de la superficie cultivable. Por otro lado el crecimiento de la agricultura había sido especialmente lento en los años 30 anteriores a la reforma, debiendo el país para el año 1964 importar casi 122 millones de dólares en comida en función de abastecerse (CORA, 1970).

Coexistiendo con este tipo de grandes latifundios, a lo largo del país figuraban campesinos, pescadores artesanales, comunidades agrícolas, asentamientos mineros y comunidades indígenas en situaciones de insalubridad, miseria y analfabetismo con la consecuente migración masiva a las ciudades generando marginación (Allende, 1939; Saavedra, 1975). Solo por citar un ejemplo, en 1958 se afirmaba que más de la mitad de las viviendas rurales debía ser reemplazadas de forma inmediata por sus condiciones de insalubridad (CORA, 1970).

En cuanto a las estructuras de producción y poder en el campo chileno previos a la reforma agraria, según los teóricos marxistas de los años 60s, se caracterizaban por presentar:

- 1) Una acumulación originaria incompleta: donde el monopolio de la tierra para su uso productivo y como mecanismo de despojo al campesino para la obligación de la venta de su fuerza de trabajo no se realizó en Chile con la intensidad que en países Europeos. El despojo no fue completo, permaneciendo gran parte de los campesinos con acceso a pro-

piedades del tipo minifundio o pequeñas áreas de producción pseudo independiente, desarrollándose “economías campesinas” en forma paralela al desarrollo capitalista. Estas economías que podrían ser catalogadas de “precapitalistas”, sin embargo, serían una estrategia funcional y necesaria para el desarrollo capitalista del campo por parte de la clase dominante en países periféricos, debido a que la disponibilidad de tierras y la posibilidad de controlar la fuerza de trabajo por otros mecanismos favorecen un proceso de sobreexplotación. En otras palabras, este tipo de acumulación incompleta entrega la posibilidad al capitalista agrícola de pagar remuneraciones inferiores a la línea de subsistencia, ya que el campesino puede dentro de su propiedad crear el resto de su supervivencia en horarios fuera del trabajo remunerado. Esto lleva a una sobreexplotación en base a plusvalía absoluta y relativa.

2) La escasa renta del suelo: ya que en Chile no se constituye una clase terrateniente típica, ni los grandes latifundistas arriendan sus tierras en términos capitalistas, sino que en base a la sobreexplotación capitalista del latifundio, las tierras son “permitidas” al campesino y este debe crear allí la parte de su sobrevivencia que no es completada por el salario. Entonces el “dueño de fundo” tendría un doble rol de empresario agrícola y en menor medida de terrateniente.

3) Una reproducción capitalista agraria monopolista de la cadena productiva: en base a la ya reseñada sobreexplotación del hacendado, se suma el control bajo formas comerciales especulativas y usurarias sobre el monopolio de la circulación de mercaderías y dinero en las zonas campesinas (Saavedra, 1975).

En esa misma línea de análisis, las fuerzas sociales en el campo se componían de una clase dominante de la burguesía agraria, constituida por los dueños de fundo, terratenientes y empresarios rurales, formando un bloque policlasista que suma a la mediana, pequeña burguesía y algunos asalariados, y que habrían ejercido un control hegemónico del sector hasta el reformismo del año 1965 cuando se observaría una fracción en este grupo. Por otro lado, la clase dominada reunida en el movimiento popular conformada por los obreros agrícolas (inquilinos, voluntarios y afuerinos) y “los campesinos pobres” que a partir de las mismas reformas comienzan a aumentar su organiza-

ción y fuerza política. Por último, otro grupo de importancia emergente fue el de las clases explotadas y marginadas que no tenían una representación clara por el movimiento popular y dado el carácter urgente de sus demandas inician acciones revolucionarias mediante las “huelgas” y “tomas” de fundos que desafían la legalidad burguesa (García, 1973; Saavedra, 1975) .

1.3.1 Reforma agraria

La reforma agraria aplicada por el Estado Chileno entre 1965 y 1973 fue una estrategia política y económica que terminó con el latifundio e intentó promover un campesinado que optimizara la producción agrícola para mejorar con ello la distribución de ingresos, el mercado interno y el desarrollo industrial (Pezo, 2007).

Se distinguen en este periodo dos principales tipos de reforma que reflejan las tendencias políticas y las luchas sociales históricas, tanto de las fuerzas sociales en el campo como de las visiones generales de país. Primero el llamado reformismo burgués del gobierno del DC Frei Montalva y luego el reformismo obrero de la UP de Salvador Allende. A continuación describiremos brevemente sus particularidades.

Reformismo burgués de la Democracia Cristiana (DC)

El proceso de reformas agrarias que se produce en el gobierno de Frei Montalva a partir de 1965 básicamente consistió en:

3. Expropiación por el Estado de los predios de más de 80 hectáreas de riego básico o predios mal explotados u ofrecidos por sus dueños, que luego de expropiados se constituían en asentamientos de 3 años de duración para la entrega posterior de las tierras a los campesinos. Además se produce una expansión del Estado en el sector rural con la creación e impulso de entidades como la Corporación de Reforma Agraria (CORA), el Instituto de

Desarrollo Agropecuario (INDAP), la Corporación de Fomento de la Producción (CORFO), entre otros.

4. Sindicalización campesina y otras formas de organización rural mediante la creación de leyes que igualan el salario mínimo agrícola con el industrial y permiten la existencia de sindicatos y organizaciones campesinas hasta ese momento prohibidas.
5. Políticas indirectas de desarrollo capitalista agrario y mejoramiento de la calidad de vida del campesino enfocadas a la mejor explotación de la tierra y al mantenimiento de la clase obrera campesina (García, 1973).

Para autores críticos de este proceso como García (1973) y Saavedra (1975) existe un carácter eminentemente burgués dentro de las reformas de la DC, ya que permitirían un reajuste del capitalismo en el campo sin un cambio en las estructuras de dominación, y deseaba una neutralización de la base revolucionaria rural. Sin embargo, es claro que esta reforma habría dado el gran paso para la posterior movilización popular y división de la dominación burguesa que terminaría con la elección de la Unidad Popular (UP) en el gobierno. Además, se observaba el cumplimiento de uno de los objetivos económicos propuestos, ya que la producción agrícola había crecido 3 veces más que las dos décadas anteriores, como resultado directo de las reformas implementadas (CORA, 1970; García, 1973).

Reformismo obrero o socialista de la Unidad Popular (UP)

Como mencionamos, el bloque burgués producto de las contradictorias políticas de la DC y de profundas divisiones internas comienza a fraccionarse. Al mismo tiempo la emergencia de la UP como fuerza social policlasista llega finalmente al poder en 1970 con Salvador Allende. En este periodo se define un programa de reforma agraria encaminada a transformar la economía chilena hacia la economía socialista. Sus objetivos principales fueron:

1. Cambiar rápidamente el sistema de tenencia de tierras eliminando la totalidad de latifundios de más 80 hectáreas y los mal explotados de más de 40 hectáreas conformándose una “área reformada” con “Centros de Reforma Agraria” en unidades económicamente viables y con comités y equipos de producción formados exclusivamente por campesinos.
2. Cambiar el sistema de interrelaciones económicas entre la agricultura y el resto de la economía mediante el apoyo en créditos hacia el área reformada y la formación de cooperativas entre los minifundistas y pequeños agricultores.
3. Desarrollar la participación campesina en los cambios.
4. Reorientar la estructura productiva a fin de encontrar un nivel de ingresos y ocupación adecuados.
5. Superar la postergación y segregación de indígenas y comuneros del Norte Chico mediante una nueva legislación no discriminatoria (Saavedra, 1975).

En el Gráfico N° 1 podemos observar cómo en el nuevo impulso de la UP se aceleró el ritmo de expropiaciones, pasando de 1.408 predios con 3.5 millones de hectáreas expropiadas para el final del gobierno de Frei, a 4.401 predios con 6,6 millones de hectáreas expropiadas solo en el gobierno de Allende entre 1971 y 1973 (Baeriswyl, Sartori , Guzmán, y Larenas, 2006; Saavedra, 1975).

Gráfico N° 1: Expropiaciones de terrenos por año durante la reforma agraria.



Fuente: Baeriswyl, Sartori, Guzmán, y Larenas (2006).

También puede observarse la misma tendencia en el caso de las organizaciones sindicales campesinas, y la presencia de huelgas y tomas de grandes fundos, que crecen rápidamente en el gobierno de la UP. Sus demandas además se observan progresivamente con contenidos de lucha de clases, lo que hace pensar para algunos autores marxistas, en una fuerza revolucionaria creciente en el campo (García, 1973; Saavedra, 1975).

Los distintos diagnósticos del grado de cumplimiento de los objetivos propuestos son parciales dado la interrupción del proceso de reforma por el golpe de Estado de 1973. Sin embargo, era posible prever el carácter incompleto de algunas políticas implementadas por la UP, dado la poca valoración que se le dio a algunos grupos revolucionarios que progresivamente fueron perdiendo fuerza por las mismas reformas y la subvaloración de la gran capacidad adaptativa de la burguesía agraria, evidenciada entre otras formas, por la creación de un mercado paralelo de control de la comercialización y de las relaciones precapitalistas tradicionales de la hacienda, en medio de la reforma socialista (Saavedra, 1975).

1.3.2 Contrarreforma

El proceso de reforma fue estancado por la irrupción de la dictadura militar, la cual al implementar un modelo económico totalmente distinto al de los gobiernos anteriores, caracterizado por la reducción del Estado y la apertura al libre mercado, iniciando un proceso de contrarreforma que suprimió regresivamente gran parte de lo avanzado (Pezo, 2007). Por ejemplo: se restituyó el 50% del total de las tierras expropiadas a los antiguos dueños; se creó un código de aguas que separa los derechos de riego de los de la propiedad de la tierra; por medio de decretos a algunos de los campesinos reformados se les quita el derecho a la tierra; se inició la parcelación y entrega de las tierras expropiadas; se favoreció la venta de las parcelas a los anteriores propietarios y empresarios; y se reprimió y desapareció casi la totalidad de las organizaciones sindicales campesinas (Baeriswyl, Sartori, Guzmán, y Larenas, 2006). En el Gráfico N° 2 podemos observar la temporalidad de la revocación de las expropiaciones en el periodo de la dictadura.

Gráfico N°2: Revocación de expropiaciones durante la dictadura militar: contrarreforma agraria.



Fuente: Baeriswyl, Sartori , Guzmán, y Larenas (2006)

1.3.3 Políticas de la transición democrática

Con la llegada de los gobiernos elegidos democráticamente desde el año 1990, se le otorga al modelo económico un mayor factor de “apertura social”. Es así como nacen iniciativas para aumentar la participación en proyectos como el Fondo de Solidaridad e Inversión Social (FOSIS) y aumentos en la cobertura de instrumentos o servicios desde el Instituto de Desarrollo Agropecuario (INDAP). Además surgen políticas focalizadoras con el objetivo de mitigar la pobreza, la débil participación ciudadana y restablecer las confianzas entre campesinado y el Estado (Pezo, 2007).

Junto con la preocupación por el gasto social en materias macroeconómicas, se mantienen como orientación estratégica el desarrollo de las capacidades productivas de las zonas rurales, siempre con miras al mercado como referente en la asignación de recursos y la apertura a hacia economías internacionales. En estos escenarios, los habitantes de las zonas rurales pequeños campesinos

comienzan a recibir aportes dirigidos principalmente a fomentar la competitividad para insertarse en las “complejidades” de una economía de mercado globalizado, estableciéndose como la única dirección “sustentable” de desarrollo dentro de los espacios rurales (Baeriswyl et al., 2006).

Como producto de estas orientaciones, el escenario neoliberal dentro de las zonas rurales chilenas se expresará en nuevas estructuras de producción diversificada, dependientes más de dinámicas y exigencias del mercado internacional que de una estrategia de desarrollo campesino y del Estado, coexistiendo: 1) grandes empresas altamente modernizadas, vinculadas a la exportación y a los sistemas agroalimentarios mundiales, que provienen de otros sectores económicos del país o de capitales transnacionales; 2) grandes unidades de producción medianamente modernizadas y orientadas principalmente al mercado nacional y a la agroindustria, y; 3) pequeños productores familiares orientados al consumo directo y al mercado local o nacional, en rubros de baja rentabilidad con relaciones de dominación en las cadenas productivas y de comercialización, en situación de pobreza, bajos niveles educacionales y marginación de la “modernización” agrícola (Pezo, 2007).

Se suma a lo anterior, los daños ambientales producto de los grandes proyectos de inversión en función de aumentar la acumulación de capital y el desarrollo urbano, lo cual ha deteriorado el medio ambiente rural y lo ha convertido en un escenario de conflictos ambientales y sociales, debiendo sus habitantes movilizarse por la defensa de sus recursos naturales en condiciones muy desiguales en cuanto al equilibrio de fuerzas. Finalmente, persisten relaciones de dominación en el medio rural que no se restringen a su relación con el medio urbano, ya que se pueden observar dentro de los mismos contextos locales, entre clases propietarias de las tierras y los asalariados, dentro de las cadenas productivas y comerciales, y también dentro de los espacios laborales generalmente precarizados en sus condiciones. Así pues, una mirada de conjunto nos da cuenta de

relaciones de explotación en lo económico, subordinación y dependencia en lo político, y exclusión en lo social y cultural (Pezo, 2007).

1.4 Antecedentes del sistema de salud público chileno

1.4.1 El Servicio Nacional de Salud

La maduración de las políticas públicas en salud en Chile desde la mitad del siglo XX hasta el año 1973 habían tenido relación directa con la fuerte presencia y orientación por parte del Estado, y su expresión más evidente fue la formación del Servicio Nacional de Salud (SNS) el año 1952. Esta institución tenía una serie de atributos que la hacían el principal soporte de la medicina chilena como respuesta a los procesos de salud y enfermedad de la población. Entre ellos, se pueden mencionar: la extensa e integral capacidad de atención curativa y preventiva, la fuerte concentración de los recursos de todo el sector salud, y la investigación y enfoque salubrista para sus acciones y gestión (Tetelboin y Salinas, 1984). Inserto en el “espíritu” de esta institución se encontraba la maduración de las concepciones médico-sociales que salubristas nacionales impulsaron como bandera de lucha durante los años precedentes a su creación. Un ejemplo de estas ideas, es el informe llamado “La realidad Médico-Social Chilena” realizado en el año 1939 por el entonces ministro de salubridad Salvador Allende. Este pionero análisis marca un hito en Latinoamérica por establecer una relación directa entre las formas de explotación económica y la desastrosa realidad sanitaria observada en la mayoría de la población del país. En su introducción declaraba:

“Chile, al igual que la mayoría de los países sudamericanos, ha vivido a merced del coloniaje económico y cultural que ha obstaculizado el progreso social y el desarrollo de nuestras riquezas naturales. Más aún, estos factores han impedido que el pueblo logre el estándar de vida compatible con el de país civilizado y medianamente culto (...) a las empresas capitalistas no les inquieta que haya

una población de trabajadores que viva en condiciones deplorables, que esté expuesta a ser consumida por las enfermedades o que vegete en el obscurantismo(...) Debemos lealmente declarar que todas aquellas medidas médicas que se tomen sólo podrán rendir un provecho efectivo si se adoptan resoluciones económico-financieras que permitan elevar el estándar de vida de nuestros conciudadanos. Se puede afirmar que las bases fundamentales que determinan el bienestar y el progreso de los pueblos son precisamente un buen estándar de vida, condiciones sanitarias adecuadas y amplia difusión de la cultura en los medios populares” (Allende, 1939, p.5).

Siendo directamente impulsado por estas ideas, el SNS pretendía acercarse a la cobertura universal en salud con atención directa y medidas de promoción y prevención públicas. Presentando una estructura nacional, centralizada y con infraestructura propia distribuida a lo largo del país, prestaba atención preventiva y curativa desde el primer nivel de atención a través de Postas Rurales y Policlínicos; en el segundo nivel, con una estructura intermedia para la atención hospitalaria de servicios básicos; y en el nivel terciario con hospitales para las especialidades de mayor complejidad. Paulatinamente se convirtió en el principal soporte de la respuesta organizada para la salud en el país y había logrado encubar un modelo de atención que tenía grandes ventajas en términos de su influencia en las condiciones de salud del país, y en los hechos demostró resultados significativos en los indicadores de morbi-mortalidad y en la creación de una cultura sanitaria en la población. Además, para el año 1973 casi un 70% de la población era cubierta por el sistema, siendo uno de los más extensivos en Latinoamérica (Kemp, 2008; Tetelboin, 2003).

1.4.2 Reforma neoliberal de Pinochet

En el contexto de rápidas reformas en toda la institucionalidad del país durante el régimen militar, en el sector de salud se impuso “desde arriba” una visión centrada en el individuo, en la iniciativa privada y en la “necesaria” reducción del Estado. Debajo de estas medidas se encontraban las

ideas de los economistas neoliberales de la Escuela de Chicago que ya hemos mencionado, y que exaltaban la eficiencia del mercado para la regulación de los distintos sectores y la ineficiencia y excesiva burocracia del sector público para la atención de salud. Estas orientaciones harán resonancia años después, con las políticas impulsadas por organismos internacionales neoliberales como el Banco Mundial(BM) luego del consenso de Washington, y van a impactar también con diversa intensidad a la mayoría de las políticas en salud de Latinoamérica (Kemp, 2008; Solimano y Vergara, 2007; Tetelboin y Granados, 2000; Tetelboin, 2003).

De esta manera, el anterior discurso de la salud pública chilena de corte sanitarista giró a una lógica de libremercados con hincapié en la diversificación del consumo de la atención médica. El gasto público en salud fue considerado “excesivo e ineficiente” y se realizaron fuertes recortes presupuestarios al tiempo que se impusieron diversas transformaciones en la estructura y función del SNS con el argumento de aumentar su eficiencia. En ese sentido, la llamada *descentralización* del sistema de salud público presentó dos vertientes principales: *territorial* y *funcional*. La creación de los Servicios Nacionales de Salud (SNSS) fue la primera expresión de *descentralización territorial* del sistema de salud, a partir de la fragmentación del SNS en 26 entidades de salud territoriales, autónomas y con patrimonio propio, pero sin atribuciones ejecutivas, las que fueron conservadas y potenciadas en el nivel central, en una administración fuertemente determinada por la lógica burocrática militar. Por otra parte, la *descentralización funcional* quedó expresada en el Decreto de Ley 2.763 de la época, donde se fragmentaban sus funciones a través de entidades especializadas dentro del sistema público: 1) los SNSS como entidades ejecutoras o prestadoras de servicios; 2) el Fondo Nacional de Salud (FONASA) como la entidad financiera y administradora de los recursos, y; 3) el Ministerio de Salud (MINSAL) como la entidad normativa y de supervisión. Además la *descentralización territorial* incluyó la transferencia progresiva de los establecimientos del nivel

primario de atención a la administración municipal. Esto implicó que los municipios asumieron autónomamente la administración de los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS), con atribuciones reales y relativa flexibilidad para el manejo de estos recursos.

Finalmente se dio paso a la desmonopolización del sistema asegurador o captador de las cotizaciones obligatorias, abriéndose a la participación de privados en este rubro con las llamadas Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Las ISAPRES siguieron el modelo Estadounidense de las “health maintenance organizations” en cuanto a la modalidad de pagos mensuales por los cotizantes trabajadores y diversos copagos por prestación, asimilándose a los deducibles de las compañías de seguros. Inicialmente para hacer atractivo a los “clientes” esta nueva modalidad privada de seguro en salud, el gobierno subsidió a los ciudadanos de bajo ingreso con un 2% de su cotización. Otro importante cambio fue la posibilidad de elección individual por los trabajadores sobre si afiliarse al sistema público de cotizaciones en salud, reunidos en el FONASA, o en las privadas ISAPRES. Luego de desencadenadas estas reformas, las ISAPRES introdujeron tablas para calificar los riesgos en salud de sus potenciales cotizantes, lo cual provocó que los trabajadores más sanos y con altos ingresos cotizaran en ellas, mientras que los más riesgosos, enfermos y/o pobres se vieran obligados a cotizar en FONASA, generando fuertes inequidades en el acceso a atención médica y un desfinanciamiento progresivo del sistema público. Este proceso denominado “selección adversa” es una de las características más notables del sistema de salud reformado y algunos de los análisis efectuados concluyen que los únicos beneficiarios reales de estas reformas han sido las compañías aseguradoras y los prestadores privados (Solimano y Vergara, 2007; Tetelboin y Grana-dos, 2000; Tetelboin, 2003).

Desde el retorno a la democracia y con la Concertación en el poder estatal, se intentó revertir la tendencia a la disminución del gasto público y del alto gasto de bolsillo en salud, y además de

expandir el acceso a la atención médica ocupando la teoría de las vulnerabilidades diferenciales como nueva estrategia de focalización. Sin embargo, aunque el énfasis es distinto, no representa un cambio fundamental en el contexto de un sector de salud en el cual las empresas y el mercado todavía tienen un rol mayor en la planificación (Solimano y Vergara, 2007).

1.4.3 Reforma de “Garantías Explícitas en Salud”

La llamada reforma de “Garantías Explícitas en Salud” (GES) comenzó a gestarse desde el año 2000 al asumir Ricardo Lagos como presidente, y buscaba superar las evidentes inequidades del sistema “mixto público-privado” de salud con el objetivo de reducir la “brecha” en los niveles salud entre los distintos grupos socioeconómicos. Además se proponía: ajustar las prioridades sanitarias al cambio epidemiológico hacia enfermedades crónicas; responder a las necesidades expresadas por la población, y mejorar los indicadores sanitarios. En el comienzo se intentó una estrategia de diálogo amplia involucrando tanto a funcionarios como a directivos, y en menor medida a la población usuaria para determinar los rumbos de esta nueva reforma. Sin embargo, la reforma terminó siendo negociada en el parlamento, sin apoyo popular, donde los partidos conservadores eliminaron aquellos aspectos que permitían alterar el sistema establecido en 1981. La presión institucional de las ISAPRES fue constante, mientras los gremios sostuvieron su oposición a ambas posturas y la población beneficiaria no tuvo canales de expresión (Delamaza, 2005). En esas condiciones se enviaron una serie de iniciativas de ley al Congreso: ley 19.937 de autoridad sanitaria y gestión, ley 19.888 del financiamiento del GES, ley corta y larga de regulación de ISAPRES, la ley de derechos y deberes del paciente (recién aprobada el 2011) y la ley 19.966 de Garantías Explícitas en Salud (GES).

Entre los más importantes cambios para lograr los objetivos propuestos, se proponía la creación de un “fondo común de riesgo” que produciría un traspaso masivo de recursos desde el sistema privado hacia el público, en función de mejorar la solidaridad entre los seguros y así financiar la reforma GES. Sin embargo, luego de sucesivas modificaciones en el Congreso, la reforma acabaría financiándose mediante el aumento en un punto porcentual del Impuesto al Valor Agregado (IVA)

desde un 18% a un 19%; un impuesto de características altamente regresivas (Infante y Paraje, 2010).

Por su parte, el oficialmente bautizado “núcleo de la reforma”, la ley GES, creaba un régimen general de garantías en salud para los beneficiarios tanto del sistema público como del privado (FONASA e ISAPRES). Estas garantías son relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un “conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud” dictadas por decreto. Estas garantías son constitutivas de derechos y podrán exigir su cumplimiento ante FONASA, ISAPRES o la Superintendencia de Salud. Las garantías son las mismas para los dos tipos de beneficiarios (públicos o privados), sin embargo, sólo tendrán derecho a ellas si se cumplen con algunos “criterios generales” como el tipo de enfermedad, grupo de edad u “otras variables pertinentes”. Recayendo en esta última las mayores críticas asociadas a la ley, ya que generaría discriminación entre los usuarios por el tipo de patología y la edad, alejándose de la universalidad asociada a una concepción sólida del derecho en salud (Montes y Ugás, 2008;Zuñiga,2007).

A través de regímenes progresivos de expansión de las enfermedades garantizadas, desde el año 2005 hasta julio del 2013 se han incorporado un total de 80 patologías o condiciones a esta ley. Sin embargo, durante el primer régimen se incorporaron las patologías crónicas más prevalentes en el país como Diabetes e Hipertensión, que en su mayor parte ya obtenían tratamiento y control gratuitos para los usuarios de FONASA dentro de los establecimientos de APS públicos. Diversos trabajos dan cuenta de los límites de operación de esta ley y sus profundas modificaciones en el funcionamiento del sistema público, ya que se trata de un subsidio a la demanda que hace “competir” a prestadores públicos con los privados; la rígida “paquetización de prestaciones”; las posibilidades de transferencia de recursos públicos a prestadores privados; y además de la creación de

ciudadanos que quedan sin derechos, como son los usuarios que no tienen patologías GES (González, 2006; Valdivieso y Montero, 2010; Zúñiga, 2007).

En resumen, las tendencias estructurales del sistema de salud en el país creadas durante la dictadura militar se han mantenido relativamente intactas durante los gobiernos de la transición democrática, y al tiempo que se ha aumentado el gasto fiscal en salud, se han mercantilizado sus lógicas de funcionamiento. Además se ha generado una forma de entender el sistema de salud público basado en el riesgo y enfermedad individual, y de paso, un “negocio de la salud” que ha demostrado ser altamente lucrativo y con tendencia al oligopolio mediante la “integración vertical” que lo coloca en condiciones de regular sus precios, mostrándose como una “dura competencia” frente al crónicamente desfinanciado sistema de salud público (Tetelboin, Zúñiga, Medina, y Zúñiga 2013).

“El buen alfarero:
pone esmero en las cosas,
enseña al barro mentir,
dialoga con su propio corazón,
hace vivir las cosas, las crea,
todo lo conoce como si fuera un tolteca,
hace hábiles sus manos.”

Canto Náhuatl

2 Capítulo 2. Planteamiento del problema

Durante este capítulo describimos los principales desarrollos entorno a la problematización sobre nuestro objeto de estudio. En ese orden, nuestro “recorte de la realidad” se inserta dentro del área de interés de las *políticas públicas* y específicamente acerca de la relación del Estado con los habitantes de las localidades rurales mediada por una de sus políticas sociales más consolidadas, como es la política de salud. Este norte nos obliga a delimitar sus principales características, temporalidad y espacialidad; pronunciarnos sobre su justificación como objeto de investigación; definir los objetivos de nuestros análisis, y; exponer las hipótesis que dan orientación a la ruta metodológica que trazamos.

2.1 El problema del Estado, las políticas de salud y la ruralidad en Chile

Las políticas sociales en general y de salud en particular pueden ser comprendidas como “tomas de posición” desde el Estado frente a los diversos problemas sociales, en función del juego de intereses en pugna. Entonces, estas políticas nos hablan de una relación históricamente construida entre el Estado y los distintos agrupamientos humanos, siendo nuestro interés principal el agrupamiento de habitantes que viven en las localidades rurales y aisladas del país, durante los dos últimos periodos de gobierno nacional y municipal (Granados, Tetelboin y Torres, 2006; Oszlak, 1980; Oszlak y O’Donnell, 1995).

En Chile, luego del golpe militar del año 1973 y con la imposición de las reformas neoliberales, se cambia radicalmente la relación de la sociedad con el Estado, pasando de una tendencia al Estado benefactor hacía uno marcadamente liberal (Kemp, 2008). Dentro de las zonas rurales algunos hitos trascendentales que marcan estos cambios son la interrupción súbita de la reforma agraria y la apertura desregulada a la explotación de los recursos naturales por la empresa privada, como lo describimos durante el capítulo de antecedentes (Baeriswyl, Sartori, Guzmán, y Larenas, 2006; Escobar, 2003). Mientras, en el sector salud se produce una reducción progresiva del gasto estatal, la fragmentación de la mayor institución del sector (el SNS), la apertura al mercado privado tanto en el aseguramiento como la prestación de servicios, y el traspaso de la administración de los centros de APS a los municipios locales (Solimano y Vergara, 2007; Tetelboin, 2003). Todos estos antecedentes son relevantes para entender la actualidad del sistema de salud chileno, donde la existencia de una fórmula “mixta público-privada” de aseguramiento, lo divide en dos subsistemas con lógicas totalmente distintas. El sector público cubre a 70% de la población, alrededor de 13 millones de chilenos; mientras el sector privado da cobertura al 17.5% de la población, siendo alrededor de 2.8 millones de personas (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel, 2011). El financiamiento del

sistema se realiza mediante una cotización obligatoria por el trabajador asalariado del 7% de su sueldo, teniendo la “opción libre” de afiliarse en el sistema público o en el privado. El Estado se encarga de subsidiar este seguro en los casos de indigencia dentro del sistema público (Solimano y Vergara, 2007). Numerosas investigaciones destacan las inequidades de esta forma de aseguramiento, relevando el escaso porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) nacional para financiar el sistema público (3.41%), mientras que el sistema privado se llevaría un 4.4% del PIB nacional, atendiendo a una minoría de la población. Estas tendencias no se han revertido con la reforma democrática del sector, la ley GES, sino al contrario se han sumado progresivamente responsabilidades sobre el sistema público, ya que debe atender a la población más pobre y con mayor carga de enfermedad debido a la existencia de una *selección adversa* producto de la fórmula “mixta público-privada” adoptada. Así vemos un sector público muy desfavorecido en la distribución de recursos y con tendencia al desfinanciamiento progresivo, que tiene una dura “competencia” frente al financieramente holgado y oligopólico del subsistema privado de salud (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel, 2011; Larrañaga, 2000; Tetelboin, Zuñiga, Medina y Zuñiga, 2013).

Los dos últimos periodos de gobierno podrían establecer cambios en estas tendencias políticas, ya que se produce una “alternancia en el poder” desde el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, perteneciente a la Concertación de partidos de “centro-izquierda”, hacia el gobierno de Sebastián Piñera, perteneciente a la Alianza de partidos de derecha ocurrido a partir del año 2010. Sin embargo, dentro del sector sanitario las modificaciones estructurales y funcionales que esta “alternancia” ha provocado, permanecen poco estudiadas.

En las localidades rurales, el sistema de salud público posee una red extensa de establecimientos para la atención médica ambulatoria de sus habitantes, cuya infraestructura fue mayormente he-

redada del antiguo SNS. Actualmente habrían 1.166 de estos establecimientos a lo largo del país, denominados genéricamente como “Postas de Salud Rural” —en adelante “las Postas” (INE, 2011).

Estas Postas son la base de la atención del sistema público en las localidades rurales, aunque también existen, en número menor, los Consultorios Generales Rurales —en adelante “los Consultorios”— y las Estaciones de Salud Rural —en adelante “las Estaciones”; ambos establecimientos en polos opuestos en cuanto a cantidad de recursos y personal de salud. Por un lado los Consultorios tienen médicos trabajando en jornadas completas y su funcionamiento general es similar a los consultorios de los centros urbanos; mientras que las Estaciones son generalmente construcciones de propiedad de la comunidad local, sin personal estable, y sólo abren sus puertas para la atención médica durante los días de “ronda de salud”. Estos días de ronda de salud, corresponden a una estrategia de periodicidad en la asistencia sanitaria que le imprime un carácter *sui generis* a todo el sistema de atención en las zonas rurales, ya que es únicamente durante estos días cuando el personal de salud, generalmente conformado por un médico, enfermera, matrona y técnicos paramédicos, se trasladan a las localidades donde existen Postas y Estaciones junto con todo su arsenal farmacológico e instrumentos diagnósticos; convirtiéndose en un hito social, político y cultural en las localidades donde estas actividades estatales se realizan pocas veces al año. Esta realidad contrasta con la periodicidad recomendada en la norma oficial de funcionamiento de las Postas (debiera ser una ronda de salud por semana). Es especialmente en las localidades de mayor aislamiento geográfico y climática donde son escasas estas rondas de salud, como lo pudimos constatar durante una investigación previa que realizamos en la comuna de Cochamó. Allí observamos que la Posta de la localidad de Segundo Corral, ubicada en una zona aislada de la *Cordillera de los Andes* fronteriza con Argentina, había tenido sólo dos de estas rondas de salud durante los últimos nueve meses (Medina y Figueroa, 2009).

Por otro lado, dentro de la misma investigación recién citada, exploramos las tendencias en los últimos 30 años de las prácticas en medicina tradicional y autoatención de los habitantes de esta comuna de “alta ruralidad y aislamiento”, como es clasificada Cochamó. Allí observamos diversas estrategias por parte de sus habitantes para atender sus problemas de salud: desde tratamientos caseros, pasando por sanadores tradicionales locales, hasta viajes a Argentina para atenderse en el sistema público de ese país. Sin embargo, estas estrategias parecían responder a la inconsistencia de la asistencia sanitaria del sistema de salud público chileno, en especial dado la escasez de estas “rondas de salud” en las localidades más aisladas de la comuna (Ibíd.)

Desde estas exploraciones y antecedentes, surgen una serie de cuestionamientos entorno al rol del Estado y su presencia en estas localidades, y cómo estas acciones y omisiones determinan diversas respuestas por parte de sus habitantes. Así, las primeras preguntas que nos planteamos serán de carácter general y nacional, en función de intentar comprender el rol estatal respecto a esta “cuestión social”: ¿cómo es la “política de salud rural” en Chile? ¿cuáles han sido sus cambios en los dos últimos periodos de gobierno?, ¿a qué intereses y grupos de interés responden estas orientaciones?, ¿cómo estas orientaciones políticas son materializadas dentro del sistema de salud público?, ¿cómo ocurre el proceso de “descenso” de la política nacional hasta los espacios comunales?, y ¿cuáles actores del aparato burocrático estatal están implicados en su formulación e implementación?

Para el caso específico de Cochamó, una observación relevante son las tendencias políticas del “máximo representante político” de la comuna: el alcalde municipal y sus colaboradores. Estos funcionarios han sido los mismos durante los 6 últimos años, y pertenecen al Partido Radical (de centro-izquierda), por lo cual debieron dialogar con dos orientaciones políticas aparentemente opuestas en el nivel nacional (centro-izquierda de Bachelet y derecha de Piñera). Desde estas ob-

servaciones nos cuestionamos por los puntos de vista de los distintos actores encargados de articular e implementar la política de salud en Cochamó, poniendo énfasis en los cambios y/o continuidades que observan en ellas: ¿qué representaciones tienen los distintos trabajadores de salud estatal respecto a las políticas de salud rural formuladas e implementadas durante los dos últimos periodos de gobierno nacional?, ¿perciben cambios en estas orientaciones?, y ¿qué dinámicas de poder entre los distintos niveles de articulación de la política se observan?

Finalmente, nos cuestionamos por los usuarios del sistema de salud público, asumiéndolos como actores fundamentales tanto para la formulación como para la implementación de la política de salud: ¿cómo es representado el rol estatal en salud para los usuarios del sistema de salud público en esta comuna?, ¿cuáles estrategias y prácticas de atención en salud accionan? y, ¿cómo estas estrategias cambian de acuerdo a la disponibilidad, accesibilidad y calidad percibida del sistema de salud público?, ¿cómo influyen en estas representaciones y prácticas los cambios nacionales y municipales de gobierno?

De forma amplia, podemos decir que nos estamos preguntando por la evolución de la relación del Estado con los habitantes de las zonas rurales, utilizando para ello el análisis de una sus políticas sociales más “tradicionales”, como es la política de salud, cuestionándonos sus características estructurales que son cristalizadas en el accionar del sistema de salud público en una comuna “rural y aislada” como es Cochamó. Además, nos interesa problematizar la cadena de actores que reinterpretan esta orientación política nacional en función de hacerla “descender” al nivel regional y luego municipal, y qué prácticas institucionales se establecen en consecuencia (o en contradicción) a sus representaciones sociales. Y por último, nos estamos preguntando, cómo determinantes de las condiciones de vida asociados a la ruralidad tales como su subordinación al desarrollo capitalista globalizado y las grandes urbes, las dificultades en el acceso geográfico y climático, la escasez de

recursos monetarios y sociales (redes de contacto, caudillismos y organizaciones sociales), condicionan cierta forma de accionar del sistema de salud público que paradójicamente tiene el efecto de multiplicar las inequidades en el acceso y provisión de asistencia en salud para los habitantes de las localidades más aisladas. En este último punto radica una de las justificaciones primordiales de esta investigación, ya que actualmente dentro del discurso político, las orientaciones de la política de salud, y los modelos de atención destinados a esas zonas, tienden a omitir esta realidad compleja y radicalmente distinta a la urbana.

2.2 Justificación

Junto con existir una omisión, o por lo menos una subestimación de la importancia de las zonas rurales y sus habitantes para la reproducción social de total del país por parte del discurso político hegemónico, no encontramos investigaciones sistemáticas en Chile que vinculen las políticas de salud rural y el funcionamiento del sistema de salud público con sus interacciones en las representaciones, y prácticas de atención en salud desde los funcionarios del sector y los habitantes de estas zonas. Sin embargo en el país, según datos oficiales del INE (2011) existirían 2.242.224 habitantes viviendo en zonas rurales, que con un criterio más amplio y complejo de “lo rural”, como lo propuesto por el PNUD (2008), serían aproximadamente tres veces mayor: es decir un 39% de la población total de Chile. Según diversas investigaciones, en estas zonas se encontrarían mayores índices de pobreza, peores condiciones de saneamientos y viviendas, y mayor escolaridad incompleta, entre otras condiciones de vida, que no estarían completamente reflejadas en peores índices de morbimortalidad, habiendo en cambio, una realidad heterogénea en ese sentido (Carvajal, Figueroa, Ibacache, Jaramillo y Winkler, 2007; Jimenez, 1981; MIDEPLAN, 2009; MINSAL, 2011; Montoya, 2007). Eso nos hace pensar la existencia de una realidad de condiciones materiales de

vida que de alguna forma se estaría “compensando” con diversos “factores protectores” en salud, inexplorados en su mayoría, provenientes desde los habitantes y organizaciones sociales de estas zonas, y donde el sistema de salud público, sus formas de funcionamiento e interacciones con la comunidad, tendrían un rol que ha sido poco investigado hasta el momento.

La elección de la comuna de Cochamó como estudio de un caso concreto de implementación de la política de salud rural nacional, lo justificamos en base a nuestro conocimiento previo del campo y a la posibilidad de acceder a entrevistas con los principales actores involucrados; además por sus características de comuna de “alta ruralidad”, aislación geográfica-climática, y por presentar un perfil demográfico y socioeconómico marcadamente distinto a la principal urbanización regional. Estas características, consideramos, son ideales para tener una aproximación a nuestro objeto de estudio en una situación rural “extrema”, donde se exprese con mayor nitidez sus principales determinaciones.

El periodo de tiempo que estudiaremos pretende explorar las orientaciones políticas y su implementación durante los dos últimos gobiernos nacionales y municipales. Así, definimos que la “alternancia política” de los gobiernos nacionales desde uno de centro-izquierda a partir del año 2006, hasta el actual de derecha, que asume el año 2010, podría representar un cambio en la política sanitaria del país. Mientras, el gobierno municipal ha mantenido por 3 periodos sucesivos el mismo Alcalde de partidos de centro-izquierda, por lo que las relaciones entre distintas orientaciones de gobiernos nacionales y municipales se vuelve también un foco de interés. En concordancia, hemos decidido estudiar el periodo de los 6 años previos a nuestro trabajo de campo.

2.3 Objetivo general

Analizar la política de salud implementada en la comuna de Cochamó a través de los discursos oficiales, las prácticas institucionales en salud, y las representaciones sociales desde los funcionarios que operan el sistema de salud público y desde las familias usuarias, en los últimos dos periodos de gobierno nacional y municipal.

2.4 Objetivos específicos

1. Describir y analizar la orientación general de la política de salud y específicamente la destinada a las comunas rurales como Cochamó, a través de sus discursos políticos y marco legal-normativo durante los últimos dos periodos de gobierno nacional y municipal.
2. Describir y analizar las prácticas institucionales en salud implementadas por el sistema de salud público en la comuna de Cochamó durante los últimos dos periodos de gobierno nacional y municipal.
3. Describir y analizar las representaciones sociales sobre la política de salud y su implementación, a través de los discursos de los funcionarios públicos y las familias usuarias del sistema de salud público en la comuna de Cochamó durante los últimos dos periodos de gobierno nacional y municipal.

2.5 Hipótesis

A nivel de los discursos oficiales y marcos legales-normativos, en vista a los antecedentes estructurales que rigen la política de salud nacional, esperamos encontrar una continuidad tanto en las orientaciones generales como en los programas específicos para las zonas rurales, a pesar de la “alternancia política” dentro de los dos últimos periodos de gobierno. Dentro de las prácticas institucionales en salud, la implementación de estas políticas dependerá fundamentalmente de la correlación de fuerzas e intereses que prevalezca dentro del aparato burocrático estatal, sin embargo, por nuestra experiencia personal como parte del personal de salud en APS, podemos aventurar que observaremos un apego al cumplimiento de las actividades establecidas como programas prioritarios por el nivel central, pasando a un segundo plano las estrategias y acciones locales que no se relacionen con incentivos monetarios. Por último, a nivel de las representaciones sociales de los funcionarios del sistema de salud, prevalecerá en ellos una crítica a la política de salud centrada en culpabilizar la pertinencia de las acciones desde un nivel al otro; es decir, el nivel nacional criticará al municipal por la incompetencia en cumplir los objetivos de los programas, y a su vez, el nivel municipal criticará al nacional por la poca capacidad de formular programas adecuados a las condiciones de aislamiento y ruralidad de estas comunas. Para las familias usuarias del sistema de salud público, en cambio, creemos que continuaremos observando la tendencia que relevamos durante nuestra investigación previa en la comuna, donde estos grupos deben crear diversas estrategias para asumir el cuidado de la salud familiar mediante articulaciones de los distintos sistemas médicos disponibles (caseros, tradicionales, privados, públicos, etc.) principalmente debido a la insuficiencia de la atención en las Postas. Sin embargo, no presentarán un cuestionamiento político-estructural a este sistema.

“Y es que el dolor de cabeza de los comunistas
se supone histórico, es decir
que no cede ante tabletas analgésicas
sino sólo ante la realización del Paraíso en la tierra.

Así es la cosa.”

Roque Dalton

3 Capítulo 3. Estado del “arte”

En este capítulo exponemos las principales investigaciones académicas que tienen relación con nuestro objeto de estudio, mostrando una síntesis de la revisión bibliográfica que realizamos en función de permitirnos una mejor comprensión de la realidad empírica. Con esa idea, pondremos énfasis en los estudios nacionales e internacionales más actuales donde el proceso de salud/enfermedad/atención de los habitantes de las localidades rurales sea relevado, y al mismo tiempo se profundice sobre el rol y la acción del Estado en relación a esta problemática.

Comprendiendo que el universo de investigaciones es amplio y presenta diversas orientaciones y objetivos de estudio, hemos decidido exponer nuestra revisión bibliográfica de forma esquemática bajo 2 grandes apartados interrelacionados: 1) el proceso de salud/enfermedad/atención en las zonas rurales, y; 2) el sistema de salud público en las zonas rurales y las propuestas para mejorar sus condiciones de vida y salud.

3.1 El proceso de salud/enfermedad/atención en las zonas rurales

Dentro de las abundantes investigaciones acerca del proceso de salud/enfermedad/atención en las zonas rurales, destacaremos las realizadas en Latinoamérica por investigadores que poseen una mirada crítica respecto a las determinaciones políticas, económicas e ideológicas que influyen sobre las condiciones de vida, procesos productivos y de consumo de estas poblaciones, ya que se acercan a nuestro objeto de interés y se emparentan con nuestro enfoque.

Uno de los estudios “clásicos” desde el enfoque crítico de la Medicina Social latinoamericana, es la investigación de Behm publicada en 1979 (reeditada el 2011) donde realiza un análisis de los determinantes de la mortalidad en América Latina y señala los diferenciales de mortalidad existentes entre países, al interior de los mismos y entre regiones, así como los diferenciales entre zonas urbanas y rurales. En este último punto, el autor expone abundante evidencia que demuestra la existencia de mayor mortalidad infantil, mortalidad general y menor esperanza de vida en las zonas rurales. Por ejemplo, existiría una importante sobremortalidad en los menores de dos años de las zonas rurales respecto a las zonas urbanas en todos los países estudiados, que alcanzaría sus grados más extremos en países como Perú, con una sobremortalidad del 61,4%, y Costa Rica con un 53,3%. Esto significaría que “de cada 5-6 nacidos vivos en las regiones rurales, uno muere antes de cumplir dos años de edad” (Ibíd., p.237) (Tabla N°1).

Tabla N°1: Probabilidad de morir entre el nacimiento y los dos años de edad en poblaciones urbanas y rurales de Latinoamérica. Años 1968-1970.

País	Años	Probabilidad de morir (por mil)		Porcentaje de sobremortalidad rural	Porcentaje de población rural
		Urbana	Rural		
Bolivia	1971-1972	166	224	34,9	62
Perú	1966-1967	132	213	61,4	40
Nicaragua	1966-1967	143	152	6,3	65
Guatemala	1968-1969	119	161	35,3	64
El Salvador	1966-1967	139	148	6,5	60
Honduras	1969-1970	113	150	32,7	69
Ecuador	1969-1970	98	145	48,0	59
Rep. Dominicana	1970-1971	115	130	13,0	60
Chile	1965-1966	84	112	33,3	25
Colombia	1968-1969	75	109	45,3	36
Costa Rica	1968-1969	60	92	53,3	59
Paraguay	1967-1968	69	77	11,6	63

Fuente: Behm (2011).

En la Tabla N°1 se observa con claridad que la probabilidad de morir antes de los dos años de edad es mayor en las poblaciones rurales respecto a las urbanas en todos los países estudiados. La sobremortalidad rural presenta un rango que va desde un mínimo de 6,3% hasta un máximo de 61,4%, repercutiendo en la mortalidad general del país cuando estos presentan altos porcentajes de ruralidad total, como es el caso de Ecuador y Honduras.

Las causas a estos preocupantes hallazgos, estarían relacionadas con las características de la producción capitalista en las zonas rurales que tiende hacia la concentración de las tierras en pocas manos, quedando el pequeño productor campesino unido al asalariado rural conformando un segmento mayoritario de trabajadores rurales en pobreza, a lo cual se suma la disminución de la producción de alimentos para consumo interno en función de maximizar la exportación, y la insu-

ficiencia y carácter incompleto de las reformas agrarias llevadas adelante por distintos países en esos años. Todos estos factores formarían un proceso social complejo que estaría determinado fundamentalmente por “las características de inserción en el proceso de producción capitalista de cada formación económico-social concreta y sus relaciones con las economías centrales mundiales” (Ibíd., p.239).

Más contemporáneos, pero enmarcadas en las mismas corrientes críticas del pensamiento, se encuentran los estudios de Breilh (2005; 2010a; 2010b; 2011) a partir de sus investigaciones en Ecuador, donde destaca las características nocivas del modelo de producción capitalista actual para los habitantes de las zonas rurales, debido a su situación de susceptibilidad frente a los abusos y al *despojo* de sus recursos naturales y de vida generado por las empresas transnacionales que se instalan en sus territorios, en complicidad con Estados de débiles legislaciones y escasa fuerza política para defender a estos ciudadanos (Breilh y Telleria, 2009). En ese contexto, las relaciones sociales y culturales del campo habrían sufrido transformaciones profundas, que sólo serían parcialmente atenuadas por la lucha y resistencia de las organizaciones campesinas e indígenas que buscan frenar este “voraz” proceso de monopolización de las tierras, del agua, del crédito y, sobretodo, la imposición de patrones de vida ajenos a su cultura y lógica solidarias. Según este autor, la dinámica de la aceleración de la acumulación capitalista actual en las zonas rurales generaría procesos negativos en tres dominios de la realidad:

“...en el dominio de lo *general*, o de la totalidad social, impone una lógica económica, un *modus vivendi* colectivo y una filosofía centrados en el valor de cambio de los cultivos y una acumulación económica basada en la concentración y el *despojo*; en el dominio *particular*, de los modos de vivir de las comunidades rurales y urbanas y sus clases, agrava cinco tipos de problemas: patrones de trabajo indignos y peligrosos; patrones de consumo malsanos y derrochado-

res en medio de la miseria y la acumulación de desechos; pérdida de identidad cultural e imposición de una subjetividad alienada; desaparición o debilitamiento de las organizaciones sociales y soportes comunitarios, gremiales, barriales y familiares; y trastorno de las relaciones con la naturaleza; y finalmente, en el dominio *individual* de las personas, esa agricultura agroindustrial amplifica daños biológicos y mentales, especialmente en trabajadores agrícolas y habitantes de las comunidades vecinas, expuestos a agrotóxicos que son aplicados masiva e irresponsablemente para elevar la productividad y mantener estándares de mercado —aumentando los riesgos de cáncer y malformaciones congénitas—; intensifica también la exposición laboral al trauma y accidentes; reproduce patrones de trabajo con sobrecarga y deterioro osteomuscular; e impone de patrones laborales estresantes y negativos para la salud mental” (Breilh, 2011, p.2. cursivas del original).

Frente a esta realidad, los investigadores de la salud tendrían el deber ético-político de apoyar en la construcción de una vida digna y saludable para estas poblaciones, orientándose hacia el buen vivir o *sumak kawsay* originado desde el conocimiento de los pueblos andinos, que se basa en una economía organizada alrededor de la preeminencia de la vida y del bien común, donde la distribución de recursos ofrecería a todos el acceso a una cuota que hace posible ese buen vivir y donde se constituye un consumo responsable y colectivamente concertado, sin derroche ni desperdicio, y sin desproporcionar los recursos presentes y futuros (Breilh, 2010)

Con esa misma mirada, Silva (2000) realiza una exploración amplia sobre las características del trabajo rural y sus impactos en la salud en Argentina, poniendo énfasis en las dinámicas impuestas por los monocultivos de la soja y la tendencia progresiva a la concentración de la tierra en manos de las grandes agroindustrias. Así destaca el éxodo progresivo de las poblaciones rurales y la creación de “villas miserias” alrededor de las grandes urbes integradas por estos campesinos desplaza-

dos, ya que paradójicamente, la gran agricultura del monocultivo sojero “no necesita agricultores”, y además es extendido el uso de fertilizantes y pesticidas con potenciales tóxicos conocidos. Al igual que Breilh, la autora concluirá con una extensa crítica a las características del crecimiento económico “ciego” a su supuesta finalidad de aumentar la riqueza social, en contraste con la necesidad de un desarrollo agrario sostenible que respete los derechos sociales y laborales. En ese sentido destaca la necesidad de un modelo de desarrollo que incorpore:

“una vida digna, empleo saludable y en condiciones adecuadas, acceso a servicios básicos como agua de calidad, por educación para desarrollar ciudadanía, alimentación adecuada, medioambiente saludable, sin violencia y servicios de atención de salud accesibles y de calidad en todos los niveles”(ibíd., p. 23).

Siguiendo esta línea de pensamiento crítico se encuentra la publicación de López, Rivera y Blanco (2011) donde realizan una extensa revisión de los determinantes sociales de la salud y enfermedad en México incorporando su historicidad y su relación con la evolución de los sistemas de atención sanitaria. Así describen una realidad profundamente desigual entre las diversas zonas del país, ya que existirían zonas fundamentalmente urbanas y de municipios con altos ingresos donde los perfiles de morbilidad serían similares a los países desarrollados, pero al mismo tiempo, existirían municipios marginados, fundamentalmente rurales, donde la mayoría de las defunciones se deben a padecimientos transmisibles, de la nutrición y la reproducción; donde la edad promedio de muerte de una mujer llega a los 51 años y la del hombre a los 49 años; donde la mortalidad materna es de más de 8 por 10.000 nacidos vivos; y donde es mucho mayor la prevalencia de talla baja en menores de 5 años. Estos datos estarían en contradicción con la visión hegemónica desde la Salud Pública y los organismos estatales que ubican a México dentro del proceso de “transición epidemiológica” hacia las “enfermedades de los países desarrollados”; más bien se trataría de una complejización y polarización de los perfiles demográficos, donde la desigualdad socio-económica

y los diversos tipos de discriminaciones hacia las poblaciones rurales e indígenas serían las tendencias prevalecientes (Martínez y Leal, 2002; López, 2013).

Para el caso de Brasil, destacamos el estudio de Fronza, Vieira, Laste y Torres (2013) quienes detectan mayor prevalencia de diversos síntomas y patologías en los ancianos que viven en las zonas rurales respecto a los de zonas urbanas. Estas cifras se elevan cuando estas poblaciones han utilizado agrotóxicos dentro de sus trabajos; demostrando así la existencia de un uso generalizado de ellos y las escasas medidas de prevención disponibles. Profundizando en las características estructurales del desarrollo agroindustrial Brasileño y las nefastas consecuencias en la salud de las poblaciones rurales, la publicación de Rigotto et al. (2012) hace hincapié en la necesidad de develar una serie de cuestiones que la llamada “revolución verde” —caracterizada por la expansión de monocultivos por grandes empresas agroindustriales, mecanización de la producción, intensiva utilización de insumos químicos e incorporación de la biotecnología— estaría ocultando. Entre estas realidades veladas, destacan: el estrecho nexo de los agrotóxicos con el modelo de “modernización” agrícola prevaleciente; los extensos daños en la salud que estos químicos producen al corto y largo plazo a los trabajadores y familias campesinas; el activo apoyo por parte del Estado a estas agroindustrias y sus explotaciones, en contraste con la ineficiencia de sus políticas sociales para dar garantías a los derechos de los trabajadores y habitantes rurales, y; el rol activo de las organizaciones sociales en la denuncia de estas situaciones, cuestionando el modelo de la “revolución verde” en el país. Todas estas denuncias se orientan al desafío de contribuir a la construcción de un paradigma emergente de ciencia que esté fundado en un compromiso ético-político con los más vulnerables.

En concordancia con estos hallazgos, diversas investigaciones desde el mismo “sector salud” y “sector agrícola” más cercanos a la mirada funcionalista, de igual forma revelarán que tanto los

indicadores socioeconómicos como los de morbilidad y mortalidad en las poblaciones de las zonas rurales son peores que los de zonas urbanas. A estas tendencias se sumarían el mayor impacto de las llamadas “enfermedades emergentes” y su susceptibilidad socio-económica frente a la destrucción del medioambiente rural en diversos países de Latinoamérica (Agostini, Brown y Góngora, 2008; Ortiz-Hernández y Pérez, 2011; Pérez-Correa, Farah, Castillo, Ortiz, Muñoz, y Maya, 2001).

Por otro lado, desde el enfoque de la Antropología Médica latinoamericana, también existirán abundantes desarrollos en torno a la comprensión de los cambios dentro de PSAE de los habitantes de las zonas rurales en el contexto actual del capitalismo globalizado. En ese sentido destacamos el trabajo de Osorio (2001) que indaga sobre los saberes maternos acerca de la atención de la enfermedad en una comunidad rural mexicana, y cómo estos saberes se relacionan con sus condiciones materiales de vida, y con la estructura de atención sanitaria que condicionaría sus trayectorias de atención. Para este último punto describe diversas articulaciones entre los sistemas médicos disponibles, como la automedicación, la asistencia a centros de salud públicos, médicos privados y/o hospitales. Por su parte Módena (1990) explorará las formas contemporáneas de atención a la enfermedad y la resistencia de los sistemas médicos subalternos tradicionales frente a la medicina biomédica hegemónica en una localidad rural de Veracruz, México. En su investigación destaca la desigualdad económico-social de estas zonas producto de una historia geográfico-político particular y su importancia en las opciones que tienen las familias en sus comportamientos en materia de salud y enfermedad. Siguiendo esta línea se encuentra la investigación de Mendoza (2011) realizado en un municipio rural de Oaxaca, México, con población de la etnia triqui, donde también enfatiza las relaciones de hegemonía y subalternidad entre los modelos biomédico y popular en el territorio, que estarían determinados por un contexto socio-económico-cultural marcado por la desigualdad, exclusión y violencia.

Continuado con las investigaciones desde un enfoque socioantropológico y a la vez crítico, encontramos los estudios de Hersch (1992; 1996; 2002) quien profundiza en las relaciones de producción y explotación presentes en las zonas rurales y de pueblos originarios de México con las características del proceso de salud/enfermedad/atención y las formas de medicina tradicional. Con el objetivo de relevar el punto de vista del “otro” y apoyar acciones transformadoras de la realidad, este investigador utiliza distintas metodologías participativas que incorporarán saberes locales sobre los padecimientos contruidos socioculturalmente, como el caso del *tlazol*, los *aires* o el *susto*, y también los relacionará con las condiciones materiales de vida marcadas por la pobreza, desnutrición alimentaria y altos grados de violencia. En su estudio realizado en dos municipios de Oaxaca y Guerrero (Hersch, González y Sedano, 2012) además incorporará la categoría operativa de *desatención* al proceso de proceso de salud/enfermedad/atención, en función de enfatizar las trayectorias en búsqueda de atención ante la enfermedad que están marcadas por la incertidumbre, ansiedad y desprotección desde estos habitantes producto de los insuficientes sistemas de salud estatal.

En esa misma dirección de investigaciones que proponen la participación social y la utilización de metodologías cualitativas como fórmula fundamental para tener un acceso integral a las condiciones de salud y enfermedad en el espacio local, y además, permitiendo apoyar la acción colectiva de estrategias de resolución, destacan además los trabajos en el México rural de Arenas, Paulo y López (1999), y de Paulo y Lafon (2009), como articulación entre los saberes locales, las determinaciones socio-económicas y la educación popular en salud transformadora y/o emancipadora (Chapela, 2008).

A diferencia de estos importantes desarrollos, dentro del contexto chileno serán escasas las investigaciones en este ámbito y la mayoría de ellas no poseerá una mirada crítica, sino que se confor-

marán con describir las condiciones sanitarias y de vida de estas poblaciones, sin aventurar hipótesis causales estructurales o problematizar las bases de inequidad. En ese sentido la investigación de Montoya (2007) analiza los indicadores de salud en algunas comunas rurales del país correspondientes a 9 Servicios de Salud nacional, describiendo diversos indicadores clásicos de morbi-mortalidad y atención, concluyendo que habría una realidad heterogénea entre las comunas rurales explicada por la diversidad de condiciones sociales, económicas, culturales y de acceso al sistema de salud. La importancia de sus resultados, según el autor, radica en que se opone a la creencia general que las comunas rurales por su grado de “retraso en el desarrollo” presentan siempre peores indicadores de salud y enfermedad. Estas conclusiones, piensa el autor, debieran traducirse en una mirada más compleja y particular de la gestión e investigación sanitaria de estas zonas.

Las investigaciones desde el mismo Ministerio de Salud chileno (MINSAL, 2011) también destacan lo heterogéneo de las condiciones sanitarias en las localidades rurales, como se presenta en un estudio realizado mediante la comparación de las comunas con mayor ruralidad en el país y las urbanas. Desde allí concluyen:

“...en un análisis sobre 336 comunas estratificadas por deciles conforme al porcentaje de ruralidad, es posible apreciar una mayor mortalidad por causas traumáticas en los deciles con mayor porcentaje. En otras causas de muertes, como cardiovasculares y tumores, la relación con ruralidad es menos clara. La esperanza de vida, tanto al nacer como a los 20 años, también es más baja en el decil de comunas con mayor ruralidad” (Ibíd., p.205).

Sin embargo, desde esta entidad de gobierno serán escasos los avances entorno a profundizar sobre los determinantes sociales que están influyendo en estos resultados, y en consecuencia,

serán escasas también las orientaciones estatales en función de reconocer y abordar esta problemática.

En cuanto a la salud oral, destacamos el estudio de Rivera (2011) quien evalúa las condiciones de enfermedad dental en niños de 4 y 5 años en una comuna rural de Chile, encontrando similares hallazgos a las localidades urbanas, siendo la presencia de caries de un 49,2% y de gingivitis en el 9,2% de los casos. Ambas prevalencias estarían por debajo de las metas fijadas por la OMS, y el autor sólo sugiere aumentar las medidas de promoción, prevención y recursos para la atención de estos niños.

Desde un enfoque sociocultural, la investigación de Ibacache (2009) sobre los saberes locales entorno al proceso de salud/enfermedad/atención en comunas rurales del sur de Chile, representa un avance en la comprensión de las interacciones sociales, económicas, culturales y con el sistema sanitario, que determinan las formas de nacer, enfermar, curarse y morir de los habitantes de estas localidades. Los “síndromes culturales en Chiloé”, como el *mal*, *susto*, *corriente de aire* y *sobreparto*, cuya presencia es muy extendida, representarían una mezcla de conocimientos prehispánicos, coloniales y biomédicos que habitualmente son despreciados por las investigaciones y funcionarios del sector, pero que esconderían una compleja trama socio-cultural construida históricamente en base a la exclusión social y epistemológica de los habitantes de estas localidades.

3.2. El sistema de salud público en las zonas rurales y las propuestas para mejorar sus condiciones de vida y salud

En cuanto a las investigaciones en torno a las formas de atención sanitaria en las localidades rurales y a la generación de propuestas para mejorarlos, encontramos una abundante y diversa bibliografía. En el contexto internacional, es Australia el país donde encontramos mayor cantidad de investigaciones sistemáticas encaminadas a comprender el impacto y relación de los sistemas de salud públicos y sus modelos de atención en los contextos rurales. Bajo la idea dar una orientación general a la política de salud rural en ese país, los diagnósticos nacionales basados en “la evidencia” demuestran la existencia de peores indicadores de morbimortalidad de las poblaciones que viven en las regiones rurales y menores recursos para la atención médica. Así, distinguen distintos tipos de zonas rurales que conforman un gradiente donde las poblaciones más pequeñas y dispersas son denominadas “remotas”, y las mayores y más concentradas son denominadas “rurales”. Esta clasificación permite comprender las diversas formas de atención de la salud y su posibilidad de mejoramiento de acuerdo a la realidad específica. Estas investigaciones, sin embargo, omitirán generalmente las determinaciones sociales del proceso de salud/enfermedad/atención centrándose en el sistema de salud como la estrategia privilegiada y casi única de mejoramiento de las condiciones de salud y enfermedad de estas poblaciones (Australian Health Ministers Advisory Council [AHMAC], 2012; National Rural Health Alliance, 2011).

Dentro de Latinoamérica, las investigaciones y avances en torno a esta problemática han tenido a Uruguay como uno de los principales exponentes, definiendo durante su último periodo de gobierno, una política de salud rural basada en un diagnóstico crítico de las dinámicas que el capita-

lismo globalizado ha impuesto en estas zonas. Así en su plan nacional de salud rural, el Ministerio de Salud Pública (2011) expone:

“Las políticas económicas desarrolladas mundialmente y en nuestro país desde hace más de cuatro décadas, repercutieron desfavorablemente en la calidad de vida de amplios sectores de la población, afectando especialmente a los pobladores rurales y los sectores alojados en los cinturones de las urbes. Las familias rurales de nuestro país son especialmente vulnerables, porque las condiciones de vida y el acceso a servicios como educación, vivienda, trabajo y salud, se encuentran restringidos y deteriorados (...) La falta de servicios accesibles, además de ser injusta, es una de las causas determinantes de la migración y el despoblamiento actual de la campaña. La población que permanece en el campo es portadora de características culturales riquísimas que nuestro país no debe permitirse perder y además es imprescindible para el sector productivo...” (Ministerio de Salud del Uruguay, 2011, p. 6).

El plan nacional uruguayo intenta avanzar mediante un proceso de diagnóstico y propuestas de estrategias de tipo participativo, donde los “actores claves” en la implementación del sistema de salud estén incluidos. Desde allí se concluye la necesidad de establecer un sistema de salud universal, integral y que tenga como norte contribuir a mejorar la calidad de vida y la situación de salud de la población rural (ibíd.).

Por otro lado, investigaciones desde la mirada crítica observarán con preocupación la generalización de la renuencia de los Estados latinoamericanos para hacerse cargo de la atención en salud en las zonas rurales apelando a dificultades técnicas y económicas para llegar con servicios de calidad a lugares aislados, lejanos de las grandes urbes y con poca densidad poblacional (Menéndez, 1994). Lo anterior nos hablaría de una situación grave de inequidad y un estatus inferior de ciudadanía, dado la presencia de diversas discriminaciones hacia estos habitantes. Al mismo tiempo, se

criticará el uso de sanadores tradicionales y el auge de los “Sistemas de Salud Intercultural” en las zonas rurales y con población de pueblos originarios, ya que generalmente se trataría de en una estrategia de los Estados para entregar atención sanitaria de bajo costo (Menéndez, 2008). La existencia y desarrollo en la práctica, de virtualmente dos sistemas de salud; uno de alta calidad y resolutivez para las zonas urbanas y otro de baja calidad y escasa resolutivez para las zonas rurales, sería una característica dominante de las acciones estatales en salud de Latinoamérica que no contribuiría a mejorar los niveles de salud, sino tendrían como fin principal pacificar las contradicciones sociales y ampliar los mercados de atención en salud y farmacéutico (Eibenschutz, 1976).

Por otro lado, proveniente de enfoques cercanos al funcionalismo, Atkinson, Cohn, Ducci y Gideon (2005), realizan un estudio comparativo de los resultados de la descentralización de los servicios de salud públicos en dos países en Latinoamérica: Chile y Brasil. Entre sus conclusiones, destacan que para la promoción y prevención de la enfermedad en Chile, el sistema privilegia los sectores urbanos en desmedro de los rurales, generando inequidades que no se observan con tal magnitud en Brasil. Así, demuestran que la decisión política descentralizadora chilena no estaría mejorando el acceso a los servicios a las poblaciones de zonas rurales, como se planteaba en su creación.

Dentro de las investigaciones nacionales encontramos escasos desarrollos que posean una mirada integral a la política de salud rural y su implementación. La mayor parte de ellas se centrará en cuestiones de gestión y administración del sistema; los roles de los profesionales que trabajan en zonas rurales; y los menos intentarán describir las contradicciones y desafíos que representa la integración de los modelos de atención en estas localidades.

Entre las investigaciones sobre la gestión y administración del sistema, destacamos a Carvajal (2008) estudiando la realidad de los hospitales “comunitarios” o “tipo 4”. Estos hospitales son 99

establecimientos en todo el país, que en su mayoría se ubican en zonas rurales realizando funciones “dobles”, tanto de APS como de atención cerrada con un bajo nivel de resolutivez. En este estudio se mencionan las inadecuaciones de los modelos de gestión de personal, financiamiento en base a actividad realizada, y dependencia (e incluso competencia) institucional entre el respectivo Servicio de Salud regional y el Municipio local, que se encontraría en los hospitales de las provincias de Llanquihue, Chiloé y Palena, del sur de Chile. El autor, concluye proponiendo un modelo de evaluación y seguimiento específico de estos establecimientos.

Otras investigaciones analizan el rol de los funcionarios de salud en las localidades rurales. Entre ellos destacan los “Médicos Generales de Zona” (actualmente denominados médicos del programa ministerial de Etapa de Destinación y Formación) como actores relevantes del sistema de salud público en zonas rurales y aisladas, según la investigación de Peña et al. (2010). En este estudio se realiza una revisión histórica del programa, destacando su capacidad sostenida para atraer a médicos recién egresados a localidades rurales y aisladas. En ese mismo sentido, el libro de Jaime Carvajal (2012) nos entrega una reflexión personal sobre las sorprendentes particularidades del trabajo médico en zonas extremas y la gran carga que tiene este profesional sobre el accionar de todo el sistema de salud público en estas zonas. Por el lado del rol del enfermero/a, destacamos la investigación cualitativa de Marilaf, Alarcón e Illesca (2011) donde incluyen la visión de los usuarios rurales de la región de la Araucanía respecto al trabajo de estos profesionales y su importancia en las labores de atención asistencial y consejería.

Más cercano a nuestro interés de estudio, se encuentran las investigaciones que entregan una visión crítica a la situación sanitaria rural mediante la descripción de las contradicciones presentes entre los modelos de atención del sistema público y la realidad socio-cultural de estas zonas. Carvajal et al. (2007) realizan en ese sentido una problematización sobre las particularidades de la APS

en zonas rurales incorporando datos cuantitativos y cualitativos, así como aspectos sociales, históricos y culturales para comprender la complejidad de la realidad rural sanitaria en las provincias de Llanquihue, Chiloé y Palena. Concluyen su investigación con una propuesta concreta de formación de “equipos interdisciplinarios autónomos y públicos” para transformar la atención de salud en estas zonas. En esa misma línea de construcción, las investigaciones posteriores de Ibacache (2008;2009) en el archipiélago de Chiloé describen las prácticas en atención en salud de los habitantes rurales, tanto de la medicina popular como la tradicional y sus relaciones contradictorias con el sistema de salud público. Su finalidad sería relevar la importancia del conocimiento socio-cultural de los proceso de salud/enfermedad/atención para el adecuado accionar de los equipos de APS rurales (Ibacache, Leighton, y Monsalve, 2008). Implementando esta línea de transformación en la atención del sistema de salud público rural, han trabajado grupos basados en un modelo de atención complementario e integral que coordine los Servicios de Salud Regionales con la Municipalidad. Un ejemplo de esto, se dio en 6 islas de la comuna de Quinchao, Chiloé, donde se intentó “crear formas colectivas de trabajo en territorio determinados, con formas incluyentes de prácticas y conocimientos donde se vayan formando los técnicos y profesionales junto a los conocimientos del pueblo y el fortalecimiento de este para la participación social y el control social” (Ibacache, 2008, p.67). En la práctica estos grupos integran a profesionales tradicionales de la salud (médico, enfermera y matrona), con antropólogos, psicólogos comunitarios, asesores culturales y sanadores tradicionales validados localmente, y sus resultados son alentadores.

Estas últimas investigaciones en Chiloé son relevantes para nuestra propósito debido a la cercanía geográfica y funcional de este archipiélago con Cochamó. Existiendo publicaciones donde describen que la “cultura chilota” se habría extendido más allá de sus fronteras producto de las constantes migraciones de sus habitantes incluyendo las zonas de Cochamó y el seno del Reloncaví (Man-

cilla y Rehbein, 2009). Aun así, la dependencia institucional y la disposición de los establecimientos de salud entre estas provincias difieren, ya que pertenecen a distintos Servicios de Salud, cuyas formas de gestión y cantidad de recursos son disimiles, y además pertenecen a distintas municipalidades, las cuales poseen especificidades en cuanto a los énfasis de sus políticas de salud comunal.

“Mis libros yacen
en una desordenada algarabía.

Cada noche, con ellos
construyo una montaña
hasta alcanzar la ventana.

Noche tras noche
llega mi abuela luna.
Conversamos y compartimos
la oscuridad de la prisión...”

Rayen Kvyeh

4 Capítulo 4. Marco teórico-metodológico

En este capítulo exponemos los principales referentes teóricos, conceptuales y metodológicos que dan el sustento a “la mirada” con la cual abordamos nuestro objeto de estudio. Entendiendo como tal a las diferentes definiciones, conceptos y mediaciones con los cuales produciremos los datos empíricos y orientaremos nuestro análisis y discusión.

Siguiendo un orden de lo “general a lo particular”, hemos dividido esta exposición en 3 apartados interconectados: 1) marco teórico-conceptual; 2) conceptos operativos, y; 3) estrategia metodológica.

4.1 Marco teórico-conceptual

4.1.1 La Medicina Social y la determinación social del proceso de salud/enfermedad/atención

Medicina Social y Salud Colectiva

El concepto “Medicina Social” surge inicialmente en Alemania con Johann Peter Frank (1745-1821) y luego avanza con Rudolf Virchow quien ya en 1848 escribía que “la medicina es una ciencia social” y “la política no es más que la medicina en gran escala”, declarando a los médicos que por tener estrecho contacto con el pueblo, eran los abogados naturales de los pobres. En ese mismo sentido Henry E. Sigerist, (1952) proponía la necesidad de contar con “médicos sociales” conscientes de las funciones sociales de la medicina, es decir, al servicio de la sociedad cuyo deber sería combinar la ciencia con el trabajo social “sirviendo a las personas desinteresadamente, protegiéndolas y guiándolas para una vida cada vez más saludable y feliz” (citado en Labra, 2004). En Latinoamérica uno de los exponentes más destacados y pioneros fue Salvador Allende, quien en su informe “La realidad médico-social en Chile” (1939), declaraba:

“El hombre en sociedad no es un ente abstracto: nace, se desarrolla, vive, trabaja, se reproduce, enferma y muere, en sujeción estricta al ambiente que lo rodea, cuyas diferentes modalidades originan modos de reaccionar diversos, frente a los agentes productores de enfermedades. Esta condición-ambiente está determinada por el salario, alimentación, vivienda, vestuario, cultura y demás factores concretos y actuantes; orienta el análisis de nuestros problemas médicos y preside el programa de este Ministerio” (ibíd., p.76).

En relación a estos avances, otro de los pioneros en Latinoamérica, Juan César García (1932-1984), critica los límites de la sociología médica funcionalista en cuanto a su pobreza explicativa y frag-

mentación de la realidad. Por lo cual propone nuevos abordajes en el campo de la salud, ubicando a la medicina dentro de la estructura social y remarcando la influencia de esta estructura en la producción y distribución de las enfermedades en las sociedades. Además destaca la necesidad del análisis de la estructura interna de la producción de los servicios médicos y la relación de la formación de personal de salud con el campo médico (Tetelboin y Farfán, 2004).

La corriente latinoamericana de Medicina Social continuó sus avances académicos y políticos, y se institucionalizó a través de dos programas de posgrado auspiciados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS): la Maestría en Medicina Social de la UAM-Xochimilco en México, DF. (1975), y el programa de Medicina Social de la Universidad Estatal de Rio de Janeiro en Brasil (1976). Además se creó la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) el año 1984 con la intención de profundizar de manera organizada en el conocimiento y las propuestas que de esta corriente se generan (Peña y León, 2010).

En la actualidad, su quehacer debate con las corrientes hegemónicas dentro del sector salud en torno a las contribuciones de los nuevos conocimientos y desarrollos de la relación salud-sociedad y su impacto sobre las condiciones de salud/atención y su distribución entre los diversos grupos sociales, utilizando distintas perspectivas teóricas y disciplinas. Entre sus principales líneas investigativas se destacan: 1) el saber en salud, develando las funciones ideológicas del saber médico hegemónico y la medicalización de la sociedad y los saberes subalternos; 2) los procesos de salud/enfermedad/atención considerando las determinantes sociales que influyen en su distribución diferencial entre las clases, grupos, géneros y etnias, y; 3) las formas y transformaciones de la respuesta social organizada frente al proceso de salud/enfermedad/atención en su expresión política, técnica y social. Finalmente la corriente Medico Social, comienza a desarrollarse especialmente en Brasil bajo la denominación Salud Colectiva ganando numerosos espacios académicos y dentro de

la formulación y gestión de la política social en ese país. Actualmente la corriente de Medicina Social/Salud Colectiva se vincula a la construcción de un proyecto de futuro común: en el ámbito científico, hacia el avance sobre la interdisciplinariedad y la complejidad en la comprensión de los fenómenos de la salud; y en el desarrollo social, hacia la conquista de mejores condiciones de comprensión, participación social, sistemas de atención sanitaria y mejoramiento de la salud de forma integral (Tetelboin y Farfán, 2004).

Determinación social de la salud

La determinación social de la salud, una de sus principales áreas de investigación científica, es definida como proceso multidimensional y esencialmente colectivo. Correspondiendo a los procesos generales de la sociedad que condicionan la lógica global bajo la que se mueve la vida social en su conjunto, con sus políticas e instituciones, y la contribución de sus grandes patrones culturales:

“En este nivel amplio, es el sistema de acumulación económica el que opera como la gran lógica que determina los modos de vida colectivos en distintas poblaciones, las posibilidades generales que ofrece una sociedad frente a la calidad de vida y la salud de las distintas colectividades y de sus individuos” (Breilh y Tellería, 2009, p.39).

Esta concepción de la determinación social, polemiza con la conceptualización de “determinantes sociales de la salud” pregonada con fuerte resonancia internacional durante los últimos años por la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2008; 2011). Si bien los autores desde la Medicina Social/ Salud Colectiva rescatan principalmente la abundante evidencia que las comisiones de la OMS recopilan para denunciar las brutales desigualdades en la sobrevivencia de los diversos grupos humanos; por otro lado, critican este supuesto “novedoso” abordaje de la relación sociedad-salud, dado que: está ausente una elaboración teórica explícita sobre la sociedad, por lo que la definición

de determinantes es ambigua; limita el problema de las desigualdades sociales a un problema distributivo, reduciendo su causalidad a normas, políticas y prácticas sociales inadecuadas; su evidencia sobre los factores sociales que generan desigualdades en salud, reproduce las limitaciones del paradigma dominante en la epidemiología y la salud pública fragmentando la realidad en factores; al ser convertidos en factores pierden su dimensión de procesos socio-históricos, y facilita su simplificación al ser entendidos y expresados como factores de riesgo o elecciones inadecuadas de estilos de vida, y; expresa una visión limitada de la configuración, dinámica y momento de desarrollo de las sociedades capitalistas. Todo esto genera recomendaciones políticas abstractas para reducir las desigualdades sociales, limitándose al plano de “mejorar las condiciones de vida” y “repartir recursos”, adoleciendo de la falta de una crítica estructural a las formas de dominación en el capitalismo globalizado (López, Escudero, y Carmona, 2008).

La Medicina Social/Salud Colectiva de Latinoamérica concibió hace más de 40 años la determinación social de la salud como un proceso inherente a la sociedad capitalista, ya que sus formas de propiedad, poder y división del trabajo, así como las formas a través de las cuales la producción y reproducción propias del capitalismo producen las diferencias abismales entre la calidad de la vida de las distintas clases sociales, géneros y etnias. A esto se suman las diversas formas de discriminación genérica y el eurocentrismo expresado en relaciones coloniales de racismo entre pueblos originarios y culturas subalternas con las hegemónicas. Todas estas inequidades producen grandes diferencias en las condiciones de vida que se expresan en distintos perfiles de salud, enfermedad y atención. Por último, las formas a través de las cuales los individuos y las colectividades crean un conjunto de sentidos y significados de la salud y de la vida que se materializan en prácticas en salud y diversas respuestas ante la enfermedad, también están condicionadas por situaciones de hegemonía/subalternada tanto desde los servicios médicos oficiales como de las prácticas alterna-

tivas “no hegemónicas”. En ese sentido, las formas de resistencias desde “abajo” a las políticas y programas formulados desde “arriba” mediante luchas y movimientos sociales contra las clases dominantes, dirigidos a eliminar aquellas restricciones para vivir una vida saludable, también caben dentro de las numerosas vertientes de esta concepción amplia de la determinación social de la salud (Barreda et al., 2008).

4.1.2 Estado, políticas públicas, sociales y de salud

4.1.2.1 Estado capitalista

Los orígenes del concepto “Estado” se pierden entre los laberintos de la historia y no es fácil encontrar un punto de inicio o un límite claro a la concepción actual. Así, al iniciar la revisión de la literatura, nos encontramos con un panorama de tal amplitud de criterios y usos del término, que más que ayudarnos en la construcción de un marco teórico-conceptual en función de permitirnos avanzar en nuestro recorrido de “ida y vuelta” hacia objeto de estudio concreto, en cambio nos desvía del foco de interés. Con ese norte hemos restringido nuestra revisión a autores que pongan énfasis en los orígenes y características actuales del llamado Estado moderno, Estado capitalista y/o Estado burgués³, dejando de lado, por esta ocasión, los distintos debates entre las disciplinas que históricamente han pretendido aprehender a este complejo objeto social, como por ejemplo la historia de las instituciones y doctrinas políticas, la filosofía política, la ciencia política o las ciencias jurídicas, por sólo nombrar algunos enfoques.

Brevemente, y a manera de ejemplo de la profundidad de estas divergencias conceptuales, describiremos la dificultad para ubicar el mismo nacimiento del Estado, existiendo visiones totalmente

³ En esta investigación preferiremos la denominación de Estado capitalista por su capacidad para hacer evidente su relación inequívoca con una fase histórica determinada del proceso de producción. Sin embargo, durante este capítulo podremos denominarla de cualquiera de las tres maneras (moderno, capitalista o burgués) haciendo referencia al mismo objeto, según el uso de los autores citados.

opuestas para este momento, que responderían principalmente a determinaciones históricas de los grandes autores. Así para la visión de Aristóteles, que perduró por siglos, era evidente que el Estado existía por naturaleza y por lo tanto antecedía a los individuos, en cambio para Althusius la política era un “arte” mediante la cual los hombres se asociaban con objeto de instaurar, cultivar y conservar entre sí la vida; es decir, justamente lo contrario (Bobbio, 1989).

Hacia fines de la Edad Media, el término latín *status* —como sus equivalentes vernáculos *estat*, *statu*, *estado*— tenía una variedad de sentidos políticos, pero principalmente refería al prestigio de los soberanos. Según las teorías legales medievales, el soberano poseía o encarnaba al mismo gobierno (Asad, 2008).

La concepción de Estado como una asociación de hombres en función de alcanzar un beneficio común, sería una de las bases del Estado moderno, sobre la cual autores como Locke avanzarían declarando que la finalidad del gobierno es la garantía de la propiedad, que es un derecho individual cuya formación es anterior al nacimiento del Estado; mientras que para Spinoza y Rousseau la finalidad de este tipo de organización es garantizar “la libertad”. La más alta de las expresiones materiales de este tipo de concepción de Estado se encontraría en las Declaraciones de los derechos de los Estados Unidos y Francia, en los cuales se enuncia solemnemente el principio de que “el gobierno es para los individuos y no los individuos para el gobierno”. Tal principio habría influido en virtualmente todas las constituciones posteriores y se habría vuelto prácticamente irreversible (Bobbio, 1989).

El origen del uso extendido del concepto Estado en las distintas disciplinas se puede atribuir a la gran difusión y prestigio de la obra el *Príncipe* de Maquiavelo (de 1513) para referirse a “la máxima organización de un grupo de individuos sobre un territorio en virtud de un poder de mando: *civitas*

del griego y *res pública* del romano". Aun así el término se presta para confusión y los orígenes de este tipo de organización se siguen perdiendo en el tiempo, siendo que para Maquiavelo este concepto sólo sería útil para referirse al tipo de formaciones políticas que nacen después de la crisis de la sociedad medieval, y no aplicaría para las anteriores formas de organización. Por esto entre otras causas, algunos autores han optado por añadirle el adjetivo de "moderno" o "capitalista", refiriéndose así a un tipo de Estado con características particulares cuyo inicio sería históricamente más reciente. Para Max Weber, por ejemplo, el proceso de formación del Estado moderno responde al fenómeno de expropiación de parte del poder público de los medios de servicio, como las armas, el cual correría paralelamente al proceso de expropiación de los medios de producción poseídos por los artesanos por parte de los poseedores del capital. De esta observación derivaría la opinión actualmente extendida que el Estado moderno se define por la presencia de un aparato administrativo que tiene la función de preocuparse de la prestación de servicios públicos, y del monopolio legítimo de la fuerza (Ibíd.).

La visión marxista, en cambio, postula que el Estado se construye sobre una base más amplia de relaciones de producción. Así Marx en su Prólogo a la *Contribución a la crítica de la economía política* de 1859 (2005), describe que estudiando a Hegel llegó a la convicción de que las instituciones jurídicas y políticas tienen sus raíces en las relaciones materiales de existencia, es decir en las relaciones entre la "sociedad civil". De aquí deriva la consecuencia de que la "anatomía de la sociedad hay que buscarla en la economía política", ya que ésta sería la base real sobre la cual se eleva una superestructura jurídica y política; por lo tanto el origen de la organización estatal. En ese mismo sentido para Engels el origen del Estado se ubica en la evolución del hombre en sociedad. Este autor, retomando y transformando algunos de los hallazgos desde la antropología naturalista quienes describían un proceso lineal de evolución humana, observaba que la comunidad primitiva

se regía bajo el régimen de la propiedad colectiva, y sólo con el nacimiento de la propiedad privada es que nace la división del trabajo, y con esta división del trabajo la sociedad terminaba dividiéndose en dos clases fundamentales: en clases de propietarios y en clases de desposeídos. Con esta división de clases nacería el poder político y finalmente el Estado, cuya función esencialmente sería la de mantener el dominio de una clase sobre la otra, incluso recurriendo a la fuerza, impidiendo que la sociedad se transforme en un estado de anarquía permanente (Bobbio, 1989).

Si bien estamos en desacuerdo con la noción de la existencia de una “evolución natural del hombre en sociedad” y de la existencia de alguna linealidad o progresión inminente que lleve hacia la organización estatal tal como la conocemos en nuestras sociedades, como es ampliamente rebatido desde autores contemporáneos que ubican estas nociones totalizantes en ciertas formas de racionalidad hegemónica occidental que deviene en nuevas formas de colonialismo (Santos, 2005; 2010); sí nos queremos alejar del relativismo en estas materias que no nos aporta para la construcción de un esfuerzo encaminado a desentrañar aquellos elementos que estructuran y organizan la realidad social y que permiten explicarla como totalidad, pero nunca pretendiendo alcanzar la *completud*, ya que el conocimiento se encuentra limitado ante una realidad sin límites que se recrea a cada día (Morin, 1998).

En ese orden reconocemos en el planteamiento marxista una concepción nos resulta útil para aprehender la *totalidad compleja* de un objeto como el Estado, sin por ello perder de vista sus diversas partes, fragmentos y micro-realidades aparentemente inconexas. Un planteamiento en función de alejarnos de un pensamiento simplificante, —que se reproduce, sin duda, en las vertientes economicistas del pensamiento marxista— como nos advierte también Morin (1998), cuando dice que el pensamiento simplificante es incapaz de concebir la conjunción de lo uno y lo múltiple (*unitas multiplex*). Nuestra intención entonces, es retomar una definición de Estado que

consideremos lo suficientemente explicativa para permitirnos enfocar los elementos de la totalidad percibida por nuestros sentidos, y de esta forma luego separarla en sus diversos elementos para determinar cada uno de sus papeles en la organización y dinámica de la realidad social, y finalmente reconstruir la totalidad, pero ahora como una unidad interpretada y explicada (Osorio, 2001).

Siguiendo esa línea, encontramos en las definiciones contemporáneas de Jaime Osorio, desde su texto *El Estado en el centro de la mundialización* (2004) un campo fértil para nuestro propósito. Osorio utilizando las bases del pensamiento marxista, comienza su exposición basándose en la premisa que el entendimiento de una entidad compleja como el Estado capitalista debe partir con los elementos más simples y esenciales, para luego ir incorporando nuevos elementos que reconstruyan gradualmente su complejidad. Así, comienza definiendo al Estado capitalista:

“...entendemos que el Estado es mucho más que dominio de clases. Pero *esencialmente es dominio de clases*. El Estado es mucho más que condensación de relaciones de poder, pero *fundamentalmente es la condensación principal de relaciones de poder*. En fin, que el Estado es mucho más que coerción. *Pero es principalmente violencia concentrada*” (Ibíd., p.19, cursivas del original)

Partiendo de esta base, el autor continúa exponiendo las características fundamentales del Estado capitalista, que tendría diversos elementos como: un conjunto de instituciones; personal que administra y labora en esas instituciones; leyes normas y reglamentos, y finalmente; una particular condensación de la red de relaciones de poder, dominio y fuerza que atraviesan a la sociedad. Es en este último elemento donde centrará la mayor parte de su conceptualización, ya que sería la realidad “más oculta” del Estado, que no es evidente para el analista y necesita ser develada: el Estado “invisible”. Sin embargo, sería justamente el que termina por darle significación a todos los elementos anteriores.

El Estado para Osorio es eminentemente una cuestión política, cuya más importante característica oculta sería el establecimiento de una “ruptura” entre economía y política de forma que la economía parece funcionar regida por sus propias reglas y se presenta con autonomía respecto de los procesos políticos, y la política, a su vez, se presenta desligada a la economía, como un proceso independiente y autónomo. El Estado capitalista, siendo la principal cristalización de la política, se muestra por ello ajeno a la explotación y a la reproducción de las clases:

“Es más, en su representación clásica el Estado capitalista democrático las diluye y atomiza. Así el principio político de la ciudadanía: cada cabeza un voto, termina por dar forma a la idea de igualdad política entre los hombres desligándolos de las raíces económicas y sociales diferenciadas en que se reproducen y relacionan. En definitiva, la condición ciudadana ocultaría que los hombres forman parte de clases sociales interrelacionadas, en donde es la condición de desigualdad la que prevalece” (Ibid., pag. 23-24).

La política y la economía se moverían en una permanente tensión dentro del sistema capitalista, pero habría un predominio en condiciones normales, del imaginario que existe un “Estado de todos”. El Estado puede exponerse así como una entidad que busca el “bien común” y no el de unos pocos. Más que expresar el reino de la fuerza, el Estado capitalista se enmascara como el reino de la razón. El Estado en definitiva, aparece como la expresión de una comunidad de iguales, la comunidad de ciudadanos (Ibid., pag.24).

Siguiendo con su línea argumental, en una sociedad dividida en clases sólo sería posible la obtención del Estado mediante la conformación de un bloque heterogéneo de las clases dominantes, en donde una clase, fracción o sector será hegemónico cuando logre que sus proyectos y sus intereses prevalezcan sobre el resto de clases, fracciones y sectores de las clases dominantes. Esta labor también sería extensiva hacia las clases dominadas y cuando ello se alcanza privilegiando los me-

canismos consensuales, se estaría frente al establecimiento de una hegemonía societal. Ese proyecto hegemónico, que responde a los intereses particulares de algún sector del capital, tendrá la capacidad de presentarse como el proyecto de toda la sociedad. Esta heterogeneidad de las clases dominantes y su articulación política en el Estado, en tanto bloque en el poder, permite pensar al Estado como una condensación de fuerzas contradictorias (Ibíd., pag.43).

En ese mismo sentido argumenta Polutanzas (1979) cuando afirma que el Estado no debe ser considerado como una entidad intrínseca sino, al igual que con el capital, como una relación, o más exactamente como la condensación material de una relación de fuerzas entre clases y fracciones de clases. Esta condensación de fuerzas no sería estática sino que asume formas históricas diferentes de acuerdo con las luchas, presiones y organización de la sociedad civil, de las formas de producción que llevan a un equilibrio inestable entre las relaciones de esas fuerzas sociales, conforme su capacidad de hacer valer sus intereses, de integrar alianzas y coaliciones, de analizar estratégicamente el poder de los adversarios, de formular legislación favorable, de permear los diferentes brazos del Estado y ahí ocupar trincheras o posiciones de equilibrio inestable de compromisos históricamente determinados (De Paula,1992).

Sin embargo—añade Osorio— el Estado capitalista no sólo expresa una correlación de fuerzas donde predominan los intereses de las clases dominantes, sino que por sobre todo sería una relación social que crea fuerza y modifica esas correlaciones en favor de los que dominan, jugando un papel activo en la lucha de clases a favor de la integración y organización de las clases dominantes, y en la dispersión y desarticulación de las clases dominadas. A pesar de esto, el Estado también expresa la fuerza de las clases dominadas, pero esta expresión se realiza “en tanto clases dominadas”. Y la idea de que este Estado expresa “conquistas” de los dominados, como el derecho a huelga, sindicalización, partidos populares, formulas democráticas de dominio, debe entenderse

dentro de estos límites. Serían conquistas, pero desvirtuadas y filtradas por la acción estatal (Osorio, 2004, p.49).

Llegado a este punto de la revisión, se nos hace evidente que la política social deriva de estas luchas de las clases dominadas, en tanto clases dominadas. Sin embargo, citando al músico uruguayo Jorge Drexler: “la vida es/más compleja de/lo que parece”; y nos abocaremos en el siguiente subapartado a aclarar las características fundamentales de estas políticas sociales y su importancia para la comprensión de la esencia del Estado, en un espacio-tiempo determinados. De esta forma procuraremos ir acercándonos progresivamente a nuestro objeto de estudio.

4.1.2.2 Políticas públicas y sociales

El estudio de las políticas públicas es una forma de estudiar el Estado; ya que formular e implementar políticas es la esencia de su actividad. Las políticas estatales permiten una visión del Estado "en acción", desagregado y descongelado como estructura global y puesto en un proceso social en el que se entrecruza complejamente con otras fuerzas sociales. La política pública sería entonces, según una visión alejada de los reduccionismos tanto de la teoría liberal como de la marxista, “una arena de disputa de discusiones de los distintos actores con intereses en él”. Si además nos fijamos en el proceso social tejido alrededor del surgimiento, tratamiento y resolución de cuestiones ante las que el Estado y otros actores adoptan políticas, entonces definimos acá un campo más amplio, que nos estaría hablando de la relación de Estado, sociedad y mercado (Granados, Tetelboin y Torres, 2006; Oszlak, 1980; Oszlak y O’Donnell, 1995).

Por otra parte, las políticas públicas que tienen relación directa con las actividades comúnmente relacionadas con lo “social” (como salud, educación, vivienda y seguridad social), las llamadas políticas sociales, se originarían de una necesidad del modo de producción capitalista para resolver

una expresión del conflicto social generado por la contradicción entre clases dominadas y dominantes. Por ejemplo para O'Connor (1977 citado en Fleury, 1992) el Estado tendría dos funciones básicas: promover la acumulación del capital social para el aumento de la productividad sin reducción del costo de la reproducción de la fuerza del trabajo, y los gastos sociales para la legitimación del Estado en el mantenimiento de la armonía social. Así el Estado cumple las funciones de socializar los costos y privatizar las ganancias, principalmente para el sector monopólico y para mantener la armonía social a través, justamente, de los gastos sociales. En ese mismo sentido argumentan Lenhardt y Offe (1984, *ibíd.*) al describir que la política social debe intentar que la fuerza de trabajo sea siempre una mercancía disponible, controlando el acceso de los trabajadores a sistemas de subsistencia fuera del mercado (compraventa de la fuerza de trabajo) para que no "evadan" hacia formas no capitalistas (socialistas o pre-capitalistas). Más cercano a la corriente funcionalista, Prezworski (1989, *ibíd.*) mencionará que los trabajadores llegan a "un acuerdo" con la institución de propiedad privada de los medios de producción y los propietarios de estos medios también llegan a un acuerdo con las instituciones políticas que permiten a otros grupos representar eficazmente sus reivindicaciones; así las relaciones de fuerzas políticas entre o con el gobierno determinan la ubicación de recursos por parte del Estado, pero en condiciones de certeza de que el compromiso será respetado y de que habrá continuidad en la eficiencia media de la inversiones, esto es, de la continuidad del proceso de acumulación, con mantenimiento del orden social.

Entonces, el Estado despliega estrategias tendientes a disminuir las demandas de la clase dominada a través de beneficios en especies o servicios, y al mismo tiempo contribuye a contener los costos de la reproducción de la fuerza de trabajo y mejorar la productividad mediante la mejora de las condiciones de vida de la clase trabajadora. No obstante, estas políticas sociales también son resultados de largos procesos de lucha que implican la desmercantilización de ciertas esferas de

necesidades humanas y la obtención de derechos sociales implicados con la ciudadanía. En este sentido, la política social promueve la acumulación del capital y mantiene el orden social, genera fuerza de trabajo productiva y otorga satisfactores que no pueden ser adquiridos mediante el salario (Granados, Tetelboin y Torres, 2006).

Siguiendo las conceptualizaciones hechas por Oszlak y O'Donnell (1995) existirían distintos pasos para la formulación de una política pública. Primero debe existir una "cuestión" donde sólo algunas temáticas sociales son problematizadas, en el sentido de que ciertas clases, fracciones de clase, organizaciones o grupos estratégicamente situados creen que puede y debe hacerse algo al respecto, y están en condiciones de promover su incorporación a la agenda de problemas socialmente vigentes. Los autores denominan "cuestiones" a asuntos (necesidades, demandas) que son socialmente problematizados. Luego toda cuestión atravesaría un "ciclo vital" que se extiende desde su problematización social hasta su resolución. A lo largo de este proceso, diferentes actores son afectados positiva o negativamente por el surgimiento y desarrollo de la cuestión, y toman posición frente a la misma. Los comportamientos involucrados en estas tomas de posición tienden a modificar las relaciones sociales y los problemas que serán objeto de consideración en la arena política en un momento determinado. En los casos que el Estado decide tomar una posición, éste explícita una intención de "resolver la cuestión" que se concreta en una decisión o conjunto de decisiones no necesariamente expresadas en actos formales. Entonces, una política estatal es esa "toma de posición" que intenta (o dice intentar) alguna forma de resolución de la cuestión. Por lo general, incluye decisiones de una o más organizaciones estatales, simultáneas o sucesivas a lo largo del tiempo, que constituyen el modo de intervención del Estado frente a la cuestión. De aquí que la toma de posición no tiene por qué ser unívoca, homogénea ni permanente, sino suele ser todo lo contrario (Oszlak y O'Donnell, 1995).

4.1.2.3 Política de salud

Siguiendo las líneas críticas de pensamiento, para Eibenschutz (1992) la política de salud (o sanitaria) también es expresión de una relación contradictoria entre el Estado y sus instituciones con las clases, la ciudadanía, los actores sociales y los individuos. El deber del investigador es desentrañar las mediaciones de estas contradicciones en los diferentes ámbitos de la sociedad, para así llegar a comprender al Estado y sus relaciones con la práctica médico sanitaria a través de la política sanitaria desde una perspectiva histórica.

En ese orden la autora propone la definición de distintos subsistemas que estarían involucrados en la generación e instrumentación de la política de salud, para así acercarse a la complejidad del objeto; y describe a modo de sugerencia los siguientes subsistemas:

1. Gobierno: entendido como la instancia de la sociedad que sintetiza el régimen político y la voluntad desde el poder legitimado en la sociedad con sistemas democráticos representativos. Además es la responsable de formular la política de salud e incorpora el estilo “personal de gobernar”, las reformas, etcétera. Con este concepto la autora pretende alejarse de la concepción de Estado, ya que esta serviría más para describir procesos históricos prolongados, pero sería inútil para analizar la coyuntura y los cambios de cada proyecto político, que sin duda, siempre se enmarcan dentro de los límites del Estado capitalista: “Cambian las políticas económicas, cambia el sistema fiscal, cambia la forma de ejercer el poder, en el fondo cambia casi todo para que nada cambie. No cambia el capitalismo, no cambia estructuralmente la sociedad, no cambia tampoco el régimen político, es más: no cambian los partidos en el poder, pero algo cambia, y ese algo es el gobierno”
2. Legislación: las diferentes leyes y normas serían sus elementos y de sus relaciones se conformarían la estructura y sus límites serían claramente definibles en tiempo (vigencia) y territorio (ámbito de competencia). Lo importante de este subsistema sería saber hasta dónde modificar una ley, es modificar la política de salud hasta los niveles de su imple-

mentación y finalmente su impacto epidemiológico, es decir ¿hasta dónde la legislación modifica la realidad?

3. Las instituciones: forman parte esencial del Estado, pero son un subsistema en tanto tienen estabilidad y durabilidad específicas que modificarlas supone tiempos largos. Los elementos de cada institución incluyen bienes materiales, recursos humanos, manejo de tecnologías específicas y un cierto grado de autonomía respecto de la sociedad, del Estado y de otros subsistemas.

4. Población, clases y ciudadanos: los individuos, los ciudadanos, los grupos sociales, los actores sociales, las asociaciones profesionales, los grupos urbanos, los empresarios, la fracción financiera, los campesinos, las mujeres y otros donde la participación de los individuos no está determinada rígidamente, ni es forzosamente excluyente entre sí, se puede estar en varios grupos en función de las relaciones que se establecen entre ellos y el momento histórico o coyuntural concreto (Eibenschutz, 1992, p.70-73).

En una perspectiva que también intenta destrabar los abundantes problemas para analizar la política de salud en casos concretos, Belmartino (1992) apuesta por la búsqueda de mediaciones entre el concepto macrosocial “Estado” y la práctica sanitaria local. Así propone recuperar a los actores en el análisis: la formulación e instrumentación de políticas supone acciones e intervenciones sociales específicas que son obra de actores individuales y colectivos, portadores de intereses y capacidades particulares. Cada uno de estos actores mantiene relaciones de competencia y cooperación con otros grupos interesados en el sector, de manera que su capacidad de presión es función de una relación un juego de estrategias en el que cada una de las partes utiliza los recursos de que dispone de modo de prevalecer en la decisión. El análisis de estos actores conduciría a recuperar la fragmentación de los aparatos de gobierno, el conflicto intraburocrático, la conformación de arenas de negociación particulares, con interlocutores seleccionados a partir del privilegio o la exclusión. Propone además poner la mirada en cuestiones esenciales para entender las prácticas de los actores como son:

1. Estructura: derivada de dinámicas del sistema económico y del sistema político que evidentemente tienen relación con la formulación e implementación de la política de salud; como por ejemplo, el nivel de la actividad económica, el nivel de empleo, la distribución de la fuerza de trabajo en el sector formal e informal de la economía, la capacidad adquisitiva del salario, y la cobertura de atención médica en la seguridad social. Dando un marco legal-institucional que pone límites al accionar de los actores en el interior del sector y define las reglas del juego.

2. Historia: siendo a través de las experiencias pasadas, de los resultados de confrontaciones, triunfos y fracasos anteriores que los actores se constituyen como tales. Esa historia define la percepción de sí mismo en un determinado sistema de relaciones. Cada actores se construye como sujeto de un determinado sistema de relaciones que ha internalizado a través de su experiencia, pero también es portador de la posibilidad de generar una alternativa. A partir de las experiencias individuales o grupales se elaboran las estrategias de acción: solidaria o individuales, integradoras o excluyentes, de afirmación o transformación del statu quo (Belmartino, 1992, p.148-153).

Abriendo el debate Tetelboin (1992) se preguntará si es que la insuficiencia explicativa de los grandes modelos teóricos como el marxismo para estudiar el Estado responderá realmente a una crisis de paradigmas o será más bien una “crisis de realidad”; una nueva realidad sustentada en proyectos políticos hegemónicos neoliberales que permean las instituciones académicas y están interesados en atomizar la realidad social, satanizando los modelos explicativos totalizantes. Así el auge del actor y los sujetos sociales descontextualizados y sin relación con el resto del entramado social y estatal en las investigaciones recientes, es visto con suspicacia por la autora. Retomando en el plano metodológico a Madel T. Luz (1979) propone el rescate de los documentos secundarios para la investigación de la política de salud, distinguiendo dos niveles: las categorías discursivas que se expresan en conceptos, temas y lemas, los cuales revelarían los intereses inmediatos o visibles del proyecto de grupos institucionales; y los discursos, que expresan una aproximación a un programa de política institucional hegemónico, o en una versión más elaborada, a un proyecto

de política institucional y que por lo tanto sobrepasan el nivel de los intereses inmediatos de grupos, en favor de los políticos y económicos de la totalidad social, y por lo tanto al juego de los intereses y correlación de fuerza de las clases en la sociedad en su conjunto. Siendo una concepción donde el discurso es visto como práctica política, en su dimensión ideológica que tiene por objeto modificar o conservar relaciones sociales. Otro importante aporte sería la idea de que la distancia entre el discurso y la práctica institucional es expresión de contradicciones, manifestaciones de intereses en conflicto hacia el discurso institucional dominante, o hacia la totalidad social existente (Tetelboin, 1992).

4.1.2.4 Burocracia estatal

Siendo la política estatal un producto de variadas iniciativas y propuestas, y teniendo en cuenta que existen diversas unidades y aparatos estatales involucrados en la fijación de una posición, es importante destacar que las decisiones de las diversas instancias intervinientes resultarán a menudo inconsistentes o conflictivas entre sí. Algunos enfoques de corte técnico en el campo de la planificación estatal atribuyen esto a "distorsiones" de los objetivos en el proceso de implementación producidas por ambigüedades y conflictos en su formulación primaria. Es decir, se admite que existe un objetivo original en el más alto nivel estatal, el cual debido a una formulación ambigua sufre interpretaciones que van desnaturalizando su esencia a medida que nos alejamos del nivel de "formulación de políticas" y nos acercamos al de materialización de las actividades y procedimientos para implementarlas (Oszlak y O'Donnell, 1995).

A diferencia de estos enfoques de corte técnicos, Bertero (1988, citado en Silva, 1992) considera que la contribución importante de la ciencia política a la comprensión de la implementación es aclarar que éste no es un proceso que ocurre de acuerdo con el mecanismo neutral propio de la

concepción burocrática clásica: el proceso de implementación también está sujeto a innumerables vicisitudes, producto de la propia dinámica de intereses y puntos de vista conflictivos de agentes con poder desigual. Según este autor, parte de los problemas de implementación puede ser atribuida a la ineficiencia del aparato administrativo debido a problemas estructurales, a la falta de calidad de los recursos humanos y a la carencia de recursos materiales y financieros, pero también debemos contemplar el caso en que la implementación, deliberadamente, se aleja de una política pública y decidida o la distorsiona por razones inherentes a la propia maquina administrativa. Para este autor considerar que el binomio formulación-implementación de políticas puede inducir a la ilusión de pensar que los cuadros de estructuras administrativas son omnipotentes y que, una vez tomada cierta decisión, sus preferencias y elecciones serán hechas por la implementación de las políticas. Eso implicaría considerar a la maquina administrativa como un ente absolutamente instrumental y por lo tanto neutral, así como validar un burocratismo ingenuo.

Osorio (2004) suma argumentos en ese mismo sentido cuando caracteriza que en tanto condensación material de las relaciones sociales de dominio y explotación, el Estado se presenta como un aparato, el aparato de Estado, una organización jerarquizada de instituciones, reglas, leyes y de personal. El aparato de Estado constituye el Estado visible, el cual se encuentra articulado y unificado por los intereses y proyectos de las clases que detentan el poder político. Este aparato es vital para el poder político ya que “todo lo que el Estado hace lo hace a través del aparato del Estado”, que funciona, por consiguiente, a manera de filtro que determina la modalidad de las intervenciones económicas e ideológicas del Estado. Lo que no puede perderse de vista —recalca el mismo autor—es que las labores administrativas, que en muchas ocasiones tienden a presentarse como tareas neutras del punto de vista social, están atravesadas por el aspecto del poder del Es-

tado, esto es, asegurar la reproducción de la sociedad bajo la orientación de intereses sociales específicos.

Sin embargo, el mismo personal del aparato del Estado se encuentra jerarquizado, y las funciones de mando serán mayores mientras más altas sean las posiciones en el entramado administrativo. Esto implica, a su vez, grados diversos de compromisos de este personal con los poderes o intereses sociales que prevalecen en el Estado, teniendo a ser mayores mientras más alto nos encontremos en la pirámide administrativa estatal. Entonces existiría una distinción entre los funcionarios que ocupan los puestos “cúspides del aparato estatal” que pertenecerían a un tipo de clase social especializado en asuntos estatales y ligado a determinadas clases del bloque en el poder (que el autor llamará “clase reinante”) y el resto del personal que ocupa posiciones medias y bajas en el aparato de Estado (o baja burocracia) donde la adscripción a los intereses sociales de quienes detentan el poder tiende a ser menor e incluso puede llegar a ser contrapuesta, ya que las fuentes sociales desde donde se reclutan suele ser más amplia y cubrir varias franjas de clases y sectores asalariados (Ibíd.).

Además, el conflicto de políticas e instituciones puede atribuirse a la presencia dentro del aparato estatal, de unidades con grados de autonomía capaces de influir en diversas instancias del proceso, y entrar en conflicto cuando debe definirse la posición del Estado frente a una cuestión social. Desde esta perspectiva, la ambigüedad o conflicto no es inherente a la toma de posición del Estado sino producto del enfrentamiento entre algunas de sus unidades, obedeciendo a intereses contradictorios. Existiría, entonces un carácter negociado o abiertamente conflictivo que frecuentemente asume la toma de posición del Estado frente a una cuestión, es decir el aparato burocrático como una “arena de lucha de intereses” (Oszlack, 1980).

Entendiendo lo anterior podemos hacer ahora una distinción conceptual. La formulación de una política es un concepto abstracto que implica definir el sentido que deberá tener la acción y contiene elementos normativos y prescriptivos de los que resulta una visión sobre un futuro deseable. Entre la formulación y la acción, media la distancia entre lo abstracto y lo desagregado (y materializado) de la política. Establecer si ésta fue "implementada", es decir, si la cadena de comportamientos condujo a los resultados anticipados, requiere reagregar las acciones para recuperar su sentido y restablecer el vínculo entre acción y formulación. Por otra parte, cuando se "materializa" la política se afecta a actores de la sociedad civil cuyo comportamiento condiciona los alcances de la acción en los diferentes niveles de implementación. Esto significa que la "relación estado-sociedad" se concreta a través de sucesivas "tomas de posición" (o políticas) de diferentes actores sociales y estatales. Entonces, no sólo interesa el encadenamiento de comportamientos intraburocráticos que traducen la política en acción, sino también la dinámica social generada por este proceso y sus efectos de retroalimentación al Estado. Desde esta perspectiva, lo que las instituciones estatales hacen no puede ser visto simplemente como la traducción en acción (o "implementación") de un conjunto de normas. Su actividad refleja más bien intentos por compatibilizar los intereses de sus clientelas, y los suyos propios, con aquellos sostenidos en sus proyectos políticos por regímenes que se suceden en el poder (Ozslak, 1980).

4.1.2.5 Niveles de la política de salud

Teniendo presente estas conceptualizaciones previas, es que vamos a definir distintos niveles en la política de salud procurando fragmentar sus distintos ámbitos de acción intra y extra estatales en función de recuperar su sentido. Existiría un nivel que llamamos "macro", o de formulación de la política, que cristaliza una resolución orientadora tanto discursiva como normativa en base a los intereses en disputa por la agenda estatal global. Un nivel "meso" o de programación e implemen-

tación que reflejará los ajustes verticales y conflictivos encadenamientos intraburocráticos del aparato estatal para dar cumplimiento y eventualmente redefinir la política. Y finalmente un nivel “micro” representado por las acciones concretas que llegan a los individuos, como ellos los redefinen, significan y toman posición al respecto.

Para cada uno de estos niveles existen marcos teóricos disímiles que permitirían su adecuado análisis; 1) el macro-analítico, donde el régimen político-económico estructura y dinamiza la política pública que se constituye en intermediario entre el Estado y la sociedad con una importante mediación del mercado. En este enfoque predominan las condiciones históricas de los Estados sobre la implementación, jugando un rol fundamental los actores políticos, económicos y militares (Oszlak ,1980); 2) el meso-analítico o sistémico, donde se admite la capacidad de las instituciones para transformar una declaración de intenciones en resultados apreciables y medibles. Este enfoque enfatiza la cadena de eventos vinculantes y orientados a ciertas metas ya definidas desde el nivel político-normativo, de esta forma la implementación se considera un proceso dirigible y controlable desde la política mediante límites normativos, programáticos y organizativos e incluso la cadena de procesos lógicos que deben ejecutarse para conseguir las metas proyectadas. Este enfoque es el más difundido y fundamenta los proyectos de la “Nueva Gerencia Pública” y “Management Estratégico”, y; 3) el micro-analítico, que se centra en los actores como sujetos semi-autónomos integrados a grupos y dentro de las organizaciones particulares donde con sus acciones “adaptativas” forjan las políticas. Este enfoque tiene distintas vertientes que ponen distintos énfasis en; las formas de interacción entre trabajadores y usuarios; en las condiciones del espacio y la disposición de recursos; o en las decisiones sobre la forma de entrega-respuesta a los servicios (Miranda,2012)

Enfoque metodológico por niveles de la política de salud

Para nuestro análisis, nos basamos en una visión del Estado como “arena de intereses” pero que se replica en cada nivel, y que requerirá por lo tanto, distintos enfoques metodológicos a fin de captar adecuadamente las contradicciones y complejidad de cada uno de ellos. Así en nuestro nivel “macro” se utilizará el análisis de los discursos presidenciales y del contenido de documentos oficiales, y por tanto, sus contextos políticos expresados en eventos oficiales y los cuerpos legales-normativos y programáticos que cristalizan tales orientaciones. Para el nivel “meso” en cambio, decidimos analizar las y representaciones sobre el sistema de salud y sus políticas desde los mismos funcionarios del aparato estatal. Y para el nivel “micro” analizaremos las prácticas institucionales dentro de los establecimientos de salud y las representaciones desde los usuarios del sistema de salud.

4.1.3 La ruralidad

Durante los últimos 50 años ha ocurrido un intenso debate teórico acerca del concepto de ruralidad tanto en Europa como en América Latina (Pérez, Farah y Grammont, 2008). Es trascendente para nuestro propósito profundizar en este debate, ya que tiene implicaciones tanto conceptuales como en los aspectos relacionados con las acciones políticas. De esta forma se observa que los conceptos de ruralidad actualmente en debate, superan las concepciones utilizadas hasta hoy por las políticas sociales y servicios de salud chilenos para “enfrentar” las situaciones socio-sanitarias en estas localidades, traduciéndose en políticas públicas obsoletas e ineficaces (Montoya-Aguilar, 2007).

4.1.3.1 Concepción tradicional de la Ruralidad

Tradicionalmente el concepto de desarrollo, se asociaba con la dirección de las transformaciones que iban de la agricultura a la industria, de lo tradicional a lo moderno, de lo atrasado a lo próspe-

ro, en definitiva desde *lo rural* hacia *lo urbano*. El vector del progreso era unidireccional. Se llegó incluso a considerar que un país podía ser considerado como más desarrollado, mientras mayor fuera el grado de urbanización de su población (Gomez, 2002). Esta característica tradicional de lo rural se basa a su vez en una ideología implícita: la fuerte presencia de una visión dicotómica entre lo urbano y lo rural. Separando la sociedad en dos en términos contrapuestos: lo rural como atrasado, pobre, aislado, de cambios lentos, atado a la naturaleza y a la producción primaria; lo urbano como rico, moderno, dinámico, industrial, conectado con el mundo (Castro, 2007).

Entre las características principales del enfoque tradicional de la ruralidad se encuentran:

- 1.- La población rural se dedica casi exclusivamente a actividades agropecuarias.
- 2.- Estas actividades se encontraban regidas por ciclos naturales sin mayor capacidad de intervención del hombre.
- 3.- Esta regulación de las actividades a través de ciclos naturales genera en sus habitantes una noción del tiempo y de su uso, que contribuye a la constitución de una cultura específica.
- 4.- La población rural se encuentra dispersa en territorios de baja densidad.
- 5.- La dispersión, y relativo aislamiento, impide a estas poblaciones acceder a condiciones de bienestar (servicios e infraestructura básicas) y a los avances de la cultura (alto analfabetismo y malas condiciones de educación).
- 6.- Sub valoración de lo rural y sobre valoración de lo urbano, creando condiciones para fuertes flujos migratorios desde el campo a las ciudades (Gomez, 2002).

Según Gómez (2003), las bases teóricas y los orígenes de la visión que sustentan estas características, están fuertemente influenciadas por sociólogos europeos. Así se destaca las nociones de Töennies en su obra *Comunidad y Sociedad* de 1887, quien plantea que las relaciones humanas son producto de las voluntades humanas y estas se dividirían en: 1) un tipo de voluntad esencial o básica siendo instintiva y natural, basado en los hechos y situaciones que lo anteceden y sería

característica de la voluntad en la vida de los campesinos, 2) otro tipo de voluntad es la arbitraria, deliberada y con fines precisos, que sería la voluntad propia de los hombres de negocios, de los científicos, de las personas investidas de autoridad. Estos dos tipos de voluntad dan origen a la existencia de dos tipos sociales, 1) la “comunidad” relacionado con la voluntad esencial, 2) la “sociedad” relacionada con la voluntad arbitraria. El aporte de Töennies en la elaboración de la teoría sociológica es significativo y marcó a muchos autores que lo sucedieron tanto en Europa como en América. Esta tipología original habría servido también de base para la elaboración de una nueva mirada del fenómeno, el llamado “continuo rural urbano” elaborado por Sorokin y Zimmerman en 1929. Este estudio es considerado como una síntesis de la literatura mundial sobre sociedades rurales y en él se destacan las características diferenciales y las definiciones del mundo rural y del mundo urbano, mostrando nueve diferencias básicas: 1) ocupacionales, 2) ambientales, 3) en el tamaño de las comunidades, 4) en la densidad poblacional, 5) en la homogeneidad/heterogeneidad de la población, 6) en la diferenciación, estratificación y complejidad social, 7) en la movilidad social, 8) en la dirección de las migraciones, y 9) en los sistemas de integración social. En esta perspectiva, la polarización antagónica paso a ser sustituida por un continuo que va desde una situación típica de lo rural a otra de lo urbano (Gómez 2003; Romero, 2012). Estas diferencias entre lo rural y lo urbano, tuvieron importancia en las formulaciones en el desarrollo de la sociología rural en su versión más tradicional. Resumiendo en palabras de Gómez:

“...al desarrollo de la sociología tal como fue formulada por los fundadores de la disciplina, le imprimieron un fuerte enfoque dicotómico en sus sistemas de clasificación de la realidad, la que pasó naturalmente a expresarse en la dicotomía entre la realidad que se observaba en el sector rural y aquella que emergía en el sector urbano en donde se centraban su preocupación, mientras se consideraba como residual lo que permanecía en el campo (...)Esta visión de la relación

comunitaria versus la relación societaria es la que sustenta el dicho: "Dios hizo el campo, el hombre la ciudad" (Gomez, 2002, p.8).

En América latina estas influencias serían centrales para abordar la sociología rural adaptando estos esquemas europeos a la realidad local. A modo de un ejemplo influyente en la sociología rural de América latina, citaremos en la Tabla N°4, la construcción del sociólogo italiano exiliado en Argentina, Gino Germani, donde se muestra el proceso de transición, desde un punto de "origen" a uno de "destino": desde la sociedad tradicional hacia la sociedad industrial.

Tabla N°4: Principales variables sociedad tradicional e industrial

Variable	Sociedad Tradicional	Sociedad Industrial
1.- Estructura social	Acción prescriptiva Institucionalización de la tradición Instituciones indiferenciadas	Acción efectiva Institucionalización del cambio Instituciones específicas
2.-Relaciones sociales	Adscripción Particularismo Difusas Afectivas	Desempeño Universalismo Específicas Neutrales
3.- Organización social	Predominio de lo primario	Predominio de lo secundario
4.- Status	Adscrito	Adquirido
5.- Familia	Extensa	Nuclear
6.- Valores	Tradición Tierra Divinidad	Racional Progreso Vida Terrenal
7.- Tecnología	Energía Humana Tipo de producción artesanal	Maquinaria Producción en serie
8.- Economía	Subsistencia	Mercado

Fuente: Versión simplificada por Gómez (2003) del original de Gino Germani.

Se desprende de este ejemplo la influencia profunda del enfoque dicotómico y unidireccional en los autores latinoamericanos. A esto se suma el hecho, (que sería la de la mayoría de los sociólogos rurales latinoamericanos previos a los setentas) que centraron su atención por los temas de urbanización, industrialización, incorporación de las masas humanas al tipo de vida de las sociedades industriales, integración política de grandes sectores de la población, en desmedro de la investigación de las características específicas de la realidad rural, que serían vistas como “residuales” de los procesos unidireccionales ya mencionados (Gómez, 2002; 2003; Perez et al., 2008; Romero, 2012).

A diferencia de esta tendencia, algunos autores tradicionales enfatizaron el carácter complementario del campo con la ciudad. En este sentido el campo provee a la ciudad alimentos, materias primas y fuerza de trabajo sobrante. La ciudad provee al campo insumos, productos industrializa-

dos, espacios para la comercialización, servicios educativos, recreativos, institucionales, de salud, entre otros. De esta manera, lo urbano y lo rural se complementan en la medida en que cada parte pone a disposición de la otra los elementos necesarios para suplir sus carencias. Este proceso sin embargo estaría marcado por una fuerte asimetría y se torna aún más difícil de analizar en lugares donde las grandes urbes no requieren de los modestos insumos ofrecidos por localidades rurales cercanas, sino que los importan de zonas lejanas, dejando a estas localidades periféricas pauperizadas. Este enfoque no niega la dicotomía de la concepción tradicional rural, pero sí le otorga características relacionales al mundo rural que no aparecen en la mayoría de los autores tradicionales (Marlon, 2005).

4.1.3.2 Ruralidad en el marxismo

Dentro del marxismo ortodoxo, la ruralidad actual sólo puede ser entendida como parte de un proceso histórico mayor, un producto directo de la evolución del proceso de producción capitalista. Sobre esta base, para Lenin (citado en Salas, 2002) el campesinado tradicional Ruso habría sufrido un proceso de “descomposición campesina”, donde el capitalismo arruina al campesino medio, provocando su proletarización, debiendo vender su fuerza de trabajo, mientras crea a una burguesía con alto nivel de explotación mediante insumos y maquinarias. Este proceso requeriría por lo menos de 3 componentes: que la tierra fuera considerada una mercancía, que estuviese en manos de quienes le den un uso productivo comercial, y que la población rural se transforme en jornaleros libres. Finalmente el “campesino” en su visión tradicional desaparecería según la visión de Lenin.

Lo fundamental de la visión marxista, es el carácter relacional entre el campo y la ciudad; uno no puede existir sin el otro, se complementan y al mismo tiempo tienden a subordinar uno al otro según el desarrollo histórico. En la visión de Bolívar Echeverría (2013) sobre los textos clásicos de

Marx, *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política (borrador)* de 1857-1858 y de Braudel, *Civilización material, economía y capitalismo: siglos XV-XVIII* de 1979 se exponen cuestiones esenciales para el entendimiento de la oposición campo-ciudad en la historia. En ese orden se describe que existirían a través de las distintas civilizaciones, dos tiempos de reproducción social fundamentales; uno "rutinario" que coincide con la función productiva y otro "extraordinario" que coincide con las funciones políticas, religiosas y festivas. Estas temporalidades se reproducen en la espacialidad de un territorio social determinado. Se entiende entonces, que la causa de la distinción entre lo rural y lo urbano radica en que el hombre adjudica a determinadas zonas de su territorio el predominio rutinario y entrega el predominio del tiempo extraordinario a otras zonas del mismo. Sin embargo, para que uno exista, debe existir el otro y debe además haber un "entrecruzamiento" entre ellos; un espacio donde se produzca un proceso de "circulación" de los distintos tipos de riqueza social, este espacio coincidirá con la función política constituyendo el espacio urbano. Según este planteamiento, al originarse las ciudades burguesas, la subordinación que sufrían anteriormente estas pequeñas aldeas a las necesidades de lo rural se invertiría, dejando paso a la cada vez más completa absorción de la vitalidad del campo por la vida citadina; el "fetichismo mercantil" naciente produciría que el mercado tenga la capacidad de manejar los destinos del campo desde la ciudad. Finalmente la gran ciudad capitalista contemporánea sería, para Braudel, un "parasito" que se constituye en la negación absoluta de lo rural, es decir, la contradicción y subordinación de lo rural con lo urbano habría dado paso a una subsunción total, explotación e incluso la destrucción de lo rural: "la gran ciudad capitalista se considera así mismo absoluta, necesita del campo pero sólo como un apéndice suyo; se plantea a sí misma como capaz de improvisar un campo artificial hecho a su medida"(Bolívar-Echeverría, 2013,p.76).

Bajo un punto de vista distinto, pero igualmente relevante es el entendimiento de la cuestión agraria para Marx, como formando parte de un proceso más amplio, que es el desarrollo del pro-

ceso capitalista de la propiedad privada y de las clases sociales integrantes del mismo. En ese sentido las clases dominadas rurales cuando alcanzan una maduración política de clase “para sí” serían fuerzas potencialmente revolucionarias contra la explotación del capital (Bartra et al., 1999).

Las corrientes marxistas de Latinoamérica durante los setentas, a diferencia del enfoque tradicional hegemónico, pusieron énfasis en la realidad rural en sus características de dependencia y subordinación del campesinado latinoamericano a las ciudades, y estas a su vez a los países centrales del capitalismo mundial de esa década. De esta forma se conceptualiza la ruralidad en los “países periféricos” con una historicidad específica y no asimilable a los modelos de capitalismo en los países centrales. En este sentido los conceptos marxistas de acumulación originaria, renta del suelo y explotación capitalista en la agricultura, se habrían estructurado difiriendo del desarrollo capitalista “típico” estudiado por Marx en Europa, no pudiéndose tampoco caracterizarlos como simplemente un estado anterior del capitalismo. Así se explican, las formas de subordinación patronal, el inquilinaje, los asalariados con sueldos inferiores a la subsistencia, la persistencia de una economía campesina “precapitalista”, la coexistencia de terratenientes, “señores semif feudales” y empresarios capitalistas; como una respuesta a las necesidades particulares del desarrollo del capital en estos países integrado a economías centrales y a intereses diversos de la clase burguesa dirigente (Bartra et al., 1999; Saavedra, 1975).

4.1.3.3 “Nueva” Ruralidad

En los años ochenta y producto de los cambios introducidos por el modelo neoliberal que transforma las relaciones tradicionales en las localidades rurales, es que cobra relevancia la concepción de una ruralidad siempre cambiante, tomando fuerza la idea de la aparición de una “nueva ruralidad”. Esta se entiende para algunos autores, como una visión interdisciplinaria del mundo rural

que toma en cuenta los aportes de la sociología rural y la economía agraria e incorporaría elementos de la antropología, la historia, la geografía, la biología y las ciencias ambientales. En esta nueva ruralidad las fronteras son difusas y las características tradicionalmente asignadas al mundo rural son revisadas (Pérez, 2007).

La “nueva ruralidad” desde sus orígenes pretende alejarse de la definición rural tradicional, marcada principalmente por la relación casi natural de lo rural con lo agrario. Se reconoce ahora, la pluriactividad como una característica esencial de esta nueva mirada, en el cual las actividades no agrícolas crecen en importancia principalmente por la imposibilidad de sostener el ingreso familiar con las actividades tradicionales. Es así como emergen el comercio, variados servicios como el turismo y otras tradicionalmente urbanas. Estas ocupaciones “rurales urbanizadas” y al mismo tiempo la presencia en los migrantes a las ciudades, de ocupaciones “rurales urbanas”, diluyen la clásica frontera entre campo y ciudad (Marlon, 2005).

El nuevo concepto, además está indiscutiblemente asociado a la globalización⁴ y a las nuevas dinámicas del capital internacional que convertirían, según algunos autores, “la anterior explotación, por la actual exclusión de las comunidades rurales”, provocando entre otros fenómenos: pobreza, desigualdad, concentración de la tenencia de tierras y recursos hídricos en ausencia de un Estado que asegure educación, salud y viviendas adecuadas (Romero, 2012; Rubio, 2006). Por otro lado, la emergencia de la situación de crisis ambiental hace necesario un abordaje que incluya de manera integral todos estos aspectos (Gomez, 2002; Pérez, 2007).

⁴ Durante esta tesis utilizamos el término *globalización* intentando alejarnos de su definición (tan ingenua como extendida) de “un mundo sin fronteras”, para conceptualizarlo como los cambios en la composición y espacialización del capital en la economía mundial actual, donde lo “nuevo” sería su gran volumen y, especialmente, el tipo de movimientos que ocurren a través de los límites de los Estados, pero nunca su disolución (Osorio, 2004; Trouillot, 2005; Wallerstein, 1988; 2005). Osorio preferiría el termino *mundialización*.

El medio rural para la nueva ruralidad, es conceptualizado como una entidad socioeconómica en un espacio geográfico que tendría cuatro componentes básicos:

1. "...Un territorio que funciona como fuente de recursos naturales y materias primas, receptor de residuos y soporte de actividades económicas
2. Una población que, con base en un cierto modelo cultural, practica actividades muy diversas de producción, consumo y relación social, formando un entramado socioeconómico complejo.
3. Un conjunto de asentamientos que se relacionan entre sí y con el exterior mediante el intercambio de personas, mercancías e información, a través de canales de relación.
4. Un conjunto de instituciones públicas y privadas que vertebran y articulan el funcionamiento del sistema, operando dentro de un marco jurídico determinado" (Giarracca, Pérez y CLACSO, 2001).

4.1.3.4 Desarrollo rural

Estrechamente ligados a la teorización de la realidad rural encontramos las pretensiones de distintos actores, de cambiar una realidad que se considera como negativa e injusta. Entonces emerge el concepto de "desarrollo rural" como respuesta a estas intenciones de cambio. Nos parece relevante intentar una definición histórica del concepto dado que sus distintas concepciones y estrategias de acción han modificado durante el tiempo las características locales rurales.

El desarrollo rural es un concepto polémico con enfoques teóricos, prácticas, propuestas y desafíos diversos. Está ligado a otros conceptos que se confunden y se incorporan a él como los de desarrollo humano, desarrollo local, desarrollo territorial, desarrollo sostenible o desarrollo sustentable. Si consideramos al desarrollo rural como una construcción social e histórica, este ha sido

construido de predominando versiones influenciadas por organismos internacionales como: Banco Mundial, CEPAL, FMI, BID y FAO (Pezo, 2007).

A continuación revisaremos algunas de las principales visiones del concepto, teniendo presente que sus profundas diferencias en el tiempo, dicen relación entre otras causas, con tratarse de un concepto orientado a la acción y no una entidad teórica precisa. Además los distintos modelos de desarrollo agrícola/rural están condicionados por las políticas macroeconómicas y capturan las consecuencias de los modelos generales de desarrollo, la cual están en relación con los movimientos mayores internacionales que influyen estas variables (Escobar, 2003). Tampoco debe extrañarnos que las numerosas visiones e interpretaciones que ha tenido estén cargadas de intereses diversos en contextos históricos y locales particulares de la ruralidad.

Para el Banco Mundial de los años setentas y parte de los ochentas, el desarrollo rural:

“es una estrategia para mejorar las condiciones de vida en el plano social y económico de un grupo determinado de personas: los pobres de zonas rurales. Su objetivo es hacer llegar los beneficios del desarrollo a los más pobres de entre los que tratan de ganarse la vida en los medios rurales(...)Puesto que la finalidad del desarrollo rural es aliviar la pobreza, debe encaminarse claramente hacia el incremento de la producción y elevación de la productividad” (Banco Mundial, 1975, p.2).

En esta definición vemos una clara intensión de focalización y una interpretación del desarrollo ligado al de crecimiento económico. En el fondo del discurso del Banco Mundial de esta época se consideraba que el Estado y sus estrategias debían dejar al mercado libre para fomentar la competencia. Al emerger en el discurso mundial la problemática de los “pobres rurales”, que según el discurso del Banco no habrían tenido la “capacidad” de crecer económicamente, se formula que deben ser ayudados por el Estado para que alcancen la competitividad productiva que se les espe-

ra acordes al desarrollado mundo urbano. Así mismo se entienden los servicios de salud y educación en el mundo rural, como de importancia sólo por su influencia indirecta para el aumento de la productividad y la posibilidad de “escapar” de la pobreza. Veremos más adelante cómo esta visión del Banco Mundial cambia a través del tiempo, cuando la realidad observada y distintos acuerdos internacionales obligan a nuevos enfoques.

A diferencia del Banco Mundial, otra visión de gran importancia para la región en la década del sesenta, setenta y al comienzo de los ochentas, fue el modelo de desarrollo de la CEPAL que se basaba en el estímulo sostenido desde los gobiernos a los sectores agrícola e industrial como factor básico para el desarrollo económico nacional. Este modelo llamado de “industrialización por sustitución de las importaciones”, mediante subvenciones, control de precios, medidas de protección a la importación alimentos y la participación directa e indirecta del Estado en la producción agrícola, se esperaba el desarrollo de este sector considerado estratégico para la economía nacional. A pesar de estas medidas enmarcadas en una intención clara de desarrollo en el sector rural, según algunos autores de entidades como el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), hubo en el modelo Cepalino un llamado “sesgo urbano” dado principalmente por el mantenimiento de precios bajos a los alimentos para las crecientes ciudades industrializadas, lo que favoreció la migración hacia ellas y un estancamiento del sector agrícola (Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola, 2001; Escobar, 2003).

En caminos paralelos a estas visiones, se encontraban los procesos de reforma agraria iniciados en los años sesenta en varios gobiernos de Latinoamérica, que definen una forma de pensar el desarrollo rural apoyados en una visión planificadora a largo plazo desde el Estado, como respuesta a una fuerte presión social desde los actores campesinos y políticos. La mayoría de las reformas pusieron énfasis en modelos colectivos y asociativos de producción, acompañados de una inter-

vención estatal decidida en financiamiento y comercialización y mecanismos legales de expropiación para aumentar el aprovechamiento campesino de los latifundios y de terrenos no colonizados. Para algunos autores las reformas agrarias forzaron la modernización de la hacienda, fortalecieron el estrato de los medianos productores y ampliaron la ciudadanía de grupos campesinos marginados de la sociedad civil y de la política nacional (Escobar, 2003; Saavedra, 1975).

Por su parte, los centros internacionales de investigación e institutos nacionales agrícolas de los sesentas, proponían el uso de tecnología mejorada para aumentar la producción y reducir la pobreza. La idea de adaptar el nuevo conocimiento y la tecnología de alta producción a los climas áridos y tropicales de la mayor parte de Latinoamérica, dio origen a la “revolución verde” que consistió en el uso de variedades de alto rendimiento, combinadas con la utilización de agroquímicos y el uso de riego, conformando paquetes tecnológicos de alta productividad (Escobar, 2003). Es en este mismo plano, los análisis de autores marxistas recalcan la necesidad que los procesos de reforma agraria y de revolución tecnológica agrícola fueran llevados adelante juntos, por cuanto no se podía pensar en un éxito del desarrollo rural sin la modificación de la estructura del poder en el campo, ni tampoco sin las adecuadas modernizaciones en los sistemas de empresa rural. Estas ideas serían reflejos de la llamada “presión nacional sobre la tierra” que por un lado sumaban las fuerzas de presión campesina por el cambio en sus condiciones de vida y por otro las tendencias desarrollistas de las industrias urbanas burguesas que requerían mejorar la productividad en lo agrario, empujando de esta manera los diversos intentos de reformas agrarias (García, 1973).

Un giro drástico en las concepciones teóricas del desarrollo rural y en las acciones de los gobiernos se produce en las décadas de los ochentas y noventas, posterior a la crisis de la deuda externa de los países de Latinoamérica, cuando se impone en el llamado “Consenso de Washington” los procesos de ajuste estructural y se instalan con rigor en la región, y en especial en el Chile de la

dictadura militar, las políticas económicas neoliberales. Un ejemplo de estos cambios, lo observa el Instituto Interamericano de Cooperación para la Agricultura (IICA, 2001) cuando informa que las inversiones de los gobiernos orientadas hacia el desarrollo agrícola y rural se redujeron casi en un 40% en la década de los noventa producto de las nuevas prioridades implícitas en los modelos de desarrollo económico y los esquemas de las instituciones internacionales de financiamiento. Además los servicios estatales de apoyo rural fueron reducidos o eliminados para la creación de mercados privados de asistencia técnica que finalmente agravaron aún más la brecha tecnológica y productividad rurales, siendo parcialmente llenado este vacío de asistencia con la proliferación de las ONG. Siguiendo las modalidades de cambios estructurales que lideraban los E.U. e Inglaterra, en la región se impone el concepto del Estado subsidiario que modifica el antiguo Estado interventor proclamado por varias décadas por la CEPAL y se propone ahora sólo una intervención puntual en la economía en los casos evidentes de fallas de mercado, en externalidades no incorporadas por la economía e instancias en las que no existen incentivos para la participación decidida del sector privado. El Estado así redefine su papel en la economía y en las actividades productivas y de consumo, retirándose de la intervención directa en la producción y en la comercialización (IICA, 2001; Escobar, 2003). En concordancia con estos cambios, la tendencia de las instituciones internacionales de financiamiento de los noventa partía de la hipótesis que el desarrollo económico global, era suficiente para reducir la pobreza rural y urbana. A esta aproximación se le conoce como “teoría del chorreo” impulsada por el Banco Mundial y originada por los asesores del gobierno de Ronald Reagan en los E.U.

Debido a que la aplicación inicial de este modelo provocó un empobrecimiento general en la región, se crearon los financiamientos internacionales para los “fondos de inversión social” de los gobiernos, que se trataba de estrategias de focalización y asistenciales para el apoyo de las nece-

sidades mínimas a los “pobres rurales”, sin considerar ahora al sector rural como relevante para la economía (Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola, 2001) .

Paralelos a estos cambios, en el contexto internacional emerge con fuerza la idea de una crisis ambiental global. Como respuesta, se establece el paradigma de desarrollo sustentable en el informe de Brundtland aprobado en asamblea general de la ONU en 1987. El informe parte de la idea central de que desarrollo y medio ambiente no pueden ser separados, que no es posible mantener el desarrollo si la base de recursos ambientales se deteriora; y que el medio ambiente no puede ser protegido si el crecimiento no toma en cuenta las consecuencias de la destrucción ambiental. El enfoque de desarrollo sustentable entonces, era un llamado a cambiar las estrategias aplicadas hasta el momento, tanto en materia de políticas de desarrollo, como ambientales y se lo concibe como un cambio drástico y necesario para mantener el objetivo último de la estabilidad social, algo así como “cambiar el funcionamiento del sistema para mantenerlo” (Pierri, 2005). Este nuevo paradigma deberá ser incorporado progresivamente a las diversas visiones del desarrollo rural en las agencias más apegadas al discurso oficial como el Banco Mundial, BID o el FIDA. Es destacable que el informe mencionado, centra su atención en el mantenimiento del crecimiento económico como base para el combate de la pobreza, y explicita que la pobreza sería un gran responsable del deterioro ambiental. Como se observa de estas ideas arraigadas en el nuevo paradigma y nos recalca en su revisión crítica de la historia del informe Pierri (2005), en la gestación del concepto de desarrollo sustentable de Brundtland, hubo intereses del gran capital que predominaron en contra de múltiples teóricos ambientalistas y grupos con diferentes visiones del desarrollo que fueron excluidos o tuvieron una incidencia mínima sus conclusiones.

En ese mismo discurso el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) define en 1996 el desarrollo rural sostenible como el mejoramiento permanente en los niveles de vida de la población rural,

que no requiere de continuos apoyos financieros externos y que no degrada la base de recursos naturales. La estrategia consiste en cooperar con los sectores pobres en su búsqueda de caminos autónomos para superar sus estados de pobreza, eliminando el círculo pobreza-degradación del ambiente (Escobar, 2003) .

Más adelante la adopción de la ONU de un nuevo programa de desarrollo en 1997 favoreció nuevas propuestas y abrió la discusión sobre los aspectos para superar los “desequilibrios” del desarrollo. El Banco Mundial planteó “un marco integral de desarrollo y la construcción de una arquitectura financiera internacional donde los aspectos macroeconómicos y financieros se consideran conjuntamente con los aspectos estructurales, sociales, humanos y que se involucre al Estado con estrategias decididas para el desarrollo rural”. (Wolfensohn citado en IICA, 2001). Aparentemente en contradicción con la idea de un mercado que se regule libremente, en esta nueva propuesta, el Estado fuerte y capaz de contener aspectos diversos en la economía y de potenciar la integración se vuelve una necesidad. Sin embargo, autores desde teorías críticas analizan este nuevo discurso como esperable para la continuidad del sistema capitalista, ya que las posibilidades de aumento de la violencia e “inestabilidad social” estarían en crecimiento, productos de la inaceptable desigualdad y exclusión observadas en todo el mundo. Además estos autores enfatizan que los Estados más desarrollados y exitosos económicamente, fueron justamente, los que al contrario de las “sugerencias” del Banco Mundial, habían continuado con Estados fuertes y proteccionistas (Tarassiouk, 2007).

Los balances generales que se han hecho de los resultados de estos enfoques hegemónicos y sus estrategias en la región, concuerdan en diagnosticar un fracaso generalizado, debido a que la pobreza rural, las desigualdades y la exclusión social en el medio rural latinoamericano han aumentado sostenidamente (Pezo, 2007).

4.1.3.5 Mediciones de la Ruralidad

Hemos incorporado este tema ya que tiene importancia en la forma cómo se articulan las políticas en torno a lo rural. Se desprende de los tópicos ya revisados que la ruralidad es todavía un concepto en pleno debate, sin embargo las decisiones político-programáticas de los gobiernos se toman en base a mediciones empíricas de la situación. La primera pregunta que surge es: si el límite entre rural y urbano es difuso ¿cómo es posible medir la ruralidad?

Las Naciones Unidas señalan que dado la gran variedad de situaciones en los países del mundo, no es posible o deseable la adopción de un criterio uniforme para la distinción entre áreas urbanas y rurales. Consecuentemente, las estadísticas oficiales de Naciones Unidas respecto a urbano y rural están basadas en los estándares locales (ONU, 2011). Sin embargo, otras organizaciones internacionales como el Banco Mundial o la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) han creado clasificaciones propias a sus intereses y son adoptadas en forma heterogénea por los países de Latinoamérica.

Para el Banco Mundial el sector rural y de recursos naturales es definido por su actividad económica principal (sector primario) y el tamaño de sus asentamientos, considerados como rurales cuando tienen menos de 2000 habitantes (De Ferranti, 2005). Para la OECD en cambio, las áreas rurales son aquellas con densidad inferior a 150 habitantes por kilómetro cuadrado(OECD, 1999). En los últimos años se han añadido otras consideraciones como las distancias en tiempo a los principales centros económicos y se ha intentado crear “gradientes” de ruralidad que sean más acordes a la realidad observada y se alejen de la dicotomía tradicional. Sin embargo no existe todavía un consenso y es materia de discusión en la actualidad (Castro, 2007).

En la Tabla N° 5 recopilada por el Banco Mundial (2005), se observan los distintos criterios usados para medir la ruralidad en los países de Latinoamérica y el Caribe.

Tabla N° 5: Criterios usados por distintos países de Latinoamérica y el Caribe para determinar la ruralidad.

Country	Rural is determined by					
	Population size	Population density	Service provision	% of primary activity	Administrative division	House agglomeration
Argentina	X					
Bolivia	X					
Brazil					X	
Chile	X			X		
Colombia					X	
Costa Rica			X		X	
Cuba	X		X			
Dominican Republic					X	
Ecuador					X	
El Salvador					X	
Guatemala					X	
Haiti					X	
Honduras	X		X			
Mexico	X					
Nicaragua	X		X			
Panama	X		X			
Paraguay					X	
Peru						X
Uruguay			X		X	
Venezuela, R.B. de	X					
OECD		X				

Fuente: De Ferranti (2005).

Como se observa de la Tabla, la diversidad de los criterios impide comparaciones rigurosas entre países y además pueden subestimar o sobreestimar la población según el criterio usado.

En Chile la entidad gubernamental encargada de estas mediciones es el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), cuya definición de trabajo es:

“Se entiende como “Entidad Urbana” a un conjunto de viviendas concentradas, con más de 2.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000, con el 50% o más de su

población económicamente activa dedicada a actividades secundarias y/o terciarias. Excepcionalmente los centros que cumplen funciones de turismo y recreación con más de 250 viviendas concentradas y que no alcanzan el requisito de población, se consideran Entidades Urbanas” (INE, 2004, pag.6).

Se entiende que todo fuera de esta definición de urbano es rural. Como se puede intuir, la definición usada afectará primero a las estadísticas nacionales y luego a todas las políticas, programas y destinación de recursos estatales que dependan de ellas. Un interesante ejemplo de lo dramático que puede ser el cambio de definición en las cifras, es el estudio efectuado por Osses et al. (2006) en el cual compara las mediciones de ruralidad oficiales del INE en la X región del país, con las que se encontrarían si se utilizara las sugeridas por la OCED, resultando un total de 942.061 personas, correspondiendo al 87% de la población regional que sería muy superior a la cifra oficial del censo 2002 de 338.756 personas, que corresponde al 31% de la población regional. Estas diferencias se repetirían en otros estudios de Latinoamérica y se abre la preocupación y una línea de investigación especial en la CEPAL para homogenizar y hacer más funcionales las definiciones usadas (Castro, 2007).

En nuestra investigación es relevante hacernos un cuestionamiento acerca de cuáles son las posibles consecuencias del tipo de criterio usado para definir la ruralidad en la comuna de Cochamó. Y además, si efectivamente todas las políticas sectoriales y programas están ocupando los mismos criterios.

4.1.3.6 Ruralidad y proceso de salud/enfermedad/ atención

Enmarcados en una investigación desde la visión de la Medicina Social, nos interesa reconocer cómo la ruralidad es determinante del proceso de salud/enfermedad/atención de sus habitantes. Un enfoque especialmente interesante para explorar esta relación de la ruralidad con las nuevas

tendencias del modelo neoliberal globalizante y cómo estas influyen en el proceso de salud-enfermedad local, es el propuesto por Breilh y Telleria (2009) en su libro *Aceleración global y despojo en Ecuador: El retroceso del Derecho a la Salud en la era neoliberal* donde nos ofrecen una explicación y nos muestran los nocivos y extendidos efectos de los procesos de la globalización en la salud de las comunidades rurales utilizando el enfoque de la epidemiología crítica. Así también mencionan algunas alternativas de transformación de la actual realidad basados en la comprensión integral del “metabolismo sociedad/naturaleza” y en la generación de condiciones basadas reproducción social de “la vida” en contraste con la reproducción del capital asociada a “la muerte”.

Para nuestro propósito de investigación la visión de Breilh nos resulta útil debido a que; a) ofrece diversos niveles jerarquizados en la determinación social de la salud-enfermedad, b) posee una orientación emancipadora, c) interpela a la integración de conocimientos tanto de la “ciencias progresistas” como de los “saberes ancestrales” y d) pretende articular a las organizaciones civiles, académicas y políticas progresistas para exigir el rol garantizador de derechos de parte del Estado.

Se desprende de esta línea de investigación del Ecuador y de variados autores desde la salud colectiva en Latinoamérica, como lo observamos dentro del capítulo “estado del arte”, que las comunidades rurales son especialmente afectadas en su salud y condiciones de vida por los drásticos cambios de la globalización y del modelo neoliberal. Producto, entre otros fenómenos, de las relaciones laborales flexibles en condiciones de riesgos laborales como los producidos por agrotóxicos, los modos asimétricos y a veces usurarios de comercialización, y de consumo en el campo, la destrucción progresiva de los ecosistemas, sumados a la precarización general de la seguridad estatal, las comunidades rurales están siendo constantemente vulnerados en sus derechos humanos y presentarían una capacidad reducida de organización para su defensa. Es en este sentido que nuestra investigación con intención de denuncia y de propuesta de cambio ante una realidad de

injusticia social se justifica (Breilh, 2010; 2011; 2009; Carvajal et al., 2007; Ibacache, 2008; Menéndez, 1994; Silva, 2000).

4.1.4 Modelos médicos

En búsqueda de un abordaje integral a las estrategias utilizadas por los habitantes rurales para atender sus problemas de salud/enfermedad, y no sólo limitarnos a la respuesta estatal, hemos decidido incorporar la conceptualización de los llamados “modelos médicos”. La mayor parte de los estudios que se ocupan de estos conceptos provienen de la Antropología Médica. En estas investigaciones no obstante, suelen haber redefiniciones de los conceptos en relación a la pertinencia y los usos en el contexto local de ellos. Primero convendría aclarar que existen diferencias fundamentales entre las nociones de “sistemas médicos” y “modelos médicos”. Los sistemas médicos aluden a estructuras organizacionales, en cambio, el modelo médico corresponde a las estructuras conceptuales, y ambas estructuras están estrechamente relacionadas. Los modelos médicos constituyen estructuras conceptuales cognitivo-culturales que conllevan una serie de supuestos y asunciones construidas histórica y culturalmente por un grupo social determinado. Se refieren al estatus epistemológico y ontológico de un dominio de realidad dado y, por lo tanto, determinan los marcos de referencia de las valoraciones y acciones de los individuos. Los modelos médicos definen las cualidades y propiedades de la "realidad" de las "cosas" en cuanto a su relación e interacción con lo humano. Por ende, establecen las posibilidades del conocimiento que se puede dar en torno al cuerpo y la enfermedad, así como las categorías para entender los fenómenos como la vida y la muerte (Vidal, citado en Ibacache, 2009).

Por su parte, los sistemas médicos son estructuras organizacionales que derivan sus conceptualizaciones de un modelo médico determinado. Tienen una existencia empírica observable que se

constituye en un conjunto organizado de instituciones, recursos, prácticas y procedimientos respecto de un modelo cultural dado. Determinan roles, estatus y funciones, mecanismos de reclutamiento y legitimación de sus prácticas, técnicas terapéuticas y diagnósticas, recursos materiales y tecnologías a emplear, escenarios y contextos de funcionamiento, y códigos y lenguajes específicos (Ibíd.).

Los aportes de Kleinman son de referencia obligada en las investigaciones de estas conceptualizaciones. En su clásico artículo *“Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems”* (1978) hace una exposición sistemática de un modelo para el análisis de los sistemas de salud en distintas culturas. Como primera premisa señala que la atención de la salud debe ser entendida como un sistema cultural poseedor de relaciones simbólicas, significados, valores y normas de conducta. Este sistema articularía la enfermedad (o dolencia, que parece ser una traducción más pertinente para “illnes”) como un idioma cultural que se encargaría de ligar las creencias asociadas a las causas, síntomas, signos, experiencias subjetivas, alternativas de tratamiento diagnósticos y sus resultados. Además propone que los sistemas médicos en las diversas culturas se dividen en tres subsistemas con sus características propias que se superponen; 1) un sector popular o de auto-tratamiento practicada en el hogar y que sería responsable de dar respuesta del 70% al 90% de las dolencias, 2) un sector profesional científico en el que se encuentran tanto los terapeutas alópatas occidentales como las medicinas tradicionales profesionalizadas (por ejemplo: China y Ayurvedica), 3) un sector “folk” o tradicional en donde se encuentran los practicantes no profesionales que tienen validación local mediante el uso de terapias tanto religiosas como laicas para curar las dolencias (Kleinman, 1978).

El modelo de medicina popular o de auto-tratamiento ha sido objeto de algunas especificaciones, así Idoyaga (1999) propone la existencia de por los menos dos tipos de prácticas de legos, aquel

que deriva de la biomedicina y aquel que deriva de las medicinas tradicionales. Por otra parte, afirma que la conceptualización de medicina tradicional se trataría de una categoría “hueca” que debe llenarse según las sociedades que se analicen. Para los contextos sudamericanos las formas de autotratamiento tradicional, habitualmente denotado en la literatura antropológica como medicina casera o medicina doméstica estarían basadas en el curanderismo —de raigambre hispana y europea— y en los shamanismos propios de las sociedades indígenas, en cuanto comparten el mismo paradigma de salud y enfermedad (Arteaga, 2010; Idoyaga, 1999).

Por otra parte, autores más críticos como Menéndez (1994) enfatizan en el carácter relacional de los diversos sistemas médicos y los procesos de salud/enfermedad/atención, siendo para este autor un error grave las propuestas que analizan la medicina tradicional como un saber estático y que se agotan dentro de sí mismos, entendiéndolos como si no tuvieran relación con el resto de los cambios ideológicos, sociales, culturales, económicos de las sociedades. Además destaca la importancia de reconocer la instrumentalización política e ideológica que se hace de la medicina tradicional, este reconocimiento se lograría sólo cuando se analizan desde una perspectiva en que se incluyan los procesos de hegemonía/subalternidad tanto de los sistemas médicos como de los principales grupos que los ocupan. En este sentido destaca la importancia de integrar al análisis el auge que la medicina tradicional ha tenido en los planes de salud oficiales de atención primaria en Latinoamérica desde la década de los setenta, explicándolos de la siguiente forma:

“Las razones que fundamentaron la utilización del saber médico tradicional expresan justamente la variedad y complejidad de los procesos que se desarrollan en torno a la crisis de la biomedicina, y a la crisis socioeconómica de los países periféricos. Por una parte se resuelve impulsar dicho saber porque se acepta que presenta características positivas para el tratamiento y abatimiento de determinados problemas y porque puede facilitar la intervención y participación

comunitaria. En segundo lugar dichos recursos tradicionales pueden ser utilizados en áreas donde no existe personal médico alópata porque el país carece de este recurso, porque existe pero no quiere radicarse en el medio rural o porque existe y no puede ser sostenido financieramente. El tercer factor se relaciona con esto último: el recurso médico tradicional resulta mucho más barato que cualquier otro recurso asistencial. Tal característica, si bien no es decisiva, cobra un papel importante en sociedades donde, como vimos, se produce un desfinanciamiento del aparato médico sanitario, dada la crisis económica de los ochenta” (Menéndez, 1994, p.79).

4.1.4.1 Modelo de autoatención en salud

La autoatención en salud según Menéndez (1983), es un modelo de atención médica cuyas características estructurales se diferencian de los otros dos modelos que operarían en las sociedades capitalistas modernas; el modelo médico hegemónico y el modelo médico alternativo. Las relaciones de articulación, complementariedad y hegemonía/subordinación entre estos 3 modelos de atención en salud son complejas y dinámicas, y exceden nuestra discusión actual. El modelo de autoatención supone el primer nivel real de atención de toda la sociedad y sería el lugar donde la mayor parte de las dolencias obtendrían respuesta. Su conceptualización incluye a las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención; de tal manera que la autoatención implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma (Menéndez, 2003).

Tomando esta última concepción como referencia de la autoatención, es que intentaremos profundizar en ella y avanzar en una definición teórica que nos ayude a comprender mejor el fenó-

meno de salud en la comuna rural. En un sentido amplio y sintético podemos decir que en la autoatención caben todas las acciones, y también las omisiones (consientes o no) que el grupo familiar realiza en salud, por lo que se incluiría además la llamada “carrera del enfermo” o “trayectorias de atención” o “itinerarios terapéuticos” según el autor (Menendez,1983;2003). Este concepto dice relación con las características de la “salida” del enfermo en búsqueda de ayuda médica “profesional” (hegemónica o alternativa) para la resolución de un problema de salud: a) que persiste a pesar de las medidas, o b) que *a priori* se percibe como una dolencia imposible de curar en el hogar. Esta “carrera” estará guiada por una serie de creencias y concepciones del grupo familiar que reflejarían una mezcla de diversos saberes en salud, pero también de un conocimiento práctico del contexto social, cultural y económico a los cuales ajustaría sus aspiraciones, expectativas y certidumbres, determinando finalmente su accionar. Entonces la autoatención en este sentido ampliado, supone que las prácticas que se dan en ella tienen una estrecha relación con las posibilidades de acceso y la evaluación (en calidad, eficiencia, pertinencia cultural y costos, entre otras posibilidades) del resto de los sistemas médicos disponibles que tiene el conjunto familiar.

Continuando con esta teorización revisaremos los caracteres básicos de este modelo que nos menciona Menéndez: eficacia pragmática; la salud como bien de uso y tendencia a percibir la enfermedad como mercancía; estructuración de una participación simétrica y homogeneizante; consumismo; legitimidad grupal; determinación sintomática del padecimiento; tendencia a la apropiación transaccional; concepción basada en la experiencia; tendencia al cambio y la transformación transaccional; tendencia al cambio basado en la eficacia; tendencia a la subordinación inducida respecto de los otros modelos; tendencia sintética.

Estamos de acuerdo con la mayoría de estas características, sin embargo, proponemos que dos de ellas serían sus rasgos fundacionales y nos permitirían tener una diferenciación radical con los

otros modelos y nos podrían permitir explicar algunas contradicciones que observamos en “el campo”. La característica de: “salud como bien de uso”, y luego “tendencia a percibir la enfermedad como mercancía” aparecen como contradictorios a primera vista. Intentaremos develar algunas precisiones iniciales: referidos ambos a conceptos marxistas, debemos reconstruir lo que Menéndez está entendiendo como un bien de uso y mercancía. Es basta la teorización al respecto, pero en resumen se desprende de *El Capital* (Marx, 1980) que los productos del trabajo del hombre tienen un valor de uso y un valor de cambio. El valor de uso hace referencia a la producción de cosas que sirvan para la satisfacción de necesidades, mientras el valor de cambio hace referencia a la forma cómo estas cosas adquieren plusvalor y se convierten en mercancías, es decir se incorporan a los intercambios en la sociedad capitalista. Cuando Menéndez menciona que para la autoatención, la salud es un valor de uso y la enfermedad es valor de cambio, estaría revelando una contradicción importante. Es más, cuando queremos analizar el proceso de salud/enfermedad/atención como un proceso dinámico, histórico y socialmente mediado, parece más lógico que sigamos un análisis completo del proceso para cada realidad local. En nuestra experiencia empírica, en la autoatención existe una tendencia general a no intercambiar especies pecuniarias (dinero) por las acciones en salud, ni por los conocimientos, consejos, tratamientos, etc. —no hemos visto todavía que la abuela le cobre a su hija por bajar la fiebre de la nieta mediante la colocación de harina en su cuerpo— es más, en el contexto específico de los habitantes rurales del sur de Chile, podríamos aventurarnos a decir que el ámbito de autoatención, por inscribirse dentro de las relaciones intrafamiliares, mantiene formas “precapitalistas” de relación, por supuesto permeadas y articuladas con el resto de la realidad social. Lo anterior concuerda con las concepciones de Samaja (2009) acerca de las dimensiones de reproducción social. En esta visión se parte de la noción Hegeliana del *Aufhebung*, en el cual los fenómenos históricos siguen una lógica de momentos de supresión, conservación y superación, los cuales a través la historia epigenética

social, terminan generando subsistemas ordenados jerárquicamente. Estos serían los de reproducción: biológica, conductal, política y societal. Todos interactuando mutuamente pero con el rasgo esencial que cada dimensión mayor en la jerarquía “conserva” rasgos de los anteriores que “supera”. En este caso los grupos familiares quedan en los primeros subsistemas existentes, encargados principalmente de la reproducción biológica y conductal, aceptándose que conserven características de “retraso” que ya no aparece en los subsistemas políticos y societales, es decir, siendo un espacio para que (al menos teóricamente) las relaciones precapitalistas persistan. Por otro lado, en investigaciones empíricas desde la antropológica crítica, Taussig (1993) nos menciona las relaciones entre el diablo y el fetichismo de la mercancía en las zonas rurales de Bolivia y Colombia. En esta investigación concluye que la noción de diablo en estas comunidades se produce con el cambio en el tipo de relaciones de producción. Los campesinos con relaciones precapitalistas o de valores de uso, y que no concebían la separación entre el hombre que trabaja y su producto, cuando se incorporaron a las labores de extracción de minas o de plantaciones convirtiéndose en asalariados, ejercieron una resistencia a esta separación “antinatural” entre el trabajador y su producto, y a la enajenación que producía el vender su fuerza de trabajo, lo que finalmente se tradujo en la aparición de la figura del diablo en las minas o en las plantaciones latifundistas. Taussig propone que este tipo de resistencias culturales también se habrían dado en los países centrales en las primeras etapas de la implantación del capitalismo, y luego con el avance del mismo, se habría naturalizado completamente en nuestras sociedades urbanas. Alejándonos del concepto del diablo, lo que nos parece interesante de la investigación anterior, es que el valor de cambio, producto del modelo capitalista de producción es una construcción que se impone desde afuera en Latinoamérica, y que existieron y probablemente existen formas de resistencia cultural en las comunidades. Esto sería mayor en localidades rurales y en las que se encuentran aisladas geográficamente, o en donde las grandes explotaciones agrícolas y extractivas todavía no se han instala-

do, como es parcialmente el caso de Cochamó. Un último argumento al respecto, lo tomaremos de los teóricos marxistas que analizaron los procesos de reforma agraria en Chile durante los años 70's. Saavedra (1975), concluye que el proceso de capitalismo en el campo chileno nunca se había establecido de forma completa, o difería mucho de las características de los países centrales, por lo que observaba que persistía una economía campesina precapitalista coexistiendo y complementándose con el resto de las formas capitalistas en el campo.

4.2 Conceptos operativos

Para Minayo (2010) es necesaria la construcción de *categorías o conceptos operacionales* con la finalidad de aproximarnos al objeto de estudio durante la fase empírica, permitiéndonos la observación y el “enfoque adecuado” durante el mismo trabajo de campo. Por esto, los conceptos operativos se deben construir específicamente para cada proyecto investigativo y deben procurar articular los conceptos abstractos, como las que recién describirnos, con los objetivos y la estrategia metodológica que construyamos. En ese sentido utilizamos 3 de estos conceptos que son ampliamente conocidos por la investigación cualitativa, pero que para nuestra investigación tendrán adaptaciones importantes. Estos son: 1) discurso político; 2) prácticas institucionales de salud; 3) representaciones sociales.

4.2.1 Discurso político

El discurso y su análisis permitirían revelar las funciones ideológicas del lenguaje. Según la conceptualización de Van Dijk (1999) el lenguaje es concebido como productor y reproductor de relaciones de poder. En ese sentido el discurso político debe verse como un ejercicio de poder y control social, en función de construir consensos, en conjunto con la violencia física. Para Foucault (1993)

el orden del discurso ordena a la comunidad mediante diversos “dispositivos de poder” que es necesario denunciar. Sin embargo, los discursos políticos tienen características propias tanto de producción como reproducción, y los rituales de la práctica política serán particulares a cada caso determinando maneras permitidas y no permitidas de establecer agendas y ordenar las ideas. “El discurso político no es autónomo, no habla por sí mismo, sino que es la creación de personas con ciertos intereses comprometidos institucionalmente, con recursos y agendas variadas” (Moriconi, 2011,p.37)

Algunos de los tópicos que se deben abordar cuando se analizan de forma crítica los discursos políticos son: 1) cómo los grupos del poder controlan los discursos, y 2) cómo mediante estos discursos controlan las acciones de los grupos subalternos. Para el primer punto se sabe aquellos grupos que gozan de mayor control sobre más y más influyentes discursos (político, económico, académico, etc.) son también más poderosos. Además los grupos controlan el contexto comunicativo, por ejemplo decidiendo sobre el tiempo y el lugar del acontecimiento comunicativo, o sobre qué participantes pueden o deben estar presentes en él, y en qué papeles, o sobre qué conocimientos u opiniones han de tener o no tener, y sobre qué acciones sociales pueden o no cumplirse a través del discurso (Van Dijk, 1999). Esto es especialmente importante en nuestro estudio ya que durante la dictadura militar de Pinochet se restringió mediante la violencia la participación de ciertos grupos en el debate y además se realizó un control de las temáticas y textos, por ejemplo prohibiendo el uso público de determinadas palabras catalogándolas como subversivas. Para el segundo punto, se tiene en consideración diversos mecanismos de control de la acción mediante el discurso. Algunos de ellos son: la aceptación pasiva de los discursos provenientes de fuentes consideradas como fidedignas socialmente (científicos, religiosos, políticos); la obligación a ser receptor del discurso (por una medida coercitiva); la no existencia de discursos alternativos (cuan-

do se censuran los medios de prensa opositores); o que los receptores no tengan conocimientos para desafiar los discursos a los que se exponen (Van Dijk, 1999).

Teniendo estas consideraciones conceptuales, para nuestro propósito definimos aspectos fundamentales, siguiendo las recomendaciones de Martínez y Montesinos (2006), identificando 3 aspectos centrales en cada discurso político que analizaremos: 1) el periodo de análisis contextualizado; la identificación de los actores políticos —sobre los cuales ya hemos avanzado durante los capítulos precedentes— y; la definición de ejes temáticos y sus categorías —que más adelante expondremos.

4.2.2 Prácticas institucionales en salud

Lo entendemos como el conjunto de las estructuras organizativas cuyos saberes y actividades en salud se desarrollan como una respuesta organizada a través de un medio institucional desde donde se ejerce el hacer profesional y el desempeño del trabajo médico orientado a la atención y prestación de servicios de salud. Estas prácticas se corresponden a las metas, objetivos, estrategias, programas y acciones de las políticas en salud. Sin embargo, cuando se tienen en cuenta las dinámicas entre las normas y praxis, serían más bien un “complejo entramado de relaciones e interacciones entre diversos actores” (Granados, Eibenschutz y Lara, 2012). Desde un enfoque crítico, estas prácticas institucionales orientadas a transformar las condiciones de morbilidad se vinculan a dispositivos creados por el Estado para legitimar su intervención sobre la población y sus padecimientos. Incorporan además un modo particular de entender y abordar la atención en salud mediante prácticas instrumentales hegemónicas basadas en la ciencia, excluyendo ideológica y jurídicamente a prácticas “alternativas” de atención (Menéndez, 1981;1984).

Las prácticas institucionales en salud cuando se materializan en modelos de atención y servicios pueden ser analizadas en diferentes aspectos y niveles. Para efectos de esta investigación hemos decidido explorar estas prácticas a través de la recopilación en terreno de información sobre la infraestructura, recursos, actividades funcionamiento y resultados del sistema de salud en la comuna de Cochamó. Además triangularemos estos datos a través de las representaciones sociales que tienen de ellas los funcionarios de salud y los usuarios del sistema.

4.2.3 Representaciones sociales

Emile Durkheim (2001) utilizó el término de representaciones colectivas para designar el fenómeno social desde donde se construyen las diversas representaciones individuales. Con ello hace referencia a producciones mentales colectivas que trascienden a los individuos particulares y que forman parte del bagaje cultural de una sociedad, tales como las religiones o los mitos. Las representaciones colectivas son exteriores a las conciencias individuales; son construcciones colectivas que existen independientemente de los individuos que las utilizan y que provienen de los individuos tomados en su conjunto y no en forma aislada. A partir de las representaciones colectivas se formarían las representaciones individuales, las que son en definitiva su expresión particularizada y adaptada a las características de cada individuo. De esta forma, la sociedad proporciona a las personas los conceptos con los cuales construyen sus elaboraciones mentales particulares. Partiendo de esta concepción primigenia de la representación social, autores como Weber, Marx, Gramsci, entre otros, han aportado distintas visiones respecto a la representación social y al rol de la conciencia en la construcción de la realidad social enriqueciendo el concepto, así Minayo (2010) haciendo una síntesis expone:

“Las representaciones sociales se manifiestan en creencias, actitudes y conductas que se institucionalizan y se rutinizan, por lo tanto pueden y deben ser ana-

lizadas (...) no son necesariamente consientes porque constituyen la naturalización de modos de hacer, pensar y sentir habituales que se reproducen y se modifican a partir de estructuras y de relaciones colectivas y de grupos (...). El “sentido común” es fruto de la vivencia de las contradicciones que permean el día a día de las clases sociales y su expresión marca el entendimiento con sus pares, sus contrarios y sus instituciones”(Ibíd. ,p. 237).

Sin pretender extendernos en un campo de debate continuo, para efectos de la investigación una representación social la entendemos como una forma de conocimiento socialmente compartido y construido, que junto con intentar comprender y explicar los fenómenos de la vida cotidiana, contiene una dimensión pragmática o funcional, no sólo en términos de comportamiento, sino además de transformación del entorno en que dichas conductas tienen lugar. Permite a un individuo o grupo tomar una posición frente a distintas situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que le conciernen, y orientar su acción de acuerdo a dicha posición. (Minayo, 2010; Osorio, 2001). En nuestra investigación abordamos las representaciones sociales mediante los discursos producidos a partir de entrevistas realizadas en terreno, tanto a funcionarios como a usuarios del sistema de salud público.

4.3 Estrategia Metodológica

El camino del conocimiento arranca de la totalidad, tal como es percibida por nuestros sentidos y por las categorías con las cuales miramos la realidad social. Desde este origen pasamos a un proceso de separación de elementos con el fin de determinar su papel en la organización y dinámica de la realidad social, para, una vez alcanzado este estadio, reconstruir la totalidad, pero ahora como unidad interpretada y explicada (Osorio, 2001).

4.3.1 Fuentes e instrumentos

Con la anterior idea en mente, hemos decidido dividir nuestro objeto de estudio en distintos elementos de análisis, que se corresponden con los objetivos específicos descritos durante el planteamiento del problema de investigación, a saber: 1) elementos que hablen de la orientación general de la política en salud y específicamente la destinada a las comunas rurales, como son los discursos políticos estatales y su marco legal-normativo; 2) elementos que nos hablen de las prácticas institucionales implementadas por el sistema de salud público en la comuna, como son los registros estadísticos y la observación directa en los establecimientos de salud, y; 3) elementos que nos hablen de la política de salud y su implementación desde el punto de vista de los actores directamente involucrados en el proceso, a través de sus representaciones sociales.

4.3.1.1 Discursos políticos y marcos legales-normativos

Las fuentes más representativas desde los niveles institucionales que conceptualizamos como fundamentales para nuestro propósito, son: 1) un nivel “macro”, de grandes lineamientos políticos, leyes, normas y planes emanados desde el Presidente de la República, el Congreso y el Ministerio de Salud; 2) un nivel “meso”, de articulación y gestión de las políticas de salud a nivel provincial, representado por el Servicio de Salud del Reloncaví; y 3) un nivel “micro”, de planes locales, administración y estrategias concretas de funcionamiento de los establecimientos de salud comunales, representado por el Departamento de Salud Municipal (DESAM) de Cochamó y sus Postas de Salud Rural .

Desde el nivel “macro” seleccionamos las siguientes fuentes: 1) los discursos presidenciales realizados los días 21 de mayo ante el Congreso durante los últimos dos periodos de gobierno; 2) las leyes que rigen el funcionamiento de la APS municipalizada; 3) los objetivos sanitarios nacionales

que han orientado al sistema de salud desde el año 2000 hasta la actualidad; y 4) las normas técnicas que rigen el funcionamiento de las Postas de Salud Rural en el país.

Desde el nivel “meso” seleccionamos: 1) la ley orgánica que rige las funciones de los Servicios de Salud del país; 2) la resolución que fija la estructura interna del Servicio de Salud del Reloncaví y las funciones de sus departamentos; y 3) el reporte de la Cuenta Pública del año 2012.

Desde el nivel “micro” seleccionamos: 1) el Plan de Salud Comunal de la municipalidad de Cochamó para el año 2011; y 2) sus Cuentas Públicas en los años 2009, 2010 y 2011.

4.3.1.2 Prácticas institucionales en salud en Cochamó

Como ya lo conceptualizamos dentro de las categorías operativas, esta noción nos permite describir y analizar la base tangible de estructuras, organizaciones, actores, acciones y omisiones que produce y reproduce el Estado a través de su institucionalidad como resultado de “la bajada” de sus políticas de salud rural a un caso concreto, es decir, la “implementación de la política” en términos reales. Las fuentes utilizadas para describir estas prácticas son documentos y observaciones desde los niveles institucionales “meso” y “micro” de la política de salud, a saber: 1) sistematizaciones estadísticas producidas por el Servicio de Salud del Reloncaví, que van desde el recuento de los usuarios inscritos en FONASA en la comuna de Cochamó, hasta los reportes de actividades asistenciales de sus Postas durante los años 2011 y 2012 ; 2) el Plan de Salud Comunal del año 2011 y las Cuentas Públicas elaboradas por el Departamento de Salud Municipal (DESAM) de Cochamó durante el periodo de los años 2009 al 2011; 3) los registros estadísticos de las atenciones realizadas por el mismo personal de salud, recopilados durante el trabajo en terreno que efectuamos durante los meses de noviembre y diciembre del año 2012.; y 4) las notas de campo y foto-

gráficas que realizamos desde la observación de las condiciones y funcionamiento de las Postas de Salud Rural durante el mismo trabajo en terreno.

El último punto mencionado, de la observación de las Postas de Salud Rural, se vuelve el articulador del resto de las fuentes ya que nos permite integrar de manera comprensiva los abundantes datos recopilados. La observación es una técnica para complementar la comprensión de la realidad empírica y debe ser efectuada mediante el contacto “cara a cara” del investigador y los sujetos en una situación social determinada. “La proximidad del investigador, la empatía, humildad y la reciprocidad que se genere con los sujetos en sus espacios, permiten la comprensión de sutilezas que serían imposibles mediante otras técnicas” (Minayo, 2010, p. 274). Respecto a la definición de “participante” o “no participante” de nuestra observación, diremos acá, que se realizará una observación en interacción y a repetición en un lugar social determinado, las Postas de Salud Rural, por lo tanto, no se ajustaría a la concepción clásica desde la antropología como la plantea Malinowski (1978 citado en Minayo 2010) donde la observación de todos los “imponderables de la vida real” en una interacción prolongada toma un peso sustancial en la comprensión de la cultura de los “nativos” y requiere necesariamente una estancia prolongada en el campo (mínima de 6 meses). Siendo nuestro propósito de investigación distinto a la “descripción de la cultura nativa”, utilizaremos la técnica de observación de los espacios de atención con énfasis en las prácticas institucionales y su recepción por parte de los usuarios.

Las dos Postas que elegimos para realizar la observación son: una “costera” la de Río Puelo; y otra “cordillerana” la de Segundo Corral, en función de abarcar el mayor rango de accesibilidad a los centros de derivación. La observación en ambas Postas se realizó durante los días de “rondas de salud” y durante los días “sin ronda”. En el Anexo N°2 se puede ver la guía de observación que diseñamos para este propósito.

4.3.1.3 Representaciones sociales de los actores de la política de salud

El acceso a las representaciones sociales de los actores entorno a la política de salud rural, se hizo en base a los discursos producidos durante Entrevistas Semiestructuradas (ES) que realizamos durante el periodo de trabajo de campo de octubre hasta diciembre del año 2012. La ES corresponde a una técnica de entrevista, entendida como una “conversación con finalidad” que combina una serie de preguntas cerradas y abiertas teniendo el entrevistado la posibilidad de conversar en profundidad sobre las temáticas planteadas en la entrevista. Posee ventajas sobre el cuestionario cerrado, que condiciona las respuestas a las preguntas y opciones de respuesta del investigador; y también tiene ventajas sobre la entrevista abierta, en que el sujeto habla libremente de un tema y sólo es posible el análisis temático específico en base a largas sesiones de entrevista y repeticiones de ellas para aclarar los puntos de interés. “La ES permite, mediante una guía de preguntas establecidas, asegurar que las hipótesis y presupuestos sean cubiertos por la entrevista en un tiempo razonable, sin dejar de lado aspectos subjetivos o temas emergentes que surgirán desde las preguntas” (Minayo, 2010, p.267). En el Anexo N°1 adjuntamos la guía de entrevista utilizada para cada grupo de actores.

Los criterios de selección de los actores responden a la articulación entre la teoría que sustenta nuestra investigación, el contexto institucional estatal y las posibilidades prácticas para realizar las entrevistas de forma adecuada. Así construimos 4 familias principales de actores dentro de la implementación de la política de salud en Cochamó : 1) los funcionarios del Servicio de Salud, 2) los administradores municipales, 3) el personal de salud de las Postas de Salud Rural y, 4) las familias usuarias del sistema de salud público. Entonces, el énfasis estará puesto en los niveles “meso” y principalmente en el “micro”.

4.3.1.3.1 Funcionarios del Servicio de Salud del Reloncaví

Los funcionarios del Servicio de Salud del Reloncaví son fundamentalmente egresados de las diversas “carreras de la salud” existentes en Chile: medicina, obstetricia, enfermería, kinesiología, trabajo social y psicología entre otros. Sus trayectorias profesionales son prolongadas; generalmente llevaban varios años trabajando en torno a la atención clínica directa dentro de los diversos establecimientos de APS de la zona sur del país, como postas de salud rural, consultorios de salud familiar u hospitales comunitarios, y luego irán migrando a la capital regional (Puerto Montt) y al Servicio de Salud en busca de cargos administrativos y de mayor poder de gestión. Esta búsqueda estaría impulsada en proyectos personales de vida que involucran la necesidad de estabilidad en varios aspectos: ingresos económicos fijos, mejor acceso a seguros de salud públicos y privados, cotizaciones estables para jubilación, estabilidad en los horarios laborales, sumatoria de “puntos” para la carrera funcionaria, y acceso a capacitaciones y otros beneficios de desarrollo profesional; pero por sobre todo, por la posibilidad de estancia prolongada dentro de una ciudad con “todas las comodidades”. Este tipo de estabildades sería muy difícil de lograr dentro de la labor clínica de los establecimientos de APS del sur del país: las rondas de salud rural permanentes, los pequeños pueblos sin acceso a un sinfín de servicios, y la lucha del “día a día” dando atenciones de salud a usuarios con grandes carencias y viendo escasas retribuciones, sería mejor tolerado por los “jóvenes y soñadores profesionales” que recién ingresan al sistema de salud público.

Siguiendo nuestra estrategia metodológica, escogimos como informantes claves los funcionarios del Servicio encargados de los programas más relevantes entorno al sistema de salud rural en Co-chamó: 1) jefatura del departamento de gestión asistencial, 2) encargado programa de salud rural; 3) encargado de la estrategia de APS; y; 4) coordinador del territorio “Cordillera”.

4.3.1.3.2 Administrativos municipales de Cochamó

Los funcionarios administrativos municipales son parte de la municipalidad de Cochamó designados por el Alcalde para gestionar el funcionamiento de los establecimientos de salud de su dependencia. Generalmente provienen de carreras técnico-profesionales ligadas a la administración y sus condiciones de contratación “de planta” municipal les otorga gran estabilidad dentro de la institución a pesar de los cambios del gobierno municipal, llevando largos periodos trabajando en la municipalidad y distintos departamentos. Por otro lado, y diferencia de la mayoría del personal de salud de atención directa al público, los administrativos municipales generalmente provienen de familias reconocidas dentro de la comuna, con fuertes nexos sociales: amistades, familiares, económicos y políticos. Uno de los entrevistados ha sido el jefe encargado del DESAM por 12 años, manteniendo una continuidad a pesar de los cambios de Alcalde. Estas continuidades —o más bien poca capacidad de recambio de estos administrativos— se pueden explicar más que por una gestión exitosa, por la escasa cantidad de profesionales con capacidades de gestión que al mismo tiempo provienen de familias reconocidas de la comuna y los estrechos nexos sociales ya mencionados con los diversos alcaldes y sus colaboradores. Así podemos intuir la existencia de una “elite burocrática local” que detenta los puestos de poder municipal y que en sus capacidades técnicas será muy limitada

Desde este grupo de funcionarios entrevistamos los poseen mayor poder de decisión sobre el funcionamiento del sistema de salud en la comuna: 1) el jefe del departamento de salud comunal (DESAM), y 2) el tesorero municipal.

4.3.1.3.3 Personal de salud de las Postas de Salud Rural en Cochamó

El personal de salud de Cochamó se encarga de la atención directa de los usuarios dentro de los establecimientos de salud de la comuna o se desempeñan en funciones de apoyo para esta tarea, como los choferes. Administrativamente y dentro de sus propios discursos, este grupo está dividido en “técnicos” y “profesionales”. Los técnicos agrupan el conjunto mayoritario de trabajadores cuya formación es técnico-profesional y sus formas de contratación en general son de “planta municipal”, es decir gozan de estabilidad y beneficios laborales acordes con las leyes de estatutos de APS. La mayoría de ellos llevan largos periodos trabajando en la comuna y son los que mantienen la continuidad a largo plazo de la atención en salud. En este grupo de técnicos se encuentran los trece Técnicos Paramédicos, que residen y trabajan en cada una de las Postas de Salud Rural de la comuna, dos técnicos de nivel superior que apoyan la labor de los odontólogos, y tres choferes encargados de los traslados del personal, equipamientos e insumos. Por el lado del grupo de los “profesionales” se encuentra el llamado “equipo de rondas” integrado por trabajadores con formación profesional-universitaria de las carreras de la salud, consistente en: dos médicos, una matrona, dos odontólogos, una enfermera, un kinesiólogo y una psicóloga. Este grupo presentará condiciones más variables e inestables de contratación, y constantes recambios; la mayoría de ellos no sobrepasa los 6 años trabajando dentro de la comuna y son en su mayoría profesionales jóvenes cuyos planes de vida están fuera de estas zonas: Cochamó será sólo una estación de paso dentro de una carrera profesional ligada a las grandes ciudades con mayores “comodidades” y centros de especialización profesional

Concordante a esta división, entrevistamos desde el grupo de los “profesionales”: 1) medico; 2) matrona; 3) enfermera. Desde el grupo de los “técnicos”:1) un Técnico Paramédico residente de

una Postas “Costera” (Rio Puelo), y; 2) un Técnico Paramédico residente de una Posta “Cordillera-
na” (Segundo Corral).

En la Tabla N°6 mostramos un resumen de todos los funcionarios entrevistados.

Tabla N°6: Funcionarios estatales entrevistados.

Familia de actores de la implementación	Cargo	Código del funcionario ⁵
Funcionarios del Servicio de Salud del Reloncaví	Jefe Departamento de gestión asistencial	JP
	Encargado del programa de salud rural	FU
	Encargado de la estrategia de APS	DE
	Encargado territorio Cordillera	RF
Administrativos municipalidad de Cochamó	Jefe Departamento de Salud Municipal	VC
	Tesorero municipal	VM
Personal de salud de las Postas de Salud Rural de Cochamó	“Profesionales”	
	Médico	EM
	Matrona	HE
	Enfermera	MD
	“Técnicos”	
	Técnico Paramédico residente Posta de Salud Rural de Rio Puelo	LE
	Técnico Paramédico residente Posta de Salud Rural de Segundo Corral	LR

Fuente: elaboración propia.

4.3.1.3.4 Familias usuarias de las Postas de Salud Rural

Los habitantes de Cochamó no son una unidad homogénea ni pueden ser caracterizados de forma fidedigna sin perder necesariamente parte importante de su identidad. En un primer momento podemos ver una gran heterogeneidad social, económica y cultural que responde fundamentalmente a las características de los territorios en los que habitan. Hemos descrito en el capítulo del “contexto de la investigación”, la existencia de dos grandes territorios dentro de la comuna: el

⁵ En función de resguardar la confidencialidad de los entrevistados, estos códigos no se corresponden con las siglas de sus nombres reales.

costero y el cordillerano. Esta misma gruesa separación nos permitió seleccionar a las familias que entrevistamos, pensando que calidad del dato cualitativo se obtiene mediante el control metódico de la información que se obtiene en el trabajo de campo, una forma de alcanzar dicho control es mediante la selección de informantes. Esta selección debería captar los contrastes y las diferencias entre el discurso y la práctica (lo que se dice y lo que se hace), privilegiando un trabajo en intensidad y profundidad temática que ofrece la oportunidad de caracterizar con mayor precisión las representaciones y prácticas sociales. De ahí la necesidad de trabajar un número reducido de informantes (Osorio, 2001). Para la selección de los informantes se utilizó ciertas características relevantes de explorar, no importando la representatividad estadística, sino la significación estructural y relacional que nos entregan estas familias seleccionadas en base a nuestras categorías teóricas. Seleccionamos 3 variables de inclusión: 1) familias con más de 6 años viviendo en la comuna; 2) que entre sus miembros se encuentren usuarios “crónicos” y/o “agudos” del sistema de salud público, y; 3) que posean diferente accesibilidad a las Postas y al centro de derivación regional. Este último punto se logró mediante la entrevista de dos familias usuarias de las Postas “Costeras” (Rio Puelo) con una de ellas viviendo en sus cercanías, y otra en el lugar más alejado de la influencia de esta Posta, y; dos familias usuarias de las Postas “Cordilleranas” (Segundo Corral), una habitante de las cercanías a ella, y otra en el lugar más alejado de la influencia de este establecimiento. En la Tabla N°7 se observa un resumen de esta selección.

Tabla N°7: Familias usuarias entrevistadas.

Posta de Salud Rural de referencia	Ubicación de la vivienda respecto a la Posta	Número de integrantes	Código Familia ⁶
Rio Puelo	Cercana, a menos de 200 mts. de calles pavimentadas.	3	EV
Rio Puelo	Lejana, a 16 más de 16 km. de camino ripiado con transporte público dos veces al día.	3	FO
Segundo Corral	Cercana, a menos de un 1 km. de senderos para transito animal y peatonal	4	MR
Segundo Corral	Lejana, aproximadamente a 20 km. de senderos para transito animal y peatonal atravesada por el río ventisquero por lo que debe contratarse una lancha.	3	RR

Fuente: elaboración propia en base a datos recopilados en terreno.

A continuación mencionaremos las principales características de sus condiciones de vida en base a la combinación entre la observación que realizamos en sus hogares y las información que se desprende de las entrevistas.

Familias “Costeras”

Las dos familias que entrevistamos en el sector costero de la comuna presentan notables similitudes en cuanto a sus composiciones, condiciones de vida y usos del sistema de salud público. Se trata de familias compuestas por adultos mayores que son el centro de la actividad del hogar y en torno a ellos y sus actividades económicas se reunirán algunos de sus hijos, nietos, cuñadas y cuñados. Las principales fuentes de ingreso familiar son las pensiones mínimas solidarias estatales y las actividades relacionadas con el turismo, como las cocinerías y el hospedaje. Estas actividades

⁶ Se identifica la familia con la sigla adjudicada al participante más activo durante la entrevista. En función de respetar la confidencialidad de los entrevistados, estas siglas no se corresponden con sus nombres reales.

relacionadas con el turismo tienen una temporalidad de acuerdo al clima de la zona, es decir, se realizan principalmente 2 a 3 meses al año (diciembre a febrero) cuando hay mayores temperaturas dado que el resto del año muy lluvioso y frío. En cuanto a las condiciones sanitarias de sus hogares, observamos realidades diversas, mientras en las zonas más urbanizadas como el centro de Río Puelo existe alcantarillado, en las zonas más alejadas sólo existen fosas sépticas construidas por cada familia; el suministro de agua también tiene las mismas diferencias, mientras en la zona urbanizada se cuenta con un sistema común de agua potable rural, en las zonas más alejadas se debe llevar desde vertientes cordilleranas mediante largas mangueras no realizándose se ningún tratamiento de ellas. El suministro eléctrico en la zona urbanizada es aportada por la red de pública, mientras que en las zonas más alejadas debe generarse mediante motores de bencina, lo que provoca altos costos. Los sistemas de calefacción tanto en la zona urbanizada como en las más alejadas son a base de estufas que consumen leña, lo cual también significa un alto costo. Las viviendas están construidas de madera y presentan buena aislación térmica, en las dos familias que entrevistamos se les había realizado sucesivas ampliaciones en función de poder acoger mayor cantidad de gente de sus propias familias y huéspedes (Foto N° 7). En cuanto al acceso a los establecimientos de salud tenemos que en la zona más cercana se encuentra aproximadamente 3 cuadras de camino ripiado y en la más alejada a aproximadamente 16 kilómetros por un camino de ripio en el cual 2 veces al día pasa un transporte público.

Foto N°7: Viviendas localidad costera Rio Puelo, capital comunal.



Fuente: (Medina,2012)“urbe rural”

Familias “Cordilleranas”

Las dos familias cordilleranas que entrevistamos presentan diferencias sustanciales con las familias costeras. En la cordillera la existencia de adultos mayores es importante pero no son el centro de la actividad familiar; estas actividades se concentran mayormente en sus hijos y nietos , pero en un número cada vez menor dada la migración a las ciudades que produce un despoblamiento progresivo: de grandes familias con 8 a 10 hijos generalmente sólo 1 o 2 se quedan en la zona, los grandes campos con terrenos hasta 10 hectáreas son subutilizados actualmente pero se mantiene el trabajo con la ganadería ovina, cultivos de papas y hortalizas, en un nivel muy marginal respecto a los años anteriores. La mayoría de su producción estará dedicada al autoabastecimiento vendiéndose muy poco del excedente a los mismos vecinos, funcionando también el intercambio o “trueque”. En esta zona las condiciones sanitarias dependerán de la capacidad individual de cada familia: fosas sépticas, agua tomada de vertientes, calefacción mediante estufas de leña cortada

desde arboles de los alrededores y electricidad sólo un par de horas al día por generadores bencineros serán las características que observamos. Las viviendas de autoconstrucción están poderosamente aisladas debido a la gran habilidad en el trabajo de la madera de los habitantes y la presencia de árboles autóctonos de maderas nobles (Foto N° 8). La mínima distancia al establecimiento de salud son de aproximadamente 5 kilómetros hasta 30 kilómetros, debiendo llegar mediante estrechos senderos donde no pueden transitar vehículos motorizados y sólo están habilitados para caminata o transito animal. En la zona más alejada de las localidades cordilleranas que entrevistamos, se encuentra una familia que para acceder a la Posta de Salud Rural más cercana debía cruzar el Rio Puelo en lancha y luego hacer una caminata de por lo menos 3 horas.

Foto N°8: Vivienda sector Cordillerano, Puerto Urrutia.



Fuente: (Medina, 2012) *“casa de montaña”*

4.3.2 Ejes Temáticos

Concordante con el interés de aprehender un objeto complejo que presenta distintos niveles, fuentes y actores, decidimos crear un marco analítico común capaz de interconectar estos “fragmentos” de la implementación de la política de salud rural, pero respetando sus singularidades y riqueza explicativa. Es así como trazamos 4 grandes Ejes Temáticos basados en la articulación entre nuestro marco teórico, los objetivos planteados y las fuentes disponibles. Cada uno de ellos contiene, a su vez, múltiples categorías de análisis que variarán según el tipo de fuente analizada. En el Anexo N°3 se observan para cada uno de estos Ejes, sus principales categorías y algunos de sus principales cuestionamientos sobre cada fuente. Finalmente, los Ejes Temáticos utilizados son: 1) rol del Estado, su relación con el mercado y políticas públicas; 2) la política social y de salud; 3) recursos del sistema de salud público; y 4) la ruralidad. En cada uno de los análisis que realizamos estarán presentes.

4.3.3 Análisis y procesamiento de los datos

El tipo de análisis que utilizamos es una creación específica basada en las elaboraciones conceptuales que hemos realizado hasta el momento. Hemos intentado definirla con algunas de las técnicas tradicionalmente utilizadas en las investigaciones cualitativas, pero más que asumir alguna de ellas, parece combinar por lo menos tres: el análisis crítico del discurso, el análisis del contenido temático y la aproximación etnográfica. Como se podrá apreciar, esta elección de recorrido metodológico no tiene nada de ortodoxo, sin embargo, responde al interés pragmático de abordar desde distintos ángulos un problema complejo. La triangulación de los datos entonces se vuelve fundamental ya que: hay algo que el Estado “dice que hace”, que será contrastado con “lo que vemos que hace”, y con lo que los actores “piensan y ven que hace y sus respuestas”. Tres miradas distintas, interrelacionadas y que atraviesan distintos niveles, pero unidas a través de la fijación α

priori de los Ejes Temáticos ya descritos, con los cuales nos ponemos “los lentes” basados en nuestro marco teórico-conceptual, sobre lo que “buscamos ver”.

En esa línea, los discursos presidenciales y los marcos legales-normativos fueron analizados en base a sus transcripciones oficiales ⁷ y luego nos ayudamos del software de análisis cualitativo Atlas.ti. versión 6.2.13., donde basados en nuestros Ejes Temáticos y sus categorías, codificamos sus principales contenidos utilizando como unidad básica de análisis “el párrafo”. Los resultados de este procesamiento fueron “códigos-ideas” cuyas frecuencias y coincidencias dentro de los discursos permitieron nuestra interpretación.

Para el caso de la observación en el campo y los documentos que informan sobre las prácticas institucionales, nos basamos principalmente en la redacción de notas de campo descriptivas, metodológicas y reflexivas, además de fotografías y diversos datos obtenidos en el mismo terreno. Luego analizamos estos datos siguiendo nuestros Ejes Temáticos, enfatizando en la descripción acuciosa de los recursos presentes en las Postas, sus formas de funcionamiento y las particularidades del contexto geográfico, social y cultural.

Para el caso de las Entrevistas Semiestructuradas, estas fueron grabadas en audio digital y luego se transcribieron con la ayuda del programa f4 versión 3.4.0. Posteriormente se utilizó el mismo procedimiento de análisis mediante software que el ocupado para los discursos políticos y el marco legal-normativo.

⁷ Desde la página web oficial de la Biblioteca del Congreso Nacional: <http://www.bcn.cl>

“El día del fin del mundo
será limpio y ordenado
como el cuaderno del mejor alumno.
El borracho del pueblo
dormirá en una zanja,
el tren expreso pasará
sin detenerse en la estación,
y la banda del Regimiento
ensayará infinitamente
la marcha que toca hace veinte años en la plaza.”

Jorge Teillier

5 Capítulo 5. Contexto de la investigación

En este capítulo describimos el contexto político, económico, social y geográfico en el cual se inserta nuestra investigación. Entendiendo que las transformaciones en las políticas sociales y de salud responden a una determinada correlación de fuerzas e intereses en conflicto dentro y fuera del Estado, se hace imprescindible describir estos procesos y fuerzas para el “tiempo-espacio” que escogimos como objeto de nuestra indagación.

Este capítulo mantiene una lógica narrativa que va desde lo “nacional a lo local” y desde lo “pasado a lo presente” intentando abarcar los principales hitos institucionales y sociales en el país y en la comuna que presentan relevancia directa para la aproximación a nuestro problema de estudio. Además acá se expone la nomenclatura política, institucional y socio-cultural que es indispensables para la comprensión de los siguientes capítulos. En función de simplificar esta narración hemos creado 3 apartados interrelacionados: 1) la política, la economía y la sociedad chilena en los

últimos dos periodos de gobierno nacional y municipal; 2) el sistema de salud público y su presencia en la X Región de los Lagos, y; 3) la comuna de Cochamó.

5.1 La política, la economía y la sociedad chilena en los últimos dos periodos de gobierno nacional y municipal

Como lo mencionamos dentro de los antecedentes de la investigación, los dos últimos periodos de gobiernos nacionales presentan particularidades que los hacen especialmente atractivos para los análisis políticos, sociales y económicos, ya que representarían un tiempo de rupturas y cambios dentro del extenso proceso de “transición a la democracia”. Esta transición, que algunos autores han caracterizado como “inacabada” o incluso “permanente”, se caracteriza por una institucionalidad sólo parcialmente democrática regida por la Constitución del año 1980, cuyos objetivos nada tenían que ver con la tradición política de la democracia chilena. Si bien durante los primeros gobiernos postdictadura se hicieron algunas modificaciones a esta democracia restringida, como la ocurrida durante el periodo del militante del Partido Socialista (PS) Ricardo Lagos (2000-2006), estas no han afectado los núcleos duros ni las posibilidades reales de cambiarla por una constitucionalidad acorde a las aspiraciones democráticas de la mayoría (DelaMaza, 2005; Huneeus, 2003).

El periodo que abarca nuestra investigación comienza el año 2006, cuando se inicia el cuarto gobierno de la alianza político-electoral Concertación en cabecada por la primera mujer presidente en la historia de Chile: Michelle Bachelet. Como ya lo mencionamos en los antecedentes, la Concertación corresponde a la integración de los principales partidos políticos que se opusieron a la continuidad de Pinochet por la vía del “consenso” y está compuesta por: el Partido Radical Social Demócrata (PRDSD), el Partido Socialista (PS), el Partido Por la Democracia (PPD) y la Democracia Cristiana (DC). Entonces, esta confluencia de partidos se presenta, al menos teóricamente, como la

alternativa hegemónica de “centro-izquierda” dentro de los rígidos límites del sistema de representación política chilena (Huneeus, 2003; Huneeus, Berríos y Gamboa 2007).

Mientras, los seguidores de la doctrina de Pinochet se reunieron en torno al pacto político la Alianza, compuesto por dos partidos políticos de “derecha”: la Unión Democrática Independiente (UDI) y la Renovación Nacional (RN) (Huneeus, 2003).

5.1.1 Periodo de gobierno de Michelle Bachelet (2006-2009)

Las elecciones presidenciales del año 2005 representaban un importante reto para la Concertación. Si salían victoriosos llegarían a estar 20 años en el poder, y dada la alta aprobación del gobierno saliente de Ricardo Lagos (71% al final de su periodo), asociada principalmente al éxito económico y a la caída de los indicadores de pobreza, el contexto indicaba que las perspectivas para la elección de otro candidato de la Concertación eran auspiciosas. Al frente, los partidos la Alianza se mostraban divididos por profundas diferencias entre los principales dirigentes de la UDI y los de RN. A mitad de la campaña electoral RN decide romper el pacto para llevar un solo candidato por la Alianza hasta los comicios presidenciales (que debía ser el UDI Joaquín Lavín), presentando a Sebastián Piñera. Este último, finalmente superará en votos a su par de la UDI en la primera vuelta de las elecciones, pasando a segunda vuelta para definir la presidencia con Michelle Bachelet. Bachelet, proveniente del PS, tenía variados atributos que la hacían una candidata ideal: una muy buena imagen pública producto de su rol como Ministra de Salud y luego de Defensa durante el gobierno de Lagos (en este último presentó alta exposición mediática por ser la primera mujer en el cargo y por aparecer “con casco encima de los tanques” durante labores de ayuda civil por parte de las Fuerzas Armadas); y además representaba simbólicamente una imagen de “reconciliación histórica del país” debido a su historia familiar marcada por el asesinato de su padre

en manos de la dictadura militar, por ser un alto mando de la Fuerza Aérea leal al presidente Salvador Allende, al igual que ella y su madre quienes habían sido torturadas y exiliadas. No fue difícil que finalmente ganara la segunda vuelta por un amplio margen (53,5% versus 46,5% de Piñera) haciéndose cargo de la continuidad del gobierno de Lagos y de la imagen de la primera mujer presidente de América del Sur (Huneeus, Berríos, Gamboa, 2007). Otra lectura más crítica y posterior, desde ex miembros de la Concertación como Carlos Ominami (2011), destaca que ya se evidenciaba en la designación de Bachelet como candidata presidencial con una corta carrera en la política, un desgaste en las fuerzas de la Concertación que ya no resistirían una nueva elección presidencial con las mismas “figuras políticas tradicionales”.

En la parte económica, para inicios del 2006 los indicadores macroeconómicos de Chile eran positivos: el producto interno bruto (PIB) *per cápita* se encontraba en US\$5903, el desempleo cayó al 8,1% y las exportaciones crecieron en más del doble. Sin embargo, la gran deuda de los gobiernos de la Concertación continuaba siendo la misma: la distribución del ingreso permanecía entre las más desiguales de América Latina, y esto se debía al incremento en las ganancias de menos del 1% de la población. Por otra parte, el alto precio del cobre alcanzado en los años 2006 y 2007 llenaron las arcas fiscales, y una parte de estos recursos fueron destinados a la creación y reforzamiento de las políticas sociales dentro de la “red de protección social” de Bachelet. Ya para el final de su gobierno (2009), la crisis financiera internacional estaba en su punto máximo y los miedos de una recesión económica se enfrentaron con el llamado “Plan de Estímulo Fiscal” que implicaba una serie de medidas destinadas a reactivar la economía y frenar la contracción financiadas por el Estado con los ahorros del cobre de los años precedentes (Huneeus, Berríos, Gamboa, 2007; Castiglioni, 2010).

En cuanto a la sociedad civil, el panorama de la época mostraba que tras una aparente estabilidad política y un “alto grado de gobernabilidad” en el país, afloraba un fuerte debilitamiento de los vínculos sociales y un frágil panorama organizativo y de acción colectiva. Estos fenómenos obedecían al proceso violento de reducción de estas formas organizativas realizado durante los 17 años de dictadura militar y las formas pactadas de su salida (Delamaza, 2005). Bajo otro punto de vista, subyacente a la estabilidad política existiría una “crisis de legitimidad” del sistema político, que se comenzará a expresar de forma incipiente durante el año 2006, cuando la llamada “revolución pingüina” de estudiantes secundarios sale a las calles a reclamar por sus derechos, obligando al gobierno de Bachelet a incorporar el tema educativo en su agenda (Fleet, 2011).

La distancia que los ciudadanos progresivamente empiezan a mostrar durante los gobiernos de la Concertación hacia la política no se entendería, según Huneeus (2003), sin considerar el gran peso del discurso neoliberal dentro de la retórica oficial, manifestado en la obsesión por informar y debatir sobre asuntos económicos y reducir el debate público a temas de financiamiento. Todo el discurso en Chile se subordina a la economía, desde la política hasta los intereses de los asalariados y la ética. La primacía de los criterios presupuestarios en la evaluación de las políticas públicas lleva a que las cuentas fiscales cuadren a la perfección, pero falte “el sentido común y el interés de los ciudadanos”, sometidos a los nuevos guardianes de la democracia: los tecnócratas “especialistas en políticas públicas”. El malestar y desencanto hacia la política y la democracia se originaría en el contraste entre las ideas económicas de inspiración neoliberal y una sociedad que no las comparte, y en cambio, mira críticamente a los empresarios y al mercado, y prefieren un rol activo del Estado en su acción social. Ciertas afirmaciones economicistas serían dañinas a las instituciones políticas, como aquella que sostiene que “los chilenos son consumidores, más que ciudadanos, afirmación impertinente que subordina la política a la economía y festeja las desigualdades, pues

ellas son connaturales al mercado, pero ajenas al sistema político, en el que el voto es igual para todos: ricos y pobres” (Huneeus, 2003, p.16). Toda esta retórica basada en una ideología neoliberal de “más mercado y menos Estado”, se sostiene desde el poder ejecutivo y legislativo estatal, que paradójicamente, tendría durante este periodo una mayoría de representantes políticos supuestamente de “centro-izquierda”, lo cual nos habla de una línea de pensamiento que hegemoniza a la totalidad de la elite política del país.

5.1.2 Periodo de gobierno de Sebastián Piñera (2010-2013)

Para las elecciones presidenciales del año 2009, el contexto político se mostraba radicalmente distinto respecto a la elección pasada. Si bien el gobierno de Michelle Bachelet terminaba su periodo con una aprobación pública incluso más alta que la lograda por Lagos (81% según encuesta Adimark), la Concertación tenía grandes problemas para definir su candidato presidencial y sólo mostraba “caras repetidas”, lo que evidenciaba su desgaste después de 20 años en el gobierno. Para el mes de abril, y mediante una elección primaria interna muy cuestionada (sólo se votó en dos regiones del país) el ex presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle se proclamó como candidato del pacto. Al frente, la Alianza había elegido tempranamente a Sebastián Piñera como su candidato único, y desarrolló una fuerte campaña mediática basada en la “necesidad de un cambio”, en sus dotes personales (empresario exitoso, proveniente de “clase media”) y un discurso moderado “despolitizado” e incluyente en cuestiones valóricas. Al mismo tiempo, un inesperado tercer candidato, Marco Enríquez-Ominami, (del PS hasta ese momento) se elevaba en las encuestas mediante un discurso progresista y altamente frontal, presentándose finalmente como candidato independiente en las elecciones. Este último se llevaría gran parte de los votos históricamente destinados a la Concertación en la primera vuelta electoral de diciembre, pero no lograría superar a Frei, quien finalmente decidiría con Piñera la presidencia en segunda vuelta. Los resultados de la

segunda vuelta daban un triunfo inapelable a Piñera (53,6% versus 48,6%) quien se convertía en el primer presidente de derecha desde la dictadura militar (Castiglioni, 2010).

En la parte económica, desde el 2009 los efectos de la crisis financiera internacional se comenzaron a sentir en el país. El PIB cayó 1,5% respecto al año anterior, con declives más fuertes en los sectores dedicados a la pesca, industria y construcción. La demanda interna y las exportaciones de bienes y servicios también experimentaron contracciones, al tiempo que el desempeño en materia de inversión empeoró. Los ahorros fiscales derivados del buen precio del cobre durante los años anteriores fueron utilizados en diversas estrategias para evitar una mayor contracción. A esto se sumó el terremoto del 27 de febrero del 2010, donde la labor de reconstrucción de la gran cantidad de inmuebles públicos y privados dañados fue asumida en parte el Estado, incentivando fuertemente el sector constructor y los puestos de trabajo derivados de él (Castiglioni, 2010). Los balances en materia de crecimiento económico durante los años del gobierno de Piñera resultaron favorables, según el informe de coyuntura económica del cuarto trimestre del año 2012 del Banco Central, el crecimiento del PIB fue de un 5,6% el año 2012, con una inflación de un 1,5% y un desempleo históricamente bajo, de 6,5% promedio a nivel nacional⁸. Aun así se mantiene la distribución profundamente desigual del ingreso en el país, estimándose en una investigación reciente realizada por académicos de la Universidad de Chile, que el ingreso per cápita del 1% más rico de la población sería 40 veces mayor que el ingreso per cápita del 81% de la población, y que la participación en el ingreso total del país del 0,01% más rico de la población sería del 10%; cifras que estarían dentro de las más altas del mundo (López; Figueroa; Gutiérrez, 2013).

En cuanto a la sociedad civil, tanto las demandas estudiantiles como el conflicto Mapuche habían quedado sin adecuadas resoluciones al término del gobierno de Bachelet. Ahora con la derecha en

⁸ <http://www.chileavanzacontodos.cl/chile-hoy/crecimiento-economico-llego-a-56-en-2012/index.html>

el gobierno, cuestiones relativas al lucro dentro del sistema educativo se volvían un tema emergente: varios de los ministros de Piñera habían sido fundadores o tenían relación directa con grandes universidades privadas que, mediante maniobras al límite de lo legal, obtenían abundantes ganancias. Durante el año 2010 las organizaciones de estudiantes universitarios realizaron masivas movilizaciones, logrando remover la agenda del gobierno —y de paso a 3 ministros de educación— al mismo tiempo que reflejaban una “crisis de legitimidad” de un sistema político cooptado por los partidos políticos de los grandes pactos y altamente excluyente (Fleet, 2012). En la Araucanía, siguiendo la tónica de los gobiernos de la Concertación, y a pesar de la reciente firma del tratado 169 de la OIT por el país, continuaban la criminalización del movimiento Mapuche, la represión policial y la nula resolución de sus reivindicaciones territoriales y políticas⁹. Al mismo tiempo, masivas movilizaciones en torno a temas medioambientales, regionales y productivos (instalación de represas en la región de Aysén, el proyecto de la nueva ley de pesca, entre otros)¹⁰ confluían en las calles enrostrándole al gobierno su incapacidad para enfrentar temas que entraban en clara contradicción con su origen y sustento: el gran sector empresarial y financiero del país.

Por otro lado, el terremoto ocurrido el 27 de febrero del 2010 remeció diversos aspectos de la contingencia política y social chilena. En cuanto a la política demostró su total insuficiencia e ineptitud para superar instancias de crisis y manifestó la debilidad de la imagen que se había construido del país a nivel internacional, como uno que estaba próximo a salir definitivamente de la condición de subdesarrollo. Más de 10 mil casas completamente destruidas, tres mil escuelas con fuertes daños, 37 hospitales que quedaron prácticamente inutilizables, carreteras recientemente construidas con serias dificultades, centenares de reparticiones públicas y locales policiales fuera de uso, que en su conjunto representan daños evaluados en US\$30 mil millones. A pocas horas del

⁹ <http://www.mapuepress.net/?act=news&id=6617>

¹⁰ http://www.cooperativa.cl/noticias/site/tax/port/fid_noticia/taxport_3_194__7.html

sismo el Ministro de Relaciones Exteriores salía por la televisión rechazando la ayuda internacional, aludiendo que un país desarrollado como Chile se las podía arreglar solo, que mejor se concentrara la ayuda a países pobres como Haití. Mientras tanto, en las regiones afectadas se sufrían graves insuficiencias de alimentación, agua y la mayoría de los servicios básicos. Se conocieron las enormes debilidades que caracterizaban a la Oficina Nacional de Emergencia (ONEMI), institución encargada de coordinar las políticas públicas en caso de tragedias. Investigaciones posteriores han evidenciado el hecho de que existía plena conciencia de estas limitaciones por parte de sus responsables, y que habían publicadas evidencias desde los sismólogos locales insistiendo en la gran acumulación de energía sísmica dentro de las regiones afectadas. En el plano social además de los grandes daños materiales y la muerte de 550 personas, durante las primeras horas luego del terremoto se mostraron realidades opuestas: unas de carácter solidario, que llevaron incluso a algunas personas a entregar sus vidas para salvar la de otros, y conductas reprochables ampliamente difundidas por los medios de comunicación, que mostraban a saqueadores, que se aprovechaban de la emergencia o que cobraban precios exorbitantes por productos de primera necesidad, como el agua (Ominami, 2010).

5.2 El sistema de salud público y su presencia en la X Región de los Lagos

Como lo revisamos en los antecedentes de la investigación, el sistema de salud chileno ha sufrido por lo menos dos grandes reformas en los últimos 40 años. La primera, ocurrida en dictadura, denominada “reforma neoliberal”, condiciona a la segunda (“reforma GES”) efectuada durante los gobiernos de la Concertación, ya que se construye sobre sus estructuras fundadas en la lógica de mercantilizar el derecho a la salud. La salud, según el ideario neoliberal, es un bien de consumo que debe ser obtenido por cada familia según sus posibilidades económicas y capacidad de elección. El sistema de salud reformado incorpora al mercado privado promoviendo la “competencia” entre diversas empresas y el sector público bajo el argumento que es la mejor forma de mejorar su “eficiencia” según los términos economicistas que rodean todo el discurso estatal (Tetelboin, 2003; 2012). Sin embargo, esta competencia es desigual, ya que el sistema público asume la mayor carga de la enfermedad del país recibiendo una pequeña parte de sus recursos, en cambio, el sistema privado prospera con la población de bajos riesgos de enfermedad y cotizando sus altos ingresos (Larrañaga, 2000; Solimano y Vergara, 2007). La solidaridad y redistribución de las riquezas de la sociedad no están presentes en esta concepción, y su resultado será un desfinanciamiento crónico del sistema de salud público que es observable a través de la escasez de los diversos recursos necesarios para una atención digna (Goyenechea, 2011). Ilustrando este último punto, para el caso de los médicos disponibles en el país, vemos cómo sólo un 43% a 48% del total de ellos se desempeñan en el sistema público, quedando con una proporción de 902 beneficiarios por cada médico, mientras que para el sistema privado (ISAPRES y otros seguros) esta relación es de sólo 279 beneficiarios por cada médico. Si se siguen desagregando estos datos por cada región, vemos que el “mercado de la salud” tiende además a concentrarse en la zona central (Región Metropoli-

tana y V Región) en desmedro de las zonas norte y sur del país, de este modo, mientras la Región Metropolitana ostenta la mejor proporción, de 1.215 beneficiarios del sistema público por cada especialista médico, en el otro extremo la Región de O'Higgins (VI) se presenta con la peor proporción de 2.365 beneficiarios por cada especialista (MINSAL, 2011; Senado, 2012). La reforma GES, tampoco ha podido cambiar esta realidad en tanto sus lógicas “paquetizadoras de prestaciones” y con una visión restringida del derecho a la salud, sólo garantizan una homogenización superficial en algunas prestaciones para usuarios públicos y privados, dejando intacta la mercantilización del sector y las posibilidades de traspaso de los recursos públicos a manos privadas (Tetelboin, Zúñiga, Medina y Zúñiga, 2013; Infante y Paraje, 2010).

A pesar de estas condiciones, el sistema asistencial de salud público sustentado en los Servicios Nacionales de Salud (SNSS) y su institución de aseguramiento, FONASA, son las instituciones de la respuesta organizada en salud más importantes del país, ya que deben atender al 70% de su población. En cuanto a su “red asistencial” de hospitales y establecimientos de salud, son herencia directa del antiguo Servicio Nacional de Salud (SNS) y se encuentran distribuida ampliamente en el país. Actualmente consiste en 29 Servicios de Salud provinciales que articulan y gestionan la red de establecimientos asistenciales; y las municipalidades locales que administran los establecimientos Atención Primaria de Salud (APS). El SNSS cuenta en total con 2.288 establecimientos de salud, de los cuales 2.046 son de APS. De estos, 1.166 son establecimientos para la atención ambulatoria de la población rural: las llamadas Postas de Salud Rural (Becerril-Montekio, Reyes, y Manuel, 2011; INE, 2011).

El año 2005, se promulga el decreto que establece el “reglamento orgánico de los Servicios de Salud”, actualizando sus funciones y atribuciones en concordancia con la nueva reforma del sector

impulsada por el gobierno de Ricardo Lagos. En relación a las funciones atribuidas a los Servicios de Salud, establece:

“...[los Servicios de Salud] coordinadamente tendrán a su cargo la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de las personas enfermas (...) serán organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Dependerán del Ministerio de Salud, para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento, y a cuyas políticas, normas y planes generales deberán sujetarse en el ejercicio de sus actividades (...) serán los continuadores legales del Servicio Nacional de Salud y del Servicio Médico Nacional de Empleados, dentro de sus respectivos territorios, con los mismos derechos y obligaciones que a éstos corresponden, para los efectos de cumplir las funciones que les competen...”(Ley Nº 19.937, Art. 1º Nº 13).

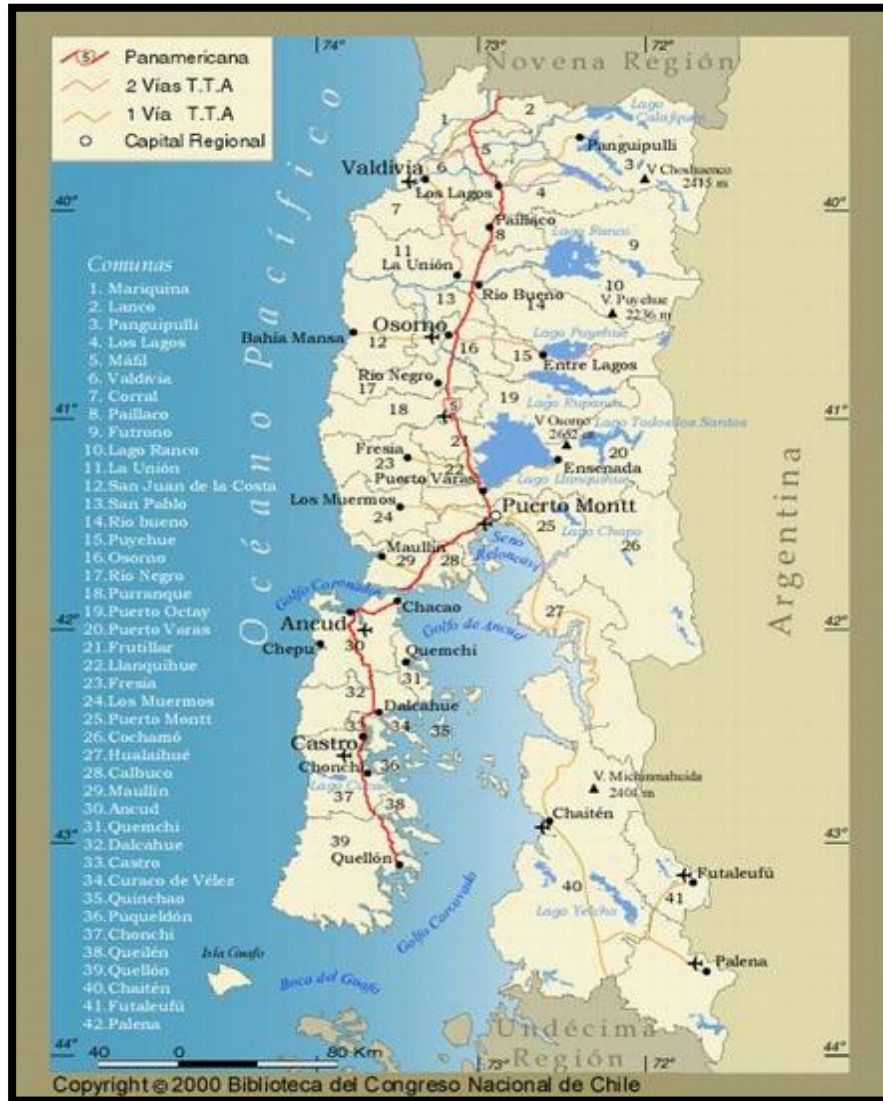
Es decir, los Servicios de Salud representarían una “continuidad discontinua” con el SNS, ya que tienen a su cargo parte de los establecimientos que de él dependían, pero ahora se limitan a articularlos y gestionarlos de acuerdo a un presupuesto “autónomo”, sin embargo, restringido en su gestión de acuerdo al cumplimiento de determinados objetivos, metas e indicadores emanados del Ministerio de Salud a nivel centralizado.

5.2.1 El Servicio de Salud del Reloncaví

La X Región de los Lagos se localiza entre los 39º30' y 43º40' de latitud sur, aproximadamente a una distancia de 1.026 kilómetros al sur de la capital del país, Santiago. Esta Región abarca territorio continental e insular aportado por la Isla Grande de Chiloé y sus archipiélagos de islas interiores. Su organización administrativa comprende 5 provincias y 42 comunas, siendo la ciudad de

Puerto Montt su capital regional. Su población total según estimaciones alcanza a un los 798.141 habitantes, equivalentes al 4,8% del total nacional (INE, 2011) (Mapa N°1).

Mapa N°1: X Región de los Lagos y sus comunas.



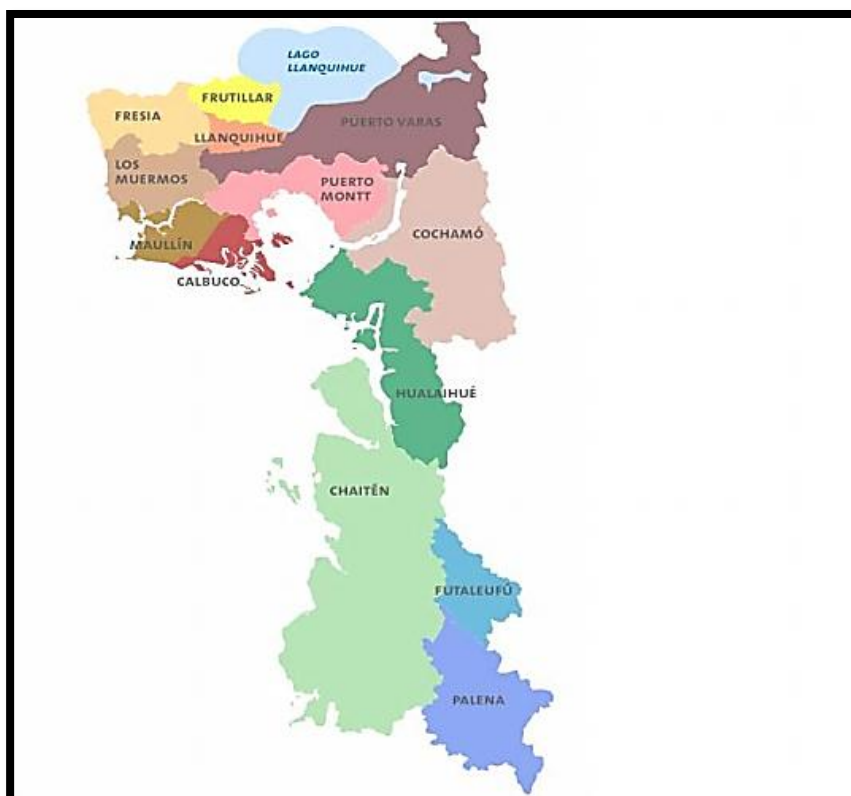
Fuente: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2008).

Es una región en la que se unen la parte continental e insular de Chile, tiene 169 islas e islotes, 29 lagos y lagunas, y un borde costero navegable de 6.500 km, incluyendo ríos y borde marítimo flu-

vial y lacustre. Posee una superficie aproximada de 67.013,1 km², la quinta de mayor tamaño del país, representando cerca del 10% del territorio nacional (ibíd.).

El Servicio de Salud del Reloncaví —en adelante “el Servicio”— es el encargado de la red asistencial presente en la mayor parte de la Región y surge de la división del antiguo Servicio de Salud “Llanchipal” durante el año 2007, creándose dos entidades: el Servicio de Salud Chiloé, y el Servicio de Salud del Reloncaví. Este último asumirá la supervisión de los establecimientos de salud de los provincias de Llanquihue y Palena, que incluye 13 comunas, 9 “Hospitales Comunitarios” de nivel primario y secundario, 1 hospital de nivel secundario y terciario (el “Hospital Base” de Puerto Montt), 16 consultorios y 87 Postas de Salud Rural, debiendo atender a un total de 296.073 personas (Mapa N°2).

Mapa N°2: Comunas de influencia del Servicio de Salud del Reloncaví.



Fuente: Departamento de Coordinación Territorial Servicio de Salud del Reloncaví (2010).

El total de esta red de establecimientos estatales dependerá “técnicamente” de esta entidad, pero sólo los hospitales serán administrados financieramente por él, siendo los establecimientos de APS administrados por cada municipalidad, a excepción de las comunas de Hualaihé y Futalefú donde el mismo Servicio asume la administración directa de esos establecimientos (Servicio de Salud Reloncaví, 2013).

5.3 La comuna de Cochamó

5.3.1 Ubicación, territorios y accesibilidad

La Comuna de Cochamó, creada por el Decreto Ley 2.868 de 1979, posee una superficie de 4.165 km² y está situada al sur-este de la Provincia de Llanquihue en la X Región de Los Lagos, entre los 41°19'0 5'' y 42°11'05'' de latitud sur y entre los 71°50' y los 72°41' de longitud oeste. La localidad de Río Puelo se desempeña como Capital Comunal ubicada a 149 km. de Puerto Montt, la capital regional (Mapa N°3).

Mapa N°3: Comuna de Cochamó y sus relaciones territoriales



Fuente: Servicio Nacional de Turismo [SERNATUR](2000). *Mapa turístico Región de los Lagos*. (Dentro del círculo rojo se muestra la comuna de Cochamó)

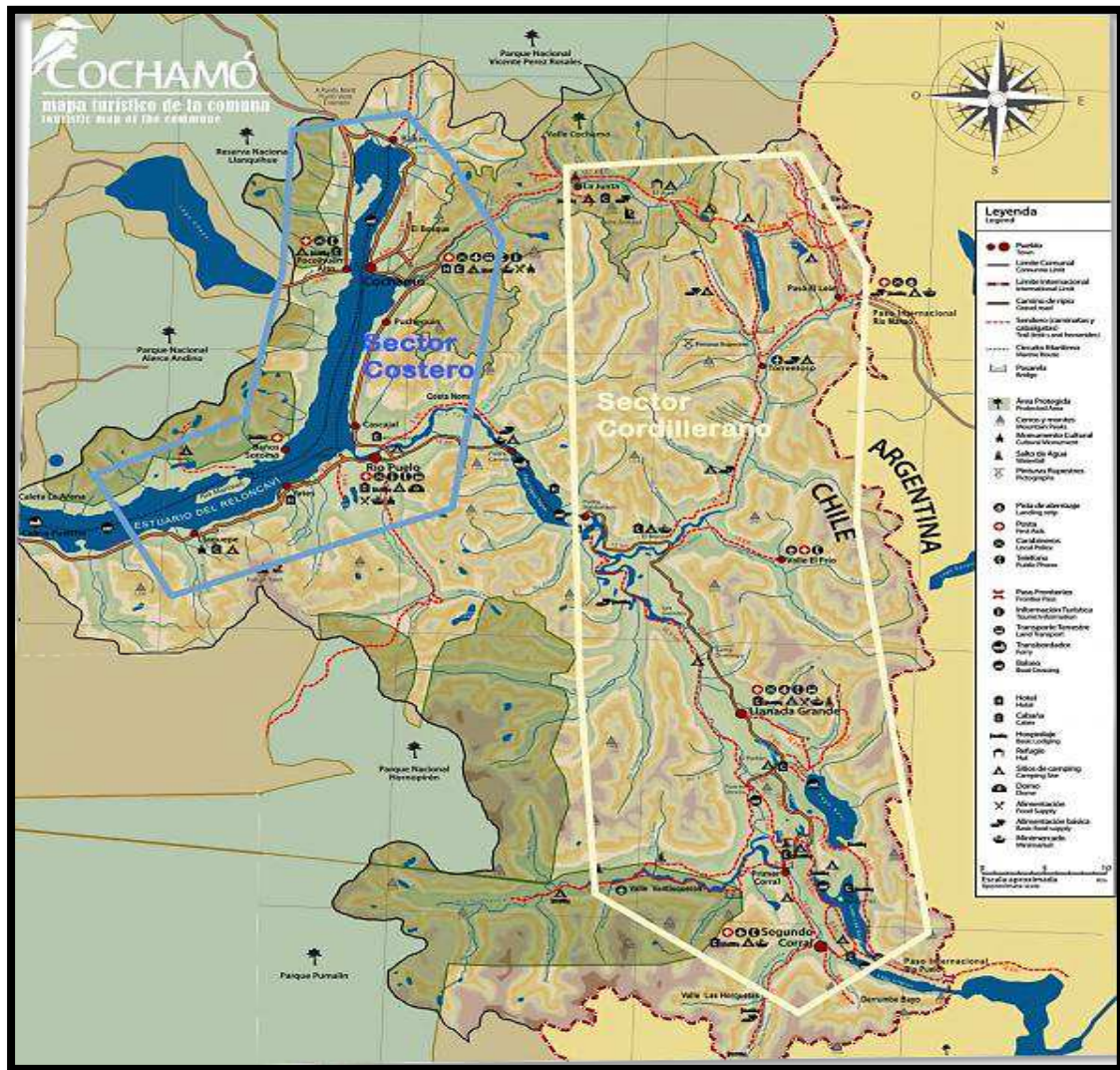
Los límites de la comuna por el Norte, es su similar de Puerto Varas, al Oeste con la Comuna de Puerto Montt, al Sur y Sur-Este con la Provincia de Palena y al Este y Sur-Este con la República de Argentina.

Principales territorios y su accesibilidad

La comuna de Cochamó se divide en dos áreas principales en función de sus relaciones territoriales, actividades económicas, aspectos sociales y orígenes del poblamiento y cultura, estos son: el área colindante con el *Estuario del Reloncaví*, llamado también territorio *Costero* que tiene accesibilidad terrestre, marítima y aérea, y; el área en relación a la *Cordillera de los Andes* llamado territorio *Cordillerano* que posee accesibilidad terrestre con predominancia de caminos vecinales, aérea, y relación directa con la frontera con Argentina y sus localidades (Mapa N°4).

El sector Costero concentra el 64% de la población total de la comuna; mientras que el sector cordillerano, con una población total de 1.575 habitantes, representa el 36% de la población comunal (LOF limitada, 2012).

Mapa N°4: Comuna de Cochamó y sus dos sectores principales.



Fuente: (Municipalidad de Cochamó,2012). *Mapa turístico comunal*. Modificado.

El mapa muestra que alrededor *Estuario del Reloncaví*, se establecieron las localidades más pobladas (Cochamó y Río Puelo) agrupando la mayor cantidad de servicios públicos y privados. Alrededor de los principales ríos que provienen de la *Cordillera de los Andes*, como el *Río Manso*, *Río Frio* y *Río Puelo* se establecieron las localidades cordilleranas con menor población y presencia de servicios (Llanada Grande, Segundo Corral, Valle el Frio y Paso el León) que tienen relación directa con la frontera con Argentina.

Las principales vías de acceso para cada territorio son:

Territorio Costero:

1. Ruta V-69; principal vía de acceso terrestre que atraviesa la comuna de norte a sur-este, uniendo las comunas de Puerto Varas, Cochamó y Hualailhué. El camino principalmente es de ripio y de una sola vía, y bordea el *Estuario del Reloncaví* dando numerosas curvas. Desde Puerto Varas la distancia es de aproximadamente 150 kilómetros pero dado las condiciones del camino, el trayecto puede prolongarse más de 3 horas (Foto N°1).

Foto N°1: Carretera principal a localidad de Rio Puelo.



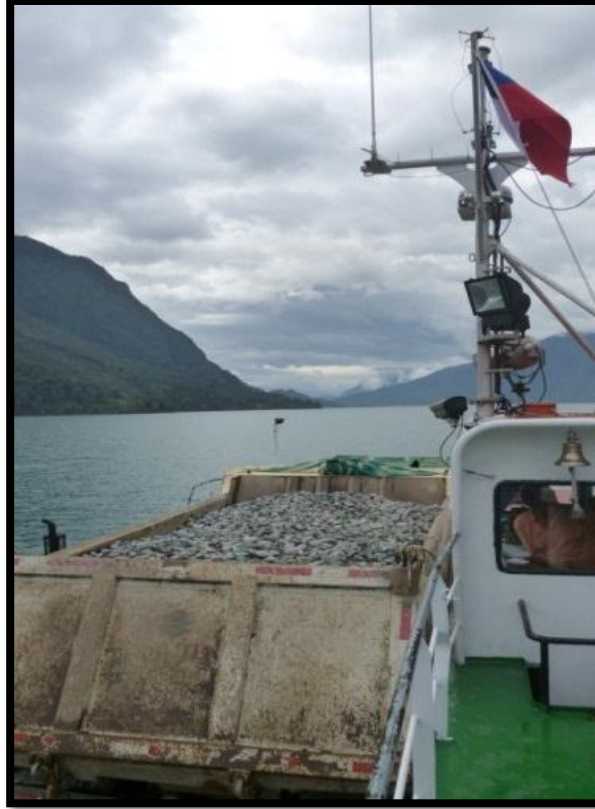
Fuente: (Medina, 2012) *“Carretera perdida”*

La Foto N°1 ilustra uno de los tramos asfaltados de la carretera V-69 a pocos kilómetros de la llegada a la localidad de Rio Puelo, capital comunal.

2. Ruta 7; acceso que combina transporte terrestre desde Puerto Montt a Caleta La Arena y, transporte marítimo entre Caleta La Arena y Caleta Puelche. El camino es en su primera parte asfaltado recientemente, y luego de ripio. A pesar que desde Puerto Montt a Rio Puelo es de aproximadamente 100 kilómetros, es una ruta menos utilizada ya que el tramo mediante transporte marítimo demora 45 minutos, más un tiempo indeterminado de

espera de su llegada a la rampla de embarque. Bajo condiciones de tormenta detiene sus funciones (Foto N°2).

Foto N°2: Transporte marítimo concesionado para vehículos y pasajeros



Fuente: (Medina, 2012): “Ferrie”

La Foto N°2 muestra el “ferrie” que cruza vehículos y pasajeros hasta el otro lado del Estuario del Reloncaví. Este tipo de transportes corresponden a concesiones a empresas privadas subvencionados con fondos estatales. Aun así el precio para cruzar un vehículo de pasajeros es de aproximadamente 10.000 pesos chilenos (20 USD) mientras que para un pasajero “a pie” es de 1.000 pesos (2USD).

3. Por vía marítima; es posible embarcarse en Puerto Montt y acceder hacia comuna por el Estuario del Reloncaví. Sus tiempos de viaje dependerán sobre todo del tipo de embarcación, pero con una “lancha rápida” podría ser de aproximadamente 1 hora. Esta era la principal vía de acceso antes de la construcción de las carreteras recién descritas. Actualmente está casi en completo desuso.

4. Por vía aérea; se puede acceder a la comuna a través de las localidades que cuentan con pista de aterrizaje como Cochamó y Río Puelo. No hay vuelos regulares y se deben contratar viajes especiales a las empresas privadas comerciales instaladas en Puerto Montt.

Área Cordillerana:

1. Paso Fronterizo El León; acceso terrestre mediante senderos para tránsito animal y a pie, que une la República de Argentina y la localidad de Paso el León en la comuna de Cochamó.
2. Paso Fronterizo El Bolsón; acceso terrestre mediante senderos para tránsito animal y a pie (Foto N°3). Además es posible el acceso mediante transporte marítimo lacustre de propietarios particulares, cruzando los Lagos Puelo e Inferior, luego el río Puelo y “sus rápidos”, que unen la localidad de “Lago Puelo” en Argentina y la localidad de Segundo Corral en Chile.

3.

Foto N° 3: Sendero para tránsito animal y humano en zona cordillerana.

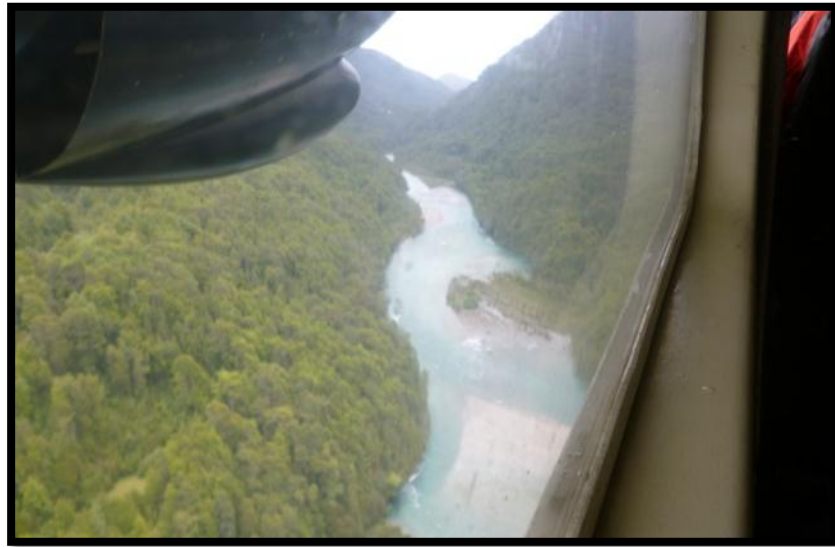


Fuente : (Medina, 2012): "Sendero el Mosquito Lago las Rocas"

La foto muestra un típico sendero cordillerano. Rodeado de bosque autóctono, la huella se pierde, debiendo estar atentos al rastro dejado por animales y vecinos. Numerosos arroyos cruzan estos senderos y cuando hay fuertes lluvias estos crecen inundando el camino.

4. Por vía aérea; se puede acceder a localidades con pista de aterrizaje; Paso El León, El Frío, Llanada Grande y Segundo Corral. Mediante las mismas compañías aéreas que vuelan a Rio Puelo y Cochamó (Foto N°4).

Foto N°4: Vista aérea del Rio Puelo en la zona Cordillerana.



Fuente : (Medina, 2012) “ Rio Puelo desde el aire”

La Foto N°4 fue tomada desde un vuelo comercial hacia las localidades cordilleranas. Las distancias desde el aire parecen cortas: rápidamente atravesamos ríos y lagos que durante horas caminamos días antes. El fuerte viento hacía tambalear y crepitar el antiguo aeroplano, para deleite de su piloto.

5. Por vía terrestre y marítima desde la localidad de Rio Puelo; mediante una intrincada combinación de caminos recién ripiados por el Cuerpo Militar del Trabajo, cruzando el Lago Tagua-Tagua, avanzando hasta la localidad de Llanada Grande y debiendo embarcar por lanchas con motor fuera de borda de particulares en el Lago Azul, Las Rocas e Inferior y luego atravesar el Rio Puelo (Foto N°5), para finalmente llegar a la localidad de Segundo Corral.

Foto N° 5: Transporte lacustre sector cordillerano.



Fuente: (Medina, 2012): “perro navegante”

La foto muestra uno de los propietarios de lanchas con motor fuera de borda (y su fiel perro), que constantemente cruzan pasajeros y cargas desde una orilla a la otra. Estos tramos duran en promedio 40 minutos, y su costo dependerá de la existencia de algún tipo de subvención de parte de la municipalidad y del horario. Si no existe subvención y/o se está en horario inhábil, el viaje costará 40.000 pesos chilenos (80 USD).

5.3.2 Características geográficas, climáticas y recursos naturales

La comuna se caracteriza por ser altamente accidentada, predominando cerros y montañas andinas con alturas hasta 2.350 metros sobre nivel del mar, pertenecientes a la *Cordillera de Los Andes* y la *Cordillera Patagónica Oriental*. Las planicies son escasas, sólo en la unión de las desembocaduras de Río Puelo y el Río Puelo Chico, donde se localiza la capital comunal, es posible observar un espacio más plano, pero la característica comunal es eminentemente montañosa, abierta las rocas por la presencia penetrante de los río caudalosos (Azul Consultores, 2004).

En términos generales, su clima se define como templado–frío con influencia marítima, denotando un predominio de lluvias en gran parte del año, con un promedio anual total de 2.345 milímetros de precipitaciones y un promedio anual de temperaturas que no alcanza a superar los 11°C. Esto produce que habitualmente los cielos se encuentren nublados, a excepción de los escasos meses de verano, entre diciembre y febrero (Ibíd.). Las abundantes lluvias durante la mayor parte del año determinan en gran medida las dificultades en el acceso a las localidades que se encuentran en la zona Cordillerana, ya que los senderos y caminos vecinales son desbordados por los arroyos y ríos colindantes. Así mismo, el viento y la poca visibilidad hace difícil el transporte aéreo a esas zonas. La combinación entre una geografía accidentada, un clima adverso y una infraestructura vial insuficiente explicaría entonces la condición de aislamiento de estas localidades y sus habitantes (Foto N°6).

Foto N°6: Sendero inundado por desborde de arroyo en zona cordillerana.



Fuente: (Medina, 2012). “pies fríos”

En la Foto N°6 se observa el desborde de uno de los arroyos sobre el sendero peatonal que une la localidad de Primer Corral con Segundo Corral en la zona Cordillerana. Los caballos pueden cruzar

con facilidad, pero caminando se necesitarán botas impermeables para no empaparse con las frías aguas.

La hidrografía de Cochamó es la base de la división territorial, económica y sociocultural que ya hemos descrito. Dos son sus principales recursos hídricos: el *Estuario del Reloncaví* y los afluentes de *Cordillera de Los Andes*. Las aguas del *Estuario de Reloncaví*, aunque consideradas como marítimas, debido a los numerosos afluentes de agua dulce y las condiciones específicas de las corrientes marítimas en el Estuario, en sus capas superficiales cuentan con una salinidad relativamente baja. Las mareas son muy acentuadas, presentando entre marea alta y marea baja variaciones máximas hasta 8 m de altura (Ibíd.).

La subcuenca trasandina del Río Puelo se destaca como la principal cuenca hidrográfica fluvial en la Comuna, siendo este río, con un gasto de 670 QM (m³/sec.), uno de los ríos con mayor caudal a nivel nacional. Esta cuenca binacional abarca casi todo el territorio cordillerano de la Comuna. El Río Puelo nace en el Lago Puelo, en territorio argentino y tiene una longitud total de 188 km hasta desembocar en el Estuario de Reloncaví a un costado de la localidad de Río Puelo (Ibíd.).

Vegetación y Fauna

El paisaje de la vegetación se caracteriza por renovales, matorrales y pastizales por la influencia de los habitantes de las zonas más pobladas; mientras en las áreas cordilleranas la vegetación se encuentra poco intervenida, rica en especies leñosas, líquenes y fauna silvestre autóctona. Esta gran diversidad de paisajes de vegetación natural, se debe a la especial ubicación de la Comuna en el límite fitogeográfico entre las Cordilleras Andinas de Chile continental, las Cordilleras norpatagónicas y de Chiloé Continental, encontrándose la típica vegetación de estas tres zonas según las variadas condiciones específicas en las diferentes localidades. La abundante fauna autóctona está estrechamente asociada con la existencia de las extensas áreas de vegetación natural poco intervenidas y se compone por aves y mamíferos típicos de la zona como la Guiña, Puma, Chingue, Cul-

peo y la Chilla. En las zonas más inaccesibles de la alta cordillera se encuentra el Pudú y el Huemul. Entre las aves silvestres de la comuna se destaca el Cóndor que todavía abunda en la alta Cordillera, donde encuentra un hábitat poco intervenido. Por su parte, la hidrografía fluvial es rica en truchas y salmones, siendo estos últimos especies exóticas que fueron introducidas. En el Estuario existen especies autóctonas, como el Congrio, Róbalo y Jurel, y en cuanto a mariscos, por moluscos como cholga, chorrito y choros (ibíd.).

Contaminación y sobreexplotación de los recursos naturales en Cochamó

La sensibilidad de los lagos a perturbaciones naturales (crecimiento de algas, entre otras) y alteraciones por intervenciones humanas (aumento de carga en fósforo y nitrógeno por deforestación, agricultura y ganadería), pero en especial por la utilización de estas aguas para la crianza de salmónidos por grandes industrias, desata un proceso de eutrofización¹¹ altamente dañino para las especies nativas. Actualmente se estima que todos los lagos de la comuna se encuentran en estado de oligotrofia, como lo destaca el estudio “Impacto Ambiental de la Salmonicultura en Chile: la situación de la Xª Región de los Lagos” (Buschmann, 2002), donde se establecen una serie de mediciones en lagos y en zonas costeras del sur de Chile asociados a la producción salmonera. Para su autor, la salmonicultura produce una serie de efectos ambientales a la columna de agua que demuestran severas consecuencias ambientales en lagos y mares de la X Región. En términos generales, se expone con claridad la pérdida de biodiversidad en lagos debido a contaminación asociada a las empresas salmoneras, dado que el 70% a 80% del nitrógeno liberado por los salmones queda disuelto en el agua, y además del fósforo se deposita en los fondos de las cuencas. La preocupación de los vecinos es principalmente por la contaminación que se produce en el Estuario por estas

¹¹ El proceso de eutrofización implica un aumento de la productividad primaria (fotosíntesis total en el ecosistema acuático) como consecuencia de una mayor disponibilidad de alimento para otros organismos como invertebrados y peces, pero también provoca disminuciones radicales en los niveles de oxígeno: los peces y el resto de la biodiversidad propia de la zona terminan “asfixiadas” (Buschmann, 2002).

empresas y por la infraestructura en desuso que históricamente es abandonada en el mismo lugar donde ejerció su industria (Azul Consultores, 2004; Buschmann, 2002).

Toda la zona que incluye la comuna, se denomina genéricamente como “Patagonia” que sería una región compartida por Chile y Argentina ubicada entre el Río Colorado y la porción oriental del Río Bío Bío. Esta zona representa, tanto para los Estados como para las empresas, un depósito de abundantes recursos naturales como gas, oro, petróleo, agua dulce y zonas de pesca. La biodiversidad biológica va disminuyendo a mayor latitud, por lo que las especies en esta zona se transforman en únicas y los ecosistemas se vuelven frágiles (Vásquez, 2004).

La mayor preocupación de la comunidad de vecinos y organizaciones ecologistas actualmente está puesta en el agua dulce. La Patagonia es la segunda mayor fuente de agua dulce del mundo y la de naturaleza más pura. Cochamó presenta una de las cuencas más abundantes de esta zona, el Río Puelo, que es una fuente enorme de recursos energéticos de gran atractivo para las grandes empresas hidroeléctricas, tanto nacionales como internacionales. La empresa Mediterráneo S.A. desde el año 2010 lleva a adelante un proyecto para la instalación de una central hidroeléctrica “de paso” en la cuenca de uno de los ríos más caudalosos de la comuna, el Río Torrentoso. Sin embargo, ha obtenido respuestas de resistencia y denuncia por parte de organizaciones comunales y grupos ecologistas, lo que ha dificultado el comienzo de una obra que parecía aceptada según las evaluaciones de impacto ambiental. No obstante, la preocupación más importante es la existencia de un proyecto por parte de la empresa transnacional española ENDESA que inundaría gran parte del nicho del Río Puelo para la construcción de una represa de generación de eléctrica. El caudal de este río estaría en poder de la empresa desde el año 1990, ya que la Dirección de Aguas de la época le concedió los derechos de sus aguas por un total de 850 m³/seg. a sólo unos pocos kilómetros de su desembocadura. Esto significa, que ENDESA es dueña de la totalidad de las aguas producidas por esta cuenca, incluidas las del lado argentino (Fierro, 2009). El impacto que tendría este

“megaproyecto” en la flora, fauna y en las condiciones de vida de estos habitantes es difícil de predecir, pero dado los catastróficos antecedentes sobre la instalación de este tipo de represas en Chile (Namuncura, 1999), el futuro se ve negativo sino se toman las medidas colectivas para frenar estas instalaciones.

5.3.3 Demografía y caracterización socio-económica

La población de Cochamó contabilizada en el último Censo efectuado el año 2012, es de 3.908 habitantes; sin embargo, dado las abundantes irregularidades presentadas durante esta medición nacional, una comisión externa la invalidó y sugirió el uso de proyecciones estadísticas basadas en el Censo anterior del año 2002. En base a esta proyección, en Cochamó habrían para el año 2012 un total de 4.285 habitantes, siendo la tercera comuna de menor población de la región. Además encontramos una tendencia marcada a la disminución de su población que se puede observar ya desde el año 1970 (Tabla N°2).

Tabla N° 2: Población de Cochamó en cinco censos y crecimiento intercensal por sexos.

Sexo	Población Según Censo					Cre. Intercensal			
	1970	1982	1992	2002	2012 ¹²	70-82	82-92	92-02	02-12
Ambos Sexos	4987	4498	4361	4363	4.285	-0,10	-0,03	0,00	¿?
Hombres	2678	2454	2436	2506	¿?	-0,08	-0,01	0,03	¿?
Mujeres	2309	2044	1925	1857	¿?	-0,11	-0,06	-0,04	¿?

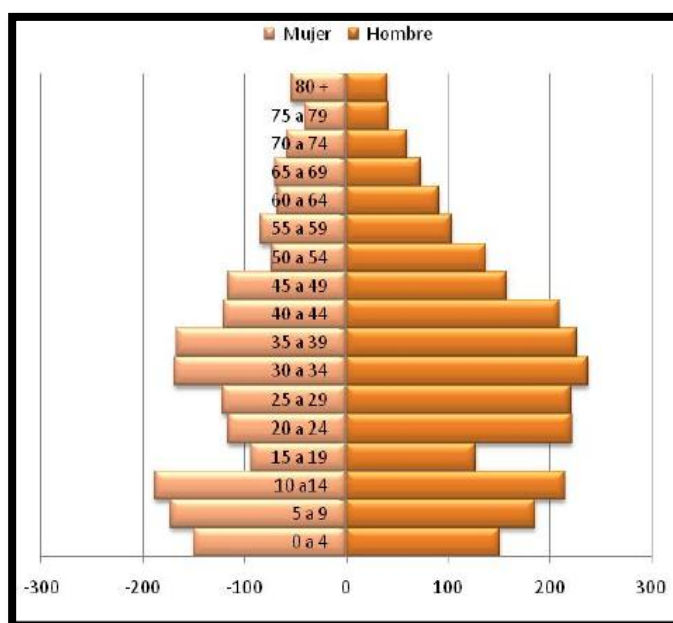
Fuente: Elaboración propia en base a datos de INE (2008).

¹² Habrían graves errores operativos e incluso “maquillaje de cifras” dentro de este último censo, lo que ya provocó la renuncia del director del INE y se cursó una auditoría externa que finalmente invalidó la medición. Por lo cual, acá se usan proyecciones desde el censo del 2002, que no permiten estimar el resto de las estadísticas de la tabla. Más información se encuentra en: <http://ciperchile.cl/2013/04/25/el-director-del-ine-habria-manipulado-las-cifras-del-censo-2012/>

La Tabla N°2 muestra la escasa población de la comuna, que además va en disminución constante desde el año 1970. Es notable la mayor disminución del número de mujeres, probablemente que emigran a buscar mejores condiciones de empleos y de servicios en las ciudades. En el caso de los hombres se observa un crecimiento mínimo entre el censo del 92 y 02 que atribuimos a inmigración para mano de obra de los centros salmoneros, ya que la tasa de natalidad disminuyó en el periodo.

En cuanto a la estructura demográfica, en Cochamó se observa un patrón acelerado de envejecimiento de la población, que se concentra en los tramos de 30 a 44 años, a su vez se muestra una disminución en los tramos de edad de 15 a 29, sobre todo de mujeres, lo que habla de un mismo proceso migratorio durante este periodo de edad; en tanto, la población masculina muestra una mayor concentración en las edades de 20 a 40 años (Gráfico N°3).

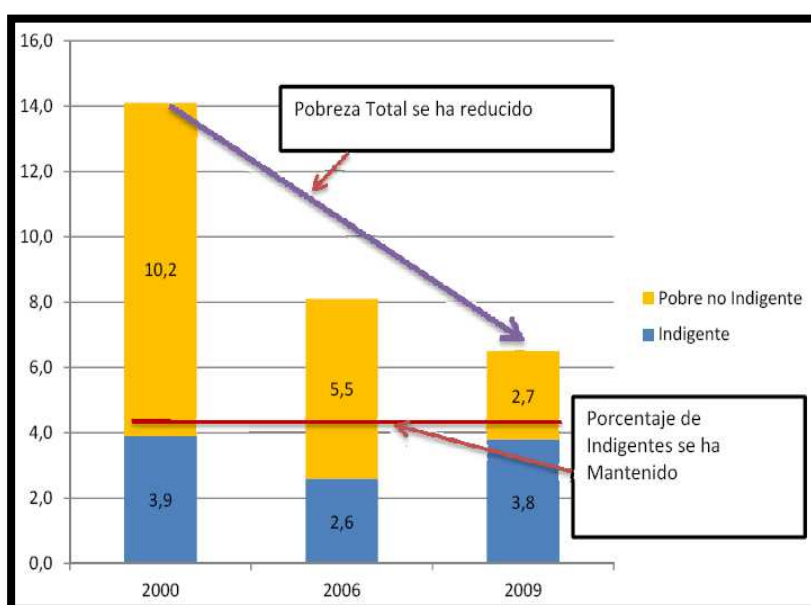
Gráfico N°3: Pirámide poblacional de Cochamó.



Fuente: (LOF Limitada, 2012) Basada en datos de INE (2002).

En cuanto a los indicadores sociales, Cochamó muestra en general menores índices de pobreza que los encontrados en la región y el país, que se explica básicamente por la baja tasa de crecimiento poblacional y los bajos índices migratorios; lo anterior se ve reflejado, por una parte en la disminución de la pobreza total y por otra parte a la mantención de la indigencia (Grafico N°4). Eso sugiere que en la comuna se han creado algunas “zonas de indigencia estable”, lo que implica una exclusión económica permanente de una parte de la población.

Grafico N°4: Evolución de la pobreza en Cochamó periodo 2000-2009.



Fuente: LOF Limitada (2012). Basado en datos de encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) años 2000, 2006 y 2009.

En términos de empleo, la comuna presenta menores niveles de desocupación que los encontrados en la región y el país. Tomando como referencia los años 2000, 2006 y 2009, se puede ver que el comportamiento del empleo ha sido estable durante esta década, perdiendo sólo un 1,6% del empleo en ese periodo (LOF limitada, 2012).

La actividad económica de la comuna está sustentada en tres pilares: La Pesca, la Agricultura y el Comercio, que son los sectores económicos de mayor incidencia en la ocupación de la Población Económicamente Activa (PEA). En el caso de la pesca, ha experimentado cambios significativos en la estructura del sector, que ha pasado desde un sector extractivo artesanal, a un sector en donde predominan el cultivo de Mitílicos (Cholgas) y Peces (Salmón). En cuanto a la producción silvo-agropecuaria, la producción agrícola se caracteriza por ser de subsistencia, y a los tradicionales cultivos de papas y ajos se le ha sumado en los últimos años la producción de hortalizas en invernaderos. La producción apícola también aparece como una actividad que ha comenzado a ser desarrollada en los últimos años. La producción ganadera se caracteriza por la carne bovina y ovina, esta última en déficit respecto al consumo, ya que no alcanza a satisfacer toda la demanda local. Respecto de la actividad turística, se encuentra en un estado incipiente crecimiento, debido básicamente a la ausencia de infraestructura y servicios de apoyo, a pesar de los grandes atractivos naturales que presenta la comuna (Ibíd.).

La estructura económica comunal no ha sufrido cambios significativos en los últimos años, basándose en la explotación de recursos primarios y de escaso valor agregado, viéndose seriamente limitada por la accesibilidad a los centros de distribución y consumo, imposibilitando la diversificación de la base productiva y la dinamización de la economía local (Ibíd.).

5.3.4 Principales indicadores socio-sanitarios

En comparación con el resto de Chile y la principal urbanización de la región, Cochamó presenta un mayor índice de vejez, menor ingreso autónomo, menor índice de desarrollo humano y menos años de escolaridad. Mientras, en los indicadores sanitarios, presenta mayor esperanza de vida, menores tasas de mortalidad por causa cardiovascular y cánceres, pero mayor tasa de mortalidad por traumatismos (Tabla N°3).

Tabla N°3: Comparación entre los principales indicadores demográficos y socio-económicos y sanitarios de Cochamó, Puerto Montt y Chile

	Chile	Puerto Montt	Cochamó
DEMOGRAFICOS			
Población total	16.928.873	230.885	4.285
Densidad poblacional	22,4	138,0	1,1
Porcentaje de la población regional		27,96	0,52
Índice de masculinidad	98,0	102,2	137,3
Porcentaje de población de 0 a 14 años	22,8	24,6	17,4
Porcentaje de población de 65 y más años	8,8	6,1	12,5
Índice de vejez o renovación	38,6	24,9	71,7
SOCIOECONOMICOS			
Porcentaje de población rural	13,00	12,40	100,00
Puntaje Índice de Desarrollo Humano (IDH)	0,75	0,72	0,69
Promedio de ingreso autónomo	613206,00	646549,18	454886,22
Coefficiente de Gini según el promedio de ingreso autónomo	0,57	0,50	0,45
Porcentaje de pobreza total	15,10	16,20	6,50
Población económicamente inserta en el sector económico primario	12,00	14,10	55,15
Promedio de años de escolaridad total	10,10	9,90	8,71
Porcentaje de hogares totales con indicador de saneamiento deficitario	8,71	14,15	20,90
SALUD			
Esperanza de vida al nacer total 1997 - 2006	75,52	76,13	77,12
Tasa observada de mortalidad por enfermedades del sistema circulatorio total por 100.000 habitantes	156,31	108,00	109,00
Tasa observada de mortalidad por tumores total por 100.000 habitantes	128,30	113,00	86,00
Tasa observada de mortalidad por traumatismos y envenenamiento total por 100.000 habitantes.	76,40	56,00	93,00

Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Desarrollo y Planificación [MIDEPLAN] (2009) e INE (2008; 2011).

Como mencionamos en el planteamiento del problema, las determinaciones sociales que producen este perfil diferenciado en Cochamó, son desconocidas. Especialmente relevante es observar

la mayor esperanza de vida en la comuna respecto del país y la región, a pesar de sus bajos ingresos autónomos e IDH. Pero al mismo tiempo debemos problematizar estos datos, ya que sabemos son generados a partir de mediciones ignorantes de las particularidades intracomunales, pudiendo estar ocultando fuertes desigualdades, como en cuanto al acceso a la atención médica.

5.3.5 Política municipal

Cercano a la localidad de Rio Puelo, y mediante un decreto impuesto durante la dictadura militar en el año 1979 (Decreto Ley N° 2.868), se construye la Municipalidad de Cochamó (en una zona a 2 kilómetros de la antigua localidad de Rio Puelo). La decisión de construir en ese lugar deshabitado respondía, según el discurso oficial, a que geográficamente quedaba en la mitad de la comuna y permitía una mejor planificación territorial y acceso a los servicios por parte de los habitantes de las localidades del sector cordillerano. Concordante con la visión de los militares en el poder, no hubo ninguna consulta ciudadana para decidirlo y se impuso como una orden ya tomada por los organismos centrales. Es así como la capital de Cochamó queda finalmente construida en Rio Puelo —en rigor en el “nuevo Rio Puelo”— y allí se desarrollará toda una infraestructura estatal que sostendrá la nueva burocracia representada principalmente por la municipalidad y sus departamentos dependientes.

En 1992 se promulgó la nueva ley de municipalidades, que permitió realizar elecciones de autoridades comunales y estableció dos instancias de deliberación y representación: una de carácter político, a través del Concejo Municipal, que sanciona las políticas municipales; y otra social, el Consejo Económico-Social Comunal (CESCO), electo por medio de un sistema de registro de las organizaciones comunitarias (juntas de vecinos, organizaciones empresariales, organizaciones funcionales) pero dotado sólo de facultades consultivas. La institucionalidad vigente ha dificultado

la participación comunitaria organizada, existiendo actualmente consenso en que los CESCO no cumplen funciones relevantes. Por su parte, la capacidad municipal para resolver los problemas más agudos de la población que habita en comunas pobres, como empleo , vivienda y equipamiento, infraestructura educacional y seguridad, son extremadamente insuficientes por falta de atribuciones y recursos (Delamaza,2005).

Sin embargo, el municipio ha pasado a ser el referente de gran parte de la acción asociativa de los sectores populares, tanto en el campo como en la ciudad. Sin ser el lugar de “confluencia” y articulación territorial de las demandas populares, el municipio es “el lugar posible” de participación. Así los habitantes tienden a mantener con el municipio una actitud “peticionista”, que está lejos de las posibilidades del municipio satisfacer. A la inversa, desde la administración local impera el asistencialismo y formas de clientelismo, dentro de los márgenes que permiten los escasos recursos de disponibles. Tampoco se ha desarrollado la fiscalización y el control ciudadano de las funciones gubernamentales en el nivel local. Por una parte los mecanismos establecidos por la ley son limitados y, por otra no hay una tradición ni una cultura al respecto tanto en organizaciones como en funcionarios. Se suma a todas estas críticas, que la institucionalidad municipal es homogénea en todo el país, lo que dificulta la posibilidad de organizar la participación de acuerdo a las tradiciones y estilos de cada localidad. Los municipios rurales, por ejemplo, resultan perjudicados pues el modelo utilizado es siempre urbano (ibíd.).

Dentro de este panorama, la municipalidad de Cochamó debe elegir a su máximo representante, el Alcalde, y sus asesores, los Concejales, mediante votación popular cada 4 años. En los últimos dos periodos de gobierno municipal, desde el año 2004, se ha repetido el mismo Alcalde, Carlos Soto, perteneciente al PRDS del pacto Concertación, habiendo sido además reelegido por tercera vez el año 2012. Dentro de los Concejales actuales existe un balance entre los representantes de

las coaliciones Concertación y Alianza, a lo que se suman candidaturas independientes o del pacto de los “regionalistas” (SERVEL, 2013).

“Y el miedo es una cosa grande como el odio.

El miedo hace existir a la tarántula,

la vuelve cosa digna de respeto,

la embellece en su desgracia,

rasura sus horrores.”

Eduardo Lizalde

Parte II. Resultados

6 Capítulo 6. Los discursos políticos

Este capítulo presenta el análisis de distintas fuentes producidas por diversos niveles institucionales del Estado cuyo punto de encuentro es que representan fragmentos que permiten reconstruir el discurso oficial en torno a la política de salud rural en Chile y en la comuna de Cochamó. Nuestro interés principal en este capítulo es ofrecer una puerta de entrada comprensiva y crítica al objeto de estudio a partir de la reconstrucción de lo que el Estado “dice hacer” respecto al proceso de salud/enfermedad/atención de los habitantes de las localidades rurales, mediante el análisis temático basado en nuestros 4 Ejes Temáticos : 1) rol del Estado, su relación con el mercado y políticas públicas; 2) política social y de salud; 3) recursos del sistema de salud público, y; 4) la ruralidad.

El universo de fuentes disponibles para este propósito es extenso, y su análisis probablemente sería suficiente para plantear una investigación aparte. Sin embargo, hemos resuelto esta cuestión mediante una selección acotada y consistente a nuestro interés principal de describir y analizar la orientación general de la política de salud y específicamente de la Atención Primaria en Salud

(APS) hacia las comunas rurales como Cochamó. Con ese norte, buscamos las fuentes más representativas desde los distintos niveles institucionales que conceptualizamos en el marco teórico metodológico como fundamentales para nuestro propósito.

Desde el nivel “macro” seleccionamos las siguientes fuentes: 1) los discursos presidenciales realizados los días 21 de mayo ante el Congreso durante los últimos dos periodos de gobierno; 2) las leyes que rigen el funcionamiento de la APS municipalizada; 3) los objetivos sanitarios nacionales que han orientado al sistema de salud desde el año 2000 hasta la actualidad; y 4) las normas técnicas que rigen el funcionamiento de las Postas de Salud Rural en el país.

Desde el nivel “meso” seleccionamos: 1) la ley orgánica que rige las funciones de los Servicios de Salud del país; 2) la resolución que fija la estructura interna del Servicio de Salud del Reloncaví y las funciones de sus departamentos; y 3) el reporte de la Cuenta Pública del año 2012.

Desde el nivel “micro” seleccionamos: 1) el Plan de Salud Comunal de la municipalidad de Cochamó para el año 2011; y 2) sus Cuentas Públicas en los años 2009, 2010 y 2011.

La forma de exposición de este análisis mantiene una lógica narrativa que va desde lo “general a lo particular”, desde lo “macro a lo micro”, desde lo “nacional a lo comunal”, y desde “lo pasado a lo presente” en cada uno de sus apartados y en el total del capítulo. En cada apartado se incorporan además subtítulos escritos en cursivas que hacen referencia al tema central a tocar en el párrafo siguiente; estos subtítulos tienen relación directa con nuestros Ejes Temáticos y pretenden orientar la lectura.

Finalmente los apartados son: 1) los discursos presidenciales del 21 de mayo, 2) las leyes que rigen los establecimientos de APS, 3) los objetivos sanitarios nacionales de las dos últimas décadas, 4) las

normas de funcionamiento de las Postas de Salud Rural, 5) el funcionamiento del Servicio de Salud del Reloncaví, y 6) la política de salud comunal de Cochamó.

6.1 Discursos presidenciales del 21 de mayo

En los discursos públicos los gobiernos de turno explicitan sus intenciones y pretenden validar lo correcto de sus acciones. Es dentro de ellos donde exponen a la opinión pública cuestiones relativas al rol que dice tomar el Estado en una fase particular de su desarrollo para la orientación de sus políticas. En los períodos que analizamos se caracterizan por corresponder a un Estado neoliberal aunque en su expresión política se corresponden con un gobierno de centro izquierda y otro de derecha. El análisis del contenido de estos discursos guiado por un entendimiento del Estado como un órgano de poder que condensa objetivos sociales en pugna, y de las principales características de sus acciones en la sociedad, es decir, de sus políticas, nos revelaría su esencia misma (Oslack y O'Donnell, 1995; Tetelboin, 2003).

Para los efectos de nuestra investigación, los discursos de los presidentes de la República ante el Congreso pleno durante los días 21 de mayo de cada año de su administración representan una fuente valiosa de estos contenidos. Durante estos discursos los presidentes deben dar “cuenta pública” de las acciones realizadas durante el año anterior y deben exponer su plan de acción para el siguiente. Sin embargo, desde los primeros pasos del análisis detectamos las abundantes limitaciones de esta fuente de información en la medida que los discursos son usados como herramientas mediáticas por los presidentes y redundan en apologías a la nación, la patria y la democracia. Así también, se aprovecha la presencia de los representantes del Congreso para hacer alusión a temas legislativos de interés para el gobierno, y se critica a veces duramente, por no aprobar sus iniciativas de ley. En otras ocasiones está plagada de alusiones a la contingencia política, social, o

económica, y de afirmaciones sin respaldo de las acciones realmente impulsadas. Entonces, debemos entender que en la práctica estos discursos se instrumentan por el gobierno para validarse y mostrar logros, más que para dar una “cuenta pública” de su administración. Aun así, encontramos acá abundantes contenidos valiosos para nuestro propósito.

Los sucesivos discursos realizados por los presidentes Bachelet y Piñera durante sus periodos de gobierno los exponemos acá como unidades discursivas para cada uno de los presidentes en función de establecer un paralelo comparativo entre sus principales características analizadas mediante nuestros Ejes Temáticos, sin omitir su contexto histórico, que es el hilo conductor de todo el capítulo.

6.1.1 Los discursos de Michelle Bachelet (2006-2009)

6.1.1.1 Rol del Estado, relación con el mercado y las políticas públicas

Crecimiento económico, principal función del Estado

Durante sus discursos, Bachelet expresa una continuidad con los anteriores gobiernos de la Concertación en la concepción que el Estado debe garantizar el crecimiento económico como su función principal, definiendo así los principios fundantes de la relación entre Estado-Sociedad-Mercado durante su administración. Esta misma forma había sido usada por los gobiernos desde la dictadura y aparecía como incuestionable en el contexto actual: el modelo económico neoliberal en Chile había dado prosperidad a gran parte del país durante los últimos 20 años y, aunque las inequidades continuaban incrementándose de forma preocupante, esto sólo parecía ser una “falla” corregible del modelo mediante la adecuada focalización de recursos en programas sociales del Estado:

“Porque los chilenos lo sabemos muy bien. Sin crecimiento sostenido y baja inflación no hay prosperidad sustentable. Mi gobierno tiene un compromiso muy claro: que nuestra economía crezca y que a todas y todos les vaya bien (...) Nuestra economía está creciendo. Todos lo saben, el primer trimestre lo hicimos a un promedio de 5,9 por ciento y las proyecciones para el resto del año se sitúan entre cinco y medio y seis por ciento. Sube la inversión y la capacidad de crecimiento futuro (...) Nada de esto es casualidad. Por el contrario. Este es el fruto de la seriedad, de buenas políticas, de la mano firme en el timón.” (Bachelet, 2008, p.4).

“Necesitaremos más mercado y necesitaremos más Estado. Mejor mercado y mejor Estado (...) Porque en la nueva economía, mercado y Estado no son antónimos. La crisis externa no sólo hizo patente la insuficiencia del laissez-faire y la necesidad de estrictas normas en los mercados financieros. Pero también hizo patente la incapacidad regulatoria de algunos Estados, fuera por desidia o por intereses creados (...) Por eso se requiere más información. Por eso se requiere más competencia. Por eso se requiere un Estado moderno y atento a las fallas.” (Bachelet, 2009, p.28-29).

De esta manera, el crecimiento chileno sustentado en la exportación y en la alianza público-privada, donde el Estado procuraba mantener el precio del dólar bajo (y otras medidas de “corrección” macroeconómicas y concesiones a las empresas transnacionales) estaba garantizado por la Bachelet, dando así “tranquilidad” al mundo empresarial y financiero.

En función de argumentar lo correcto de sus políticas “procrecimiento” Bachelet utiliza la comparación con el resto de los países de América Latina y del mundo. Para la comunidad internacional Chile sería un ejemplo de manejo económico y social; reforzando así el rol del Estado como asegurador de este crecimiento económico que produciría efectos benéficos para toda la estructura social:

“Estudios internacionales independientes y objetivos nos lo dicen día a día: Chile, uno de los países que más avanza en desarrollo humano; Chile, líder en superación de la pobreza; Chile, ejemplo en manejo macroeconómico; Chile, a la vanguardia de América Latina en índice social; Chile, país competitivo; Chile, país seguro; Chile, país conectado digitalmente.” (Bachelet, 2008, p. 4).

“¡Qué orgullo provoca leer que la nuestra es de las economías mejor manejadas del mundo, como han afirmado recientemente los más prestigiosos diarios y revistas del extranjero!” (Bachelet, 2009, p.32-33).

El Estado austero

Asociado a este rol principal estatal se encuentra la necesidad que el Estado mantenga un volumen pequeño donde prime la “austeridad” dentro del gasto público. Es otra de las herencias del modelo impuesto por Pinochet que deviene en norma —o por lo menos una característica necesaria y positiva— en los gobiernos posteriores y se repite con Bachelet. En varias oportunidades hace referencia a este punto; por ejemplo en relación a los altos precios del cobre y su inversión durante el año 2006-2007:

“El precio del cobre hoy constituye una oportunidad, pero también un desafío... La historia de América Latina muestra demasiados auges mal administrados que terminaron en crisis (...) La situación, por tanto, produce entusiasmo pero requiere también prudencia. Hemos visto como el precio del cobre sube y después cae, casi diez por ciento en la semana pasada. No nos engañemos entonces: estos altos precios del cobre son con seguridad transitorios. Para que nuestra prosperidad no sea también transitoria debemos administrar muy bien estos mayores ingresos, con prudencia y sabiduría (...) significa gastar una parte de los mayores ingresos del cobre y ahorrar otra parte. Chile tiene la fortuna de contar con instituciones y reglas claras que guían la política fiscal, y vamos a aplicar esas reglas con rigor...” (Bachelet, 2006, p.8).

Estas “reglas claras” que guían la política fiscal son leyes limitadoras del crecimiento del aparato estatal promulgadas en función de la mantención de las condiciones macroeconómicas que favorecen el modelo de crecimiento. Estas leyes junto con las reformas en materia tributaria serán excluidas del debate y de los discursos públicos evidenciando el halo de perpetuidad y no-cuestionamiento dentro del cual se instalan. Así se frenará cualquier posibilidad de expansión notable de las instituciones estatales encargadas de la protección de derechos sociales.

Estado y políticas públicas como lugares de “unión y consensos”

Al momento de la salida de los militares en el poder, el rol de las elites políticas en tanto minorías ilustradas responsables y razonables, abrió paso a la consolidación de la tecnocracia y a sus medidas orientadas por el cálculo y la ingeniería social y política. Al mismo tiempo, la participación ciudadana en una sociedad fragmentada, heterogénea o “sobreideologizada” como la chilena, producía una incertidumbre o amenaza desestabilizadora de la democracia que se debía evitar. Estas concepciones heredadas del ideario de la dictadura militar se mantienen en los gobiernos de la Concertación y se reproducen con Bachelet: el Estado (y la nación por contagio histórico) debe ser un lugar de unión y consenso donde cualquier política gestada en su seno seguirá esta línea; la oposición debe ser respetuosa y dialogante; los movimientos civiles deben estar abiertos a la negociación o de lo contrario se tildarán de intransigentes e ideologizados y serán excluidos de los espacios de decisión hasta que “se sienten a la mesa a dialogar”:

“El restablecimiento del gobierno democrático en la última década del siglo XX, abrió el camino para el reencuentro de los chilenos, ahora sobre la base de los acuerdos en lugar del antagonismo, de la amistad cívica en vez de la crispación” (Bachelet, 2007, p.41).

“Pues bien, esta mañana deseo abogar por los acuerdos. Si los acuerdos han construido Chile, entonces Chile debe seguir construyendo acuerdos (...) Y lo hago mirando nuestra propia historia, la historia de estos casi 200 años de vida como nación independiente, durante los cuales el acuerdo ha coronado los éxitos del país y el desacuerdo los más tristes fracasos” (Bachelet, 2008, p. 2).

De consensos se habría construido Chile y esta será la forma de hacerse la “buena” política. No obstante, esta supuesta unión y consenso que “siempre miran hacia el futuro y bien común”, en la práctica se reducen a una negociación entre los dos grandes bloques de partidos políticos dentro del Congreso, con lo cual amplios sectores sociales son marginados y toman otras formas de expresar la divergencia política.

6.1.1.2 Políticas sociales y de salud

La política social y el Estado como garante de derechos

Bachelet introduce con fuerza un concepto relativamente nuevo respecto de sus predecesores: el Estado debe ser garante de derechos ciudadanos. Esta idea se vuelve un núcleo estable para articular la totalidad de las políticas sociales de su gobierno dentro de sus discursos. El sistema de protección social se levanta a sí mismo como bandera de los derechos colectivos, intentando alejarse de las políticas de corte conservador y también respondiendo a las iniciativas internacionales cuyo avance en materia de expansión de los derechos sociales y culturales —por lo menos en los aspectos teóricos— se encuentra a años luz de la realidad nacional:

“El sistema de protección social tiene varios componentes, como educación, previsión, salud, vivienda. Pero lo central del sistema, lo central de nuestra mirada, lo propio, es la concepción de derechos sociales para los ciudadanos (...) Quiero recalcar este punto. Al establecer derechos sociales para las personas, y sobre todo, no sólo establecerlos, sino lo más importante, garantizarlos efecti-

vamente, lo que estamos haciendo es una definición del tipo de país en que queremos vivir” (Bachelet, 2007, p. 11).

“Al asumir la protección social como deber del Estado y como derecho de los ciudadanos, lo que hacemos es apartarnos de la lógica individualista y asistencialista, y entrar en una lógica de bienestar y democracia que el país nunca debió haber abandonado. Lo que estamos haciendo ahora se ensambla con la mejor tradición progresista de la política chilena. El Chile del Bicentenario cuenta con una red integral de políticas, servicios y programas que hacen efectivos los derechos sociales que reconocemos a los ciudadanos.” (Bachelet, 2009, p. 10)

La variedad de políticas sociales integradas en el sistema de protección social de Bachelet son, sin embargo —y a pesar de su “bello vestido” de derechos—, una forma de continuación de las estrategias impulsadas por la Concertación para paliar el “costo social” del modelo neoliberal sin traspasar sus bases estructurales. En un análisis más profundo de los componentes de la red de protección mencionados, observamos asistencialismo y focalización en torno a la entrega de recursos a los grupos pobres (establecidos así por encuesta), coexistiendo con medidas pseudopopulistas como la entrega de “bonos” con dinero en efectivo por diversas causas. Excede nuestro interés debatir para cada uno de los componentes del sistema de protección, cómo estos contienen grandes ambivalencias en cuanto a sus nociones de *universalismo* y *derechos*. Sólo lo expondremos para el caso de la ley de Garantías Explícitas en Salud (GES), también anunciada como “paradigma del enfoque de derechos” a pesar de sus numerosas contradicciones.

Ley GES y derechos en salud

Dentro de las principales funciones del Estado para Bachelet (aseguramiento del crecimiento económico, “austeridad” en el gasto público y búsqueda de consensos para sus accionar generando contradicciones importantes con su rol garante de derechos sociales) se comprende la orientación

de su política de salud. El “sistema de protección social” afianzado en el discurso de un Estado garante de derechos, se unge como su estrategia de alto impacto mediático. Más allá de esto, el rol real del Estado en la salud de los ciudadanos queda mayormente ausente en sus discursos, a no ser para referirse a la ley GES —en adelante sigla utilizada como sinónimo del “Plan AUGE” o “Reforma de Garantías Explícitas”— que se convierte así en el puntal principal de su gestión dentro de este rubro, exaltándose de él sus múltiples virtudes:

“La salud es pionera en el concepto de derechos garantizados, a través del Plan AUGE. Es el mejor ejemplo de que podemos avanzar hacia bienes universales para los ciudadanos, como debe ser en una sociedad moderna.” (Bachelet, 2007, p. 12)

“El Plan AUGE se erige como una de nuestras principales políticas de derechos garantizados. Los casos atendidos en el marco del plan han superado los cinco millones. Hoy, a las 56 patologías incorporadas al sistema desde julio de 2007, se suman seis patologías como piloto en el sistema público de salud: artritis reumatoide juvenil, asma del adulto, epilepsia del adulto, enfermedad de Gaucher, parkinson y hernia del adulto” (Bachelet, 2008, p.25).

Desde su comienzo el año 2005 la ley GES había causado gran polémica, entre otras causas, porque implicaba discriminación de los usuarios en base al tipo de enfermedad y edad para la obtención de las garantías expresadas en la ley. Bachelet obvia estas cuestiones en sus discursos, y parece ver derechos universales mientras otros ven una política basada en techos presupuestales donde “lo financieramente posible” determina en gran medida el alcance de estos supuestos derechos, dejando intocada la estructura profundamente inequitativa de todo el sistema. Luego anunciará ampliaciones en el número de patologías a 56 (que ya estaba establecido en la ley promulgada por Lagos), y finalmente destacará el envío al Congreso de un proyecto de ley para extender a 80 enfermedades para el año 2010.

Otros temas dentro de la política de salud son los referentes a los marcos normativos. Aquí menciona: la gratuidad en la atención del sistema público que algunos grupos empezarían a gozar, como los mayores de 60 años; la ley de derechos y deberes del paciente (que se reintroduce a tramitación en el Congreso el año 2006 luego que había fracasado su promulgación desde el año 2001) ; y la promulgación de una ley asociada a dar continuidad al programa “Chile Crece Contigo”, que representaba una novedosa articulación entre los distintos sectores estatales encargados de la protección de la primera infancia (focalizado en las madres “en riesgo social”) en cuanto a la promoción, prevención y tratamiento de los casos de niños con rezagos en el desarrollo psicomotor. Todas estas políticas, como ya mencionamos, son articuladas con la idea del Estado garante de derechos:

“El sistema de protección social también se ocupó de la infancia: Creamos el Programa Chile Crece Contigo, que busca acabar con las desigualdades de cuna y proteger a nuestros niños y niñas. Contempla iniciativas desde el primer control del embarazo, estimulación temprana, fondos especiales para la atención de niños con rezago, fondos para discapacidad, por mencionar algunos de los temas. El Chile Crece Contigo ya está en funcionamiento en 161 comunas y el próximo año cubriremos todo el país” (Bachelet, 2007, p. 13).

6.1.1.3 Recursos del Sistema de Salud Público

Aumento inédito en la inversión del sector

La mayoría de las menciones del sistema de salud público en los discursos de Bachelet son las relativas a demostrar el gran aumento en los recursos financieros y en infraestructura que su gestión estaría realizando. Así menciona reiteradamente la entrega de nuevos hospitales, consultorios de Atención Primaria de Salud (APS) y mejoras en su equipamiento:

“Tendremos más equipos, más medicamentos, especialistas, atención de salud mental y salud dental. En estos días hemos avanzado en esta dirección. Estamos construyendo 65 Centros Comunitarios de Salud Familiar, centros en los barrios podríamos decir. Al cumplirse los 100 días, 260 mil personas tendrán acceso a estos centros. Al cabo de mi gobierno, tendremos 100 centros comunitarios en todo el país. Eso no quiere decir que no vamos a seguir con el resto, con consultorios, hospitales (...) Renovaremos el hospital de Isla de Pascua. Mejoraremos y ampliaremos los hospitales de Concepción, Temuco, Antofagasta, Alto Hospicio, Talca, Curanilahue y Castro. El mismo esfuerzo de renovación haremos con los hospitales de Arica, Osorno, Copiapó, Punta Arenas, entre otros.”
(Bachelet, 2006, p. 11-12)

El recurso humano es escasamente citado (paradójicamente siendo uno de los principales déficits del sistema público), y sólo lo hace al mencionar las medidas para aumentar el número de médicos especialistas en la red pública, la formación de “equipos de cabecera” en los consultorios de salud familiar, o el envío de proyectos de ley para mejorar las condiciones de los funcionarios de APS durante el año 2008. Otros aumentos de recursos en el sistema son los asociados al aseguramiento de la gratuidad en la atención de los mayores de 60 años y al programa de “postrados” que entrega bonos a los cuidadores principales de personas con invalidez y dependencia completa.

6.1.1.4 La ruralidad

Chile futura potencia agroalimentaria mundial

Son escasas las menciones sobre las zonas rurales o sus habitantes en sus discursos (contabilizamos sólo 11 menciones en el total de los 4 discursos de Bachelet); cuando aparecen constantemente se asocia la ruralidad con el sector productivo agrícola, simplificando la complejidad social y productiva de estos territorios. Dentro del mismo sector productivo agrícola, las grandes ganancias de las empresas en el rubro sólo llegan a una minoría de la población y el trabajo temporero

en condiciones precarias es la tónica. Los agricultores familiares y pequeños campesinos deben, según el gobierno, insertarse en la cadena exportadora para alcanzar el desarrollo. Las políticas del Estado seguirán esa dirección:

“Durante la campaña presidencial adquirí un compromiso con el mundo rural: tenemos las condiciones, si trabajamos bien, de convertir a Chile en una potencia alimentaria a nivel mundial. Hoy la industria agroalimentaria genera aproximadamente un 25 por ciento del PIB y ocupa acerca del 20 por ciento de la fuerza de trabajo. Podemos crecer aún más. Como Estado orientaremos todos nuestros esfuerzos, institucionalidad e instrumentos de fomento en ese sentido. Por cierto, eso incluye contar, al término de mi gobierno, con un Ministerio de Agricultura y Alimentación (...) Queremos un desarrollo agrario inclusivo. El éxito de las grandes cifras es sólo aparente si no llega a las personas. Por eso potenciaremos la agricultura familiar campesina y nos preocuparemos de sus deudas, acceso al crédito y su inserción en la cadena exportadora. Pero muy especialmente, nos preocuparemos también de las condiciones laborales, seguridad e higiene de los trabajadores y trabajadoras del campo” (Bachelet, 2006, p. 13).

Otros temas que menciona son: el anuncio de aumentos en las subvenciones de escuelas rurales, el mejoramiento de caminos y subvención al transporte público, la ayuda para regularización de títulos de dominio, la ampliación de coberturas del programa de agua potable rural, el aumento de redes de conectividad telefónica y de internet, y para el sector de pesca artesanal el mejoramiento de caletas e incrementos en los fondos de fomento.

Todas estas medidas son citadas dentro de los discursos con una retórica altamente paternalista que poco tienen en común con la noción de derechos antes mencionada por Bachelet. Los principales derechos estarían siendo vulnerados producto de la permanente exclusión de los habitantes de las localidades rurales por las grandes industrias extractivas y agroexportadoras en complicidad

estatal, estos derechos no se tocarán en sus discursos. En cambio el Estado premiaría con sus “beneficios” el esfuerzo de “subirse al carro de la modernidad” de esta gente habitante de las pequeñas comunas:

“En estos dos años de Gobierno he visitado muchos lugares de Chile. He visto como en pequeñas comunas la gente hace un enorme esfuerzo por conectarse con el mundo. He visto también como alcaldes emprendedores y creativos logran iluminar sus comunas, con acceso público y gratuito a Internet. Yo hoy quiero invitar a los que están lejos, a los que se quieren subir al carro de la modernidad, a participar de este desafío. El año 2009 echaremos a andar un plan de financiamiento para 35 comunas para apoyar la conectividad digital. Vamos a iluminar colegios, centros comunitarios, juntas de vecinos y otros espacios públicos.” (Bachelet, 2008, p. 16).

6.1.2 Los discursos de Sebastián Piñera (2010-2012)

6.1.2.1 Rol del Estado, relación con el mercado y las políticas públicas

Crecimiento económico, principal función del Estado

Continuado la fórmula de sus predecesores, para Piñera también el aseguramiento del crecimiento económico debe ser la principal función del Estado. Del correcto desempeño del país en esta materia se desprenderán el resto de los objetivos sociales destinados a “finalmente alcanzar el desarrollo”. A pesar que en su primer año de gobierno la reconstrucción de las comunas afectadas por el terremoto del 27 de febrero del 2010 pasó a ser prioridad dentro de sus discursos, eso no impidió la enumeración de abundantes promesas en relación al incremento del crecimiento económico durante su administración, al tiempo que exaltaba sus beneficios derivados:

“Recuperar la capacidad de crecimiento es el principal instrumento para crear oportunidades y derrotar la pobreza. El crecimiento económico genera empleo,

mejora los salarios, da más oportunidades y aporta recursos para financiar el gasto social, y especialmente nuestra Agenda Social, en beneficio de la clase media y los sectores más vulnerables. Hace un año nos fijamos una meta muy audaz. Tan audaz que muchos la consideraron imposible: que Chile duplicara su ritmo de crecimiento, alcanzando un 6 por ciento anual” (Piñera, 2011, p. 8).

El uso de Chile como ejemplo de manejo macroeconómico y de estabilidad democrática a nivel internacional, es también un argumento repetitivo que sustenta lo correcto de la profundización del modelo neoliberal mediante fuertes incentivos por parte del Estado. Esto se asocia con la necesidad de un Estado austero en su gasto, de poco tamaño, pero mayor calidad en su capacidad de gestión:

“El problema no es el tamaño del Estado sino su calidad. En consecuencia, reemplazaremos la vieja discusión de más o menos Estado por el nuevo desafío de construir un mejor Estado, más moderno, más transparente y más eficiente, al servicio de las personas” (Piñera, 2010, p. 39)

“...tanto el Banco Central como el gobierno estamos tomando las medidas para mantener la inflación dentro de rangos aceptables. El Banco Central ha actuado a través de la política de tasa de interés y el gobierno a través de mayor austeridad y reducciones del gasto público” (Piñera, 2011, p.9).

Estado y políticas en base a consensos

De forma similar a Bachelet y a los anteriores gobiernos de la Concertación, Piñera exalta la capacidad de unión y consenso como característica positiva de su gobierno —y de cualquier postura política razonable. En las numerosas citas referidas a este punto, constantemente alude al Congreso exhortando a sus representantes a “actuar pensando en el futuro de Chile, más que en las diferencias de opinión política”; asumiendo así, la existencia de un rol neutral del gobierno en la

formulación de sus políticas, siendo un deber casi ético el apoyo transversal a su función. La división ideológica, la divergencia política y la movilización social son así satanizadas:

“En estas trágicas circunstancias, debemos recordar que no hay caminos hacia la unidad. La unidad es el camino. En la unidad está la raíz de nuestra fuerza, y en la división, el germen de nuestra debilidad. Para enfrentar estos tiempos, necesitamos más que nunca la unidad entre gobierno y oposición, entre sector público y privado, entre trabajadores y empresarios y entre el Estado y sociedad civil” (Piñera, 2010, p. 3).

“Yo sé que en los últimos tiempos hemos vivido un clima político de confrontación y descalificaciones, que ciertamente no es lo que los chilenos esperan ni merecen de nosotros, ni lo que el país necesita. Pero más allá de nuestras legítimas diferencias, conozco su profundo compromiso y amor por Chile y estoy seguro que todos compartimos que la responsabilidad de construir ese Chile más libre, más justo y más próspero, es una causa no solo de este Presidente y Gobierno, es una causa que compromete a todos los hombres y mujeres de buena voluntad, y muy especialmente, a quienes por mandato popular integran este Congreso. Porque el Presidente y el Congreso son aliados y no adversarios en la gran causa de mejorar la vida y promover la felicidad de todos los chilenos” (Piñera, 2012, p. 4).

6.1.2.2 Política social y de Salud

Estado garante de oportunidades de realización individual

En sus discursos Piñera introduce el concepto de “oportunidades” como una característica estable que lo distanciaría de los gobiernos de la Concertación. Inserta en esta idea se encuentra el mérito individual como principal productor de movilidad social: el Estado debe asegurar que esta “capacidad de cada persona para salir adelante con sus propios talentos” sea igual para todos los chilenos. La “sociedad de las oportunidades” de Piñera representa un claro planteamiento de acuerdo

a una idea conservadora (y por tanto neoliberal) basada en el mercado como el mejor redistribuidor de recursos en una sociedad, el individualismo, la descolectivización y la exaltación de la competencia (Salinas y Tetelboin, 2005). Sin embargo, intenta matizar este discurso con el piso de las “seguridades” heredada de la retórica del gobierno de Bachelet; de esta forma, las “oportunidades” representarían un nivel superior de bienestar:

“Un Estado que no sólo asegure el piso de las seguridades, sino también levante el techo de las oportunidades.” (Piñera, 2010, p. 39).

“Una sociedad de oportunidades significa que todos los chilenos tengamos la posibilidad de realizarnos como personas y desarrollar en plenitud los talentos que Dios nos dio. Para ello debemos mejorar la educación, crear empleos y potenciar las fuerzas de la innovación y el emprendimiento...” (Piñera, 2011, p.5).

¿Y en qué consiste el Chile de las oportunidades? Consiste en que todos los chilenos, cualquiera sea su origen o condición, pueda desarrollar en plenitud los talentos que Dios nos dio y volar tan alto y llegar tan lejos como su propio mérito y esfuerzo lo permitan, en la búsqueda de su felicidad y realización personal.” (Piñera, 2012, p. 6)

La “sociedad de las oportunidades” hace abstracción de las diferencias sociales y estructurales que separan profundamente a los chilenos al tiempo que minimiza la capacidad organizativa, colaborativa y política de los habitantes de los distintos territorios. En la política social de Piñera lo que interesa es el mérito individual y la capacidad de elegir. Esta última característica será la principal base para su política de salud.

Sana competencia y libertad para “elegir” en salud

Concordante con la lógica narrativa de sus discursos, —abundantes en explicaciones innecesarias y para cada una de sus propuestas mediante la utilización de metáforas cercanas a lo absurdo— Piñera menciona en múltiples ocasiones temas acerca del rol del Estado en la salud de los ciudadanos, señalando así las principales características de su política de salud al mismo tiempo que intenta diferenciarse de los gobiernos de la Concertación. En esa línea, son constantes las críticas a la gestión anterior, refiriéndose al incumplimiento de los objetivos sanitarios de la década; el acceso tardío y de peor calidad a las atenciones para las personas con escasos recursos; y el alto costo de las enfermedades crónicas como un problema financiero para todo el sistema. Pero contradictoriamente, defiende las características estructurales del sistema mixto de salud chileno, ya que: “...permite un sano nivel de competencia y asegura la tan apreciada libertad de elegir consagrada en nuestra Constitución.” (Piñera, 2010, p.24).

No resulta extraño, dado que la Constitución de 1980 fue diseñada para proteger los intereses del empresariado de derecha, del cual el mismo Piñera forma parte. En resumen, se presenta un diagnóstico global del sistema de salud como un ente imperfecto, que mediante “los ajustes” apropiados por el gobierno, podría mejorar globalmente.

Entre las principales iniciativas para “corregir estas deficiencias”, menciona los proyectos de ley para dotar a la Superintendencia de Salud de facultades en cuanto a la fiscalización tanto de FONASA como de las ISAPRES; y la “ley corta de ISAPRES” como iniciativa para impedir la discriminación y cobros abusivos a los usuarios por estas entidades. Es decir, insiste en la mantención de la estructura del sistema de salud no tocando de ninguna forma las bases de inequidad dentro del financiamiento del sistema.

El GES y el Bono AUGE

Piñera también retoma la ley GES y se dedica a mostrar sus buenos resultados en cuanto a la disminución en las listas de espera para atenciones y cirugías garantizadas no distinguiéndose mayormente de los discursos de Bachelet más que para mostrar la necesidad de perfeccionar sus mecanismos de control en la gestión de recursos. Además promete la creación del “Bono AUGE” en los casos que el sistema no sea capaz de resolver la atención en los tiempos garantizados, accediendo así a la prestación dentro del sistema privado. No obstante, este tipo de mecanismos en caso de incumplimiento de las garantías, ya estaban implícitos en la ley original del 2004, y era motivo de debate por posibilitar el desvío de fondos públicos a entidades privadas. De esta manera Piñera hace un “gesto” a los prestadores privados en salud y al mismo tiempo crea una promesa de atención de calidad para los usuarios del sistema público ubicándolos, paradójicamente, fuera de él.

Elegir vivir sano

Una de las novedades de la política de salud introducidos por Piñera, es el énfasis en los estilos de vida saludables. “No hay mejor médico que uno mismo” es su frase para trasladar la responsabilidad al usuario en cuanto el cuidado de la salud. Este planteamiento encuentra sus bases en la epidemiología y en la nueva salud pública que refuerzan la visión determinista para interpretar las altas cifras de obesidad, sedentarismo y el aumento de las enfermedades crónico-degenerativas asociadas al envejecimiento de la población frente a un Estado limitado.

Piñera trastoca el rol del Estado en salud hacia los ciudadanos dado que la elección de los hábitos es individual, y simplemente mediante la educación tradicional y vertical en salud y campañas de prensa, el gobierno podrá contribuir de buena forma para alcanzar la meta de “elegir vivir sano”:

“Partamos por lo esencial. No hay mejor médico que uno mismo. Necesitamos desarrollar hábitos de vida más saludables, disminuir el tabaquismo y el consumo de alcohol, mejorar los hábitos alimenticios, hacer más deporte y tener más contacto con la naturaleza. Para ello aumentaremos gradualmente las horas de educación física, desincentivaremos el consumo de alimentos de baja calidad o alto contenido graso y promoveremos hábitos de vida más sanos.” (Piñera, 2010, p. 23).

En otros puntos, menciona la ley de derechos y deberes del paciente, que finalmente se promulga durante su periodo de gobierno y es presentada como gran logro de su gestión. Además, iniciativas de ley como la nueva ley de fármacos y bioequivalencia permitiría (entre otras cuestiones), la venta a libre disposición de medicamentos sin receta en supermercados; y la nueva ley del tabaco.

6.1.2.3 Recursos del Sistema de Salud Público

La reconstrucción de la red asistencial

Dado que parte importante de la red asistencial del sistema público fue dañada por el terremoto de febrero del 2010, Piñera tenía la obligación de dar una respuesta rápida a la emergencia, así como iniciar la reposición y reparación de los establecimientos de salud dañados. Mostrar que las gestiones en ese sentido se estaban realizando de forma correcta fue su principal preocupación en los discursos. En algunos de ellos realizó anuncios y compromisos que difícilmente podría cumplir, generando polémicas de diversa magnitud:

“En materia de salud, la meta también era desafiante. 79 hospitales y 56 consultorios resultaron destruidos o dañados. Para enfrentar la emergencia instalamos decenas de hospitales modulares y de campaña. Hoy, 21 de mayo, puedo informar que contamos con los recursos humanos y físicos para brindar a todos una atención de salud digna. Y cuando este año concluya, nuestro sistema de

salud contará con más camas que las que teníamos antes del 27 de febrero pasado” (Piñera, 2010, p.7).

Al igual que Bachelet, Piñera abunda en la demostración de los números de hospitales y consultorios entregados, y escasamente menciona el recurso humano asociado. Como contraparte menciona temas asociados a recursos organizativos del sistema, con la “necesidad de una reingeniería en la gestión de hospitales y consultorios”, y del modelo de atención.

El aumento de los recursos para la terminación de las largas listas de espera de cirugías en patologías GES son presentados dentro de los discursos de Piñera como una prioridad siempre asociada a la intensión de resolución casi inmediata. En esa línea se continuará acusando implícitamente la lentitud de las cirugías al sistema público prometiendo su realización en los prestadores privados mediante la creación de diversos mecanismos que complementan el ya mencionando “Bono GES”:

“...he solicitado al Ministro de Salud terminar con las listas de espera de cirugía y enfermedades AUGE dentro de los próximos 2 años. En ambos casos, si no es posible resolver la demora en su hospital público, implementaremos un Bono Automático AUGE que permitirá al paciente, previo proceso competitivo de licitación por calidad y costo, recurrir a la red privada o pública de salud para ser atendido...” (Piñera, 2010, p.23).

6.1.2.4 La Ruralidad

Chile futura potencia agroalimentaria mundial

Piñera al igual que Bachelet, asimila la ruralidad y todas sus complejidades con el trabajo campesino agrícola, y se compromete con la misma meta: convertir a Chile en una potencia agroalimentaria mundial. Concordante con el estilo de sus discursos, hace un alago vacío del “estilo de vida en el campo” desconociendo las preocupantes condiciones de trabajo de los temporeros y de la calidad de vida general de los pequeños campesinos y de los campesinos pobres que habitan las zonas rurales y no tienen tierras, frente a la concentración y el despojo de las mismas por las grandes industrias agroalimentarias. En cambio, el desarrollo productivo exportador es la principal meta y eje central de la actuación del Estado en estas zonas:

“Chilenas y chilenos, hoy son más de dos millones los compatriotas que viven o trabajan en el campo. Para ellos, al igual que para nosotros, la agricultura es mucho más que una actividad económica. Es una forma y un estilo de vida, donde se desarrollan nuestras mejores tradiciones, costumbres y valores (...) Transformaremos a Chile en una verdadera potencia agroalimentaria, aprovechando los incrementos de la demanda, debido a la incorporación de nuevos consumidores y reducciones de la oferta mundial, debido al calentamiento global aumentaremos las exportaciones agrícolas, promoveremos un tipo de cambio estable y competitivo y facilitaremos el financiamiento, especialmente a las PYMES agrícolas...” (Piñera, 2010, p. 31-32).

Otros temas mencionados también son una continuidad de las políticas de Bachelet y sus predecesores, especialmente Lagos: aumento y mejoramiento de los caminos en zonas rurales, inversiones en sistemas de agua potable rural, subsidios al transporte público y aumentos en la cobertura de conectividad telefónica y de internet para zonas aisladas, bajo los esquemas de pago por prestación. Además muestra sus avances en la reconstrucción de la infraestructura pública (de salud en

especial) en las zonas rurales. Tema aparte es la mención del ingreso al Congreso de su nuevo proyecto de Ley de Pesca que provocó masivas movilizaciones de parte de las agrupaciones de pescadores artesanales en todo el país contra la gran empresa.

6.2 Leyes que rigen el funcionamiento de la Atención Primaria en Salud

En este apartado se expone el análisis a las principales leyes asociadas al funcionamiento de los establecimientos del sistema de salud público en las zonas rurales. Para ello, seleccionamos un cuerpo legal de carácter general como es la ley 19,378 de estatutos para la APS municipalizada; la ley 19,813 que fija “beneficios” para sus funcionarios según el cumplimiento de determinadas metas sanitarias; la ley 19,966 (llamada también ley de reforma AUGE o de Garantías Explícitas Salud, GES) que provocará grandes modificaciones en el funcionamiento de todo el sistema; las leyes 20,157 y 20,250 que modifican algunos artículos de las anteriores leyes; y finalmente la ley 20, 584 que fija derechos y deberes del paciente, promulgada recién el año 2012.

En una primera aproximación, decidimos separar por periodo de gobierno estas leyes, para de esta forma establecer similitudes o diferencias entre ellas, de la misma manera que expusimos el análisis a los discursos presidenciales. Sin embargo, ya desde los primeros hallazgos observamos la existencia de una continuidad entre estas leyes y que además se muestran con un discurso implícito (y explícito a veces) donde “los aspectos de salud son tratados como asuntos de Estado”, es decir, excederían las orientaciones de cada periodo de gobierno y su afiliación política. Por lo tanto, optamos por incluir una breve contextualización histórica asociada a cada ley seguida por comentarios efectuados durante la descripción y análisis para cada una de ellas, que pensamos podrán ubicar al lector sin problemas dentro del periodo de gobierno que estemos tratando.

6.2.1 Ley de estatutos de APS

La principal ley que rige a los establecimientos de APS es la ley 19,378 dictada el año 1995, siendo presidente de la república el militante Demócrata Cristiano (DC) Eduardo Frei Ruiz-Tagle perteneciente al pacto de la Concertación. Frei era el segundo de los presidentes de la “transición” chilena que heredaba la institucionalidad de la dictadura militar casi intacta. La mayoría de las políticas de su gobierno se abocaron a profundizar el modelo neoliberal (mediante fomento al crecimiento exportador y la firma de tratados internacionales de libre comercio), al mismo tiempo que se intentaba detener el “costo social” del modelo económico a través de políticas sociales focalizadas. En materia de salud, se aumentaron los recursos financieros al sistema público y se afinaron los mecanismos de gerencia dentro de él, sin tocar sus bases estructurales (Solimano y Vergara, 2007). En ese orden es creada la ley 19,378 de estatuto de APS, que establece las bases de la administración, el régimen de financiamiento y la coordinación de la APS; cuya gestión en concordancia con los principios de “descentralización y desconcentración” impuestos por la dictadura militar, estaba traspasada a las municipalidades mediante convenios que regían por un decreto con fuerza de ley (Nº 1-3.063) del Ministerio del Interior promulgado en 1980.

Los recursos de la APS y la relación del Ministerio de Salud con las municipalidades

Dentro de este eje temático, algunas de las características relevantes para nuestra investigación establecidas en la ley, son las destinadas a distribuir los recursos dentro del sistema de salud público, en especial los artículos donde se fija las dotaciones del personal contratado por los establecimientos de APS. Estas dotaciones, establece la ley, deben ser calculadas por la propia municipalidad en base a un conjunto de variables que incluyen, desde el número de población a cargo hasta el presupuesto disponible, tomando en cuenta las normas técnicas del Ministerio de Salud y el

perfil epidemiológico de la comuna. Este cálculo debe ser entregado al Servicio de Salud correspondiente para su aceptación o rechazo (por objeciones fundadas en las normas técnicas) cada año. No pudiendo estos rechazos desde el Servicio de Salud, requerir de aumentos de dotación a la previamente fijada (Ley 19,378, artículo N°12). De esta manera, la ley deja en manos de las municipalidades la cantidad de personal contratado necesario para la APS de sus comunas. Sin embargo, y de forma contradictoria, la ley establece condiciones fijas nacionales para la contratación, jornadas de trabajo, beneficios, condiciones de “carrera funcionaria”, y escala de remuneraciones y asignaciones que están de acuerdo a negociaciones nacionales con los principales sindicatos de trabajadores del sector. En ese último punto, establece un aumento de sueldo por “asignación de desempeño difícil”, correspondiente a una clasificación de los establecimientos tanto urbanos como rurales en distintos “tramos de dificultad” efectuado de forma periódica por el Ministerio de Salud. En el caso de la APS en zonas rurales, la clasificación se realiza según las siguientes características: a) condiciones de aislamiento geográfico, b) dispersión de la población beneficiaria, y c) marginalidad económica, social y cultural de la población beneficiaria (Ley 19,378, artículo N°30). Estos tramos de dificultad dictados a nivel central se convertirán en poderosos incentivos salariales que determinarán en parte la disponibilidad de personal de salud en las localidades rurales aisladas, como lo describiremos en los capítulos siguientes para la comuna de Cochamó.

Bajo el mismo eje analítico de recursos del sistema de salud público, el tercer título de la ley expone las características del financiamiento de la APS municipal. Así establece que:

“Cada entidad administradora de salud municipal recibirá mensualmente, del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud y por intermedio de las municipalidades correspondientes, un aporte estatal, determinado según los siguientes criterios: a) población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas; b) nivel socioeconómico de la población e índi-

ces de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud; c) el conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna, y d) cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral” (Ley 19, 378, artículo N°49).

Para recibir este aporte estatal los establecimientos municipales de APS deben cumplir las normas técnicas, planes y programas del Ministerio de Salud. Esta sería la base legal del aporte llamado *per cápita* para las municipalidades. Sin embargo, la ley continua diciendo, que “sin necesidad de autorización alguna, [los establecimientos de APS de las municipalidades] pueden extender su accionar a costo municipalidad para la atención de salud de otras prestaciones” (Ley 19, 378, artículo N°56). En otras palabras, el Estado se hace cargo de una cantidad determinada de prestaciones (canasta básica) que si la municipalidad puede (o quiere) podría ampliar a otras actividades, enfrentando el costo respectivo. En el mismo sentido de “flexibilidad” en la gestión por parte de las municipalidades, la ley establece que:

“las entidades administradoras definirán la estructura organizacional de sus establecimientos de APS y de la unidad encargada de salud en la entidad administradora, sobre la base del plan de salud comunal y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud” (Ley 19, 378, artículo N°56).

Estos componentes asociados al financiamiento determinarían algunas de las características más notables de la APS en Chile, ya que establecen en la práctica una dirección centralizada desde el Ministerio de Salud. Este ente fija las normas, planes y programas de salud para el país, y por su cumplimiento “paga” (en rigor transfiere) a las municipalidades una cantidad calculada por ley. Por otro lado la municipalidad debe generar, publicar y entregar al Servicio de Salud anualmente un “Plan de Salud Comunal” y una programación de actividades, que (suponemos) reflejarían la realidad local sanitaria, y deberán ser implementados en sus establecimientos (Ley 19,378 artículo

N°58). Estos planes y programaciones comunales necesariamente incorporarán las normas, planes y programas ministeriales debiendo traducirlos a la realidad local (que puede ser diametralmente opuesta en necesidades, perfiles epidemiológicos y recursos) asegurando así cumplir con la “canasta básica” asociada a la ansiada “paga” ministerial. El resto de las necesidades y acciones que eventualmente sean requeridas en la comuna serán clasificadas implícitamente como “complementarias” para efectos de esta ley, y deberán ser pagadas a costo de la municipalidad, por tanto, tendrán un bajo incentivo para su formulación y realización. Toda esta normatividad está sustentada en la capacidad de supervisión y de gestión del Servicio de Salud respectivo, actuando para estos efectos, como una extensión local del Ministerio de Salud.

6.2.2 Ley de “beneficios” asociados a metas sanitarias para APS

Se suma a este marco legal, la ley 19,813 del año 2002, promulgada durante el gobierno del presidente Ricardo Lagos perteneciente al Partido Socialista (PS) del pacto de la Concertación, que introduce una importante modificación al estatuto de APS. En el marco de su promesa de campaña para realizar “una profunda reforma del sistema de salud” dado las alarmantes inequidades y una percepción ciudadana “que existía un sistema para ricos y otro para pobres” se crean las leyes de reforma de la salud (Solimano y Vergara, 2007). Estas leyes, estarían en concordancia con un análisis de la situación de salud en el país, derivado del “extenso trabajo en mesas con los distintos actores involucrados”, quienes finalmente generaban los insumos para la creación del documento “Los objetivos sanitarios de la década 2000-2010” (que analizamos en el siguiente apartado) y que, entre otras medidas, establecía metas sanitarias para una agenda priorizada de patologías y condiciones de salud. De este proceso finalmente se ingresaron 5 leyes al Congreso, y luego de varias modificaciones para llegar a los “consensos políticos necesarios”, 4 de ellas fueron aprobadas: la ley GES (nombrada oficialmente el “núcleo de la reforma”); la ley para su financiamiento, que

subió en 1% el Impuesto al Valor Agregado (IVA); la ley de Autoridad Sanitaria que establecía divisiones en la estructura y funcionamiento del Ministerio de Salud y creaba los “hospitales autogestionados en red” acorde con la lógica eficientista de la gestión y el permitir movilidad entre usuarios de sistemas públicos y privados y; la ley corta de ISAPRES que potenciaba la actividad supervisora de la Superintendencia de Salud pero no tocaba mayormente su estructura. Quedaron sin aprobar o se rechazaron: la ley de derechos y deberes del paciente (que el 2012 se aprobaría y analizamos más adelante), la creación de un “fondo de compensación de riesgos” que intentaba traspasar los excedentes de las cotizaciones desde el sistema privado al público mejorando la redistribución financiera y; los impuestos a alcoholes, tabaco y petróleo (PNUD,2005). El detalle de este proceso de reforma durante el periodo de gobierno de Ricardo Lagos lo expusimos en el Capítulo N°1 de “antecedentes de la investigación”.

Personal de salud, metas sanitarias negociadas y exclusión de lo local

En concordancia con las orientaciones de reforma, la ley 19,813 otorga una “asignación por el desempeño colectivo” de acuerdo al cumplimiento de metas sanitarias para los funcionarios de APS. Estableciendo así, una nueva modalidad destinada a promover que los establecimientos de APS municipal cumplan con lo dictado por el nivel central; esta vez poniendo en juego una parte del sueldo de cada funcionario asociándolo al cumplimiento de determinadas metas: estos “incentivos” suponen esencialmente un aumento condicionado en sus remuneraciones. Estas metas serían el resultado de una suerte de “negociación” entre el Servicio de Salud y los administradores municipales de APS. No obstante este supuesto espacio de negociación local, sus bases, las metas sanitarias nacionales, ya están dictadas de antemano anualmente por el Ministerio de Salud:

“el Director de cada Servicio de Salud determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, según corresponda, las metas

específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud”(ley 19,813, art. N° 4).

Para la determinación final de las metas específicas locales, el Servicio de Salud deberá convocar la opinión de un “Comité Técnico Consultivo” presidido por el Director del Servicio de Salud e integrado por el Director de APS del Servicio de Salud, un representante de las DESAM y por un representante de los trabajadores (agremiados). Dentro de este mencionado comité se dará la negociación. Esta, en la práctica, se reducirá a determinar cuánto es el aumento (o mantención) respecto al año anterior para cada una de las metas sanitarias nacionales, que los establecimientos se comprometen a realizar. De esta manera, queda excluida de antemano toda posibilidad de replanteamiento de estas metas (cambiarlas o modificar sus priorización) según la realidad sanitaria local, al mismo tiempo que se oculta el gran control ejercido por el nivel central mediante el concepto de *comité técnico* con los actores involucrados. Además, excluye la opinión de los usuarios. Así el rol de la ciudadanía, del personal de salud y de los municipios se reduce a uno meramente informativo, o en el mejor de los casos, consultivo.

6.2.3 Ley GES

Se suma a este marco legal que ya establece con claridad las formas de funcionamiento administrativo de la APS y que asegura el control por el Ministerio de Salud de las actividades asistenciales que serán metas sanitarias priorizadas, la ley 19,966 de Garantías Explicitas en Salud, GES. Esta ley, también promulgada en el gobierno de Ricardo Lagos durante el año 2004 en el contexto de la reforma del sector, establecerá importantes modificaciones al funcionamiento total del sistema de salud y generará gran debate en torno a la concepción del derecho en salud.

El régimen general de garantías y sus excepciones

La ley GES crea un régimen general de garantías en salud para los “beneficiarios” tanto del sistema público como del privado (FONASA e ISAPRES). Estas garantías son relativas al acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un “conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud” dictadas por decreto. Estas garantías son constitutivas de derechos y podrán exigir su cumplimiento ante FONASA, ISAPRES o la Superintendencia de Salud. Las garantías son las mismas para los dos tipos de beneficiarios (públicos o privados), sin embargo sólo tendrán derecho a ellas si cumplen con algunos “criterios generales” como el tipo de enfermedad, grupo de edad u “otras variables pertinentes”. Recayendo en esta última las mayores críticas asociadas a la ley, ya que generaría discriminación entre los usuarios por el tipo de patología y la edad, alejándose de la *universalidad* asociada a una concepción sólida del derecho en salud. Un ejemplo notable es el criterio edad, ya que produce situaciones de evidente discriminación como en el caso de la patología *Hipoacusia bilateral* que requiere uso de audífonos, en el cual la edad de la garantía está fijada a partir de los 65 años, es decir, si el usuario tiene 64 años deberá comprar sus audífonos de alto costo con dinero de su bolsillo, o simplemente esperar un año más en su condición para entrar en la ley GES.

Los expertos en las definiciones de las garantías

La ley expresa además, que el Ministerio de Salud deberá convocar a un consejo asesor para definir las características de las garantías. Este consejo estará formado por 9 miembros de “reconocida idoneidad” en materias de medicina, salud pública, economía, bioética, derecho sanitario y otras disciplinas. Mientras que el Ministro de Salud y sus subsecretarios podrán asistir con derecho a voz durante las sesiones del concejo, la ley no contempla ningún tipo de participación de la sociedad civil, trabajadores de salud u organización de usuarios. Así mismo, cuando en el artículo n°13 establece las formas para elaborar una propuesta de prioridades en salud sujetos a garantías, menciona que se deberán desarrollar:

“estudios con el objetivo de determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población, la efectividad de las intervenciones, su contribución a la extensión o a la calidad de vida y, cuando sea posible, su relación costo efectividad.” (Ley 19,966, artículo N°13).

Estos estudios se basarán en “estudios epidemiológicos, entre otros de carga de enfermedad, revisiones sistemáticas sobre la efectividad, evaluaciones económicas, demanda potencial y capacidad de oferta del sistema de salud chileno” (Ibíd.). Entonces vemos que para la definición de las patologías o condiciones anunciadas como “las de mayor importancia social y sanitaria” sujetas a garantías, es suficiente con el conocimiento biomédico y econométrico excluyendo la opinión de los usuarios y del personal de salud que se verán afectados/beneficiados por la ley. Punto que consideramos relevante dentro de nuestro eje analítico sobre “las políticas sociales y de salud” que ya se mostraba en el apartado anterior, acá visto con mayor claridad: la política de salud de todo el país es formulada por expertos del nivel central en un marco de exclusión.

El GES de medicina preventiva y la APS

Otra de las características relevantes de la ley GES, es que incorpora el examen de medicina preventiva como garantía, estableciéndose por ley cuáles son las enfermedades en las que “existe evidencia de la detección precoz en el individuo asintomático y puedan ser prevenibles o controlables y que formen parte de las prioridades sanitarias” (Ley 19,966, artículo N°8). Siendo importante para la función de APS dado que corresponde a su nivel de complejidad, convirtiéndose en una de sus tareas prioritarias. No obstante, este examen de medicina preventiva ya se estaba implementando antes de la promulgación de esta ley (era parte de la “canasta básica de prestaciones” de APS), entonces, en la práctica sólo convertía en garantía una meta sanitaria antigua. Debido a esto, los recursos asociados al cumplimiento de esta garantía se sumaron al aporte *per cápita* dado por el Ministerio de Salud a las entidades administradoras municipales, aumentando su financiamiento basal.

6.2.4 Leyes 20,157 y 20,250

Incentivos salariales para APS en regiones extremas

Por su parte, la ley 20,157 del 2007 y la ley 20,250 del 2008, creadas bajo el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, modifican algunos artículos asociados al estatuto de APS. Establece, entre otras: bonos y días feriados para los funcionarios de APS de regiones extremas, nuevos porcentajes de asignaciones por desempeño difícil, ajustes en las características de las asignaciones por responsabilidad, y otras disposiciones sobre el retiro voluntario por edad en los establecimientos de APS. La importancia de estas leyes, es que intentan mejorar las condiciones del personal que trabaja en APS, en especial en cuanto a los incentivos salariales para las regiones extremas, respondiendo a nuestro eje de “recursos del sistema de salud público”.

6.2.5 Ley de derechos y deberes del paciente

La última ley de relevancia para nuestra investigación es la ley 20,584 de deberes y derechos del paciente, publicada en abril del año 2012 durante el gobierno de Sebastián Piñera. Esta ley había sido ingresada al Congreso el año 2001 al mismo tiempo que las leyes de la “Reforma” del presidente Ricardo Lagos que incluían la ley de Autoridad Sanitaria, que modificaba las funciones de rectoría del Ministerio de Salud dividiéndolos en subsecretaría de salud pública y de redes asistenciales y creaba los hospitales autogestionados, la de financiamiento del GES que subía el impuesto al valor agregado (IVA) en un punto porcentual, la ley corta de ISAPRES para crear la Superintendencia fiscalizadora, y la ley de Garantías Explicitas en Salud, sin embargo por falta de acuerdo la ley de derechos y deberes se había rechazado. Sólo en el año 2006 el gobierno de Bachelet le realiza modificaciones reingresándolo para tramitación legislativa y finalmente el año 2012, durante el gobierno de Piñera se logra el consenso necesario.

Un trato digno con la misma estructura

Esta ley tiene como fin establecer derechos y deberes en relación a cualquier tipo de atención en salud otorgada tanto por prestadores públicos como privados. La mayoría de los artículos se asocian a elevar hacia la categoría de derechos cuestiones como: entrega suficiente de información, dignidad, autonomía y respeto en el “trato” con los usuarios dentro de la relación médico-paciente y en el resto de la comunicación con el personal en salud. Así también, establece las formas para iniciar reclamos si alguno de estos derechos fuera vulnerado. Otros puntos que trata son: las características de los comités de ética hospitalarios, la participación de usuarios en investigaciones clínicas, los usos de la ficha clínica y la internación obligatoria por motivos de salud mental con potencial daño a terceros. Un punto de interés para nuestra investigación, es el artículo N°7, donde establece que en las localidades de alta población indígena debe aplicarse un “modelo de salud

intercultural” validado por la comunidad originaria con la asistencia de facilitadores interculturales y carteles informativos en lengua originaria. Destacando la ausencia de derechos en cuanto a la administración propia de los establecimientos de salud por las comunidades indígenas en función de mantener su autonomía (que sí establece el tratado 169 de la OIT). Por último, la ley establece la actuación de las instituciones ante el maltrato que pudiera sufrir el personal de salud por parte de los usuarios.

En cuanto a la APS rural, la aplicación de esta ley se reduciría a disminuir las asimetrías en la información entre el personal y los usuarios, y a asegurar un buen “trato” mutuo. Sin embargo, nos parece que no presenta gran avance en cuanto a los déficits estructurales determinantes de una atención insuficiente (o incluso ausente) en el caso de las localidades rurales aisladas, ni en la participación ciudadana dentro del sistema.

6.3 Objetivos sanitarios de las dos últimas décadas

En este apartado presentamos el análisis de dos documentos creados por el Ministerio de Salud en dos momentos históricos distintos, correspondientes con las últimas dos décadas. Dado que nuestro periodo de estudio las “cruza” (abarca desde el año 2006 al 2012), se hace necesario precisar cómo han cambiado (o no) estos objetivos, manteniendo siempre nuestro “lente analítico” basado en los ejes temáticos ya descritos. Los objetivos sanitarios de la década son documentos de gran importancia dado que se recubren de una legitimidad social, política y técnica difícil de ver en otros sectores del Estado y establecen una orientación normativa a largo plazo del sistema de salud (en rigor del sistema público) influyendo profundamente en las leyes, normas y planes que serán promovidos en toda la década.

Consistente con la narración cronológica, primero se analizan los objetivos sanitarios de la década 2000-2010 y posteriormente los de la década 2011-2020.

6.3.1 Objetivos sanitarios de la década 2000-2010

El documento llamado “Los Objetivos Sanitarios de la década 2000 -2010”, fue realizado durante el gobierno de Ricardo Lagos y sustentaría la necesidad de una reforma del sistema de salud. Desde la definición de estos objetivos y sus estrategias de abordaje se desprenderían algunas de las leyes ya revisadas en este capítulo: la ley 19, 813, de metas sanitarias; la ley 19,996, GES; y la ley 20,584 de derechos y deberes del paciente; además de numerosas modificaciones al resto del marco legal y normativo del sector.

Los desafíos son de Chile, las estrategias de los expertos

En su prólogo, el entonces Ministro de Salud Osvaldo Artaza menciona que dicho documento es el resultado de un “prolongado trabajo en mesas de discusión integradas por dirigentes de colegios profesionales, dirigentes gremiales, académicos, usuarios y empresarios de la salud”. Su finalidad sería señalar las metas concretas nacionales en las áreas definidas como prioritarias que se deben alcanzar para el año 2010, señalando las estrategias generales para el logro de cada objetivo. En cada estrategia se incluirán las:

“...intervenciones de eficacia comprobada en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en un contexto de eficiencia en la entrega de servicios y de satisfacción de los ciudadanos (...) De esta forma, los problemas de salud que afectan a la población se sitúan como elemento central para la elaboración de las políticas sanitarias.”(MINSAL, 2002, p.3).

Los objetivos finalmente definidos responderían a 4 “desafíos” de la situación de la salud nacional y del sistema, y serían: 1) mejorar los logros sanitarios alcanzados; 2) enfrentar los desafíos deri-

vados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad; 3) disminuir las desigualdades; 4) prestar servicios acordes a las expectativas de la población.

Cada uno de los objetivos planteados se asocia a metas de reducción en la prevalencia de determinadas patologías o condiciones de salud, o a la disminución de factores de riesgo específicos que, según los estudios de carga de enfermedad y la existencia de intervenciones de comprobada efectividad, se elijan como prioritarios. Es decir, finalmente la definición de las intervenciones recae en un conjunto de “expertos”, teniendo sólo como base el trabajo participativo de las mesas de reforma quienes definieron los objetivos de carácter general, pero no pueden participar en ámbitos de “competencia exclusiva” del conocimiento de la salud pública; reproduciendo así el modelo biomédico hegemónico y definiendo una concepción particular de la política de salud ya mencionada en los apartados anteriores.

Las enfermedades crónicas cardiovasculares y sus metas

Excede nuestro interés analizar cada una de las metas definidas y cómo están priorizadas, sólo diremos acá que el objetivo número 2 (“enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y cambios de la sociedad”) se lleva la mayor parte del documento, estableciendo diversas metas en función de disminuir los factores de riesgo y las enfermedades asociadas a una mayor prevalencia poblacional. Entre ellas se destacan las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo, el cáncer, depresión y VIH/SIDA, entre otras. Esta priorización es importante ya que marcará la tendencia general de las actividades de la APS durante la década (y por defecto la no realización de otras actividades, en especial las emanadas de la problemática local).

Justicia financiera sin tocar las bases estructurales de la inequidad

En el marco de este proceso de trabajo en mesas de reforma, el documento expone argumentos para la corrección de todo el sistema sumando al “intersector” y “los actores políticos”:

“El énfasis fundamental en el planteamiento de estos objetivos es la protección de la salud, es decir, en las estrategias de promoción y prevención, puesto que los problemas de salud de los chilenos responden a factores asociados al modelo de desarrollo económico y social existente, cuyo abordaje implica necesariamente la acción intersectorial, a través de políticas de gobierno y no exclusivamente sectoriales.” (MINSAL, 2002, p.4).

Sin embargo, finalmente el documento no realiza ninguna crítica a la estructura del sistema, y cuando desarrolla las metas asociadas a las desigualdades en salud, este se limita a enfatizar la necesidad de reducción de las “brechas” en mortalidad infantil, la esperanza de vida y la de años de vida potencialmente perdidos de los quintiles más pobres respecto de los más ricos, mediante “estrategias específicas considerando focalización de las acciones del sector en los grupos más desfavorecidos, concentrándose en las principales causa de morbimortalidad, y garantizando el acceso y la oportunidad de la atención para estos grupos” (MINSAL, 2002, p.10).

Así mismo el objetivo número 4 (prestar servicios acordes a las expectativas de la población) supondría una crítica fuerte a las características del financiamiento actual de sistema de salud, como lo describe en el apartado de “justicia financiera”; allí menciona: “el Estado debe procurar que todas las personas tengan acceso a la atención de salud y que la situación económica de las familias no sea un obstáculo o se vea menoscabada por el impacto de las prestaciones de alto costo”. Sin embargo, esta intención se diluye rápidamente en una estrategia indefinida:

“...[el Estado debe] generar un mecanismo que no empobrezca a las familias chilenas, que considere progresividad en los aportes y cuyo pago no esté asociado al riesgo o uso de los servicios, así como asegurar financiamiento fiscal para proteger sanitariamente a los indigentes y a las personas de menos ingresos” (MINSAL, 2002, p.11).

Entendemos que este punto sustentará la ley GES (y esencialmente la garantía de protección financiera), pero también la continuidad y legitimidad del sistema mixto público-privado, y la voluntad subsidiaria del Estado.

6.3.2 Objetivos sanitarios de la década 2011-2020

Siendo una continuación de los objetivos de la década pasada, los objetivos sanitarios de la década 2011-2020 titulados “Elige vivir sano”, fueron creados bajo el gobierno del presidente Sebastián Piñera durante el año 2011. En su prólogo, el documento explica que el balance final de los objetivos de la década anterior no fueron satisfactorios, por variados factores: las metas eran muy ambiciosas; el deterioro de los condicionantes asociados a las enfermedades crónicas habían sido más rápido de lo presupuestado; y porque los aspectos preventivos del plan habían sido de muy difíciles de lograr. En esa línea, la nueva estrategia de objetivos sanitarios pretendería soslayar estos obstáculos y continuar con la “exitosa estrategia chilena” donde “las políticas de salud han sido vistas por todos los gobiernos como un tema de Estado”.

Los factores de riesgo cardiovascular y la salud óptima

De las principales modificaciones respecto a los objetivos de la década anterior, están la creación de 9 objetivos estratégicos, de los cuales se desprenden 50 metas sanitarias, que se medirán a través de 513 indicadores. Esto como resultado de un extenso proceso de trabajo en base a mesas temáticas integradas por “instituciones académicas, sociedades científicas, otros ministerios e

instituciones del Estado, institutos, organizaciones gremiales, asociaciones de usuarios, organizaciones no gubernamentales y expertos independientes” (MINSAL, 2011, p.15).

Para su implementación exitosa se hace necesario diversas fases, que incluyen conversaciones y compromisos con el “intersector” (ya que numerosas de las estrategias vinculadas a los *determinantes sociales* excederían el trabajo del sector salud) y la adaptación en las distintas regiones del país de estas metas sanitarias mediante reuniones entre las Secretarías Regionales Ministeriales, Servicios de Salud y DESAM.

A pesar de los cambios evidentes en el diseño y metodología; el contenido de los 9 objetivos estratégicos muestra más continuidades que diferencias respecto de los planteados para la década pasada. Su énfasis principal sigue estando en las enfermedades crónico-degenerativas debido a que representan la mayor carga de enfermedad en el país y con tendencia al alza según las proyecciones. Así se establece con fuerza la preocupación por los “factores de riesgo de la salud”, que se reducirían a los factores de riesgo cardiovascular reconocidos por la evidencia, y a la idea de alcanzar una “salud óptima” dependiente de lo mismo: la ausencia de estos factores. Este reduccionismo en las propuestas ya lo habíamos relevado bajo el eje temático de “las políticas sociales y de salud” desde los discursos del presidente Piñera, y representa un gran retroceso en el concepto salud dado que centra en el individuo la responsabilidad absoluta de su cuidado y desprende al Estado de este rol limitando su tarea, al tiempo que entra en contradicción con la visión de los *determinantes sociales*, también ampliamente destacados en el documento.

Ruralidad e inequidad geográfica

Excede nuestro análisis determinar cómo cada uno de los objetivos estratégicos afectan el funcionamiento de la APS en las zonas rurales. Sólo expondremos acá dos de los objetivos que creemos

son los más relevantes para nuestro trabajo ya que tocan directamente a nuestros ejes analíticos de la “política social y de salud”, “los recursos del sistema de salud público” y “la ruralidad”, y son: el objetivo estratégico número 5 “determinantes sociales” en su meta de disminuir la inequidad por zonas geográficas; y el objetivo estratégico número 7 de “fortalecimiento del sector salud”.

En cuanto al primero, se describe un análisis de la situación de inequidades en salud producto de la ruralidad, entre las cuales se encuentra la región de Los Lagos:

“La ruralidad en relación con zona geográfica muestra que las regiones con el mayor porcentaje de personas viviendo en zonas rurales son la de Coquimbo (29%), Maule (33%), Araucanía (32%), Los Ríos (31%) y Los Lagos (30%) (...) en un análisis sobre 336 comunas estratificadas por deciles conforme al porcentaje de ruralidad, es posible apreciar una mayor mortalidad por causas traumáticas en los deciles con mayor porcentaje. En otras causas de muertes, como cardiovasculares y tumores, la relación con ruralidad es menos clara. La esperanza de vida, tanto al nacer como a los 20 años, también es más baja en el decil de comunas con mayor ruralidad” (MINSAL, 2011, p.205).

Esta última frase es contundente, sin embargo, la meta de disminuir la inequidad por zonas geográficas finalmente se diluye en variadas estrategias (que además estarían insertas en el resto objetivos estratégicos) para lograr “la reducción del 25% de la media de tasa quinquenal de años de vida potencial perdidos (AVPP) para comunas priorizadas” (las comunas que presentan el 10% de la población con peores AVPP a nivel nacional). Es decir, la meta omite el componente de ruralidad y es reduccionista en su definición socio-territorial limitada a la división administrativa de la *comuna* para focalizar sus recursos y acciones.

Fortalecer el sistema público sin tocar las bases estructurales de inequidad

Respecto al objetivo estratégico número 7 “fortalecimiento del sector salud”, nos interesan principalmente los puntos referidos al mejoramiento de la infraestructura, el recurso humano y el financiamiento. Dentro del mejoramiento en infraestructura, la meta sería aumentar en 30 el número de hospitales en operación “con mejoramiento, normalización y/o reposición”, y en cuanto a los centros de APS aumentarlos en 150 para el año 2020. La estrategia para lograrlo se basa en la realización de un análisis de la infraestructura local por parte del “Gestor de Red” (Servicio de Salud) tomando en cuenta diversos aspectos de salud pública. No se explicita acá nada en relación a las necesidades particulares de la APS ni de las localidades rurales ni se asocia con las regiones o comunas con más necesidades. En cuanto al recurso humano, se establece una meta de aumento en orden de alcanzar “una dotación de recursos humanos adecuada”. Lo “adecuado” según los estándares de la OPS, que lo fijan con un mínimo de 25 profesionales por cada 10.000 habitantes, para los Servicios de Salud y en Secretarías Regionales Ministeriales poniendo énfasis en cerrar la brecha de médicos especialistas en los hospitales de alta complejidad (urgencias y unidades de paciente crítico). No quedando claro cómo se sortearán los déficits de médicos en las regiones más extremas y rurales ni cuál será la estrategia para evitar la alta rotación de profesionales dentro de los establecimientos de APS. Por último, en cuanto al financiamiento; luego de un análisis que demuestra el alto grado de gasto de bolsillo en salud, la estrategia termina sin criticar la estructura del sistema. Lo hace con el siguiente párrafo, que consideramos relevante porque condensa varios conceptos dentro del discurso oficial sobre el abordaje de las inequidades en salud y de la política de salud en general desde la dictadura:

“el presente capítulo no incluyó dentro de su análisis de situación la relación entre las aseguradoras privadas y FONASA, aun cuando se reconoce su importancia para lograr una visión completa de la eficiencia financiera del sistema de

salud. Esto se debe a que la modificación del sistema de aseguramiento escapa al ámbito estricto de la acción del sector, dependiendo en este caso de actores externos, principalmente políticos. Para esto el Gobierno actual cuenta con una comisión Presidencial, la cual es la encargada de llevar la discusión de este importante tema” (MINSAL, 2011, p.276).

El párrafo habla por sí sólo, pero tiene como presupuestos: 1) el “sector salud” correspondería solamente al sistema público de salud, 2) este no dependería mayormente de factores externos, 3) este no tendría posiciones políticas, 4) las metas sanitarias propuestas no incluyen cambios estructurales, más bien se trata de “nuevas estrategias” más acordes con la “nueva realidad.” Finalmente la meta de financiamiento (muy similar a la planteada en la década pasada) es “disminuir en 20% el porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total”, aunque no se dice cómo, y “aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud cuyos hospitales logran una relación de ingresos devengados/gastos mayor o igual a uno”, es decir mejorar la capacidad de gestión de los hospitales, aun cuando se sabe que su desfinanciamiento es histórico y se debe a que FONASA no cubre el 100% de sus gastos . No se incluye el financiamiento de APS, ni el desempeño financiero por parte de la administración municipal, ya que “su desarrollo [de la APS] como estrategia para aumentar la eficiencia financiera del sector, se encuentra considerada en la medida en que la mayoría de las estrategias asistenciales y preventivas seleccionadas para el logro de los Objetivos Sanitarios, deberán efectuarse a este nivel” (MINSAL, 2011, p.276). Frase que no alcanzamos a entender: Pero ¿qué significa en la práctica esta afirmación? ¿entrega de mayor financiamiento? ¿por qué no se realizó un análisis del manejo financiero de las DESAM; por ejemplo, en las brechas financieras que aportan las municipalidades para dar una atención acorde a la normatividad ministerial? Suponemos detrás de esta omisión se encuentra la independencia del manejo financiero-administrativo

por parte de las municipalidades, la falta de información confiable, y la necesidad de diálogo con los “actores políticos que excederían al sector salud”.

6.4 Norma técnica de funcionamiento de las Postas de Salud Rural

Presentamos acá el análisis de la normatividad acotada a nuestro objeto de estudio; lo más “micro” dentro de los discursos de las instituciones “macro”: las normas ministeriales que rigen sobre los establecimientos básicos del sistema de salud público en las zonas rurales, las Postas de Salud Rural —en adelante “las Postas”. No obstante, no debemos perder de vista las características ya analizadas sobre el funcionamiento de la APS en Chile que se puede resumir por ser altamente normativizada y controlada desde el nivel central pero, contradictoriamente, de total independencia administrativa-financiera por parte de las municipalidades. Esta misma contradicción se da en torno a los objetivos, metas y estrategias nacionales diseñados “atrás del escritorio” por los planificadores ministeriales teniendo como productos este tipo de normas técnicas para el funcionamiento de las Postas cuya objetivo es homogenizar y dirigir el comportamiento de establecimientos de salud que supuestamente están descentralizados. Matizando lo anterior, se comprende que el documento representa también un intento de “normalizar desde arriba” en cuanto al mejoramiento las características de las Postas, debido a sus múltiples carencias en equipamiento e infraestructura básica a lo largo del país y en especial en las comunas con bajos ingresos, y como respuesta a la diversidad de reinterpretaciones del funcionamiento de la APS producto de su aplicación en contextos muy diferentes a lo formulado originalmente en el modelo de salud integral, familiar y comunitario (centrado en el rol del Centro de Salud Familiar urbano). Otra de las contradicciones importantes que encontramos, es en cuanto a la función de supervisión técnica por parte del Servicio de Salud, ya que por ejemplo cuando esta entidad detecta que los recursos huma-

nos son insuficientes, esto no tiene consecuencias correctivas, como se analizó de la ley, o no tendrá capacidad para mejorar su infraestructura cuando esta se encuentra en déficit, limitándose a hacer sugerencias de corrección a la municipalidad.

En 2011 hubo una actualización en la norma técnica N°121 de funcionamiento de las Postas, publicada bajo el gobierno de Piñera. En su introducción menciona las nuevas características del perfil epidemiológico y demográfico chileno, y la continua “brecha” en indicadores de salud y sociales de las localidades rurales que justifican la actualización de la norma anterior del año 1991, sin embargo, no se cuestiona por las causas de tales “brechas”, sino que simplemente asume la necesidad de una mirada “especial” a estas localidades desde el sistema de salud público. También hace referencia a las nuevas prioridades de atención en salud definidas en los objetivos de la década 2011-2020, las garantías GES y los conceptos de *determinantes sociales*, *derecho en salud* y las características del modelo de salud integral familiar y comunitario, y con *pertinencia cultural*.

El norma define: el concepto, las funciones, la infraestructura y el equipamiento de las Postas; y además su rol en las redes locales, las características de la dotación del equipo de salud y su cartera de prestaciones, entre otros puntos.

Acá nos extenderemos en estas definiciones y caracterizaciones debido a que aportan información fundamental para nuestro objeto de estudio.

Se define una Posta de Salud Rural como:

“...un establecimiento de menor complejidad que forma parte de la red asistencial, localizado en sectores rurales de mediana o baja concentración de población o mediana o gran dispersión, a cargo de las acciones de salud en materia de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud, y del seguimiento de la situación de salud de las comunidades rurales (...) es un

activo agente del desarrollo sustentable de las comunidades rurales, por lo que simultáneamente forma parte de la red de salud y de la red intersectorial (...) cubren necesidades de salud de las poblaciones en localidades rurales concentradas o dispersas entre 500 y 4.500 habitantes permanentes. Entrega continuidad de los cuidados, a través del Técnico Paramédico residente...” (MINSAL, 2011, p.2).

Los horarios de funcionamiento de las Postas, serán de 8 horas diarias de lunes a viernes, y en el caso de haber dos Técnicos Paramédicos, de 12 horas de lunes a viernes y 4 horas el día sábado. El sistema de turnos “de llamada” de los fines de semana, deberá ser creado por cada centro y es deber del Servicio de Salud supervisar su cumplimiento.

La norma establece los roles de las Postas en base a los siguientes ejes: integralidad de la atención y continuidad de los cuidados; desarrollo comunitario y participación social; accesibilidad; integración a la red asistencial; Garantías Explícitas en Salud; anticipación al daño; población a cargo; emergencias y catástrofes; zonas fronterizas; protección social; derechos en salud; facilita el acceso de la población rural a bienes públicos de salud; equidad de género; pertinencia cultural; y pertinencia territorial. Siendo la mayoría de ellos nuevos conceptos promovidos por las agencias internacionales (OMS, OPS) que tienen como objetivos corregir las *inequidades en salud* y que en la norma anterior no aparecían.

Luego el documento expone la “cartera de prestaciones” de las Postas, que corresponden a todas las actividades a realizar dentro del establecimiento. Esta cartera está contenida dentro del “Plan de Salud Familiar” que cada año es definida por el nivel central mediante un decreto del Ministerio de Salud y de Hacienda. A estas actividades se suman las del GES, y otras con relación al medio ambiente, y trabajo comunitario. Estos puntos son importantes porque reafirman algunas contradicciones normativas ya mencionadas en los apartados anteriores en relación a los ejes “política

social y de salud” y “recursos del sistema público” debido a que dentro de los abundantes roles de la Postas descritos en el párrafo anterior, se encuentran funciones que exceden la cartera de prestaciones por las cuales el ministerio “paga” al establecimiento. Justamente estas “tareas extras” tienen relación con la participación ciudadana y el desarrollo de estrategias locales en salud. Es de esperar entonces, que estas acciones no se realicen o lo hagan de forma marginal, dado el bajo incentivo por parte del administrador municipal que estará interesado en cumplir por lo cual le paga FONASA (la cartera de prestaciones); mientras el Servicio de Salud estará interesado sólo por el control de las metas sanitarias y los indicadores de actividad.

El Técnico Paramédico y el equipo de “ronda rural”

En cuanto al personal de salud, el documento define al equipo de salud de las Postas como el “equipo de cabecera de la población bajo su jurisdicción” de forma análoga a la definición del personal de los Centros de Salud Familiar urbanos; tendrían un carácter multidisciplinario y su misión sería cumplir con las metas y objetivos tanto del Plan de Salud Comunal como de las orientaciones programáticas ministeriales bajo el modelo de salud. El equipo está formado por los Técnico Paramédico más el conjunto de funcionarios que realiza la “ronda rural”; los Técnicos Paramédicos asumen la continuidad de la atención y el contacto permanente con la comunidad. No se define con claridad qué es una “ronda rural”, asumiendo que todos los destinatarios del documento sí lo conocen. Aclaremos el punto: una ronda rural es una jornada de atención de periodicidad variable, en la cual el equipo generalmente integrado por un médico, una matrona y otro profesional realiza labores asistenciales en una de las Postas de la comuna. El resto de los días (días sin ronda) el Técnico Paramédico que reside en la Posta se encontrará solo realizando las actividades del establecimiento.

La norma establece la frecuencia de estas rondas, mencionando que:

“...dependerá de las necesidades de la población inscrita, evidenciadas en el diagnóstico de salud anual y traducido en las horas necesarias de cada profesional, en la programación anual de actividades que debe ser realizada por todo el equipo de postas (...) como mínimo se requiere la realización de dos rondas mensuales por Postas, adecuando su composición a las condiciones locales” (MINSAL, 2011, p.7).

Luego el documento se extiende sobre las funciones del equipo de salud, que básicamente son las mismas establecidas por Ministerio de Salud para los equipos de APS urbana. En el caso de las actividades “comunitarias” el documento cita a un manual realizado por el Ministerio de Salud el año 2010 donde se exponen las actividades principales que el Técnico Paramédico deberá realizar con la comunidad inscrita en la Posta con énfasis en los “diagnósticos participativos” (MINSAL, 2010).

Los medicamentos que componen el “arsenal farmacológico” de las Postas también están definidos en una Resolución del 2010 del Ministerio de Salud (R.E. N°840) y debería estar disponible para todas las Postas del país. Además podrán contar con los medicamentos requeridos para las enfermedades de mayor prevalencia en la zona, así como para dar continuidad al tratamiento de pacientes crónicos. Esto lo definirá el Servicio de Salud correspondiente, pero sólo podrá incluir los medicamentos del arsenal de APS general. El Técnico Paramédico puede hacer uso de estos medicamentos básicos pero dentro de los lineamientos de un protocolo específico aprobado por el Servicio de Salud, o bajo la indicación directa de un profesional médico. Así se permite al Técnico Paramédico resolver las patologías básicas más prevalentes, sin la necesidad de contar físicamente con un médico, quien estará autorizado, por ejemplo, a dejar una indicación por radio, quedando registrado en la ficha clínica. Esta particularidad es exclusiva de los Técnicos Paramédicos rura-

les. Además se establece que las patologías y condiciones que no puedan atenderse en estos establecimientos de APS por su mayor complejidad deberían derivarse a los hospitales de la red de salud pública disponible en la localidad con la coordinación del respectivo Servicio de Salud.

La infraestructura de las Postas

Finalmente se describen las condiciones sanitarias básicas (como tener un sistema de provisión de agua segura para el consumo humano, disposición de residuos líquidos y sólidos, entre otras) y las características de la planta física y del equipamiento de las Postas, declarando que las especificaciones ya se encontraban dentro de otro marco normativo desarrollado por el Ministerio de Desarrollo y Planificación el año 2007 (MIDEPLAN, 2007). Un resumen de las características arquitectónicas que debe contar una Posta son: 4 Box (salas) de atención, 1 área de SOME (administrativa) y archivo, 1 área de botiquín, 3 baños, 1 sala de espera, 1 recinto de aseo, 1 despacho de alimentos y 1 bodega de alimentos; sumando en total 172 metros cuadrados construidos, a lo que se suma la vivienda del TPM de 52 metros cuadrados. Esta normativa será de gran importancia cuando lo contrastemos con los hallazgos de nuestro trabajo de campo en Cochamó, que se expondrán en el siguiente capítulo.

6.5 Funcionamiento del Servicio de Salud del Reloncaví

Los 29 Servicios de Salud existentes en la actualidad en Chile son productos de un desarrollo histórico y político particular. El que corresponde al estudio, es el Servicio de Salud del Reloncaví —en adelante “el Servicio”— que tiene influencia sobre las provincias de Llanquihue y Palena, y por lo tanto sobre la comuna de Cochamó. Tal como expusimos en el Capítulo N°4 del “Contexto de la investigación” este Servicio sería una forma de heredero de la red de establecimientos de salud

del antiguo Servicio Nacional de Salud, y es desde esa mirada histórica que podremos comprender su funcionamiento y su política actual.

Metas, indicadores de actividad y convenios en APS

Como extensión operativa del Ministerio de Salud en el territorio, y a pesar que la mayoría de los establecimientos de APS son administrados por las municipalidades, al Servicio le corresponde por ley velar por el “fortalecimiento de la capacidad resolutive del nivel primario de atención”. Para lograrlo, su principal atribución es otorgada por las leyes 19,378 y 19,813 (ya analizada), donde se le faculta para determinar metas específicas e indicadores de actividad con los cuales evaluará a los establecimientos de APS dentro de su territorio. Al mismo tiempo, tiene la facultad de “celebrar convenios de gestión con las respectivas entidades administradoras de salud municipal, que tengan por objeto, asignar recursos asociados al cumplimiento de metas sanitarias, aumento de la resolutive de sus establecimientos y mejoramiento de los niveles de satisfacción del usuario” (D.L. N° 2763/79, Art. 20; Ley N° 19.937 Art. 1° N° 18). Estos convenios asociados a los principales programas ministeriales aportarán gran parte del financiamiento de las comunas con poca población dado que ellas generan muy bajo presupuesto *per cápita*, y se convertirán en otro de los puntos fundamentales para comprender la particular relación existente entre el Servicio y las administradoras municipales intersectando nuestros ejes de “políticas sociales y de salud” y de “recursos del sistema de salud público”.

Coordinación Territorial

En cuanto a la política particular del Servicio; la “visión” que exponen como organización dentro de su página web, es plenamente concordante con su función legal: “Ser un gestor de la red pública de salud efectivo y acogedor, que dirige y articula de manera confiable y transparente la red

asistencial, para el logro de los objetivos sanitarios de las provincias de Llanquihue y Palena”. Pero no debemos confundirnos, ya que en realidad no existen objetivos sanitarios provinciales: estos sólo son adaptaciones locales a las metas nacionales. Es en el nivel central donde “los expertos” gestaron la política de salud del Estado y las particularidades locales son cuestiones meramente operativas para efectos del trabajo del Servicio. Esta entidad deberá ser capaz de “comprometer” a las distintas instituciones territoriales (hospitales, administradores municipales, establecimientos de salud y organizaciones de usuarios) para lograr el beneficio común condensado en las metas, programas y planes ministeriales. Los heterogéneos perfiles epidemiológicos de las diferentes comunas pasan a un segundo plano respecto a estas metas e índices de actividad. Por otro lado, el mejoramiento en la infraestructura y el recurso humano de la APS, en tanto establecimientos municipales, será apoyado sólo a través de convenios supeditados al cumplimiento de indicadores definidos por el Servicio. Es dentro de este marco de metas-convenios-evaluaciones-pagos dónde se juega el financiamiento de la APS y, por contaminación su funcionamiento.

En un intento de matizar este rol centralizado, y ofrecer una forma de gestión local que se acerque a la realidad compleja de los territorios dependientes, el Servicio de Salud inicia el año 2007 un proceso de reestructuración interna apoyada por académicas de la Universidad Austral de Chile¹³. Uno de los principales cambios introducidos, fue la creación del departamento de Coordinación territorial que entre sus múltiples funciones declaradas en la resolución oficial que fija la estructura interna del Servicio de Salud, menciona:

“...facilitar la relación entre los equipos locales de salud y la Dirección de Servicio; conocer el contexto biopsicosocial de las comunas de cada territorio; impulsar el desarrollo del modelo de salud por los equipos locales; supervisar la aplicación de las políticas de salud en los territorios velando por la aplicación de

¹³ <http://medicina.uach.cl/prensa/noticias/2008/septiembre/121.htm>

criterios de pertinencia cultural, igualdad de género, participación comunitaria e inclusión de grupos vulnerables” (Servicio de Salud Reloncaví, 2010).

En resumen, se creaba un departamento que debía tener una mirada integral de los establecimientos de la red asistencial (y en especial de APS), con énfasis en el acercamiento a la realidad de los equipos de salud local, para de esta forma, relevar sus problemáticas a las estructuras jerárquicas superiores (Director del Servicio o Jefes de Programas del Ministerio). Su rol político, inserto en la capacidad de mediación ante los DESAM de las comunas, quedaba implícito dentro de sus atribuciones, presentándose bajo una fachada técnica —cuestión habitual en este tipo de documentos.

Fortalecer la infraestructura hospitalaria

Dentro del eje temático “recursos del sistema de salud público” analizamos el tratamiento destacado por parte del Director del Servicio de Salud del Reloncaví durante la Cuenta Pública 2012, acerca de la expansión en la infraestructura hospitalaria; allí menciona: “[nuestra labor busca] generar un cambio en la salud pública, con una red más fortalecida y moderna. A la comunidad le estamos entregando Hospitales pensados para los próximos 30 años, con comunas que crecen y que tienen nuevas necesidades”. Concordante con la lógica de las Cuentas Públicas en el país, se exalta la capacidad de gestión del Servicio mediante la enumeración de las obras efectuadas durante el año: la construcción del nuevo Hospital de Puerto Montt, los arreglos en los Hospitales Comunitarios de Llanquihue, Calbuco, Fresia y Frutillar, los trabajos en el de Futaleufú y la reposición del Hospital de Chaitén ¹⁴. Aparentemente la APS sólo se menciona en un lugar marginal durante la Cuenta Pública, sin embargo, los llamados “Hospitales Comunitarios” son establecimientos dependientes del Servicio de Salud con un nivel de complejidad y cartera de prestaciones simi-

¹⁴ <http://www.soychile.cl/Puerto-Montt/Sociedad/2013/04/24/169979/El-Servicio-de-Salud-Reloncavi-realizo-su-cuenta-publica-2012.aspx>

lar a la de un consultorio de APS, siendo la atención cerrada (la hospitalización) marginal. Por lo cual, el Servicio de Salud debe asegurar el funcionamiento de una APS propia (dentro de los Hospitales Comunitarios) y de una APS municipal (dentro de los centros de las DESAM) con lógicas radicalmente distintas. Esto sería uno más de los problemas producto del proceso de descentralización iniciado por la dictadura militar cuyas características básicas son profundamente contradictorias.

6.6 Política de salud comunal de Cochamó

Finalmente llegamos hasta el nivel “micro” de los discursos oficiales de la política de salud rural, representado por la municipalidad y su Departamento de Salud Municipal (DESAM) encargado de la administración de las Postas en la comuna de Cochamó. Para este análisis utilizaremos dos fuentes: el Plan de Salud Comunal del año 2011 y las Cuentas Públicas realizadas los años 2009, 2010 y 2011.

La municipalidad de Cochamó está dirigida por el alcalde Carlos Soto desde el año 2004, perteneciente al Partido Radical Social Demócrata (PRDS) del pacto Concertación, habiendo sido reelegido por 2 periodos consecutivos. No pudimos obtener acceso a las Cuentas Públicas ni los Planes de Salud Comunal de la administración anterior, debido a que: 1) las Cuentas Públicas sólo desde el año 2008 se exige su publicación por la ley 20,285 de “transparencia de la función pública y de acceso a la información de administración del Estado”; y 2) porque no existiría un Plan de Salud Comunal legitimado por el Departamento de Salud Municipal (DESAM) desde antes del año 2011. Entonces, lamentablemente no podremos establecer un paralelo respecto a la tendencia política anterior, cuando la municipalidad era dirigida por un alcalde del pacto de derecha Alianza. Sin embargo, y dado la continuidad de la administración actual, pensamos que con los documentos recopilados bastará para darnos un panorama general de la política de salud comunal respondiendo

do principalmente a nuestros ejes temáticos “políticas sociales y de salud, “recursos del sistema de salud público” y “la ruralidad”

6.6.1 Plan de Salud Comunal

El Plan de Salud Comunal es una de las exigencias hechas por el Ministerio de Salud a las entidades municipales administradoras de APS incluidas dentro de la ley 19, 378 (ya analizada). El documento debería ser un reflejo del análisis de la situación en salud de la comuna, presentando la problemática local en extenso para así ofrecer las estrategias que orientarán el trabajo del DESAM, el equipo de rondas y las Postas durante el año próximo.

Prioridades locales acorde a prioridades nacionales

Ya desde su introducción, el Plan de Salud se ajusta a las líneas ministeriales, asumiendo que la política de salud emanada desde el nivel central es correcta y sin cuestionamiento posible: “la priorización de los problemas de nuestra realidad local, deben ir acorde a las prioridades del país” (DESAM Cochamó, 2011, p.4). Esta será la tónica de todo el documento, siendo su parte más extensa, la que enumera los objetivos y brechas en la cobertura para cada uno de los programas ministeriales.

Al establecer su *Política Comunal de Salud*, señala como objetivos del año:

“1) Mejorar la capacidad de gestión y organización interna; 2) fortalecer el trabajo con la comunidad; 3) mantener y/o mejorar los logros sanitarios de los años anteriores; 4) garantizar el cumplimiento de los distintos programas del ministerio de salud; 5) mejorar la conectividad entre las Postas dependientes del DESAM; 6) mejorar las condiciones de infraestructura de las Postas; 7) fortalecer el trabajo en equipo; 8) realizar un diagnóstico comunal en salud y con metodología participativa” (DESAM Cochamó, 2011, p.5).

Desmarcándose parcialmente de las directrices ministeriales para proponer una política centrada en la problemática local. En resumen, las tres principales preocupaciones del DESAM serían: la gestión y captación de recursos para cubrir las necesidades básicas de las Postas y del personal; la creación e implementación de estrategias “comunitarias y participativas” en función de mejorar la legitimidad del departamento; y cumplir con lo normado por el Ministerio de Salud, asegurando así su financiamiento por parte del Servicio de Salud. Estas 3 preocupaciones, que reconocemos como válidas dentro del contexto local, deberían marcar la agenda del DESAM. Sin embargo, finalmente las estrategias propuestas se reducen a acciones muy limitadas y centradas en la responsabilidad individual de los funcionarios, reflejando una nula visión crítica estructural acerca de los presupuestos aportados por la municipalidad, o hacia las formas de financiamiento, asesoría y supervisión desde el Servicio de Salud.

Más adelante, el Plan de Salud expone su *misión* como departamento:

“Entregar una atención de calidad a nuestros usuarios, que garantice una resolución oportuna a sus problemas de Salud, basándose en el modelo de Salud familiar y asegurando la existencia de los recursos necesarios para cumplir con los requerimientos en Salud” (DESAM Cochamó, 2011, p.6).

Recuperando todo el discurso de la APS diseñado a nivel ministerial, perdiendo por completo la especificidad local planteada con anterioridad. Lo local sólo se expresa a través de la carencia: “...asegurando la existencia de los recursos necesarios...”. Esto último parece sorprendente para incluirlo dentro de la misión del departamento, pero se comprende cuando el documento hace un análisis del equipamiento de las Postas, mostrando que sólo en la mitad de ellas se encuentran instrumentos básicos para el diagnóstico como otoscopio o test de glucosa capilar (que según la norma ministerial debería existir en todas las Postas del país), o que su infraestructura es profun-

damente deficiente. Basta mencionar acá que más de la mitad de las Postas tiene su baño público clasificado como “malo” o “regular” al igual que la calidad del abastecimiento de agua potable (DESAM Cochamó, 2011, p. 20 y 21). La necesidad de recursos para estas cuestiones básicas se vuelve una preocupación inicial para el departamento, pero luego se pierde dentro del documento entre las numerosas actividades, objetivos y estrategias destinadas a cumplir los programas ministeriales.

Ruralidad como dificultad

La ruralidad es mencionada a lo largo del Plan de Salud respecto a las características del trabajo del equipo de salud; destacan: la gran dispersión geográfica de la población, las dificultades de accesibilidad, el constante peligro de las condiciones climáticas, las fallas en la comunicación, y las dificultades para el transporte del personal. La ruralidad entonces se expresa constantemente en un sentido negativo; dificulta la acción de un equipo de salud:

“El Departamento de Salud municipal cuenta con un equipo de salud de mucha experiencia, lo que se refleja en la gran capacidad resolutiva. Esto sin duda es muy importante considerando lo difícil que resulta trabajar en una Comuna con una Ruralidad extrema como la nuestra” (DESAM Cochamó, 2011, p.18).

En todo el documento no se menciona la ruralidad como una oportunidad, ni como un territorio con algún tipo de factor protector para la salud, sino todo lo contrario. En los aspectos comunitarios, donde algunos de los documentos ministeriales (como el manual de trabajo comunitario de las Postas) encontrarían en la ruralidad un espacio idóneo para este tipo de trabajo “por la cultura comunitaria de sus pobladores”, en el Plan de Salud Comunal de Cochamó no se encuentran.

6.6.2 Cuentas Públicas Comunes.

La Cuenta Pública Comunal es un documento (y una presentación pública) acerca de la gestión de la municipalidad durante el año de ejercicio. Es un acto obligatorio según la ley 18,965 (Orgánica Constitucional de Municipalidades) y en él se resumen los aspectos más destacados y generalmente se recalcan los “importantes logros para el desarrollo y progreso de la comuna” durante el año. Es entonces, un espacio de tribuna política donde el alcalde aprovechará de demostrar sus capacidades de gestión y asegurar un respaldo ante la población.

Encontramos bastantes limitaciones en las Cuentas Públicas analizadas referentes a su contenido narrativo. La mayoría del documento está basado en la exposición mediante gráficos y tablas del balance financiero del periodo. Esos datos serán útiles para el próximo capítulo de la investigación, así que acá no los tocaremos. Sólo mencionaremos, dentro de nuestro eje temático de “recursos del sistema de salud público”, que en su versión del año 2011 la Cuenta Pública destaca el “importante financiamiento” aportado para el DESAM por parte directa de la municipalidad (27,8% del total del financiamiento; el resto se transfiere desde el Servicio de Salud) debido a que “el Municipio ha optado por ir entregando más y mejores atenciones de salud a la comunidad”. Frase concordante con la ley de estatutos de APS, en el cual el Ministerio de Salud sólo transfiere dinero para una “canasta básica” de prestaciones normada, y el “exceso” de prestaciones deberá ser financiado a costo de la municipalidad.

Siguiendo con este eje temático, se exponen como logros de la gestión en salud de la municipalidad: la adquisición de una camioneta para el transporte de las rondas; el mejoramiento del equipamiento e infraestructura en algunas Postas —¡mediante presupuestos participativos!¹⁵—; la

¹⁵ Destacamos este comentario con signos de exclamación con ironía, dado que nos parece aberrante presentar como “presupuesto participativo” la reparación del mal estado en la infraestructura de una Postas.

presentación al Fondo de Desarrollo Regional los proyectos para la reposición de las Postas de Cochamó y Sotomó (que luego fueron suspendidas por no tener regularizados los documentos de propiedad del terreno); la realización de una “feria de la salud” como actividad de promoción y prevención; y la aprobación de los presupuestos para la construcción de un Centro de Salud Rural en Río Puelo (que luego tendrá numerosos problemas para su aprobación). En su discurso del año 2011, el alcalde también se refiere a la situación de ruralidad como un obstáculo para realizar su gestión, repitiendo así los argumentos de su DESAM: “... este es el año en que sorteamos con éxito las grandes dificultades que se le imponen a diario a una comuna rural y cordillerana como la nuestra.”(Municipalidad Cochamó, 2011,p.4)

Conclusión

Como demostramos en este capítulo, las similitudes entre los discursos de los dos últimos periodos de gobierno son mayores que sus diferencias según nuestro planteamiento teórico-metodológico. Estas similitudes se cristalizan en el cuerpo legal, estratégico y normativo del sector salud (y específicamente de la APS) que presenta una marcada continuidad en sus puntos esenciales, más atrás aun, probablemente desde el comienzo de los gobiernos de la transición y se extiende hasta la actualidad. Lo subyacente a este fenómeno sería la perpetuación, desde el término de la dictadura militar, de los mismos principios fundantes de la relación Estado-Sociedad-Mercado. Entre estos principios, observamos que la primera y principal función del Estado es el aseguramiento del crecimiento económico sustentado en un desarrollo de tipo exportador en alianza público-privada. Supeditado a esta función primordial se desarrollarán el resto de las políticas públicas y en especial las políticas sociales que encontrarán sus condiciones de posibilidad,

No se nos ocurre nada más alejado de las concepciones de *derechos en salud, calidad de atención* y de *participación ciudadana* que tanto pregonan los discursos oficiales.

desarrollo y límites en los techos presupuestales donde la “austeridad fiscal” (eufemismo para bajo gasto público) es una afirmación incuestionable. Al mismo tiempo, estos principios fundantes se presentan a sí mismos como productos del “consenso y del acuerdo” (que también devienen en afirmaciones incuestionables) potenciando sus capacidades fetichistas; y de paso, originando un proceso de exclusión para toda posibilidad divergente.

En cuanto a las políticas sociales y en especial de salud, segundo eje analizado, siguiendo esta lógica, se desarrollarán sobre una rígida base conceptual-presupuestaria (como una unión indisoluble) que determinarán sus características principales; en la política de salud: la ausencia de una crítica a la estructura mixta de financiamiento y provisión de servicios; la formulación de repetitivas medidas de corrección ante las numerosas fallas del sistema; y la toma de decisiones por conjuntos de “expertos” de origen sanitario o economistas, ambos con tendencias costo-eficientistas y/o economicistas, a la vez que altamente centralizada y jerárquica. Todo lo anterior será matizado o complementado con distintos barnices derivados de un uso instrumental de conceptos afines a los expuestos a nivel internacional como *derechos en salud, protección, determinantes sociales, participación, o elegir vivir sano*, utilizados alternativamente según la tendencia política del gobierno en turno.

Respecto al eje analítico de los “recursos del sistema de salud público”, a pesar de los recortes presupuestales y tentativas privatizadoras durante y después de la dictadura militar, continúa teniendo una importancia clave en la reproducción social de la mayoría de la población del país a través de su participación en la atención del 80% de la población; cuestión que los sucesivos gobiernos han asumido, debiendo desarrollar diversas estrategias para impedir su completo desfinanciamiento, no sin importantes contradicciones inherentes a su carácter esencialmente público dentro de un contexto regido por las fuerzas del mercado. Entre estas estrategias encontramos

distintas modalidades de autogestión financiera dentro de los Servicios de Salud, hospitales, municipios, y establecimientos de salud; salarios del personal de salud asociados a cumplimiento de metas; y celebración de convenios con entidades privadas para la prestación de diversos servicios, entre otros mecanismos.

Dentro de las principales conclusiones respecto el eje de las políticas asociadas a “la ruralidad”, encontramos una mirada estrecha de la complejidad presente en estos territorios, asociado al carácter fundamentalmente economicista y centralista en su formulación. En esa línea, el desarrollo de la agroindustria a gran escala con el objetivo de convertir a Chile en potencia agroalimentaria a nivel mundial, pasa a ser un “asunto de Estado”—eufemismo usado para destacar estos temas en los cuales hay pleno acuerdo en el sistema político, y por tanto son incuestionables—, al tiempo que se desprecia e ignora por el Estado la capacidad de apoyo a las estructuras autónomas y políticas de los pequeños campesinos, desde ahora limitados a “sumarse a la cadena exportadora generadora de desarrollo” o a vivir en condiciones de pobreza y marginación. Por otro lado, los anuncios de mejoramiento en la infraestructura asociada a necesidades básicas de vida en las localidades rurales (alcantarillado, agua potable, conectividad, etc.) se expresan dentro de los discursos en un sentido más cercano al asistencialismo-paternalista que a una concepción de derechos vulnerados producto de la desigual distribución de ingresos y territorios presente en las zonas rurales del país.

Finalmente, en los discursos oficiales desde el Servicio de Salud del Reloncaví y desde el DESAM de Cochamó encontramos una “condensación y réplica a pequeña escala” de las formas y contenidos dispuestos en las leyes, estrategias y normas formuladas por el nivel central, reflejando una evidente ausencia de problematización respecto a la realidad del proceso de salud/enfermedad/atención en el contexto local. Dos explicaciones no excluyentes podrían dar

cuenta de estos hallazgos: 1) el control de los presupuestos y salarios que ejerce el Ministerio de Salud (y su extensión el Servicio de Salud) a través del cumplimiento de las metas sanitarias para la APS, provocaría un efecto inhibitorio para la formulación local de diagnósticos, estrategias y acciones, ya que quedarían sin financiamiento; y 2) el control ideológico sobre los funcionarios locales producto de un discurso asimétrico (experto formulador versus técnico aplicador), centralista, y con aspiraciones hegemónicas (serían “asuntos de Estado”) efectuado por el Ministerio de Salud, lo cual provocaría que sus objetivos nacionales sean asumidos como análogos a los de la realidad local.

“Si dijeras, si preguntaras de dónde viene, quién es, en dónde vive, no podría hablar sino de muertos, de sustancias hace tiempo descompuestas y de las que sólo quedan los retratos; si preguntas de nuevo, diría que transcurre el cuarto al fondo de la casa, que conserva destruyendo labios como látigos, rostros, restos de útiles inútiles y de parientes transitorios en su soltera soledad.”

Jorge Enrique Adoum

7 Capítulo 7. Prácticas institucionales de salud

Este capítulo fue diseñado para presentar una continuidad con el capítulo anterior. Una vez descritos y analizados los discursos oficiales, lo que el Estado “dice hacer”, respecto al proceso de salud/enfermedad/atención de los habitantes de las localidades rurales y específicamente en la comuna de Cochamó; acá exponemos la descripción y análisis de sus prácticas institucionales en salud concretas: “lo que hace” el Estado en esta comuna. No obstante, comprendiendo el carácter ilusorio inmerso en la pretensión de una descripción objetiva de tal realidad, somos conscientes que nuestra aproximación al objeto de estudio, nuestra mirada, implica decisiones teórico-metodológicas generadoras de un “recorte de la realidad” determinado y necesariamente reductor. A esto le sumamos limitaciones prácticas derivadas de la cantidad de tiempo en terreno, documentos disponibles y veracidad de los datos aportados por las instituciones. Es así como en este capítulo exponemos, en rigor, “nuestra descripción y análisis” sobre las condiciones de existencia y

funcionamiento del sistema de salud público en la comuna de Cochamó, a través del análisis temático basado en nuestros 4 Ejes Temáticos.

Las fuentes utilizadas en este capítulo son diversos documentos y observaciones desde los niveles institucionales “meso” y “micro” de la política de salud rural: 1) sistematizaciones estadísticas producidas por el Servicio de Salud del Reloncaví, que van desde el recuento de los usuarios inscritos en FONASA en la comuna de Cochamó, hasta los reportes de actividades asistenciales de sus Postas durante los años 2011 y 2012 ; 2) el Plan de Salud Comunal del año 2011 y las Cuentas Públicas elaboradas por el Departamento de Salud Municipal (DESAM) de Cochamó durante el periodo de los años 2009 al 2011; 3) registros estadísticos de las atenciones realizadas por el mismo personal de salud, recopilados durante el trabajo en terreno que efectuamos durante los meses de noviembre y diciembre del año 2012.; y 4) las notas de campo y fotografías que realizamos desde la observación de las condiciones y funcionamiento de las Postas de Salud Rural durante el mismo trabajo en terreno.

La forma de exposición pretende integrar estas diversas fuentes mediante un hilo conductor narrativo que permita coherencia y facilidad para su lectura, evitando en lo posible el tedio inherente a la presentación de abundantes datos cuantitativos. Para ello, hemos incorporado nuestras observaciones desde el trabajo en terreno, fotografías, mapas y tablas junto al resto de los documentos enriqueciendo así su descripción. Así, en los primeros apartados exponemos las características estructurales del sistema: 1) infraestructura; 2) recursos humanos y organizacionales; 3) recursos físicos y equipamiento; y 4) financiamiento. Luego exponemos su: 5) funcionamiento y actividades asistenciales, y finalmente; 6) resultados reportados. En cada apartado se incorporan además subtítulos escritos en cursivas que hacen referencia al tema central a tocar en el párrafo siguiente; estos subtítulos tienen relación directa con nuestros ejes analíticos y pretenden orientar la lectura.

7.1 Infraestructura

El ordenamiento territorial de Cochamó

Para hablar de los establecimientos de salud de Cochamó es necesario primero describir sus principales localidades pobladas; su ordenamiento territorial. La descripción completa ya la mostramos en el “contexto de la Investigación”, acá solamente recordaremos mediante el Mapa N°4 los principales sectores de la comuna y las Postas de Salud Rural—en adelante “las Postas”— y Estaciones de Salud Rural —en adelante “las Estaciones”— existentes.

Mapa N°4: Comuna de Cochamó y sus dos sectores principales.



Fuente: (Municipalidad de Cochamó,2012). *Mapa turístico comunal*. Modificado.

Las dos localidades más pobladas de la comuna son las de Cochamó y Rio Puelo. Este último es la capital comunal y sede de la municipalidad y sus distintos departamentos. Ambas localidades se encuentran en el sector denominado “Costero o de Estuario”, es decir tienen relación directa con el *Estuario del Reloncaví*, por tanto, las condiciones de vida de la mayoría de sus habitantes se

asocian a actividades productivas extractivas provenientes del particular ecosistema marino existente en la zona¹⁶ (Foto N°9). Las Postas presentes en este sector se encuentran en las localidades de: Sotomó, Pocihuén, Cochamó, Rio Puelo y Llaguepe. Sólo cuenta con un Estación en la localidad de Yates.

Foto N°9: Paisaje de localidad costera: Cochamó.



Fuente: (Medina y Figueroa, 2010). *“Iglesia de Cochamó, Estuario del Reloncaví y volcán Yates.”*

La Foto N°9 fue tomada desde la calle principal de la localidad de Cochamó y muestra su grado de urbanización, con tendidos eléctricos y calles asfaltadas, y su relación directa con el *Estuario del Reloncaví*. Las condiciones de vida de sus habitantes tienen relación principalmente con la productividad de estas aguas y los servicios turísticos para huéspedes atraídos por lo idílico del paisaje y la pesca deportiva.

¹⁶ Este ecosistema reúne las aguas provenientes del océano *Pacífico* con afluentes fluviales de la *Cordillera de los Andes*, siendo especialmente productivo para el cultivo a gran escala del salmón y otros productos del mar.

En el caso de las localidades con menor población, la mayoría de ellas se encuentra en el sector denominado “cordillerano”, es decir tienen relación directa con la *Cordillera de los Andes* y sus principales ríos y lagos. Las condiciones de vida de sus habitantes se asocian al proceso productivo tradicionalmente ganadero y agricultor¹⁷ (Foto N°10). Es destacable la alta dispersión geográfica de sus viviendas, y generalmente el espacio donde se concentran la mayor cantidad de edificaciones es su “centro cívico” producto del emplazamiento del entramado estatal. Acá se encontrarán la Posta, la escuela y la policía. Las Postas de este sector se encuentran en las localidades de: Paso el León, Valle el Frio, Llanada Grande y Segundo Corral. Sólo cuenta con una Estación en desuso en la localidad de Las Rosas.

¹⁷ Algunas de estas localidades incluso reciben su nombre directamente de estas actividades, como Llanada Grande o Segundo Corral.

Foto N° 10: Paisaje de localidad Cordillerana: las Rosas.



Fuente: (Medina, 2012). *“Las Rosas y el Monte”*

En la Foto N°10 se observa el típico paisaje entorno a las viviendas de las localidades cordilleranas, donde los campos dedicados a la ganadería y cultivos de hortalizas colindan con las grandes montañas de la *Cordillera de los Andes*. Las viviendas son muy dispersas y las unidades familiares obtienen la mayoría de los servicios básicos (electricidad, agua y alimentación y comunicación) de forma autónoma mediante ingeniosos sistemas, como la construcción de microcentrales eléctricas artesanales o largas mangueras y tranques para la obtención de agua desde vertientes elevadas.

La presencia del Estado y las Postas en localidades rurales aisladas

Durante el trabajo en terreno en la comuna de Cochamó pudimos observar y realizar entrevistas en diversas localidades, por ejemplo en Segundo Corral, Llanada Grande y Rio Puelo, que pese a sus disimiles condiciones geográficas, climáticas y económicas, presentan confluencias en cuanto a

la presencia Estatal. Esta presencia se establece fundamentalmente a través de 3 instituciones: la policía, la escuela y la Posta.

Las Postas que observamos en la comuna son construcciones de madera, base de cemento y techo de zinc de aproximadamente 200 metros cuadrados. Su estilo arquitectónico se aleja del resto de las viviendas de las localidades ya que se diseñaron de acuerdo a las normas técnicas formuladas en los niveles centrales del país. Su fachada externa es blanca con el techo pintado de azul, reafirmando su carácter institucional (Foto N°11). En su interior se divide en dos partes; una de ellas será la vivienda del Técnico Paramédico cuyas características son variables, pero generalmente consiste en un espacio de cocina-comedor-living, dos habitaciones pequeñas y un baño; y la otra parte será la destinada a la atención clínica compuesta por una sala de espera, 4 boxes de atención, un baño público y una bodega para fármacos y alimentos.

Foto N°11: Posta de Salud Rural de Segundo Corral.



Fuente: (Medina, 2012). *“Posta Cordillerana”*

Las Estaciones por su parte, son de características arquitectónicas y de equipamiento con marcadas diferencias entre ellas ya que no se rigen por alguna norma del Ministerio de Salud. Son edificaciones de propiedad de la comunidad organizada, como juntas de vecinos, comités de salud u otro tipo de organización comunitaria, cuyos usos son múltiples y se acondicionadas medianamente para ser usadas como espacios de atención clínica durante las “rondas de salud rural” que es la visita de los profesionales del sistema de salud publico donde llevan a cabo las atenciones clínicas a la población residente en esa localidad.

En estas localidades rurales y aisladas, a diferencia de los sectores urbanos donde existen múltiples servicios públicos y privados para resolver los problemas de salud/enfermedad/atención, la Posta y la Estación son las únicas instituciones encargadas de la asistencia de salud¹⁸ y además pueden poseer competencia en la implementación de una variedad de políticas sociales, como por ejemplo en la entrega de los programas de alimentación complementaria, de ayudas técnicas para discapacitados o de convocatorias a diversos concursos de proyectos comunitarios .

La Posta y la Estación, entonces, no sólo es un establecimiento de salud; es “él” establecimiento de salud; no sólo es uno de los servicios públicos disponibles; es a veces “él” servicio público disponible para estas localidades. Por lo tanto, su inexistencia y sus condiciones de suficiencia tiene implicancias profundas que pueden adquirir ribetes dramáticos que no se observan en otros contextos. Así, la Posta y la Estación se convierten en importantes espacios materiales y simbólicos del Estado reflejando sus “presencias” y también sus abundantes “ausencias”.

¹⁸ Excluimos acá a los sanadores tradicionales y a las diversas formas de autoatención en salud, que si bien son muy importantes en la comuna, no se presentan como entidades organizadas. Tampoco existen consultas médicas privadas ni farmacias.

El Departamento de Salud Municipal y sus establecimientos de salud

El Departamento de Salud Municipal (DESAM) de Cochamó es una entidad creada el año 1987 por la municipalidad para hacerse cargo de la administración de las Postas en la comuna producto de su traspaso según el Decreto con Fuerza de Ley (Nº 1-3.063) promulgado en 1980 durante el régimen militar (Azul Consultores, 2004). Así el DESAM debe administrar los recursos físicos y humanos de salud del municipio y dar cumplimiento a las normas técnicas que emite el Ministerio de Salud.

El DESAM en la actualidad administra dos tipos de establecimientos de atención en salud que mencionamos: las Postas y las Estaciones. En las primeras un funcionario de profesión Técnico Paramédico reside y trabaja de forma estable dando continuidad a la atención clínica en la localidad, en cambio, las Estaciones sólo funcionan como tal cuando acude la “ronda de salud rural”, y el resto del tiempo no habrá funcionario que brinde continuidad en la atención.

Postas de Salud Rural, Estaciones de Salud rural y población

Para el año 2012 en Cochamó existían 9 Postas y 2 Estaciones. En la Tabla N°8 podemos ver sus nombres que se corresponden a sus respectivas localidades, el número de población inscrita por sexo y la dispersión geográfica de sus habitantes.

Tabla N°8: Postas de Salud Rural de la Comuna de Cochamó: población inscrita, sexo y dispersión geográfica de sus habitantes.

Posta	N° Inscritos	Porcentaje	Hombres	Mujeres	Dispersión ¹⁹
Rio Puelo	1.093	31%	564	529	68%
Cochamó	1.012	28%	511	501	63%
Llanada Grande	381	11%	204	177	91%
Pocoihuén	311	9%	150	161	92%
Llaguepe	198	5%	103	95	87%
Sotomó	211	6%	123	88	89%
Paso el León	129	4%	76	53	84%
Segundo Corral	117	3%	60	57	87%
Valle el Frio	108	3%	60	48	85%
Estación Salud Rural Yates	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
Estación Salud Rural Las Rosas	¿?	¿?	¿?	¿?	¿?
TOTAL	3.560	100%	1.851	1.708	

Fuente: elaboración propia en base al Plan de Salud Comunal DESAM Cochamó 2011 y a la estadística para el cálculo de la “asignación de desempeño difícil”, año 2012, del Servicio de Salud Reloncaví.

La Tabla N°8 muestra que las dos Postas de mayores inscritos son las de las localidades costeras de Cochamó y Rio Puelo que en conjunto acumulan el 58% de la población inscrita en la comuna. El grado de dispersión es notable para toda la comuna e inclusive para estas dos localidades que tienen un mayor grado de urbanización y concentración de los servicios públicos y privados.

En cuanto a las Estaciones, desconocemos su población ya que la inscripción para FONASA se realiza a través de la Posta más cercana, incorporándose en la misma estadística. A modo de ejemplo

¹⁹ Dispersión geográfica medida en base al porcentaje de habitantes que viven a más de 1 Kilometro de la Posta del total de inscritos en el establecimiento.

podemos mencionar la Estación de Las Rosas, que pudimos visitar, es el inmueble que alberga a la junta de vecinos del sector (Foto N°12). Debido a la prolongada distancia hacia la Posta más cercana que se encuentra a dos horas de caminata por senderos cruzando el Rio Puelo, y a la presencia de adultos mayores en el sector (contabilizamos más de 10 familias de aprox. 15, con por lo menos 7 adultos mayores), se solía utilizar para la realización de “rondas de salud” por parte del DESAM, habilitándose así como una Estación de Salud Rural. Sin embargo, hace 2 años que no se realizan estas atenciones en el lugar; según los pobladores esto sería producto de la falta de presupuesto del DESAM y la deficiente gestión de la nueva junta de vecinos que no “pediría firmemente” ante la municipalidad la continuidad de estas atenciones clínicas.

Foto N°12: Estación de Salud Rural de las Rosas.



Fuente: (Medina, 2012). “Sede vecinal”

La Foto N°12 muestra la sede de la Junta de Vecinos de la localidad cordillerana de Las Rosas donde hasta algunos años se realizaban “rondas de salud” por parte del DESAM. La habilitación de estos espacios como Estaciones de Salud Rural intenta acercar a los habitantes de las localidades

más distantes de las Postas la atención clínica. Sin embargo, las condiciones de su infraestructura y saneamiento básico suelen ser muy precarias, siendo constante la falta de suministro continuo de agua, electricidad y/o calefacción.

Resumiendo los datos y las observaciones que realizamos acerca de la población inscrita en las Postas de Cochamó, los puntos fundamentales son que: 1) existe poca población inscrita²⁰, 3560 personas, en correspondencia a la poca población habitante de la comuna de 3841 para el año 2012 (INE,2012); 2) la población presenta una alta dispersión geográfica, debiendo en su mayoría viajar más de un kilómetro para acceder a su Posta, siendo el caso extremo el de los sectores cordilleranos donde se suma la inexistencia de caminos habilitados para vehículos terrestres; 3) el uso de sedes vecinales como Estación se presenta como una estrategia para mejorar el acceso a la atención, sin embargo tenemos muy poca información acerca de su población usuaria y observamos discontinuidad en su funcionamiento.

La deteriorada infraestructura de las Postas de Salud Rural

La mayoría de las actuales construcciones de las Postas de Cochamó datan de los años 80, exceptuando las Postas de Llanada Grande y Pocolihúen construidas en la década del 2000, siendo esta última, una donación por la empresa hidroeléctrica que se instaló en una localidad cercana. Las distintas Postas difieren de forma marcada en sus condiciones de infraestructura y sanitarias dependiendo fundamentalmente de su lejanía geográfica respecto a la capital comunal (Río Puelo), de su uso intensivo, de la continuidad en su mantenimiento y de la época de su construcción. No obstante, ninguna de las Postas en la comuna cumpliría con la norma del Ministerio de Salud del

²⁰ Aspecto relevante para efectos de financiamiento del sistema, que profundizamos en el apartado N°4 “Financiamiento”, de este mismo capítulo.

año 2011 para su funcionamiento. En la Tabla N°9 se pueden observar las condiciones cualitativas de la infraestructura y saneamiento de cada Postas reportadas por el DESAM el año 2011.

Tabla N°9: Evaluación cualitativa de la infraestructura y saneamiento de las Postas de Cochamó

INFRAESTRUC-TURA	Sector Costero					Sector Cordillera			
	Río Puelo	Cochamó	Llagu-pe	Po-coihuén	Soto-mó	Paso el León	Valle el Frio	Llanada Grande	Segundo Corral
Estado del sistema eléctrico	Malo	Malo	Regular	Malo	Muy malo	Buena	Malo	Bueno	Malo
Calidad sistema de abastecimiento de agua	Regular	Malo	Bueno	Bueno	Malo	Buena	Muy malo	Bueno	Bueno
Estado del baño público	Bueno	Regular	Regular	Muy bueno	Malo	Bueno	Malo	Bueno	Malo
Condiciones box procedimientos	Bueno	Malo	Regular	Malo	Malo	Malo	Malo	Regular	Malo
Condiciones box atención (Estado y cantidad)	Bueno	Malo	Regular	Muy bueno	Malo	Regular	Malo	Regular	Regular
Calefacción de la Posta	Regular	Malo	Regular	Muy malo	Malo	Malo	Malo	Regular	Malo
Sala de espera	Malo	Malo	Bueno	Muy bueno	Regular	Malo	Regular	Bueno	Malo
Estado general de la vivienda del TPM	N/A ²¹	Regular	Regular	Malo	Regular	Malo	N/A	Bueno	Malo
SANEAMIENTO BÁSICO									
Sistema de eliminación de líquidos	Malo	Bueno	S/I ²²	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I
Sistema de eliminación de residuos sólidos	Malo	Regular	S/I	Malo	S/I	S/I	S/I	S/I	S/I

Fuente: Plan de Salud Comunal DESAM Cochamó 2011.

²¹ N/A: no aplica, no tiene vivienda del TPM.

²² S/I: sin información.

La Tabla N°9 es singularmente preocupante, porque muestra una red asistencial profundamente deteriorada que no cumple con las mínimas condiciones para efectuar atenciones clínicas. Se observa que las falencias son generalizadas y no siguen un patrón claro. La Posta más nueva, de la localidad cordillerana de Llanada Grande, es la que tiene las mejores condiciones de las reportadas, mientras que las de Sotomó y Valle el Frio la de peores condiciones. En estas últimas se combina la aislación geográfica, ausente mantenimiento y antigüedad de las construcciones.

La tabla aclara la insuficiencia en la infraestructura y saneamiento de las Postas de toda la comuna, sin embargo, requiere profundizar en algunos puntos que se pierden dentro del resumen del documento. Cuando se habla del sistema eléctrico en mal estado, quiere decir que no existe electricidad la mayoría de las veces; cuando se habla de mala calidad del abastecimiento de agua, quiere decir simplemente que no hay; cuando se habla de mala calidad del baño público, quiere decir que no existen las condiciones dignas para ser usado (Fotos N°13 y N°14). Es decir, el nivel de carencia es parcialmente velado en las descripciones cualitativas producidas por el DESAM, que tienden a naturalizar las condiciones objetivas de la infraestructura de sus Postas. Afortunadamente estuvimos en terreno observando estas condiciones y podemos contrastarla con la información recopilada de las instituciones. En la comuna, donde las condiciones climáticas son de frío y lluvia intensa la mayoría del año, es preocupante la deficiente calefacción en todas las Postas, que en la mayoría de las casas del sector se resuelve en base a estufas que funcionan con leña: estuvimos en las salas de espera sintiendo el frío y la humedad; vimos cómo niños pequeños debían esperar largo tiempo en estas condiciones, y cómo el personal de salud intentaba sortear las bajas temperaturas mediante una taza de café instantáneo. Esta no es una realidad extraordinaria en estas Postas, sino una “condición crónica” que parecen asumir con impotencia silenciosa tanto

usuarios como personal de salud. En nuestra opinión no existen acá las condiciones que sustenten la atención en salud bajo un concepto de derechos ni de trabajo digno.

Foto N° 13: Acceso de usuarios a Posta Rio Puelo.



Fuente: (Medina, 2012). *“Entrada mojada”*

En la foto se observa el acceso para los usuarios de la Posta de Rio Puelo, el frio y la humedad debido a la acumulación de aguas de lluvia en los alrededores de la Posta no se aprecia desde el formato gráfico. La rampla de cemento para el acceso de discapacitados que se habilitó recientemente, gracias a un convenio de mejoramiento de la infraestructura de las Postas (además de la promulgación de la ley para discapacitados) permite ahora el acceso a la Posta sin tener que mojarse.

Foto 14: Baño público Posta Rio Puelo.



Fuente: (Medina, 2012). "Sillas y taza"

La imagen muestra el baño para los usuarios de la Posta de Rio Puelo. Además de tener un suministro de agua discontinuo, se ocupa para acumular algunos de los equipamientos que no caben en otros espacios, como las sillas de la sala de espera. Algunos de los usuarios que acuden desde largas distancias a las Postas deberán obligatoriamente usar estos baños en condiciones de deterioro.

7.2 Recursos humanos y organizacionales

El personal de salud y sus heterogéneas formas de contratación

El DESAM de Cochamó es un departamento de dependencia directa del Alcalde de la comuna. Sus funcionarios están divididos en 2 áreas principales: una administrativa y una técnica. El área administrativa consta de un encargado, o jefe del DESAM, una encargada de finanzas y 4 funcionarios dedicados a labores de secretaría hasta cuestiones jurídicas. Estos cargos dependen de la "con-

fianza” del alcalde, es decir son de perfil “técnico-político”, pudiendo ser removidos, al menos teóricamente, en cualquier momento según su desempeño. No obstante, son de los funcionarios que presentan mayor continuidad en la comuna, por ejemplo, su jefe lleva 12 años desempeñándose en el cargo, habiendo ejercido con 2 alcaldes de distinta tendencia política. Por otra parte, el área técnica integra todo el personal de salud con relación directa a la atención de los usuarios en las Postas y también al personal de apoyo. Es importante, como se puede observar de la Tabla N°10, que si bien todo el personal de salud trabaja dentro del DESAM a tiempo completo (44 horas semanales), sus formas de contratación y financiamiento difieren.

Tabla N°10: Recursos humanos del “área técnica” del DESAM de Cochamó, 2012

Tipo	Número	Tipo de Contrato	Contratante
Médico Etapa de Formación y Destinación	2	A plazo fijo por el ciclo: mínimo 4 y máximo 6 años	Servicio de Salud del Reloncaví
Dentista Etapa de Formación y Destinación	1	A plazo fijo por el ciclo: mínimo 4 y máximo 6 años	Servicio de Salud del Reloncaví
Dentista Municipal	1	A plazo fijo	Municipalidad
Matrona ²³	1	Contrato indefinido: parte de la planta municipal.	Municipalidad
Enfermera	1	A honorarios	Municipalidad
Kinesiólogo	1	A plazo fijo	Municipalidad
Psicóloga	1	A plazo fijo	Municipalidad
Técnicos Paramédicos	9	La mayoría con contrato indefinido: parte de la planta municipal.	Municipalidad
Técnicos en Enfermería Nivel Superior	5	La mayoría con contrato indefinido: parte de la planta municipal.	Municipalidad
Auxiliar Dental	2	A honorarios	Municipalidad
Conductores	3	Contrato indefinido: parte de la planta municipal	Municipalidad

Fuente: elaboración propia basado en Plan de Salud Cochamó 2011 y entrevistas en terreno.

²³ Matrona o matron: egresados de la licenciatura profesional “Obstetricia y Puericultura”, cuya existencia en Chile es de fundamental importancia por el control del embarazo y el parto profesionalizado.

En la Tabla N°10 se muestra el personal de salud de Cochamó, sus diversas profesiones, formas de contratación y empleadores. Es notable que la condición de contrato de “planta municipal” involucra especialmente los Técnicos Paramédicos que residen en las Postas, ellos son realmente los que dan continuidad a la atención del sistema en la comuna. Algunos de ellos llevan más de 30 años de ejercicio.

Existen 3 posibilidades de contratación por parte del DESAM: 1) contrato indefinido, o de “planta municipal”, que supone la máxima estabilidad laboral y beneficios de asignación por desempeño colectivo, feriados, licencias médicas, previsión y salud; significa además ser parte de la dotación de la municipalidad (con porcentajes y características regidas por la ley de estatutos de APS) ; 2) contrato a plazo fijo, que significa tener beneficios similares al de contrato indefinido, sin embargo, su continuidad debe negociarse cada año según la evaluación del DESAM sobre la necesidad y el desempeño del funcionario y; 3) contrato por honorarios, que supone la mínima estabilidad laboral dado su contratación en función del cumplimiento de algún objetivo específico por un tiempo determinado; estos funcionarios no cuentan con ningún tipo de beneficio (ni feriados ni licencias médicas pagadas) y tampoco reciben asignaciones por desempeño colectivo. Otra posibilidad es que el Servicio de Salud del Reloncaví contrate al profesional. En este caso la institución “presta” a su personal para que se desempeñe dentro de la DESAM de Cochamó; es el caso de los médicos y los dentistas contratados como parte de un programa nacional de destinación de estos profesionales a establecimientos del sistema de salud público “de regiones” —eufemismo usado en Chile para nombrar a todas las regiones que no son la capital— y de las zonas rurales: son los profesionales en Etapa de Destinación y Formación, EDF (antes llamados médicos y dentistas ge-

nerales de zona²⁴. La dinámica de estos profesionales es que son destinados a comunas alejadas por un periodo de 4 a 6 años y posteriormente deben salir de la comuna para realizar una especialización clínica de acuerdo a un concurso nacional en base a sus antecedentes, como el número de años y la aislación, ruralidad y dificultad de la zona de destinación, dentro de algún centro formador del país, a manera de “pago” desde el Ministerio de Salud por los años de ejercicio en estas comunas.

Las heterogéneas formas de contratación del personal de salud en Cochamó tiene profundas repercusiones en su funcionamiento; el DESAM se constituye a partir de profesionales y técnicos divididos por sueldos, carreras funcionarias, asignaciones, e incluso empleadores distintos, que, sin embargo, deben trabajar por objetivos comunes según la normatividad ministerial. Un ejemplo de esta contradicción, es la asignación del beneficio por desempeño colectivo asociado al cumplimiento de metas sanitarias desde la ley 19,813 (analizada en el capítulo N°6) que consiste en bonos en dinero que se entregan 4 veces al año a los funcionarios si el DESAM cumple con las metas negociadas anualmente con el Servicio de Salud. Esta asignación sólo la reciben los funcionarios con contratos municipales de planta, mientras el resto del personal a pesar de trabajar de igual forma para el logro de estas metas, no obtiene ningún beneficio económico—que bajo una concepción de derechos del trabajador es una parte de su sueldo condicionado. Incluso existe contratación de personal “a honorarios” justamente para cumplir alguna meta sanitaria en déficit, por ejemplo en el caso de la contratación por honorarios de la enfermera que principalmente está destinada a cumplir con las evaluaciones del desarrollo psicomotor de la infancia y a las otras metas sanitarias asociadas a la mencionada asignación por desempeño colectivo.

²⁴ El programa de médicos y odontólogos EDF consiste en concursos nacionales para los recién egresados, su ubicación en alguno de los Servicios de Salud del país y luego su retorno mediante un nuevo concurso basado en los logros efectuados durante el periodo de trabajo en la red pública. Un buen resumen de los aportes de este programa de destinación y formación de médicos y su impacto en el servicio público del país puede verse en (Peña, Ramirez, Becerra, Carabantes y Arteaga, 2010)

Así el DESAM tiene una base de personal en condiciones favorables para el desarrollo de una carrera funcionaria en la localidad con tendencia a quedarse largo tiempo trabajando en la comuna, y otra parte considerable, que en condiciones de flexibilidad y precarización laboral, opta precozmente por renunciar e ir a las ciudades en busca de mejores condiciones de ejercicio.

Consideramos que las características mencionadas serían una de las manifestaciones a nivel local del “fenómeno de alta rotación del personal” presente en toda la atención primaria del país. En Cochamó podemos develar algunas condiciones posibilitadoras de esta rotación: rígidas e insuficientes dotaciones del personal de planta municipal debido a la ley de estatuto de APS (N°19,378, ya analizada) y el limitado financiamiento de su DESAM; contratos temporales supeditados a objetivos específicos como el caso de la enfermera y técnicos odontológicos y/o a fuentes de financiamiento inestables como los asociados a programas Ministeriales cuya continuidad debe negociarse anualmente; excesivo control desde el Servicio de Salud de una parte del personal, e incluso dependencia directa como el caso de los médicos y odontólogos EDF, y por último; condiciones de flexibilidad y precarización laboral especialmente para el personal más joven que inician generalmente sus contrataciones en la modalidad de “honorarios”.

Insuficiencia del personal e inequidad multinivel: los marginados de los marginados

¿Es el personal de salud de Cochamó suficiente para la tarea asignada? Para respondernos esta pregunta, que consideramos fundamental para nuestro propósito, primero analizaremos la cantidad de personal de salud respecto al total de población usuaria, y luego abordaremos aspectos cualitativos asociados a las necesidades específicas del personal, derivados del contexto de ruralidad y aislamiento geográfico-climático.

Para el caso de los médicos, se desempeñan solo 2 en toda la comuna para una población inscrita de 3,560 personas, es decir hay un médico por cada 1780 habitantes (DESAM Cochamó, 2011). Esta proporción está muy alejada de la distribución nacional e incluso regional, ya que existiría en Chile un médico por cada 471 habitantes en la zona central, y en la zona sur (X, XI y XII regiones) alcanzaría a un médico por cada 851 habitantes. En el caso de la proporción de médicos que efectivamente trabajan en el sistema de salud público según el número de beneficiarios de FONASA, este sería de 9,15 médicos por cada 10,000 beneficiarios a nivel nacional, es decir, 1 médico por 1093 beneficiarios (MINSAL, 2011, p.262), por lo tanto existiría una falencia de alrededor de un tercio. Por otra parte, la recomendación de densidad mínima sugerida por la OMS es la existencia de 25 profesionales de salud (médico, enfermera o matrona) por cada 10,000 habitantes (OPS/OMS, 2007), encontrándose en Cochamó solo 11,2 profesionales por cada 10,000 habitantes. Dada la contundencia de estos datos, podemos inferir que el número de profesionales de salud en la comuna es insuficiente.

Para el caso del personal Técnico Paramédico residentes en las Postas, podemos repetir la misma afirmación, ya que sólo existen 5 de estos funcionarios con formación de Técnico de Enfermería de Nivel Superior, TENS, (requisito para el desempeño dentro de las Postas según la nueva normativa ministerial) para un total de 9 Postas, de las cuales 2 de ellas (Cochamó y Rio Puelo que tienen más de 800 inscritos cada una) requerirían de por lo menos 2 Técnicos Paramédicos cada una, es decir, habría un déficit de por lo menos 6 de estos Técnicos Paramédicos con estudios de TENS. Esto todavía sin mencionar la necesidad de reemplazos en el caso de licencias médicas o feriados del personal contratado.

Todos estos datos nos hablan de la profunda situación de inequidad en la distribución de los recursos humanos en salud en Chile, en múltiples niveles: dentro del total del país donde sólo un

43% a 48% del total de médicos del país se desempeña en el sistema público, mientras el 80% de la población chilena está inscrita en él (MINSAL, 2011); entre el centro del país y el resto de las regiones, dado que el 73% de los médicos se concentra en la zona central (Guillou, Carabantes y Bustos, 2011); entre la capital regional y el resto de las comunas ya que en la ciudad de Puerto Montt habrían 518 médicos mientras que en toda la comuna de Cochamó solo 2 (INE,2010) ; y finalmente dentro del mismo Cochamó, entre las Postas más pobladas y las Postas de localidades más aisladas y despobladas, dado que hay en Rio Puelo 3 Técnicos Paramédicos residentes mientras en Segundo Corral solo 1 y sin posibilidad de reemplazo ²⁵.

Por otro lado también hay que considerar las características específicas del trabajo en una comuna rural aislada como Cochamó. Según una propuesta para el mejoramiento del sistema de salud rural realizada por investigadores del mismo Servicio de Salud del Reloncaví, sería necesaria la conformación de Equipos Territoriales Autónomos Públicos (ETAP): es decir, la construcción de equipos multidisciplinarios con continuidad en un territorio específico y relativa autonomía e interlocución participativa con los usuarios dentro de una concepción de la salud como bien público (Carvajal y cols., 2007). El primer paso en Cochamó supondría la conformación de 2 de estos equipos, uno para cada sector geográfico-económico-social (uno para el sector “costero” y otro para el sector “cordillerano”) y desde allí la realización de un análisis de la situación del proceso de salud/enfermedad/atención local, participativo, con el propósito de orientar sus acciones en salud, además definir la misma conformación del personal de salud según las necesidades detectadas. Esta organización ideal del personal choca en la práctica con: 1) no hay suficiente personal para la conformación de 2 equipos; 2) este personal está principalmente centrado en responder a la de-

²⁵ Un ejemplo del déficit de Técnicos Paramédicos en la comuna: durante las últimas vacaciones legales pedidas por el Técnico de la Posta de Segundo Corral, de casi 2 meses debido a su antigüedad en el cargo y acumulación, no se designó ningún reemplazo por el DESAM dado que no había disponibilidad, quedando en la práctica sin atención de salud por todo este periodo.

manda de las 2 Postas con más población; 3) la mayoría de ellos no presenta la continuidad necesaria para este tipo de planificación; 4) no están capacitados para realizar análisis ni planificaciones participativas; 5) en la práctica no tienen capacidad autónoma para la asignación de recursos, y; 6) no existen incentivos para este tipo de propuestas.

Concluyendo nuestro análisis cuantitativo y cualitativo de la situación del personal, podemos afirmar su doble insuficiencia producto de profundas inequidades en múltiples niveles. En ese sentido nos calza, a manera de metáfora, para las localidades aisladas de Cochamó la denominación de “la periferia de la periferia” y por lo tanto, sus habitantes como “los marginados de los marginados” de la política nacional de salud.

Riesgos laborales en Postas de Salud Rural

El trabajo del personal de salud dentro de las Postas conlleva diversos riesgos de accidentes y distintas formas de desgaste. Ya mencionamos las malas condiciones del entorno laboral: numerosas horas de exposición al frío y la humedad, falta de baños en buenas condiciones, falta de agua potable y deficientes sistemas de alcantarillado. A todas estas cuestiones presentes dentro de las Postas, debemos sumar las particularidades del trabajo en las zonas de mayor aislamiento y ruralidad como las cordilleranas, entre las cuales se encuentran los traslados del personal por vía aérea y marítima que en condiciones climáticas adversas y pueden sufrir accidentes de gravedad. Además, durante nuestra observación en terreno pudimos acompañar al Técnico Paramédico de Segundo Corral en una parte importante de su trabajo: las visitas domiciliarias en zonas de difícil acceso. Estas visitas se realizan principalmente a usuarios adultos mayores que no pueden movilizarse para acudir a la Posta. Como ya mencionamos en la descripción geográfica de la comuna, los senderos presentes en la localidad sólo permiten el tránsito a pie o a caballo. En condiciones climáti-

cas de lluvia y viento, muy frecuentes en la zona, los caminos se vuelven especialmente difíciles de transitar y aumentan su peligro de accidentes. El mismo investigador, no acostumbrado a varias horas de caminata por senderos irregulares, se lesionó el tobillo, afortunadamente de forma leve. Además de eso, presenciamos un episodio de accidente laboral, el cual detallamos a continuación desde nuestro diario de campo y mediante la Foto N°15, dado que es un buen ejemplo de las condiciones laborales en los sectores cordilleranos:

“...justo acompañándolo [al Técnico Paramédico de Segundo Corral] a una visita domiciliar y luego de caminar casi una hora por un estrecho sendero hacia la “Cordillera de las Horquetas”, vemos venir a toda velocidad un perro de gran tamaño. Este salta encima del Técnico y lo muerde en el brazo destruyendo su chamarra. Él lucha contra el animal y luego de lanzarle piedras se retira asustado. Rápidamente avisa por su “handy” [radio móvil]²⁶ al dueño del perro, pidiéndole que lo amarre. Hacemos una inspección de la herida asegurándonos que no es profunda. Me dice que ese perro es conocidamente violento, que no es la primera vez que ataca a una persona. También me cuenta que es muy difícil accionar cualquier tipo de seguridad laboral estando tan lejos de los centros de derivación. Dice que son sus peligros laborales, que es parte del trabajo. Más tarde le avisa de lo sucedido a la Posta de Rio Puelo mediante la central radial. La respuesta que recibe es “pobre”: se notificará de lo sucedido a la jefatura. No cuentan con vacunas en ese momento...” (Medina, 2012).

²⁶ Estas radios móviles son de un uso muy extendido en las localidades cordilleranas dado la inexistencia de sistemas de telefonía móvil o fija. A través de esta red de comunicaciones se pueden contactar con la Posta, escuela o policía. A pesar de tener sólo un radio de 15 kilómetros de transmisión, gracias a la repetición de los mensajes entre los vecinos se pueden alcanzar largas distancias de comunicación.

Foto N°15: Técnico Paramédico de Posta Segundo Corral luego de ataque de perro.



Fuente (Medina, 2012): “¡Que Don julio amarre su perro...!”

7.3 Recursos físicos y equipamiento

Conectividad en las Postas de Salud Rural

Los recursos físicos son materiales no inmuebles con que cuenta el DESAM para operar el sistema de salud en la comuna. Uno de los principales son los vehículos para el traslado de insumos y del personal entre las Postas. El DESAM cuenta con una camioneta de tracción en las cuatro ruedas adecuado para los caminos de la comuna, y un furgón para el traslado de la “ronda de salud rural” a las Postas con acceso por caminos terrestres. Para el acceso a las Postas donde se deban cruzar lagos o ríos (como Sotomó) no cuenta con una embarcación propia, por lo cual debe rentar este

servicio a prestadores privados mediante convenios que implican un fuerte gasto. Para el acceso a las localidades cordilleranas, se debe realizar el transporte mediante un avión facilitado esporádicamente por la Fuerza Área de Chile y en la mayoría de las ocasiones se debe rentar por lo menos dos embarcaciones con motor fuera de borda a privados.

Para los traslados de los usuarios con urgencias vitales que requieran atención inmediata como cirugías o tratamientos hospitalarios se deben derivar hacia el Hospital de Puerto Montt, contando con una ambulancia para esa tarea (que se encontraba en reparaciones durante nuestro trabajo en terreno). En cambio, en los sectores cordilleranos este traslado de emergencia se realiza por parte del Servicio de Salud del Reloncaví, a través de su “centro regulador de urgencias” (del Servicio de Atención Móvil de Urgencias, SAMU), acudiendo con un helicóptero equipado para ese propósito sólo si la urgencia es considerada como vital por el “regulador” del Servicio. Si el traslado no fuera considerado vital, la familia del usuario, la comunidad organizada, el Técnico Paramédico de la Posta y/o el DESAM deberán buscar alguna forma de traslado que en la mayoría de los casos será a través de lanchas con motor fuera de borda para acudir hacia los hospitales públicos argentinos²⁷ dado su ubicación más próxima que el Hospital de derivación nacional en Puerto Montt.

La comunicación entre las Postas se realiza mediante sus centrales de radio de alta frecuencia. En los sectores cordilleranos la telefonía por cable y celular no existen, y las centrales de telefonía satelital son escasas. Por lo tanto, las centrales de radios son un recurso físico imprescindible para las tareas del DESAM. En su recuento del año 2011, se describe que estas centrales radiales esta-

²⁷ Los detalles de estas intrincadas estrategias para trasladar usuarios desde las Postas cordilleranas serán tratadas en el Capítulo N°8 de los “discursos de los actores del sistema de salud”.

rían operativas sólo en 6 de las 9 Postas, y poseerían radios móviles²⁸ sólo 5 de ellas. Afortunadamente, estas radios están operando en todas las localidades cordilleranas.

La conectividad a internet es un recurso sólo desde la Posta de Rio Puelo. Es allí donde se centralizan todas las estadísticas comunales para ser enviadas al Servicio de Salud, al igual que el resto de la información de FONASA. Esta información es la principal forma para controlar las actividades y usuarios de las Postas desde el Servicio de Salud, y se vuelve especialmente importante al momento que gran parte del sistema de información asociado a la ley GES requiere de inmediatez y es altamente dependiente de internet ya que incluye “alertas” ante el incumplimiento de las garantías de “oportunidad”, es decir, cuando se exceden los tiempos establecidos de espera para determinadas prestaciones asociadas a diagnósticos GES. Como en toda la comuna de Cochamó sólo existe una Posta con acceso internet, y el resto de las Postas se encuentran lejanas o con conectividad reducida, difícilmente se pueden lograr estos requisitos demandados por los niveles centrales y generalmente los “incumplimientos” del GES tendrán que ver con la tardanza en la comunicación de estas prestaciones al Servicio de Salud. Nuevamente los “expertos planificadores”, esta vez los que diseñaron el sistema informático asociado al GES, obviaron la existencia de sectores del país sin acceso a internet.

²⁸ Las radios móviles son llamados “handys” localmente y tienen un rango de alcance de 15 kilómetros. Son usados principalmente dentro del sistema de salud para contactar a los Técnicos Paramédicos cuando están fuera de sus Postas, por ejemplo durante los días que realizan visitas domiciliarias. Los habitantes de las localidades cordilleranas las utilizan para todo tipo de comunicaciones entre ellos y con las instituciones de la zona.

El equipamiento básico clínico

En cuanto al equipamiento básico clínico para las labores de atención en las Postas, observamos múltiples diferencias entre ellas. En la Tabla N°11 se puede ver el inventario realizado por el DESAM para este punto.

Tabla N°11: Inventario del Equipamiento Postas de Cochamó.

EQUIPAMIENTO	Sector Costero					Sector Cordillerano			
	Rio Puelo	Cochamó	Pocoihuén	Sotomó	Llaguepe	Llanada Grande	Segundo Corral	Paso El León	Valle El Frio
Pesa Pediátrica	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Pesa con tallímetro	2	2	1	1	1	1	1	1	1
Esfingomanómetro	3	4	2	2	3	3	2	2	2
Otoscopio	1	1	1	1	1				
Hemoglucotest	2		1	1	2				
Tabla espinal					1				
Collar cervical	2		1	2					
Ambú	2		1						
Set de intubación									
Equipo de O2	2	2	2						
Saturómetro	1	2	1	1	1				
Autoclave/Poupinel	1	1	P	P					
Detector latidos CF	1	1							
Electrocardiógrafo	1	1							
Sillón Dental	1	1				1			
Monitor de signos vitales			1						
Mochila equipada terreno	1	1	1	1	1		1	1	
Computador	3			1					
Ecógrafo	1								

Fuente: Plan de Salud Comunal DESAM 2011.

La Tabla N°11 muestra el inventario del equipamiento básico clínico de las Postas en Cochamó, la mayoría de ellos son parte de la normativa que rige estos establecimientos (N°121 ya analizada en el Capítulo N°6), por lo cual deben existir en todas las Postas; otros como computador, ecógrafo y electrocardiógrafo son opcionales.

De la tabla se desprenden dos conclusiones principales: 1) en la comuna no se cumple con la normativa ministerial para estos establecimientos, ya que en todas las Postas debería haber existencias de al menos el equipamiento básico; y 2) en las Postas de las localidades costeras, en especial en la de Rio Puelo y Cochamó, están concentrados la mayor parte del equipamiento de la comuna. Esto es especialmente preocupante en los equipamientos para dar respuesta a accidentes vitales, como en el caso del Ambú (aparato para otorgar respiración asistida) y el collar cervical que sus dos unidades se concentran en la misma Posta, dejando al resto sin ellos.

Esta concentración en los más variados recursos es una tendencia repetitiva que observamos durante el trabajo en terreno, e incluye, desde la mayor disponibilidad de medicamentos e insumos clínicos, hasta la mayor frecuencia de rondas de salud y acceso a horas de especialidad en los centros de derivación, representando una destacable falencia en la equidad del acceso a la atención en salud para los habitantes de las localidades cordilleranas y una expresión de la exclusión que nombramos *de la periferia a la periferia*.

7.4 Financiamiento

El presupuesto de “costo fijo”, los convenios y el aporte municipal

Las principales fuentes de financiamiento del DESAM de Cochamó son dos: desde el Servicio de Salud del Reloncaví y desde el aporte de la municipalidad. La Tabla N°12 muestra todos los ingresos del DESAM durante el año 2011 y se observan otras fuentes de financiamiento como los aportes de otras instituciones estatales y el autofinanciamiento.

Tabla N°12: Ingresos DESAM Cochamó año 2011.

Tipo de Ingreso	Monto en pesos chilenos	Monto en dólares	Porcentaje del total
Subv. Per cápita (costo fijo)	215.532.000	444579,2	48,8
Aporte Municipal	122.280.000	252227,7	27,7
Otras Entidades Públicas (Fondo Nacional de Desarrollo Regional, FNDR)	22.811.000	47052,4	5,2
Otros Ingresos (¿?)	80.656.000	166369,6	18,3
TOTAL INGRESOS	441.279.000	910229,0	100,0

Fuente: elaboración propia con datos de Cuenta Pública Municipalidad de Cochamó 2011.

En la Tabla N°12 se observa que los ingresos del DESAM de Cochamó son dependientes casi en un 49% de los aportes del Servicio de Salud mediante la subvención *per cápita* y en una cantidad mucho menor (27,7%) de los aportes directos de la municipalidad. Otros aportes en cantidades menores provienen del Fondo Nacional de Desarrollo Regional cuyo destino generalmente es la inversión en infraestructura o recursos físicos. El ítem “otros ingresos” no sabemos su origen pero suponemos provienen de los convenios firmados con el Servicio de Salud, y en cantidad mucho menor de los pagos de las consultas realizados por beneficiarios del sistema de ISAPRES que utilizan las Postas como prestadores.

Existen dos modalidades de aporte por parte del Servicio de Salud; uno es el llamado *subvención per cápita* que en Cochamó no funciona, a pesar de su nombre, en base al cálculo per cápita, dado que la poca cantidad de población inscrita no alcanza para cubrir con los gastos del sistema, por lo cual realiza un aporte llamado *de costo fijo* calculado en base al presupuesto histórico necesario para el funcionamiento del sistema. Aun así, este monto es bajo y se debe complementar con el segundo tipo de aporte desde el Servicio Salud: el ingreso desde los “convenios”. Estos convenios

son múltiples y cada uno de ellos tiene sus objetivos e ítems de gasto propio que se corresponden con programas específicos emanados desde el Ministerio de Salud. Así para el mismo año según datos del Servicio de Salud del Reloncaví, el monto asignado para Cochamó desde los convenios fue de 105, 629 millones de pesos chilenos, que no queda claro dónde está expresado en el balance de ingresos de la Cuenta Pública Municipal de Cochamó del 2011 que recién mostramos. En la Tabla N° 13 podemos ver el detalle de los montos aportados por el Servicio de Salud.

Tabla N°13 Financiamiento desde el Servicio de Salud Reloncaví al DESAM Cochamó 2011.

DETALLE	Monto en pesos chilenos	Monto en dólares	Porcentaje del total
Asignación Per cápita	160.949.000	331990,5	55,33
Asignación Desempeño Difícil	24.280.000	50082,5	8,34
Convenios y Modificaciones Suscritos	105.629.000	217881,6	36,31
TOTAL TRASPASOS	290.858.000	599954,6	100

Fuente: Servicio de Salud del Reloncaví, transferencias a comuna Cochamó, 2011, modificado.

De esta tabla se desprende que el 36% del financiamiento por parte del Servicio de Salud es complementario al aporte dado por su *per cápita* y se entrega a través de los mencionados convenios. El financiamiento a través de la “asignación desempeño difícil” irá directamente a las remuneraciones del personal de salud dado que es parte de la ley 19,378 de estatuto de APS (analizada en el capítulo N°6), por lo tanto no puede destinarse para otros usos. Por último con el total de transferencias reportadas se desprende que el 65,9% del total del financiamiento de la DESAM sería aporte del Servicio de Salud.

Los convenios

El financiamiento a través de los convenios es parte importante del presupuesto municipal ya que un 23,9% del total de financiamiento del DESAM proviene de ellos. Se firmaron 20 convenios el año 2011, como se puede ver en la Tabla N°14.

Tabla N°14: Ingresos DESAM Cochamó de convenios con el Servicio de Salud Reloncaví año 2011.

CONVENIO	Monto en pesos chilenos	Monto en dólares	Porcentaje del presupuesto DESAM
Prog. Salud Mental Int. APS	2.228.520	4596,8	0,5
Prog. Mejoría Equidad Rural	28.500.000	58787,1	6,5
Prog. Capacitación Funcionaria	325.000	670,4	0,1
Prog. Interv. Quirúrgicas Menores	967.559	1995,8	0,2
Reforz. Atención Odontológica	9.441.923	19475,9	2,1
Prog. IRA y ERA (Rx Torax)	688.000	1419,1	0,2
Prog. Artrosis Rehab. Integral	2.840.065	5858,2	0,6
Presup. Participativos 2011	4.500.000	9282,2	1,0
Mantenimiento e Infraestructura	13.087.448	26995,6	3,0
Prog. Imágenes Diagnósticas	2.101.858	4335,5	0,5
IRA Salas Mixtas	11.270.272	23247,3	2,6
Prog. Estipendios Cuidadores Postrados	5.942.832	12258,3	1,3
Prog. Chile crece contigo	5.500.000	11344,9	1,2
P. A. Gest. Exámenes Auge	1.676.087	3457,3	0,4
P. Vacunación Anti-influenza	166.160	342,7	0,0
Resolutividad	4.004.060	8259,2	0,9
Modificación Convenio APS	32.522.236	67083,8	7,4
Programa desarrollo de RRHH APS 2º Semestre	2.000.000	4125,4	0,5
TOTAL CONVENIOS ²⁹	127.762.020	263535,5	29,0

Fuente: Elaboración propia con datos extraídos desde Cuenta Pública DESAM 2011 y planilla de transferencias del Servicio de Salud del Reloncaví a la comuna de Cochamó.

²⁹ Según el texto de la Cuenta Pública DESAM 2011 se habrían firmado 20 convenios, pero sólo aparece el detalle de sus ingresos para 16 de ellos, se sumó la información del Servicio de Salud del Reloncaví pero aún sólo contabilizamos 18 y la sumatoria de montos excede la reportada. Probablemente se realizaron modificaciones estos convenios, que no tuvimos acceso. Esto nos habla de lo difícil de controlar estos recursos.

Como se puede observar de la Tabla N°14, se incorporan en los convenios algunas políticas sociales, como el caso del Chile Crece Contigo o los “estipendios” a los cuidadores de personas postradas, ambas de características focalizadoras: para niños en condiciones de “vulnerabilidad” y para familiares de personas con dependencia severa, respectivamente. Estas políticas deberán ser implementadas dentro de todas las Postas y generalmente se articularán con otras actividades asociadas a metas sanitarias, como los controles del “niño sano” y las visitas domiciliarias a pacientes postrados. Además se muestra el programa de “Mejoría de la equidad rural” que es uno de los que entregan mayores aportes financieros. Este programa está relacionado con una línea ministerial cuya intensión es el “cierre de brechas” en cuanto a la infraestructura y recursos humanos de la comuna. En concreto sus ítems de gasto están destinados a la reparación de las Postas con mayor daño y a la contratación de un segundo Técnico Paramédico para las Postas con más de 800 habitantes inscritos. Como podemos desprender de nuestro análisis de la estructura del sistema de salud en Cochamó, estos dineros son insuficientes para cerrar esta “gran brecha”.

No obstante lo anterior, gracias al aporte de convenios pueden contratarse una buena parte del personal de salud, ejecutarse reparaciones de la infraestructura y realizarse la compra de variados recursos físicos en la comuna. Sus dineros, como dijimos, deben ser gastados en los ítems específicos que aparecen en los documentos firmados entre el Servicio de Salud y el DESAM. Sin embargo, dado que los convenios son una especie de “contrato negociado” entre el Servicio de Salud y el DESAM, su continuidad depende del cumplimiento de lo acordado por las partes y, sobre todo, de la mantención de la línea programática por parte del Ministerio de Salud. Por lo tanto, este financiamiento permite contratar personal sólo a honorarios o con contrato a plazo fijo, y sus metas la mayoría de las veces, son al corto y mediano plazo. De esta forma no se garantiza y se perjudica a uno de los ejes principales del rol de las Postas según el mismo Ministerio de Salud: la continuidad

de los cuidados, que es interrumpida ante la alta rotación del personal y la entrega condicionada de gran parte del presupuesto.

Por otro lado está el aporte de la municipalidad. Este dinero todos los años varía según las prioridades del alcalde y del concejo municipal. Durante el año 2011 este aporte alcanzó un 27,7% del total de ingresos del DESAM (Tabla N°12), representando sólo el 0,9% del presupuesto total de la municipalidad. Generalmente es menor, y siempre es variable, por lo cual es muy difícil contar con estos recursos para una agenda de acciones a largo plazo.

La insuficiencia del financiamiento y las grietas en el modelo de planificación

¿Es suficiente el financiamiento en Cochamó para efectuar las tareas asignadas? Dado el análisis que acabamos de exponer sobre las precarias condiciones estructurales de la comuna, la respuesta es negativa. Sin embargo, estos componentes son sólo aristas de la problemática total relacionada al financiamiento de los sistemas de salud en las comunas rurales, aisladas y con poca población. Acá intentamos un análisis de este punto primero comparando los ingresos del DESAM en relación con su población usuaria, y luego desentrañando las particularidades del contexto comunal y la distribución de sus gastos.

Como lo muestra la Tabla N°12, para el año 2011 el DESAM contó con un presupuesto total de 441,279,000 pesos chilenos (910,229 USD), lo cual representaría un gasto por habitante inscrito (per cápita) de 10,330 pesos chilenos (21 USD) mensuales. Esta cifra es más del doble de lo que sería aportado en caso de obtener el máximo *per cápita* por la ley N°19,378 (de 5,587 pesos chilenos o 11,4USD mensuales por inscrito³⁰), y además sería más alta que una de las comunas más

³⁰ El cálculo del *per cápita* se realiza en base a un “monto basal mensual” correspondiente a una tarifa única y homogénea para todos los habitantes inscritos en APS municipal nacional, a la cual se le realizan incrementos según: nivel socioeconómico, demografía, ruralidad, dificultad de acceso y cantidad de prestaciones

ricas de Chile, como Vitacura, que sólo gastó 5,743 pesos chilenos (11,7 USD) mensuales por habitante inscrito durante el año 2011 (Municipalidad Vitacura, 2011). Lo que nos están diciendo estos datos aparentemente paradójicos, es que dada la poca población existente en Cochamó, esta comuna se aleja (o cae fuera) de lo pensado por los “expertos del nivel central” de impronta economicistas, cuando establecieron los cálculos para definir los aportes a la APS del país. En Cochamó con un aporte calculado así, no se podría sostener el sistema ni en su expresión más mínima. Es por esto que finalmente el Servicio de Salud se ve obligado a realizar un aporte *de costo fijo* calculado en base al gasto histórico de mantención del sistema, evitando su colapso. Dentro de la comunicación oficial que explica en extenso las excepciones al cálculo del financiamiento *per cápita* se establecen que:

“Las comunas Costo Fijo son especiales, pues con ellas no es posible operacionalizar el mecanismo per cápita. Pues sus “costos fijos” debido al pequeño tamaño de su población son más altos”(…) es preciso que en 48 comunas que por razones básicamente geográficas, concurren condiciones absolutamente excepcionales en cuanto a población beneficiaria –inferior a 3.500 personas– ruralidad y dificultad tanto para prestar como para acceder a las atenciones de salud. Estas comunas se conocen como “Comunas Costo Fijo” ya que tradicionalmente, con objeto de asegurar la atención de salud de su población, ha sido preciso transferirles los recursos necesarios para permitir el funcionamiento de los establecimientos asistenciales allí ubicados.” (FONASA, 2012,p.5)

Según los mismos datos de este documento, para el año 2012, estas 48 comunas representan un 15% del total de comunas con APS municipal (siendo 322 en total), por lo que se está tratando como “excepcional” a un porcentaje importante de las comunas del país.

efectuadas de la comuna. Una buena explicación de este cálculo se puede ver en la comunicación de FONASA a la Comisión Mixta de Presupuesto del Congreso Nacional durante el año 2012 (Ordinario N° 5489 del 02/04/12) Disponible en:

Pero el punto más importante a nuestro juicio no es de carácter económico, sino de opciones políticas: la comuna al “salirse” de la norma planificada, al ser una comuna de condiciones “absolutamente excepcionales”, nos revela el carácter centralista y homogeneizador de la política de salud del país y sus formas de financiamiento: pensada para contextos urbanos, con población concentrada, con infraestructura y equipamientos en óptimas condiciones, y con personal de salud disponible para ser contratado en condiciones de flexibilidad laboral.

Todo lo anterior lo podemos comprender en el contexto chileno teniendo en cuenta algunos de sus datos respecto al gasto en salud: 1) Chile tiene uno de los gastos en salud más bajos de los países de la OCDE ya que presenta un gasto en salud per cápita de 1,202 USD frente al promedio de estos países que es de 3,268 USD (OCDE, 2012); 2) su sistema público sólo acumula el 43,5% de este gasto, debiendo asistir al 80% de la población (Goyenechea, 2011) y; 3) dentro del mismo sistema público sólo una minoría de los ingresos son destinados a la APS, siendo de un 21% del total del gasto destinado a los beneficiarios, mientras el gasto hospitalario se lleva el 61% (MIN-SAL,2011).

Por otra parte están los mayores gastos asociados a la especificidad geográfica-económica-social y los déficits estructurales de las Postas en la comuna. Estos gastos no han sido dimensionados, ni tampoco parece ser una prioridad hacerlo. La mayor expectativa de los planificadores locales (tanto del DESAM como del Servicio de Salud) es obtener aumentos en el *per cápita* para las comunas rurales, o elevar su estado legal a la condición de “comuna aislada” para así obtener mayor financiamiento y poder gestionarlo en función de “tapar las muchas grietas” existentes.

Así podemos ver con claridad, mediante el análisis del financiamiento de esta comuna, cómo la política de salud en las zonas rurales topa conceptualmente con el techo presupuestal, como ya lo

habíamos analizado desde los discursos oficiales³¹: en vez de orientarse al diseño de estrategias para la mejora progresiva de su precaria condición, parece reducida a mantener el *statu quo* en espera de nuevas orientaciones y financiamiento por parte del nivel central. Es dentro de este círculo vicioso donde la problemática local queda omitida y/o postergada —y de paso toda la retórica descentralizadora pregonada por los sucesivos gobiernos se cae a pedazos frente a nuestros ojos.

Gasto del personal versus gasto para mantenimiento y deudas que flotan

En la Tabla N°15 podemos observar los egresos del DESAM durante el año 2011. Allí vemos que la mayoría corresponde al pago de remuneraciones del personal, y en un segundo lugar (sólo 21% del total de presupuesto) es destinado a acciones para el mantenimiento de las Postas. Aún menor es el monto destinado a “inversión real”, que es el dinero para la compra de recursos físicos y equipamiento en función de mejorar la atención y conectividad de las Postas. Esta situación se repite en el resto de las cuentas públicas consultadas (2009, 2010 y 2011), marcando una tendencia.

Tabla N°15: Egresos DESAM Cochamó 2011.

Tipo de egreso	Monto en pesos chilenos	Monto en dólares	Porcentaje del total
Gastos en Personal	326.723.000	673933,6	74,0
Gastos de Funcionamiento	92.826.000	191472,8	21,0
Inversión Real (Minibus Hyundai H1 y otros)	12.667.000	26128,3	2,9
Deuda Flotante	9.063.000	18694,3	2,1
TOTAL EGRESOS:	441.279.000	910229,0	100,0

Fuente: elaboración propia con datos de Cuenta Pública Municipalidad de Cochamó 2011.

³¹ En la conclusión del Capítulo N°6 mencionamos la existencia de una rígida base conceptual-presupuestaria (como una unión indisoluble) sobre la cual se construye la política de salud chilena.

La Tabla N°15 muestra los gastos del DESAM durante el año 2011 siendo el principal de ellos el de remuneraciones para el personal, luego vienen los gastos de funcionamiento y mucho menores son los gastos en inversión, como la compra de un Minibus para el traslado del personal de salud, y finalmente para el pago de la “deuda flotante”.

Nuestro análisis de estos gastos revela que finalmente el presupuesto de la DESAM alcanzaría para sostener medianamente a su recurso humano (los médicos y un dentista son contratados por el Servicio de Salud del Reloncaví), y lo que sobra de este gasto, se invierte en el funcionamiento de Postas (gastos de agua, electricidad, medicamentos, etc.) y en menor medida a la reparación de las Postas con daños mayores, alcanzando para cubrir solamente las emergencias de la infraestructura. Además cada año se acumula una “deuda flotante” que suponemos correspondería a los dineros adeudados a los habitantes privados que le rentan botes con motores fuera de borda al DESAM para el traslado del personal de salud hacia las Postas más aisladas y/o a deudas con el mismo personal de salud producto de “viáticos” atrasados, que supuestamente son para pagar su alimentación y alojamiento durante las rondas de salud en las Postas lejanas a la capital.

Todos estos hallazgos refuerzan nuestra hipótesis sobre la existencia nacional de una política de salud basada en techos presupuestales limitados que rigen lo que “se puede hacer” —y pensar— como se observa en su expresión más concreta y local en Cochamó.

7.5 Funcionamiento y actividades asistenciales

Diferencias de funcionamiento entre las Postas de Salud Rural: personal y rondas de salud

Ya descritos y analizados los componentes estructurales del sistema de salud público de Cochamó, acá exponemos nuestro análisis de su funcionamiento u operación. Como punto de partida, ya esbozado en los apartados anteriores, debemos mencionar la existencia de profundas diferencias entre el funcionamiento de Postas costeras y con “alta” población, como Rio Puelo, del funcionamiento de las cordilleranas y con poca población, como es Segundo Corral a la que llamaríamos la periferia de la periferia. El primer aspecto de estas diferencias se encuentra en el personal de salud: mientras en la Posta de Rio Puelo se cuentan con 3 Técnicos Paramédicos atendiendo de lunes a viernes y uno de ellos rota para atender las urgencias “de llamada” fuera de los horarios de atención regular, en la Posta de Segundo Corral sólo cuenta con 1 Técnico Paramédico para hacer ambas labores. El segundo aspecto destacado es la frecuencia de “las rondas de salud”. Estas rondas son una estrategia de periodización de una jornada de actividades asistenciales ubicada en un día específico para cada Posta de la comuna, donde se traslada el personal de salud generalmente médico, matrona y dentista o enfermera junto a todos sus insumos necesarios para la atención. Cada localidad tiene distintas frecuencias de estas rondas de acuerdo a diversas variables, entre ellas las más importantes son el número de población beneficiaria de la Posta y también el presupuesto disponible. Sobre esta última variable debemos mencionar que para trasladar al personal a las Postas cordilleranas como Segundo Corral se requiere un día completo de viaje de ida (cuando

no se cuenta con disponibilidad de avión de la Fuerza Aérea, que es la mayoría de las ocasiones), un día de jornada de atención (“de ronda de salud”) y un día de viaje de vuelta³² (Foto N°16).

Foto N°16: Personal de salud en viaje hacia a ronda de Posta de Segundo Corral.



Fuente: (Medina, 2012). *“Camino a la posta”*

En la Foto N°16 se observa cómo el personal de salud realiza caminatas cargando sus insumos de atención y enseres personales, por lo menos durante una hora hasta llegar recién al embarcadero donde se trasladarán, a través de ríos y/o lagos a las Postas más aisladas de la comuna.

Finalmente para trasladarse a las Postas alejadas el DESAM debe pagar 3 días de “viáticos”, que como dijimos, es dinero en efectivo para gastos de alimentación y alojamiento para todo el personal de la ronda, y además deberá pagar la renta de los transportes utilizados durante el trayecto a propietarios privados que son principalmente botes con motores fuera de borda para cruzar los lagos y ríos. Este alto costo de las rondas en las localidades cordilleranas, sumado al escaso presupuesto del DESAM para estos gastos, induce a que estas sean realizadas “en la medida de lo posi-

³² Realizamos este viaje de un día desde la Posta de Rio Puelo hasta la Posta de Segundo Corral. De ida solos, trasladándonos a pie, y de vuelta con el personal de salud mediante una combinación de botes con motor fuera de borda, caminatas y vehículos terrestres. Este intrincado trayecto se describe en los anexos de Observación de las Postas: Segundo Corral.

ble” y no en base a necesarias, ni menos a las que están normadas por el Ministerio de Salud que serían de mínimo 2 mensuales (Norma Técnica de funcionamiento de las Postas N°121 del 2011, analizada en el capítulo N°6). Tan es así su condición, que durante el trabajo en terreno pudimos pesquisar en la misma localidad de Segundo Corral durante los últimos dos años sólo se han realizado 3 rondas de salud. Representando una ausencia inaceptable del sistema que se contradice profundamente con las concepciones del derecho en salud y sus misma normativa. La frecuencia de rondas para el resto de las Postas de la comuna se puede ver en la Tabla N°16.

Tabla N°16: Frecuencia de las rondas de salud por Posta, año 2011

Posta de Salud Rural	Frecuencia Rondas de salud
Rio Puelo	2 rondas cada semana
Cochamó	2 rondas cada semana
Pocoihuén	1 o 2 rondas cada mes
Llanada Grande	2 rondas cada mes
Sotomó	1 ronda cada mes o menos
Llaguepe	1 ronda cada mes
Segundo Corral	1 o 2 rondas cada año
Valle el Frio	1 o 2 rondas cada año
Paso el León	2 rondas cada año

Fuente: elaboración propia en base a información de observación y entrevistas en terreno.

La Tabla N°16 muestra claramente la gran diferencia en las frecuencias de las rondas de las localidades costeras, en especial Rio Puelo y Cochamó, respecto del resto. La principal explicación es su mayor población usuaria, sin embargo, al observar la cantidad de inscritos por Posta como aparecen en la Tabla N° 8 ,podemos ver una proporción de habitantes 10 veces mayor, por ejemplo entre la Posta de Cochamó y la de Segundo corral; siguiendo un cálculo mecánico, estimamos que deberían realizarse por cada 10 rondas en Cochamó una en Segundo Corral, esto claramente no se

cumple. Por otro lado nos cuestionamos el impacto real de tener 1 o 2 rondas cada año como ocurre las localidades cordilleranas más aisladas (Segundo Corral, Valle el Frio y Paso el León) lo que lleva a pensar que los usuarios están utilizando otras estrategias para resolver sus problemas de salud/enfermedad/atención y no producen grandes demandas al sistema.

Cartera de prestaciones de las Postas de Salud Rural

La cartera de prestaciones de las Postas agrupa todas las acciones tanto asistenciales como preventivas en salud que están estipuladas para estos establecimientos en sus normas ministeriales de funcionamiento (Tabla N°17).

Tabla N°17: Cartera de Prestaciones de las Postas de la comuna de Cochamó.

PREVENTIVAS	CURATIVAS
Controles de Salud del niño, adolescentes ,adulto y adulto mayor	Consulta morbilidad general
Control lactancia materna	Prestaciones recuperativas Salud Bucal
Examen de Salud Preventivo del adulto y Adulto mayor	Atención a domicilio
Control Preconcepcional	Control TBC
Control Paternidad responsable	Consulta morbilidad obstétrica
Control ginecológico preventiva	Consulta morbilidad ginecológica
Vacunación	Atención en domicilio
Educación grupal en salud bucal	
Examen de Salud Bucal	
Prestaciones preventivas en salud oral	
Talleres de educación grupal	
Control Nutricional	
INTEGRADAS	
Consulta social	Visita domiciliaria integral
Control crónicos (Cardiovasculares, Respiratorios, etc)	Conserjerías individuales y familiares
Consulta Salud Mental	Control prenatal control puerperio
Intervenciones psicosociales individual y grupal.	Consulta déficit desarrollo psicomotor
PNAC-PACAM ³³	Actividades de Rehabilitación

Fuente: Plan de Salud Comunal DESAM Cochamó 2011.

³³ PNAC-PCAM: Programa Nacional de Alimentación Complementaria- Programa Complementario Alimentación del Adulto Mayor. En la Posta se entregan estos alimentos mensualmente. Estas entregas están supeditadas: en los niños a la asistencia en los controles de salud que involucra evaluaciones antropométricas del crecimiento y nutrición; y en los adultos mayores a evaluaciones de enfermedades crónicas e índices de dependencia. Estas actividades son metas sanitarias asociadas a asignación por desempeño colectivo.

De la Tabla N°17 se desprende que la cantidad de actividades destinadas a la prevención es mayor que las curativas, aun así estas son fundamentalmente individuales y centradas en la enfermedad, destacando la ausencia de actividades promocionales. Durante nuestra observación las actividades que con más frecuencia registramos fueron: “control de crónicos”, “control ginecológico preventivo”, “control de salud del niño”, “prestaciones recuperativas de salud bucal” y “consulta morbilidad general”. Todas estas, excepto la última, son metas sanitarias asociadas a la asignación por desempeño colectivo.

La cartera de prestaciones de las Postas en Cochamó incorporan básicamente las mismas actividades que cualquier establecimiento de APS del país, y no cabe posibilidad de otra actividad distinta. Si se realizaran actividades adicionales, éstas tampoco tendría traducción en algún registro válido debido a que las estadísticas de actividades son estandarizadas y se introducen de forma resumida en planillas electrónicas enviadas mensualmente al Servicio de Salud (el Registro Estadístico Mensual, REM) con las cuales esta entidad controla los índices de actividad de APS, y de acuerdo a eso “paga” el *per cápita* —en rigor el *costo fijo*. Por lo tanto, si se hiciera una actividad “extra” esta tendría que crear un registro propio y validarse —y pagarse— desde el mismo DESAM, lo que en la práctica no sucede, entonces para efectos del sistema no existen.

Sin embargo, en nuestra observación en terreno pudimos presenciar algunas de estas actividades “extra” que justamente tienen relación directa con la problemática más local: el Técnico Paramédico puede desde ayudar a resolver un conflicto entre vecinos, hasta entregar consejos para trámites burocráticos, pasando por asuntos veterinarios y amorosos. Todas estas funciones son invisibles y sólo se esbozan como un ideal del rol de la Posta en la normatividad ministerial (Norma Técnica para el funcionamiento de las Postas de Salud Rural N°121, año 2011, analizada en el capítulo N°6).

Atención durante un día de ronda de salud³⁴

Dado que los registros tanto del DESAM y como del Servicio de Salud del Reloncaví tienden a sintetizar la operación de las Postas a sólo “lo contable y pagable”, se reduce en extremo el funcionamiento de estos establecimientos. Debido a esto, hemos decidido extendernos en la descripción de las observaciones de lo realizado durante un día de “ronda de salud” y luego durante un día “sin ronda de salud”, complementado con los registros de atenciones que recopilamos directamente desde el personal de las Postas.

La atención durante los días de ronda de salud comienza a las 9 de la mañana y termina alrededor de las 16 horas, con un intermedio para almorzar que dependerá de la afluencia de los usuarios. Los profesionales en ronda tienen “agendados” con anticipación a los usuarios para atender; esto ocurre principalmente en las Postas costeras y en especial en Cochamó y Rio Puelo, dado que la alta frecuencia de las rondas, de dos veces a la semana, permiten planificar este tipo de consultas. En cambio, en Segundo Corral la realidad es distinta, ya que la última ronda en la localidad había ocurrido hace 6 meses, y a pesar de la existencia de una citación de usuarios realizada por el Técnico Paramédico, dada la incertidumbre sobre si la ronda se efectuará o no, que sólo se sabrá realmente el día anterior por las condiciones climáticas cambiantes, en la práctica “se atiende al usuario que llega” tratando de aprovechar al máximo la presencia de los profesionales en la localidad. Aun así, en la ronda de salud que presenciamos la afluencia de público fue muy baja: en total contabilizamos 6 atenciones del médico que fueron principalmente controles de usuarios con enfermedades crónicas, 10 de la matrona principalmente asociados a anticoncepción y 7 del odontólogo para extracciones de piezas dentales. Esta baja afluencia está relacionada con los largos y

³⁴ La descripción completa de las observaciones de los “días de ronda” y los “días sin ronda” para las Postas de Rio Puelo y Segundo Corral se pueden ver en los anexos: Observación de las Postas.

difíciles caminos para acceder a las Postas y/o a la poca anticipación del anuncio de la venida de la ronda (Foto N°17).

Foto N°17: Medio de transporte de los usuarios de Posta Segundo Corral.



Fuente: (Medina, 2012). *“Estacionamiento de posta cordillerana”*.

Como se observa en la Foto N°17, al frente de la Posta de Segundo Corral algunos usuarios dejan amarrados sus caballos mientras acuden a la ronda de salud. Este tipo de transporte es uno de los preferidos en esta localidad ya que acorta los tiempos de viajes, que a pie pueden durar más de 2 horas desde las zonas más alejadas de la Posta. Aun así los caminos se vuelven peligrosos para transito animal cuando la lluvia es copiosa.

Durante los días de ronda los Técnicos Paramédicos atienden en el “box de procedimientos” a los usuarios que acuden espontáneamente, sin hora previa y por morbilidades diversas, cabiendo también acá las urgencias. Ellos serán los funcionarios encargados de resolver estas patologías en la mayoría de los casos. Ante dudas diagnósticas o enfermedades potencialmente graves pedirán la opinión del médico en ronda. Este tipo de consulta “espontanea” ocurre con mayor frecuencia

en la Posta de Rio Puelo, tanto así, que hay uno o dos Técnicos Paramédicos designados para esta labor, quedando el otro en funciones de entrega de fármacos y control de signos vitales.

Atenciones durante un día sin ronda

Durante los días sin ronda de salud la realidad de las Postas cambia considerablemente, aunque los horarios de atención y las características administrativas se mantienen. En especial en la Posta de Segundo Corral donde presenciamos en terreno dos días diferentes sin rondas (recordemos que esto es lo normal; la ronda sólo llega 2 veces al año): uno de atención en la Posta y otro de visitas domiciliarias. En el primero, el Técnico Paramédico se encuentra con la central radial encendida y atento a las posibles consultas tanto por radio³⁵, como de usuarios que acudan a la Posta (Foto N°18). Esto pasa muy pocas veces; contabilizamos sólo dos atenciones durante ese día y los dos usuarios venían a buscar medicamentos para sus enfermedades crónicas.

³⁵ Dado que en estas localidades no existe telefonía fija ni celular los habitantes se comunican mediante radios móviles llamadas “handys” que encontramos en todas las familias que visitamos. Estos permiten pasar diversos anuncios mediante su repetición entre las familias y a las instituciones de la localidad como la Posta, la escuela o la policía.

Foto N°18: Central radial de Posta Segundo Corral.



Fuente: (Medina, 2012). "Cables, batería, pesa y vacunas"

En la Foto N°18 se observa el sistema de comunicación principal en las Postas de la cordillera. Esta central radial se encuentra dentro del "box de procedimientos" donde entre otras actividades, se hacen las mediciones antropométricas a los usuarios. En la foto podemos ver los abundantes cables, la batería expuesta junto con la báscula, las vacunas y los elementos contaminados, es decir, condiciones de inseguridad evidentes producto de la falta de espacios de atención.

Durante los días de visitas domiciliarias, dado las largas distancias que el Técnico Paramédico debe recorrer a pie por los senderos, generalmente logra visitar a un máximo de dos o tres familias por día, y en la mayoría de los casos se trata de adultos mayores con poca capacidad de movilización donde se acude a controlar los signos vitales y entregar fármacos para sus enfermedades crónicas. En los registros de estas actividades efectuados por este funcionario pudimos contabilizar en promedio 20 consultas en Postas y 10 visitas domiciliarias por mes en los últimos 6 meses. En cambio, en la Posta costera de Rio Puelo a pesar que baja la afluencia de público respecto a un día de ron-

da, hay abundantes “consultas espontaneas”, demanda de fármacos y peticiones de horas para los profesionales que acudirán a las próximas rondas. Así, los Técnicos Paramédicos a pesar de ser 3, están constantemente ocupados en estas cuestiones, y no pudimos observar días de visitas domiciliarias. Según los registros del personal, se realizan alrededor de 40 atenciones en promedio cada día. A esto se le suman la toma de exámenes hemáticos y de orina, la citación de horas y la entrega de fármacos.

Participación de la comunidad: entre la colaboración y el reclamo individual

Las formas de participación por parte de los ciudadanos dentro del sistema de salud de Cochamó, se producen básicamente: 1) a través de los Comités de Salud de cada Posta; 2) a través de las Juntas de Vecinos; 3) a través de los reclamos y sugerencias de la OIRS (Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias de cada Posta); 4) a través de reclamos y sugerencias a los concejales de la comuna; 5) a través de audiencia directa con el alcalde y ; 6) a través de actividades impulsadas por el Servicio de Salud, por ejemplo mediante los “presupuestos participativos en salud”. Es decir, existen múltiples formas mediante múltiples vías funcionando de manera paralela para lograr modificaciones o mejoras del sistema de salud. Sin embargo, cada una de ellas tiene particularidades y alcances que analizaremos a continuación.

Los Comités de Salud y las Juntas de Vecinos son organizaciones de vecinos regidas por la Ley N° 19.418 “sobre Juntas de Vecinos y demás Organizaciones Comunitarias” tratándose de organizaciones con personalidad jurídica, patrimonio propio y sin fines de lucro que se organizan entorno a una “unidad vecinal” como territorio en el cual se subdividen las comunas para promover la participación ciudadana, y entre sus múltiples funciones establecidas en la ley, aparecen para las Juntas de Vecinos:

1. “Representar a los vecinos ante cualesquiera autoridades, instituciones o personas para celebrar o realizar actos, contratos, convenios o gestiones conducentes al desarrollo integral de la unidad vecinal.
2. Aportar elementos de juicio y proposiciones que sirvan de base a las decisiones municipales.
3. Gestionar la solución de los asuntos o problemas que afecten a la unidad vecinal, representando las inquietudes e intereses de sus miembros en estas materias, a través de los mecanismos que la ley establezca.
4. Colaborar con las autoridades comunales, y en particular con las jefaturas de los servicios públicos, en la satisfacción y cautela de los intereses y necesidades básicas de la comunidad vecinal.” (Ley N°19,418, Art.N°42, 1997).

En el caso de los Comités de Salud se establece además que son “organizaciones comunitarias funcionales” con el objetivo de representar y promover valores e intereses específicos de la comunidad dentro del territorio.

En otras palabras, estas organizaciones deberían traducir las expresiones y demandas de los ciudadanos de las distintas localidades, sin embargo, dentro del sistema de salud de Cochamó, según nuestras pesquisas, ellas habitualmente sólo encontrarán como interlocutor principal de sus intereses al Técnico Paramédico de las distintas Postas, y será finalmente él según su “voluntad participativa” quien dicte las posibilidades o límites de esta relación. Como lo indagamos durante el trabajo en terreno, esta participación se reducirá a la colaboración en cuestiones de carácter práctico, principalmente al apoyo en actividades de promoción y en la formulación de proyectos para financiar mejoras en la infraestructura de las Postas. Estos hallazgos son muy similares a los mencionados por Delamaza (2005) en cuanto a que el principal vínculo del sector de salud con la comunidad sería cada vez más sinónimo de “promoción de la salud”, alejándose de la discusión de las orientaciones de la política, es decir, una concepción básicamente colaborativa de la participación.

Por otro lado, se encuentran los procedimientos estipulados por el sistema de salud para hacer sugerencias y reclamos a través del espacio OIRS de las Postas. Este mecanismo, por su carácter individual y escrito excluye a gran parte de la población dado la alta presencia de usuarios analfabetos y con reticencia al reclamo por miedo a represalias desde los funcionarios. Generalmente se ocupa este medio para presentar reclamos en relación al “trato” de algún integrante del personal con usuarios específicos y casi nunca se tocarán cuestiones relativas a la orientación general del sistema o a la pertinencia y suficiencia de sus recursos.

En el caso de la participación a través de los concejales y el alcalde, esta se revela como la instancia más rápida y eficaz de establecer modificaciones en el funcionamiento del DESAM, ya que los reclamos cursados por esta vía se derivarán mediante “telefonazo”³⁶ directamente al jefe del DESAM quien presionado políticamente intentará resolver la problemática planteada. Sin embargo, este mecanismo generalmente está limitado a caudillos locales con posibilidad de generales del DESAM o de la política de salud comunal.

Por último, la participación comunitaria mediante presupuestos participativos y otras instancias impulsadas por los convenios desde el Servicio de Salud a través del personal del DESAM, fundamentalmente se reducirá a la elección por parte de los habitantes entre diversas alternativas de gasto, que en un contexto de carencia estructural como la descrita, terminarán siendo destinados a la reparación de la infraestructura de las Postas.

Por lo tanto, las alternativas reales de participación de los ciudadanos en la política de salud rural de la comuna son muy reducidas e insuficientes. No es de extrañar que la precaria situación del sistema de salud comunal no sea relevada a instancias superiores municipales, regionales ni na-

³⁶ “Telefonazo”: expresión irónica para referirnos al llamado telefónico del alcalde a su subordinado (jefe del DESAM) para la resolución urgente de alguna cuestión considerada inaceptable.

cionales. Así tampoco debemos extrañarnos de los alegatos por parte de los funcionarios del sistema de salud acerca de la “poca conciencia”, “poco control” y “poca participación” ciudadana en estos asuntos³⁷, ya que existe toda una historia y estructuras de exclusión ciudadana que permanecen presentes en el territorio de naturaleza política y económica.

7.6 Resultados reportados

Evaluación de números y dineros

No obstante la carga para el personal de salud derivada de las numerosas “consulta espontanea”, y las particulares condiciones que limitan el trabajo en las Postas, y en especial en los sectores cordilleranos, para el Servicio de Salud del Reloncaví los resultados del sistema de salud local se evaluarán principalmente a través de las actividades asociadas a las metas sanitarias nacionales u otros indicadores de actividad creados en el nivel central.

En estas evaluaciones los números absolutos de actividades específicas y los porcentajes de cobertura en determinadas acciones serán la tónica común, subestimando y/u omitiendo todo el contexto local. Para los efectos presupuestarios asociados al *per cápita* y a las “asignaciones de desempeño colectivo” al Servicio de Salud le interesarán dos tipos de resultados: las metas sanitarias y los Índices de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS) (en la Tablas N°18 y N°19 se pueden ver sus resultados del DESAM para el año 2011). Estas dos formas de evaluación son las estipuladas por la ley, y su incumplimiento por parte del DESAM resultaría teóricamente, en dejar de recibir el financiamiento. Como podemos observar de las tablas, hay una reducción importante de las actividades que se realizan respecto lo que se evalúa.

³⁷ Representaciones que describimos y analizamos en el Capítulo N°8.

Tabla N°18: Metas sanitarias para el año 2011 DESAM Cochamó.

N°	METAS 2011	2010	2011			
			Nacional	Por Cumplir	Pobl. Total	2011 %
1	Evaluación Desarrollo Psicomotor 12-23 meses	44/57 ³⁸	91%	45	56	80%
2	Mujeres de 25 a 64 años con Pap ³⁹ vigente	568/706	72%	580	707	82%
3	Altas Odontológicas:					
	Niños y niñas de 6 años	31/47	70%	35	58	60%
	Niños y niñas de 12 años	47/58	70%	47	58	81%
	Embarazadas	11/32	60%	16	32	50%
4	Hipertensos Compensados >15 años P.Art ⁴⁰ <130/90	305/508	65%	305	504	60%
5	Diabéticos Compensados >15 años Hb Glic ⁴¹ <7g/dl	27/67	42%	29	67	44%
6	Obesidad en control de niños < de 6 años	26/66	9.4%	25	66	9.4%

Fuente: Plan de Salud Comunal 2011 DESAM Cochamó.

Como se puede apreciar en la Tabla N°18, las metas sanitarias nacionales se adaptan de forma mecánica a la realidad de Cochamó mediante su ajuste a la población inscrita en sus Postas y a los porcentajes alcanzados para el año anterior. Estas metas sanitarias son las que se asocian al “estímulo por desempeño colectivo” de la ley N° 19, 813 (analizada en el capítulo N°6) y anualmente son negociados entre el Servicio de Salud y el DESAM.

³⁸ 44/57: significa que para 57 usuarios que son el total de población objetivo, se realizó en 47 de ellos la acción en salud. Desde esa relación se desprenden n los porcentajes de cobertura.

³⁹ Pap: Examen “Papanicolau” consistente en la realización de una citología vaginal, para diagnosticar el cáncer cervicouterino de forma precoz. Cabiendo dentro de la actividad de las Postas “Control ginecológico preventivo”

⁴⁰ P.Art: Presión Arterial.

⁴¹ Hb.Glicosilada: Examen de Hemoglobina Glicosilada, que representaría una estimación de los niveles de glucosa sanguínea en los 2 a 3 últimos meses.

Tabla N°19. Metas de Índices de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS) para el año 2011
DESAM Cochamó.

N°	METAS 2011	2010	2011		
			Por Cumplir	Pobl. Beneficia- ria	%
1	Elaboración Fichas CLAP ⁴²	0	10	375	27%
2	Ingreso Embarazadas <14 semanas	21/32	22	32	69%
3	EMPA ⁴³				
	Hombres 20 a 44 años	61	80	693	12%
	Mujeres 45 a 64 años	54	100	406	25%
	Adulto Mayor	8	120	481	25%
4	Altas Odontológicas < 20 años	294	294	2.617	10%
5	Cobertura Diabéticos en Control > 15 años	67	70	659	11%
6	Cobertura Hipertensos en Control >15 años	508	510	659	77%
7	Visitas Domiciliarias Integrales ⁴⁴	262	227		
8	Atención a Postrados	82	85		

Fuente: Plan de Salud Comunal 2011 DESAM Cochamó.

En la Tabla N°19 se aprecian los índices de actividad de APS (IAAPS), que son otra de las formas de control desde los niveles centrales a los establecimientos de APS municipal. Estos también se ajustan desde la meta nacional de forma mecánica a la realidad de la comuna y son negociados anualmente. Acá se incluyen otras actividades de la cartera de prestaciones de las Postas con énfasis en los aumentos de “cobertura”.

Existe además otro tipo de evaluación por parte del Servicio de Salud, que es la asociada a cada uno de los convenios firmados con el DESAM. Para el 2011 se firmaron 20 convenios y cada uno de ellos tiene su forma propia de evaluación. En la práctica, estas mediciones se basan principalmente en la demostración de la ejecución de los dineros transferidos, es decir, que no se queden en “caja”, sino que se gasten en lo estipulado, y otras actividades asociadas a objetivos específicos de

⁴² Fichas CLAP: Evaluación “biopsicosocial” del adolescente mediante la realización de una ficha estandarizada por la OPS para la evaluación de los principales “riesgos de salud” asociados a esta etapa del ciclo vital.

⁴³ EMPA: Examen de Medicina Preventiva del Adulto, incorpora mediciones de glucosa capilar y presión arterial, entre otros, para usuarios sin historia de enfermedad. Este examen fue incorporado como garantía GES.

⁴⁴ Visitas integrales: en la práctica, que incorpore más de un profesional en la visita.

los programas ministeriales⁴⁵. Un incumplimiento de estos convenios teóricamente también, resultaría en no permitir la transferencia de los dineros prometidos por el Servicio de Salud, o la interrupción de su continuidad el año siguiente.

¿Satisfacción usuaria?

Por otro lado está la evaluación por parte de los usuarios. Este punto se corresponde con uno de los objetivos sanitarios nacionales de la década: dar atención de salud acorde con las expectativas de la población. Para esto se impulsó la realización de encuestas de satisfacción usuaria en las distintas comunas. En Cochamó, el DESAM realizó ésta encuesta durante el año 2010 en 4 de sus Postas (Rio Puelo, Cochamó, Pocolihuen y Llanada Grande) en función de cumplir con lo estipulado en el convenio llamado “mejoraría de la equidad en salud rural” que entrega recursos necesarios para el arreglo de infraestructura y cierre de “brechas” del personal Técnico Paramédico de las Postas. Sus resultados generales mostraron que el 55% de los encuestados manifestaron encontrarse entre muy y completamente satisfechos respecto de la calidad de atención (Tabla N° 20).

⁴⁵ Probablemente el convenio que involucra mayor cantidad y diversidad de objetivos a evaluar sea el asociado al programa Chile Crece Contigo.

Tabla N° 20: Resultados encuesta de satisfacción usuaria DESAM Cochamó. Distribución de usuarios ante la Pregunta N°26: “Tomando en consideración todas las cosas [las preguntas anteriores de infraestructura, tiempos de espera y calidad de la atención] ¿Cuán satisfecho (Contento) está usted con su Posta de Salud?”

	7	6	5	4	3	2	1
Posta Rio Puelo	2	15	12		1		
Posta Pocolhuén	4	6	3			1	1
Posta Llanada Grande	2	8	7	1	1	1	
Posta Cochamó	3	12	10	1		3	1

Fuente: Encuesta Satisfacción Usuaria DESAM Cochamó 2010.

La Tabla N°20 utiliza la siguiente escala: 7=completamente satisfecho, 6=muy satisfecho, 5=medianamente satisfecho, 4=indiferente, 3=medianamente insatisfecho, 2= muy insatisfecho, 1= completamente insatisfecho. Se observa que no hay grandes diferencias entre las Postas, y las opiniones son marcadamente más frecuentes en las categorías muy y medianamente satisfecho, destacando las escasas respuestas de completamente satisfecho.

En cuanto al “trato” por el personal de las Postas el 34% manifestó estar medianamente satisfecho, y el 11% restante reconoce estar insatisfecho y muy insatisfecho con la atención prestada. En los tiempos de espera para la atención por los Técnicos Paramédicos (consulta espontanea, curaciones y entrega de fármacos) en la mayoría de los casos se realizaría entre 15 a 30 minutos de espera, siendo valorado como “bueno” para la mayoría de los encuestados. En cuanto a los tiempos de espera para la obtención de una cita para consulta con el médico, fueron en su mayoría de dos semanas o más luego de la petición, siendo valorados en general como “malos”. Sobre las condiciones de infraestructura, el 85% de las personas encuestadas respondieron que les parece entre buenos y muy buenos los box de atención y las salas de espera. La mayor diferencia se presentó en cuanto a la higiene y mantención de los baños públicos: mientras el 70 % de los encuestados lo encuentra malo y muy malo en la Posta de Rio Puelo, el 67% de los encuestados en la Posta de Pocolhuén lo encuentra bueno o muy bueno.

Estos resultados fueron interpretados como relativamente buenos por el personal de salud y administrativos del DESAM, en especial lo referido al desempeño y la calidad del personal de salud, llamando la atención las escasas opiniones negativas sobre las condiciones de infraestructura y equipamiento, sin embargo, debemos destacar que esta encuesta tiene numerosas limitaciones metodológicas: 1) sólo se realizó en las Postas que concentran la mayoría de los recursos (Rio Pueblo y Cochamó) o son de construcción reciente (Pocoihén y Llanada Grande); 2) el sector cordillero está subrepresentado (solo una Posta del sector) ; 3) se encuestó dentro de las mismas Postas durante un día de ronda de salud, por lo cual presenta sesgos tanto de selección de la muestra, ya que sólo participaron los usuarios que acuden a las rondas, como en sus respuestas eventualmente condicionadas por las repercusiones que pueden provocar en la atención inmediata; 4) es cuestionable que una encuesta autoadministrada se realice a una gran cantidad de usuarios anal-fabetas y que están alejados de conceptos complejos como *calidad de la atención*, y finalmente; 5) muchos de los “usuarios habituales” de las rondas mantienen vínculos familiares y afectivos con el personal de salud. Estas limitaciones se comprenden dado que el DESAM no cuenta con personal capacitado para este tipo de mediciones ya que la encuesta fue realizada principalmente por la Psicóloga y el Kinesiólogo, ambos de formación clínica; ni menos cuenta con los recursos financieros para realizar una medición de calidad. Así tenemos una encuesta efectuada en “la medida de lo posible”, muy autocomplaciente y realizada más para cumplir con un compromiso con el Servicio de Salud que para entregar información confiable.

Aun así consideramos esta información relevante ya que emite opiniones claras entorno a los déficits de infraestructura, tiempos de espera para atención médica, y cantidad y calidad del personal de salud en la comuna que difícilmente se podrán mejorar si se sigue la lógica actual. Y por otro lado consideramos que en cierta medida las pésimas condiciones de infraestructura estarían sien-

do naturalizadas por los usuarios —quizás producto de lo crónico del desfinanciamiento— al contrastarlos con nuestras observaciones en terreno.

Conclusión

Como expusimos en este capítulo, el sistema de salud público de Cochamó presenta particularidades que nos permiten analizar una expresión concreta de la relación del Estado chileno con los habitantes de las zonas rurales y aisladas del país. Desde nuestra observación de las prácticas institucionales de la política de salud rural, de “lo que hace” el Estado en relación al proceso de salud/enfermedad/atención de estos habitantes; analizamos con el enfoque de nuestros 4 Ejes Temáticos sus principales características poniendo énfasis en sus contradicciones derivadas de las relaciones de poder público/privados y centro/periferia que rodean la estructura y el funcionamiento del sistema de salud público chileno en las zonas rurales.

En cuanto a nuestro eje temático del “rol del Estado, su relación con el mercado y las políticas públicas”, observamos que en Cochamó la institución fundamental por donde “el Estado baja al terreno” es la municipalidad y sus departamentos. En las diversas localidades de la comuna esta expresión estatal se nos devela al momento que caminamos por sus centros cívicos: las edificaciones de la municipalidad, Posta, escuela, y policía se encuentran allí agrupadas y su arquitectura es claramente foránea, muy distinta a las dispersas casas construidas con maderas autóctonas de sus habitantes. El Estado hace presencia física incluso en las zonas más distantes y aisladas, como es el caso de las Postas de las localidades cordilleranas, sin embargo, las condiciones de deterioro en la infraestructura e insuficiencias en toda clase de recursos producen que su funcionamiento sea discontinuo y precario, por lo que hemos caracterizado el rol estatal en estas localidades con el concepto de *asistencia mínima*. Este concepto involucra a su vez dos: el de *asistencia*, entendido

como una relación asimétrica entre el que asiste, en este caso representado por la municipalidad mediante formas clientelares y paternalistas de funcionamiento de sus Postas, y el que recibe la asistencia, en este caso los usuarios del sistema quienes se limitan a participar de forma colaborativa con el personal de salud o clientelar con las autoridades comunales, como lo expusimos dentro las formas de participación; y el de *mínima*, evidente desde nuestro análisis acerca de las múltiples insuficiencias de recursos financieros, físicos, humanos y de infraestructura presentes en este sistema de salud.

Sumado a lo anterior se encuentran el fomento desde el Estado de un modelo de crecimiento económico centralista, y de la existencia de un fuerte mercado privado en servicios de salud que producen una alta concentración de recursos humanos en la zona central y en las grandes ciudades, haciendo muy difícil que estos técnicos y profesionales se empleen y se mantengan en comunas rurales y aisladas como Cochamó.

Por otro lado, y retomado del Capítulo N°4 del “Contexto de la investigación”, se encuentra la marcada complicidad del Estado con las grandes compañías extractivas asentadas en la zona: es el caso de las privilegiadas concesiones a las empresas salmoneras e hidroeléctricas, cuyos efectos en la salud de la población no son considerados y no entran en los análisis de impacto que privilegian siempre las ganancias del gran capital.

Con estos antecedentes podemos concluir que el rol tomado por el Estado y las características de su relación con el mercado en Cochamó son doblemente nocivas para sus habitantes: al tiempo que entrega *asistencia mínima* mediante sus famélicas políticas de salud, fomenta la instalación de empresas destructoras de los ecosistemas que sostienen las condiciones de vida de sus habitantes.

En cuanto a nuestro eje de las “políticas sociales y de salud”, en Cochamó observamos cómo desde el nivel central se marca toda la pauta de acciones posibles. Estas orientaciones articuladas mediante las estrategias creadas por “expertos del nivel central”, se traducen en los programas ministeriales y sus diversos objetivos que terminan ocultando las necesidades y acciones nacidas dentro del seno de lo local. Es el caso de los abundantes convenios firmados entre el DESAM y el Servicio de Salud que constituyen gran parte de su presupuesto total y tienen como función desarrollar dentro de las Postas algunas políticas sociales de características focalizadoras, como por ejemplo los programas del Chile Crece Contigo que privilegia los niños “vulnerables”, el Programa Complementario de Alimentación del Adulto Mayor, o el programa de “estipendios” a cuidadores de personas postradas; y además la política de salud, como el GES, las campañas de vacunación o de refuerzos en materia odontológica. Estas líneas programáticas son las mismas para todo el país y sus formas de gestión dentro de las diversas comunas deben estar de acuerdo a ítems de gasto especificados y controlados por el Servicio de Salud respectivo, por lo tanto no están disponibles para una gestión local de estos recursos.

Dentro de la política de salud, la misma visión de “los expertos del nivel central” se traduce en formas de financiamiento, incentivos al personal y control de resultados de características altamente centralistas, homogeneizadoras, controladoras y urbanas, que producen un “aterrizaje forzoso” sobre realidades radicalmente distintas a las pensadas centralmente. Es el caso del análisis que expusimos respecto al cálculo del financiamiento *per cápita* y su inutilidad en las comunas con poca población y alta ruralidad como Cochamó. Esta realidad se presentaría en aproximadamente 15% de las comunas de Chile que por lo tanto deben ser financiadas mediante un *costo fijo* que de todas formas no da cuenta de los gastos reales de la implementación de un sistema de salud en

condiciones crónicas de deterioro; aun así los planificadores centrales ven esta realidad como “absolutamente excepcional” en el país.

En cuanto al eje temático de los “recursos del sistema de salud público”, en Cochamó observamos que son totalmente insuficientes. En todas las características estructurales que analizamos, estado de infraestructura, recursos físicos, equipamiento, recursos humanos y financiamiento, se sigue un camino marcado por la escasez y la reproducción del “patrón fractal”⁴⁶ nacional de exclusión centro-periferia, y de la periferia a la periferia, representada en esta comuna por las localidades cordilleranas.

Las malas condiciones de infraestructura de las Postas en contraste con el escaso financiamiento para su mantención y/o reparación es uno de los hallazgos más notables desde nuestra observación. El pésimo estado del abastecimiento de agua potable, la ausencia de calefacción y/o de electricidad y la presencia de baños públicos en condiciones indignas son algunos de los ejemplos más dramáticos. Y es que el financiamiento del DESAM es utilizado en su mayoría para las remuneraciones del personal de salud y para solventar gastos derivados de la atención clínica y habilitación mínima de las Postas; aun así en estos ámbitos priorizados hay insuficiencias, como lo analizamos en cuanto al personal de salud que no cumple las proporciones adecuadas según la OMS, o como en los equipamientos básicos clínicos, ausentes principalmente en las Postas cordilleranas.

El insuficiente financiamiento en Cochamó obedece a las lógicas de exclusión centro-periferia y de la periferia a la periferia como mencionamos anteriormente, a lo que se suma el fomento de un uso clientelar y asistencialista del sistema de salud por parte de sus administradores y autoridades municipales, como lo observamos en las formas de participación mediante conversaciones priva-

⁴⁶ Nos parece adecuada la imagen de un “patrón fractal” para graficar cómo se repiten en los distintos niveles las mismas lógicas de exclusión. Para una completa explicación de la teoría de los fractales, del caos y sus posibles usos en ciencias, consultar (Peitgen, Jürgens, Saupe, 2004).

das de los principales caudillos locales con el alcalde y sus concejales que terminan en “telefonazos” pidiendo cambios rápidos al jefe del DESAM, o como en la tendencia a concentrar la mayor cantidad de recursos en las Postas donde se reciben más reclamos y demandas, como las costeras, en desmedro de las localidades cordilleranas que tienen menor capacidad de interlocución con las autoridades municipales.

Finalmente en cuanto al eje temático de “la ruralidad”, en Cochamó se muestra dentro del sistema de salud en su expresión máxima y al mismo tiempo es omitida, o vista de reojo, ya que el interés central del funcionamiento del DESAM está puesto en los objetivos marcados por las metas sanitarias nacionales, el cumplimiento de los convenios y las exigencias de sus reportes; pero al mismo tiempo observamos un funcionamiento velado, quizás más intuitivo o “inconsciente” desde el personal de salud cuando se hace cargo de gran parte de las “tareas extras” y diversos roles atribuidos por los habitantes de las localidades rurales, como lo pudimos observar en las consejerías para cuestiones burocráticas o veterinarias que realizan los Técnicos Paramédicos de las Postas más aisladas. Estas actividades y necesidades son expresión directa de la problemática local, y según nuestra mirada serían la base material y política que posibilitaría la construcción de una política de salud “desde abajo”, más preocupada de lo concreto: las condiciones sociales, económicas, ambientales y culturales determinantes del proceso de salud/enfermedad de sus habitantes y su real participación; y menos preocupada por las orientaciones de los “expertos del nivel central” supeditadas a lo financiable desde una visión neoliberal y de criterios minimalistas. Lamentablemente todo este potencial en la actualidad se encuentra, como dijimos, excluido de la discusión de la política de salud rural.

En ese orden, la ruralidad para el funcionamiento del sistema de salud es sobre todo un problema que se deriva de sus altos costos involucrados, por ejemplo en cuanto a los gastos relacionados

con el traslado del personal para acudir hacia las “rondas de salud” en las Postas cordilleranas, lo cual dificultaría toda la tarea del DESAM. Esta noción de la ruralidad como un problema, pensamos, tiene relación con que el funcionamiento “normal” de los sistemas de salud públicos en el país está conceptualizado en base al funcionamiento “urbano” de ellos; siendo este un ideal que excluye la realidad rural en la formulación de sus políticas a nivel central.

Esta exclusión de la ruralidad —como una realidad radicalmente distinta, compleja y no sólo de ciudadanos dispersos— se observa de forma concreta en las fórmulas para el cálculo del financiamiento para estas comunas, en las heterogéneas formas de contratación de su personal de salud, en la estandarización nacional de las carteras de prestaciones, metas e índices de actividades, y en el poco peso de la participación ciudadana e incluso municipal sobre la formulación de la política de salud local; por mencionar algunos de los múltiples hallazgos que analizamos durante este capítulo.

“Hermanos y hermanas,
amantes y niños,
abuelas y abuelos
cuyos tiempos de amor han ya sido
labrados en la piedra; tátara-fetos
recreando el pasado
nuevamente en el agua de la carne:
¿Pueden bendecir –o no maldecir –
aquello que lucha por sobrevivir
en este planeta de luchas?

Galway Kinnell

8 Capítulo 8. Las representaciones de los actores

En este capítulo exponemos la descripción y el análisis de las representaciones sociales de los distintos actores involucrados en la articulación e implementación de la política de salud rural en la comuna de Cochamó, mediante sus discursos producidos en las entrevistas semiestructuradas que realizamos en terreno. En los capítulos precedentes expusimos “lo que dice” y “lo que hace” el Estado, mientras que nuestro interés a continuación es exponer los puntos de vista desde los actores que ponen en funcionamiento esta respuesta institucionalizada del proceso de salud/enfermedad/atención: de quienes la viven, atienden, se atienden, padecen o se “desatienden” en las localidades rurales de Cochamó; poniendo énfasis en “lo que dicen sobre lo que hacen” o “la mirada del sujeto”. Entendiendo como sujeto no sólo a los individuos sobre los cuales opera la política (en este caso representados por los usuarios del sistema de salud) sino también a los arti-

culadores y ejecutores del aparato estatal, relevados como actores significativos cuyos discursos contendrán información valiosa para comprender la totalidad compleja de nuestro objeto de estudio.

Los criterios de selección de estos actores, sus roles y principales características las describimos en extenso durante nuestro marco teórico-metodológico, sólo mencionaremos acá que esta selección responde a la articulación entre la teoría que sustenta nuestra investigación, el contexto institucional estatal y las posibilidades prácticas para realizar las entrevistas de forma adecuada considerando nuestro tiempo disponible en el terreno. Dentro de este marco de perspectiva y énfasis, construimos metodológicamente 4 familias de actores principales que pretenden dar cuenta de la implementación de la política de salud rural en Cochamó: 1) los funcionarios del Servicio de Salud, 2) los administradores municipales, 3) el personal de salud de las Postas de Salud Rural y, 4) las familias usuarias del sistema de salud público.

Para el análisis de estos discursos mantuvimos nuestros 4 Ejes Temáticos: 1) rol del Estado, relación con el mercado y políticas públicas; 2) la política social y de salud; 3) los recursos del sistema de salud público; y 4) la Ruralidad.

La estructura narrativa intentará exponer de la forma más esquemática posible lo sustancial de los discursos desde las distintas familias de actores para cada uno de los Ejes Temáticos. En ese orden los apartados se corresponderán con los actores, los subapartados con los ejes analíticos, y en cada uno de estos últimos se incorporarán además subtítulos escritos en cursivas que hacen referencia al tema central a tocar en el párrafo siguiente con la intención de orientar la lectura.

8.1 Los funcionarios del Servicio de Salud del Reloncaví

Los roles del aparato burocrático: “técnico-políticos” versus “técnicos”

Dentro del Servicio de Salud del Reloncaví —en adelante “el Servicio”— los 4 funcionarios que entrevistamos llevan más de 10 años trabajando dentro de la institución, por lo cual han construido una visión particular de su propio rol dentro de la articulación de la política de salud que atraviesa los dos últimos gobiernos nacionales. En ese ámbito una línea argumental consistente dentro de sus discursos será la existencia de dos clases de roles fácilmente distinguibles al interior del Servicio: roles “técnico-políticos” y roles “técnicos” dando cuenta de que construyen una visión dicotómica sobre el funcionamiento y la estructura del aparato estatal, que será funcional para justificar la permanencia de estos funcionarios dentro de la institución en los momentos en que su visión política personal es contraria a la del gobierno de turno. Existen por lo tanto, dos clases de funcionarios dependiendo de su posición en la estructura jerárquica de la organización; estarán por un lado los directores y subdirectores, cargos de “confianza” —designados por los partidos políticos en el poder— que asumen un rol “técnico-político”, poniendo en funcionamiento las políticas, formas y estilos de gestión emanadas directamente desde el gobierno central de la forma más fiel posible ⁴⁷ (al menos en la teoría), y; por otro lado estarían el resto de los funcionarios de menor jerarquía que actuarían con roles “técnicos” encargados de la gestión de la entrega de recursos para implementar las líneas programáticas ministeriales mediante estrategias normadas desde los niveles centrales, asumiéndose dentro de una supuesta neutralidad política.

⁴⁷ Otros funcionarios con roles “técnico-políticos” que no pertenecen a cargos altos en la estructura jerárquica son los encargados de las comunicaciones del Servicio. Generalmente son periodistas de profesión y serán también de “confianza”, es decir, designados por los partidos políticos en el poder ejecutivo.

Estas dos dimensiones de roles dentro del Servicio tendrá expresiones concretas, por ejemplo, durante el último cambio de gobierno que implicaba la “alternancia” de partidos en el poder, tanto la directora del Servicio como el subdirector médico pertenecientes al gobierno saliente renunciaron a sus cargos, y el gobierno entrante designó estos cargos nuevos directivos “de su confianza”, siendo los cambios más notables durante ese periodo de transición de poderes ejecutivos; mientras que el resto de los funcionarios de menor jerarquía permanecieron en sus mismos cargos o tuvieron cambios menores en sus funciones. Es decir, gran parte del aparato estatal tiende a la permanencia a pesar de los cambios de los partidos políticos de centro-izquierda a uno de derecha en el poder, cubiertos de una neutralidad política que oculta, como nos recuerda Osorio, “que las labores administrativas (...) están atravesadas por el aspecto del poder del Estado, esto es, asegurar la reproducción social bajo la orientación de intereses sociales específicos” (2009, pag.35).

La totalidad de los funcionarios que entrevistamos se asumirán dentro de esta rol “técnico” y desde esta posición políticamente “neutral” emitirán sus discursos con una gran libertad para criticar las diversas tendencias políticas de los gobiernos de turno.

8.1.1 Rol del Estado, relación con el mercado y las políticas públicas

El modelo de crecimiento económico contra la salud pública

Para los funcionarios del Servicio las prioridades estatales estarían en contradicción con los objetivos que pretende la salud pública en el país. El Estado chileno permite una serie de condiciones nocivas para la salud dado su compromiso con la mantención del modelo económico exportador y con el desarrollo de mercados escasamente regulados en diversos ámbitos que antes de las reformas neoliberales figuraban como derechos sociales: salud, previsión, vivienda, servicios básicos,

etc. Los efectos nocivos para la salud de este modelo de desarrollo serán mucho mayores que la capacidad “reparativa” del sistema de salud público; este desequilibrio de fuerzas sería la principal causa del fracaso anticipado del accionar estatal. En un intento de corregir o disminuir este desequilibrio se echará mano a toda una retórica política basada en las llamadas “estrategias intersectoriales” desde el sector estatal, que sin embargo, terminarán por volverse discursos vacuos ante la evidencia de la cruda realidad impuesta por el modelo: empresas que contaminan ríos y lagos impunemente afectando a la pesca artesanal, condiciones laborales precarias y altamente riesgosas, bombardeos de publicidad y bajos precios en alimentos de reconocida nocividad para la salud, endeudamiento masivo, viviendas en zonas marginadas de condiciones indignas, y altos costos asociados a servicios básicos, por sólo mencionar algunas muestras de este “desequilibrio” público/privado mencionadas por los funcionarios del Servicio. Estos trabajadores dentro del sistema de salud público se colocarán entonces, en una posición de “nado a contra-corriente” contra el modelo de desarrollo:

“...por ejemplo en Finlandia se puso una ley de salud pública para frenar el consumo de carnes rojas (...) y ahora por ley un bistec [Beef Steak] vale lo que una Centolla [crustáceo: Lithodes santolla]. Es un lujo. Pero por presión económica terminaron bajando los infartos y toda esa mortalidad. Pero nosotros no tenemos leyes de ese tipo (...) supongo que tendrá que ver con intereses económicos. Las tabacaleras son poderosísimas, las cadenas de comida rápida, etc. Porque comer allí es muy barato. Esas presiones económicas juegan en contra...”(JP).

Otro ejemplo de esta percepción contradictoria entre un Estado que privilegia el mercado pero al mismo tiempo dice velar por la salud pública, la encontramos en el ámbito de la salud materno-infantil:

“...la OMS dice que uno de los indicadores de calidad para ver equidad de género es la disminución de los partos quirúrgicos. Pero nosotros vemos que eso se contrapone con el sistema de libremercado que hay hoy día, y en realidad tú ves que Chile tiene una de las tasas más altas de parto quirúrgico en Sudamérica y no está determinado por problemas materno-perinatales, sino que está dado por una apertura del punto de vista económico, porque uno ve que la mayor parte de los partos quirúrgicos son electivos, y dentro de eso no han sido por urgencias, pero si nos vamos al grupo socioeconómico de esa decisión, son los grupos medios y altos, entonces eso habla de un sistema económico capitalista versus un sistema de salud...” (FU).

Las relaciones del Estado con las empresas privadas van más allá del *laissez-faire* mediante privilegiadas reglas del juego a empresas exportadoras y explotadoras de los recursos naturales, además existirían fuertes traspasos de recursos públicos a prestadores privados dentro del sector sanitario. Esta realidad llevaría años de desarrollo y perfeccionamiento, y se encuentra bastante asumida y hasta naturalizada para los funcionarios del Servicio. En su rol de “técnicos” estas decisiones políticas son superiores a ellos y no tendrán más alternativa que sumarse a la política ya formulada y “amarrada”:

“...[privatización de la salud] siempre hay. Antes se cuestionaba más, ahora no tanto, está dentro de todo; financiamiento para hacer compras y una empresa se gana licitaciones, a veces todas las del país. Acá a veces llegan las cosas amarradas y el director tiene que aceptar la licitación y dar la prestación.” (DE).

8.1.2 Políticas sociales y de salud

Políticas centralistas, homogeneizadoras, controladoras y urbanas

Por la función articuladora entre los niveles “macro” y “micro” de la política que realizan los funcionarios del Servicio, estos presentarán discursos altamente contradictorios entorno a las princi-

pales características de la política social y de salud en el país: a veces criticarán duramente los sistemas de planificación central, otras veces criticarán la incapacidad de gestión del nivel local municipal, y en cantidad bastante menor realizarán autocríticas de algún aspecto de su labor. Uno de los puntos que encontramos con mayor frecuencia es el referido al carácter centralista, homogeneizador y controlador que tendrían las políticas sociales y de salud nacionales que constantemente omiten y/o subestiman las particularidades locales de los territorios donde se deben implementar. Estas características de la planificación central generarían numerosos problemas que los funcionarios del Servicio intentarían superar desde su espacio de gestión, pero podrán hacerlo sólo parcialmente ya que hay ámbitos de competencia que los rebasan ampliamente, incluso las mismas atribuciones como Servicio de Salud serán muy limitadas:

“...y está claro porque los objetivos sanitarios ya uno los tiene impresos. Pero siguen centralizados, y centrados en el control, más que en la instalación correcta de la política en todos los sectores (...) te pasan un programa, una estrategia, una política pública para implementarla y te piden que la controles, pero muchas veces no vas a poder controlarlas porque se escapan del control en la medida que son políticas en que la instalación de ellas no es universal ni rural.”
(RF).

La autonomía jurídico administrativa del Servicio queda cuestionada, así como también la retórica descentralizadora inserta en su propia constitución, ya que esta institución finalmente no podrá variar sus objetivos, estrategias, ni metas asistenciales en función de satisfacer las necesidades locales. En lo sustancial la formulación de la política de salud nacional, y específicamente de la APS está pensada para ser implementada en contextos urbanos bajo los promedios demográficos y epidemiológicos nacionales, y se centrará fundamentalmente en la enfermedad, menospreciando el resto de la problemática socioeconómica y cultural de los diversos territorios:

“No existen diferencias significativas en el sistema de salud del país desde el norte, desde Arica hasta Punta Arenas; la diferencia sólo son con las enfermedades infectocontagiosas, por ejemplo en el norte con las arañas o la vinchuca [transmisor de la enfermedad de Chagas] y en el sur casi nada. Todo el resto se maneja igual (...) y es que el tema de salud se basa siempre en la enfermedad. No considera las culturas: diaguita, mapuche, yagana. No hay diferencias, no está mirado por la pertinencia cultural ni en relación a la necesidad médica de priorizar uno u otro concepto de promoción o prevención. Está todo estandarizado. Lo mismo sucede con la salud urbano y rural, allí no hay diferencias importantes en cómo tratar a un usuario rural a un usuario urbano. Las políticas vienen completamente estandarizadas...”(FU).

Continuidad de políticas ante cambios de gobiernos

Como ya mencionamos, la totalidad de los entrevistados del Servicio han permanecido en sus cargos a pesar de la llamada “alternancia” del gobierno nacional desde uno de centro izquierda (Bachelet) a otro de derecha (Piñera) producido el año 2010. Estos funcionarios cubiertos en un supuesto rol “técnico y políticamente neutral”, sin embargo, presentarán distintas apreciaciones sobre lo que ha significado en sus trabajos, estructuras, funcionamiento y variaciones en la política de salud esta “alternancia” del poder central: la mayoría destacará que no existen grandes cambios entre los periodos de gobierno, y que los cambios del director y subdirectores sólo provocarán alteraciones mínimas, más relacionadas con las distintas personalidades y capacidades de “trato humano” de estos directivos que con cuestiones de tendencias políticas. Por otra parte, los programas ministeriales derivados de los lineamientos políticos son básicamente los mismos desde el año 2005, cuando inició la reforma GES:

“...no, yo creo que no hay cambios por el último cambio de gobierno. Creo que el director que llegó, independiente de su parte política ha tratado de ser técnico (...) Entonces estamos con más de lo mismo. Alguien dice "es que están privatizando la salud", pero yo digo que siempre la han privatizado, la Concertación también la privatizó: las ISAPRES funcionan igual, los usuarios tienen los mismos reclamos, nosotros el 80% de los funcionarios seguimos con contrato inestable; por lo tanto significativamente una variación importante en este cambio de gobierno de derecha desde el de centro izquierda, no en lo absoluto (...) Los programas ministeriales son los mismos, la estructura es la misma, etc. Los programas se han mantenido, se les ha aplicado un porcentaje más (...) se han atrevido a comprar más en lo privado. Pero aparte de eso, es igual.” (FU).

Sin embargo, habría leves “matices” distintivos de la administración del gobierno de derecha de Piñera, estos se pueden resumir en dos fundamentales : 1) la mayor “soltura” o “naturalidad” con la cual se realizan las compras de distintos servicios desde el sector público al sector privado (como “paquetes” de prestaciones diagnósticas y “bolsas” de cirugías) que en volumen no serían notablemente superiores al periodo de gobierno anterior y ; 2) la mayor presión y apremio por conseguir resultados, transferencias, compras y firmas de convenios, o cualquier tipo de acción para demostrar que se está haciendo “algo” con premura.

8.1.3 Recursos del sistema de salud público

La gestión empresarial de los recursos

Para los funcionarios del Servicio los diversos recursos disponibles son la base material de sus acciones; a través de ellos deberán procurar la transformación de las políticas de salud nacionales en acciones concretas dentro de los espacios locales mediante su “gestión”. Esta palabra que se utiliza como comodín para distintas labores, desde cálculos presupuestales para asignar financiamientos distintos a las diversas comunas, hasta reuniones para el establecimiento de compromisos con

los jefes de los Departamentos de Salud Municipales (DESAM); es sin duda el *ethos* de su rol administrativo. En esa misma línea, el manejo de esta terminología basada en la “gestión de recursos” que está asociada estrechamente a la gerencia de tipo empresarial, la observamos anquilosada dentro de sus discursos, y desde este lugar establecerán y justificarán los usos discrecionales de su posición de poder, produciendo que todos los recursos sean evaluados con igual importancia y formas de gestión: recursos humanos, físicos, equipamientos, medicamentos y financiamiento se convertirán en simples “piezas de un juego” las cuales los funcionarios del Servicio deberán “mover” de la forma más “racional” posible. Esta racionalidad estará establecida de antemano por el nivel central dentro de los protocolos, normas y leyes que sustentan toda la política de salud.

La insuficiencia de recursos humanos: el “circo pobre”

Los funcionarios del Servicio, así como el resto del personal de salud que se desempeña en el sistema de salud público, deberán asumir múltiples funciones al mismo tiempo producto de la insuficiencia de profesionales capacitados para realizar las abundantes tareas administrativas. Esta insuficiencia es una de las características estructurales más prevalentes dentro de sus discursos:

“Cuando llegué comencé a estar a cargo de armar el GES (...) debíamos: implementar la ley, la confirmación, garantías, tiempos. Allí inmediatamente también tomé el programa de rehabilitación porque en ese tiempo recién se había creado como línea ministerial, trabajamos con la encargada del ministerio y creamos artos proyectos (...) Luego tomé los programas del plan del gobierno anterior [Bachelet], el plan 90 días para resolver las listas de espera... tu sabes, como "circo pobre" había que asumir más programas al mismo tiempo, y después me metí en el programa del modelo de atención en salud y el año 2011 para encargado de APS y encargado de territorio (...) cuando se armó ese departamento. De APS me hice cargo hace poco, porque salió la encargada jubilada y

como naturalmente me lo dejaron a mí, hasta que la jefa me dijo que me hiciera cargo completamente...” (DE).

Esta realidad sería muy difícil de cambiar ya que los profesionales de las carreras de la salud son escasos en comparación con la enorme labor dentro de un sistema de salud público que atiende a la mayoría de la población del país. Estos profesionales, además, se concentrarían en la zona central del país y preferirían trabajar en el sector privado donde recibirían mejores remuneraciones y beneficios. De nuevo las prioridades estatales fomentan el desarrollo de un mercado privado que estaría jugando en contra del sistema de salud público.

La infraestructura precaria del sistema de salud en las comunas rurales y su difícil reposición

El Servicio tiene a su cargo el rol de “supervisor técnico” sobre los establecimientos de Atención Primaria de Salud (APS) administrados por las municipalidades. Es dentro de este rol que preguntamos a sus funcionarios sobre las características de infraestructura del sistema de salud en las comunas rurales. En sus respuestas no encontramos grandes diferencias: las Postas de Salud Rural —en adelante “las Postas”— en general, y especialmente en la comuna de Cochamó, estarían fuera de toda norma sanitaria producto de la antigüedad de sus construcciones y su escaso mantenimiento. Sin embargo, la “reposición” (reconstrucción) de estos establecimientos de salud dependerá de un intrincado proceso burocrático-político que deberá ser iniciado y supervisado por la municipalidad local mientras el Servicio entregará su “visto bueno” para luego convertirse en un proyecto con capacidad de postulación a uno de los pocos Fondos de Desarrollo Regional (FNDR) debiendo competir con otros proyectos de variados sectores. Luego de aprobado su financiamiento (en el mejor de los casos), finalmente podrá realizarse un proceso de compras públicas para asignar a alguna empresa privada su construcción. En este intrincado camino, la responsabilidad de estos proyectos se diluye al máximo:

“...las postas son pésimas, ¡están todas viejas! El proceso de reposición se da primero por postulación de la Municipalidad. Pero el botón de muestra: yo llegué aquí el año 2007 y desde antes que yo llegara se levantó el proyecto de construcción del CESFAM [Centro de Salud Familiar] de Cochamó y estamos a 2012, y ese proyecto lo aprueban y se queda allí dormido, después lo tienen que arreglar de nuevo, lo tienen que normalizar a los nuevos estándares y allí está. Está en manos del MOP [Ministerio de Obras Públicas], ellos tienen la unidad técnica que tiene que iniciar el proceso de construcción...” (RF).

Financiamiento de salud en comunas rurales: administración de pobreza y techos rotos

En relación al financiamiento que reciben las comunas rurales para el funcionamiento de sus establecimientos, es notable que para todos los funcionarios entrevistados estos dineros serían muy insuficientes. Son tantos los daños estructurales que poco se podrá hacer con estos presupuestos, sólo alcanzarán para “reparar lo urgente”:

“En el fondo es como una casa que tiene mala una parte del techo y tú lo arreglas y después se te echa a perder la otra y al final terminas diciendo “que la única alternativa es cambiar todo el techo”, y como no tienes todas las lucas [dinero] para hacerlo, entonces vas priorizando en relación a la necesidad del lugar donde tu permaneces más tiempo (...) Los recursos llegan a las municipalidades, pero son tantas las necesidades, son tantos años abandonado el sistema que la verdad es que es insuficiente, siempre estás mandando medidas parche, estas mandando recursos para tapar la mitad del techo pero nunca para realmente sacar todo y hacer un techo nuevo, que es lo que se debería hacer...” (FU).

Una de las causas de este desfinanciamiento crónico estaría en las formas de asignación presupuestal de las comunas con baja población como Cochamó, en la cual el cálculo *per cápita* no funcionaría —por las razones que comentamos en extenso durante el Capítulo N° 7— debiendo finan-

ciarse a través de la modalidad *costo fijo* sumado a los importantes complementos de dinero asociado a los programas ministeriales y al aporte municipal.

8.1.4 La ruralidad

La política de salud rural es prácticamente inexistente

Para los funcionarios del Servicio la ruralidad está asociada a diversas particularidades dentro de las cuales una de las más citadas es la idea que existe una muy deficiente gestión municipal de los recursos, pero al mismo tiempo estos recursos no darían cuenta de la compleja realidad local marcada por las dificultades geográficas, climáticas y sociales. Así se criticarán duramente las limitadas dimensiones de la política de salud rural a nivel nacional ya que esta se encontraría sin ninguna orientación y sería casi inexistente en términos de una línea de acción continua en busca del mejoramiento del sistema en estas zonas:

“la política de salud rural es prácticamente inexistente, porque funciona en paralelo con todas las otras políticas, funciona como una más, cuando debería funcionar en forma transversal. Funciona como un programa más (...) cuando en realidad es un eje transversal a todo que atraviesa todo el resto de los programas. Determina la ejecución de todos los programas ...” (RF).

“No [hay una política de salud rural nacional]. Hay un programa que financia actividades puntuales, para temas de lo rural. El programa de “equidad en salud rural” financia un segundo técnico paramédico, financia movilización, teléfono, bien marcados. Pero una mirada integral de la salud rural, del punto de vista global del país no, no hay.” (DE).

Aislación geográfico-climática y acción estatal

Las dificultades para llevar profesionales a las comunas rurales y aisladas, y para realizar una gestión apropiada del sistema de salud público atraviesan variadas dimensiones, pero principalmente los funcionarios recalcarán los pocos recursos destinados a estas zonas producto de decisiones políticas desde los niveles centrales dado que la escasa población habitante en relación con el alto costo de su atención, produciría que esta última se vea muy disminuida. Aun así, reconocen que la presencia del sistema de salud, aunque sea precaria, representa una de las pocas acciones estatales en estas localidades:

“...no es menor subirse a una lancha y recorrer kilómetros de kilómetros para ver a un par de pacientes, pero en cierta forma es llevarle a los pacientes, llevarles Chile. Allí uno ve que las rondas [de salud rural] se transforman en un hito social en las comunidades y no solo de salud.” (RF).

Los funcionarios del Servicio reconocen que en las localidades aisladas de Cochamó, donde las rondas de salud rural se realizan sólo 2 o 3 veces al año, es muy difícil que estas acciones estén cumpliendo un rol de protección integral de la salud. La población necesariamente debe resolver sus problemas de salud en otras instancias: las formas de medicina tradicional, la medicina privada y los hospitales argentinos. En cualquiera de estas alternativas el gasto que están realizando estas familias es considerable y el sistema público chileno lo estaría desconociendo.

8.2 Los administrativos municipales

Yo no soy político...

Los funcionarios administrativos municipales son la parte de la municipalidad de Cochamó designada por el alcalde para gestionar el funcionamiento de los establecimientos de salud de su dependencia. Sus condiciones de contratación “de planta” les otorgará gran estabilidad dentro de la institución a pesar de los cambios del gobierno municipal, llevando largos periodos trabajando en la institución. Por otro lado, y diferencia de la mayoría del personal de salud de atención directa al público, los administrativos municipales generalmente provienen de familias reconocidas dentro de la comuna, con fuertes nexos sociales: de amistad, familiar, económico y político. Uno de los entrevistados, ha sido el jefe encargado del DESAM por 12 años, manteniendo una sorprendente continuidad a pesar de los cambios de alcalde. Estas continuidades se pueden explicar más que por una gestión exitosa, por la escasa cantidad de profesionales con capacidades de gestión que al mismo tiempo provengan de familias reconocidas en la comuna y que posean nexos sociales con los alcaldes y sus colaboradores. Así podemos intuir la existencia de una “elite burocrática local” que detenta los puestos de poder municipal con capacidades técnicas muy limitadas. Por otro lado, aunque representan claramente una postura política determinada, se asumen dentro de un rol “técnico-político” a través de una concepción muy similar a la mencionada por los funcionarios del Servicio: numerosas veces al preguntarles sobre temas de poder local nos responderán “yo no soy político”, quedando ese rol político relegado al alcalde y los concejales.

8.2.1 Rol del Estado, relación con el mercado y las políticas públicas

El municipio “protector” frente los “ataques exteriores”

En general son pocas las ocasiones en las cuales los administrativos municipales se refieren al rol general del Estado, sus relaciones con el mercado y sus políticas públicas. Aun cuando realizamos preguntas específicas para examinar estos puntos, sus respuestas se basarán en la enumeración de las múltiples particularidades y dificultades locales y sectoriales. Encontramos escasa reflexión y crítica sobre los roles estatales dado que las decisiones políticas nacionales están tomadas de ante mano y sobre esa base deberán trabajar, así que no tendrá ningún sentido repensarlas o cuestionar sus motivos y determinaciones político-económicas. No obstante, y quizás forzando la reflexión, encontraremos discursos centrados en el rol de la municipalidad como “protector” del territorio frente a un gobierno nacional visto como cómplice de las grandes empresas que pretenden instalarse y explotar los recursos naturales de la comuna. Un ejemplo de ello es la próxima instalación de centrales hidroeléctricas en el territorio:

“...si se le permite a la Mediterráneo [empresa hidroeléctrica] llevar esas dos torres gigantes de electricidad en el estuario del Reloncaví, por un tema de seguridad civil, por posibles accidentes aéreos y por el paisaje, que va a cambiar un 100%, ya no va a ser Cochamó para sacar una foto a los volcanes. Y esto empezó con el asunto de las salmoneras y los choritos. Allí empezó con la llegada de esta modernidad. Pero esas torres que piensan pasar por encima esta terrible. Yo le dije al alcalde que por ultimo las pasen por debajo del Estuario. Pero la hidroeléctrica esa, va a estar en el Rio Torrentoso allá arriba. Pero la otra del embalse en el Rio Puelo, yo no creo que se haga. Pero hay un comienzo de estudio por parte de ENDESA (empresa transnacional de electricidad). Eso para nosotros sería fatal, se perdería el encanto de la cordillera y todo el ambiente se trastoca. Y como municipio podemos hacer fundamentos legales para detener eso.” (VC).

La crítica será muy limitada, y las formas de ejercer este rol “protector” por parte de la municipalidad irán cambiando y adaptándose durante el tiempo según la conveniencia política. Un ejemplo de estas adaptaciones es la central hidroeléctrica “Canutillar” instalada el año 1990 en el Lago Chapo, un sector alejado de las principales localidades de la comuna, donde se dio una negociación con el municipio y la empresa hidroeléctrica finalmente reconstruyó gran parte de la Posta de Pocolhuén, como parte su “compromiso social empresarial”.

El Estado fracturado: lo central y lo local

Como podemos observar hasta este momento una de las características más notables de los discursos entorno a los roles del Estado no serán sus relaciones con el mercado ni tampoco las orientaciones de sus políticas públicas, sino que será su fractura estructural: el Estado es el gobierno central y la municipalidad queda fuera, en un lugar de poder ligado a los caudillismos locales y a la resistencia/aceptación de la intromisión de “lo externo”. Lo externo será entendido de una forma amplia que irá desde las grandes centrales hidroeléctricas, las empresas salmoneras hasta las políticas emanadas del gobierno central que no responden a las necesidades locales.

8.2.2 Las políticas sociales y de salud

Políticas nacionales versus políticas municipales

Dentro de esta fractura estructural del Estado el municipio se mantendrá en una situación de subordinación respecto a la formulación de las políticas sociales y de salud emanadas desde el nivel central. Estas serán en primer momento esencialmente correctas y se aceptarán pasivamente. Los discursos de los administradores municipales serán muy apegados a la retórica oficial orientada a través de las normas, protocolos y leyes que rigen el funcionamiento del sistema de salud rural nacional que ya analizamos:

“...la política acá nosotros las tenemos se supone a través del ministerio [de Salud] que bajan al Servicio [de Salud del Reloncaví] y el Servicio nos impone metas a nosotros con convenios para ir direccionando de acuerdo a un plan, que es ideal que exista este plan de salud. Con eso tú direccionas más o menos qué es lo que quieres plantear, pero en este caso nosotros nos guiamos solamente por el gobierno, de acuerdo a las necesidades (...) [Además] influye el tema del signo del alcalde, él nos plantea temas que tenemos que incorporar, también a través del Consejo Municipal que también plantean temas que siempre van insistiendo en algunos, que nosotros los vamos contemplando en nuestro proyecto de trabajo.” (VC).

El nivel central dicta lo que debe realizarse y la municipalidad deberá imprimir las necesidades locales a través de su plan comunal ¿Cómo y cuáles necesidades reflejará? ¿Quiénes velarán por las necesidades locales de salud? Este sería, en el caso de las políticas de salud, el rol que asume el DESAM en base a las orientaciones del alcalde. Estas orientaciones reproducirán la función protectora de lo local, ahora frente a las políticas sociales y de salud nacionales externas de características claramente centralistas, homogeneizadoras e ignorantes de la realidad local:

“...porque acá los políticos [del gobierno central] cuando necesitan los votos se vienen sólo a Puelo y no conocen la realidad de la cordillera, no caminan y no se enteran lo que sucede en su patria (...) Pero el Alcalde conoce las realidades, entonces se la juega por formar escuelas, por ejemplo en Valle el frío donde no hay alumnos, pero pensando en el futuro, por las posibilidades que allá no hay para los que nacen allá. Las políticas del señor Alcalde son un tema social. En vez de decirle nosotros a la gente que se vaya a las ciudades y vendan sus terrenos, nosotros dentro de la política incentivar a los niños a que quieran a su comuna y la saquen adelante. Y si se va a poner un liceo en Cochamó que se pongan con carreras que sean necesarias que nuestra población no se nos vaya y que la gente no se tenga que ir a buscar trabajo a las grandes ciudades.” (VC).

Se produce un discurso de impronta localista centrado en la exaltación de la figura del alcalde frente a un gobierno nacional que no los respalda o lo hace mínimamente. El municipio, ante los reclamos de los usuarios o la objetivación de las insuficiencias del sistema de salud, se escudará en que el presupuesto otorgado por el nivel central a la comuna no se condice con su realidad de extrema ruralidad y aislamiento. En este Estado fracturado las responsabilidades se diluyen y ya no sabremos quién deberá responder por el mal funcionamiento del sistema de salud.

Resultado también de esta fractura es que terminará construyéndose una visión conformista y de corto plazo sobre los horizontes de desarrollo del sistema de salud en la zona. Ante la abrumante disociación entre la política de salud nacional y la que se puede implementar en la realidad local, los administrativos municipales preferirán mantener un *statu quo*:

“...yo te digo, siendo bien real, que para esos cambios que se logran en políticas estatales, plantearlos y ejecutarlos en comunas rurales como esta, es difícil. Y tú nunca vas a lograr que se plasmen en un 100% por muchas dificultades sobre todo las comunicacionales. Yo creo que antes de que se logre, en el caso del gobierno, antes de implementar, tienes que ver si estás capacitado o si donde se va a poner en práctica se tienen los recursos necesarios para que se pongan en marcha. Acá te digo, que dependemos mucho de las comunicaciones y lamentablemente te digo que no estamos bien. Es una de nuestras falencias. Por lo tanto, no vamos a dar nunca cumplimiento...”(VC).

Continuidades y discontinuidades frente a los cambios de gobierno nacional

Esta visión de un Estado fracturado en sus niveles, se mantendrá a través de los sucesivos gobiernos nacionales y comunales, y teñirá todos los discursos de los administrativos municipales. No obstante, algunos cambios derivados de la “alternancia” influirán en el funcionamiento del DESAM en relación a la entrega de los recursos financieros: el gobierno de Piñera obligará a la ejecución e

información rápida de los destinos de los dineros transferidos por el nivel central, a diferencia de su antecesor:

“...[el cambio de gobierno] en el tema de distribución de recursos se ha notado demasiado (...) La presidenta Bachelet, sus políticas de gobierno son "sociales"[¿?], pensadas en el pueblo, y para que los recursos que vienen, sean para el pueblo. Este cambio [al gobierno de Piñera] que vino ahora, yo he notado que nos ponen metas, que nos ponen restricciones en la información; tu puedes cumplir con los procesos dentro de lo que pide la ley, pero que esa información llegue al Servicio en forma oportuna o que llegue al ministerio; como el caso de los postrados que hoy me tienen debiendo casi 6 meses del dinero de los postrados porque no me han llegado los fondos en octubre, ya estamos en diciembre; eso antes no pasaba antes te "estiraban" las platas. Porque sabían que estando el compromiso y la documentación pertinente se echaba a funcionar la máquina. Pero ahora si tú no tienes allá la información que ellos puedan verificar que sí se hizo, no te entregan. A lo mejor es mayor control, pero acá no sirve, acá la gente uno se echa el pueblo encima y ¿quiénes son los que le ponen el pecho a las balas? los que trabajamos en este tema.”(VC).

Por otro lado el cambio de directivos por parte del Servicio de Salud producto del cambio de gobierno nacional generarían una serie de modificaciones de su relación con el DESAM. La implementación de algunos programas y de la política en general de salud no dependerá, en todo caso de la tendencia política de los nuevos directivos, sino más de su motivación, personalidad, enfoque y “buen trato humano”. Se criticará la inexperiencia y el excesivo autoritarismo de los nuevos elementos del Servicio, que desconocerían la realidad de una comuna rural como Cochamó.

8.2.3 Recursos del Sistema de Salud

Insuficiencia del personal e insuficiencia de financiamiento central

En su calidad de funcionarios provenientes de formaciones técnico-profesiones relacionadas con el manejo financiero, gran parte del trabajo de los administradores municipales consistirá en alcanzar un balance entre los dineros que ingresan al DESAM y las necesidades para la mantención y funcionamiento de sus Postas. El financiamiento se volverá la piedra de tope de toda movilización de recursos y determinará, entre otras cosas, la insuficiencia del personal de salud en la comuna. No obstante, el esfuerzo por parte de la municipalidad para complementar el financiamiento otorgado por el Servicio de Salud (en rigor de FONASA y de los convenios firmados con el Servicio) sería muy alto según estos funcionarios, y no podría aumentar ya más, por lo tanto todos los déficits existentes se deberán a la falta de financiamiento desde el nivel central que desconocería los mayores gastos producidos al operar un sistema de salud en zonas rurales y aisladas:

“...nosotros no tenemos nutricionista, y estamos en esa pelea, que mediante algún convenio con el Ministerio [de Salud] o el Servicio de Salud nos entregue recursos para poder contratar una persona, si ahora estamos en sumario sanitario [por el mal estado del cuidado de la leche del programa de alimentación complementaria] por no tener justamente ese profesional. Pero yo te digo, el Ministerio ve estas cosas desde el nivel central, si tú tengas o no tengas nutricionista a ellos les da lo mismo, porque si tú no cumpliste con la normativa ellos te van a sancionar....” (VC).

En la misma línea, el personal de salud que trabaja en Cochamó “costaría” más caro que en otros lugares. Las condiciones de aislación geográfica y climática junto con las características centralistas del desarrollo económico del país provocan un déficit de personal de salud en las zonas sur y norte

y su alejamiento de estas zonas rurales y aisladas de no mediar grandes estímulos asociados al salario y beneficios laborales que en gran parte del personal de la comuna no se producirán.

En una suerte de círculo vicioso, la misma insuficiencia de recursos humanos va generando pérdida de financiamiento del municipio y escasez de proyectos para el mejoramiento de la infraestructura y de los distintos recursos para la comuna:

“...como este municipio, por la cantidad de población no tiene una planta de profesionales variada, tú ves que hay algunos que hacen hasta 3 cosas [funciones] distintas acá. Entonces el municipio al no contar con un SERPLAC [Secretario de Planificación y Coordinación] eso te deja sin muchas posibilidades de contar con recursos, al no tener el ente "cráneo" "cerebro" donde pasa la ejecución, se pierde eso, y uno tiene que contratar personas externas para proyectos puntuales, pero no una persona que esté aquí viendo las necesidades.”
(VC).

Médicos generales de zona y labores de gestión: tapando hoyos

El Servicio “presta” dos médicos y un odontólogo desde el programa nacional de Destinación y Formación (EDF, llamados también “Médicos Generales de Zona”) a la comuna de Cochamó. En el caso de los médicos, serán los únicos dos en toda la comuna y presentarán una relación estrecha tanto con el DESAM, ya que deben trabajar dentro de sus establecimientos e integran equipos con su personal de salud, y al mismo tiempo con el Servicio que los contrata, les impone metas, objetivos y los evalúa. Esta situación de “doble militancia” de los médicos EDF, para los administrativos municipales tendrá un rol esencial en cuanto a la gestión de los recursos en la comuna ya que ellos tendrían una mejor capacidad de diálogo con el Servicio que el resto de los administrativos del DESAM, y por sus conocimientos biomédicos se les designará para múltiples tareas de gestión

relacionadas con compras de equipamiento, insumos y supervisión de distintas clases de convenios:

“...acá todos los médicos [Generales de Zona] que llegan siempre en estos lugares apartados son parte fundamental de nosotros, son nuestros puntales de gestión también (...) a ellos les piden cumplir las metas [sanitarias, asociadas a financiamiento de APS] y les piden cierto número de proyectos. Y lograr cosas importantes dentro de su periodo, por eso participan en los proyectos, en las reuniones, en los comités. O sea ser el ente coordinador del engranaje dentro del sistema comunal(...) Ellos también en el tema de los convenios están aportando, porque son como los representantes del Servicio de Salud en estas comunas y son el ojo clínico del Servicio de las necesidades que se originan en estas comunas (...) ellos son nuestro apoyo. Ellos nos dicen en qué nosotros tenemos que distribuir nuestros recursos. Son la unidad técnica que nos dice qué convenios son los prioritarios y necesarios dentro de la comuna.”(VC).

El Médico EDF asume en la comuna un rol inesperado; recién egresado de la universidad tiene que lidiar con un aparataje burocrático y decisiones para los cuales no fue formado, y la mayoría de las veces desconocerá completamente. De sus decisiones dependerá el comportamiento de una buena parte de los recursos que el DESAM pueda “captar”. Entre los discursos de los administradores municipales se destacará las diferencias entre estos médicos dependiendo de su motivación y personalidad, sorprendiendo que estas dos variables puedan pesar tanto en la gestión de los recursos para el sistema de salud en toda la comuna.

La carencia de las Postas y la ilusión del Consultorio

La infraestructura de las Postas es antigua y se encuentra en pésimas condiciones mientras los recursos que aporta el Servicio para su mantenimiento y reparación son totalmente insuficientes. Para optar a la reposición de estos establecimientos se deberá cruzar primero por un largo camino

burocrático donde variadas instituciones estatales interactuarán para dar a luz el proyecto definitivo de reemplazo. Este proceso puede tardar muchos años, como es el caso del esperado Consultorio rural de Río Puelo:

“...[Las Postas] son antiguas todas, de 30 años algunas. La única nueva es la de Llanada Grande y esa es muy chica, así que tampoco cumple la nueva norma (...) [para reponerlas es] a través de proyectos. Aquí la única alternativa son los proyectos. En este momento el gobierno comunal está trabajando en presentar proyectos de reposición de postas (...) Se elabora el proyecto de acuerdo a un marco que ya está establecido, una vez que eso está listo, se inicia el proceso en el MOP [Ministerio de Obras Públicas] para ver si se cumplen los requisitos, después te envían cuando estás fuera de normativa para corregirlo... ese proceso es súper largo, con el tema del consultorio que estamos proyectando, que lleva ¡16 años! (risas) allí en el sistema... yo llegué un año antes de la elaboración del proyecto, y todavía está en problemas de financiamiento. En el fondo regional. Es que con este nuevo cambio de normativa [de todos los centros de salud] el proyecto quedó fuera de foco, porque no cumple la nueva normativa, eso significó que se queda con una diferencia nueva en el presupuesto de 400 millones de pesos (850,000 USD).” (VC).

El Consultorio rural solicitado por la municipalidad sigue en trámites, se han cambiado las normas, han cambiado los funcionarios, han cambiado los gobiernos y de nuevo la responsabilidad se diluye: ¿en qué institución está ahora el proyecto?, ¿en el Ministerio de Obras Públicas?, ¿en los CORES (Consejeros Regionales) que aprueban los destinos del Fondo de Desarrollo Regional?, ¿en el Servicio de Salud?, ¿en la Secretaría Regional Ministerial de Salud? Nadie lo sabe con certeza y a veces la esperanza deja paso a una incredulidad fría, sin embargo, los recursos asociados a la incorporación de un Consultorio a la comuna deberían mejorar la totalidad de la capacidad del sistema; esa ilusión se mantendrá presente en los discursos de los administrativos municipales.

Recursos físicos: Ambulancias rotas y caminos fracturados

Los recursos físicos también son insuficientes para cubrir las necesidades del sistema de salud en la comuna. También acá la responsabilidad se presentará como externa a la gestión municipal. Uno de los ejemplos más importantes es el caso de los medios de transporte terrestres, que dado la dinámica de rondas constantes y traslados de urgencia, son imprescindibles para el funcionamiento adecuado del sistema de salud comunal. Estos vehículos por efecto de las malas condiciones de los caminos locales, rápidamente se deteriorarán y la municipalidad deberá pagar altos costos en su reparación.

8.2.4 La ruralidad

Aislación geográfica y altos costos

Como se puede observar en los ejes analíticos hasta aquí expuestos, la ruralidad influiría negativamente para el accionar del sistema de salud según los administrativos municipales. La razón principal tendrá que ver con los mayores costos derivados de los traslados de personal, insumos, medicamentos y equipamiento. Especialmente “caro” será el llegar a las Postas de las localidades cordilleranas más aisladas, además allí los usuarios parecieran no necesitar tanta atención en salud; *son pocos y casi no se enferman*:

“...en sectores de la cordillera como Valle del Frio sólo se puede acceder en avión, por tierra son 3 días. Segundo Corral también, por avión o tierra pero cruzar por el lado argentino, entonces nos cuesta mucho poder atender a esos lugares (...) Entonces a nosotros nos cuesta mucho salir con el equipo de 5 o 4 funcionarios para allá; el gasto de combustible, de viáticos. Y si sacas todo ese equipo de acá dejas desprotegido acá a la comuna por 3 días por lo menos. Entonces es difícil esa condición. También un medicamento que en Puerto Montt

vale mil pesos (2 USD), llevarlo a Segundo Corral cuánto cuesta... eso no está valorizado. Un vuelo del avión a, por lo menos 700 mil pesos (1,474 USD).” (VM).

Las dos Postas de las localidades más pobladas y accesibles de la comuna (Cochamó y Rio Puelo) demandarán la mayor cantidad de recursos de todo tipo y perjudicarán a las zonas más aisladas. Siendo cómplices de esta evidente inequidad, los administradores municipales tendrán en los altos costos de traslado su motivo y justificación.

La ruralidad nunca será una característica positiva y siempre será referida como una situación problemática y vista como “externa” para los administradores municipales. Esta visión “externa” se comprende dado que el aparato burocrático municipal está instalado en la capital comunal, Rio Puelo, quizás la más urbana de la comuna y donde se concentran los comercios y distintos servicios públicos. La mayoría de sus habitantes no tienen un modo de vida relacionado con la agricultura ni la producción directa de alimentos, más bien son casi todos empleados estatales. Los administradores municipales, a pesar de sus familias de origen agricultor o ganadero, se alejan entonces de la realidad rural del resto de la comuna y actuarán de forma centralista y urbana, muy similar a lo que critican desde los “expertos planificadores” de la capital nacional.

8.3 Personal de salud de los establecimientos de salud

Profesionales o técnicos, cordilleranos o costeros

Los discursos del personal de salud que trabaja directamente con la atención de usuarios dentro de las Postas de Cochamó distan mucho de ser una unidad homogénea o fácilmente clasificable. No obstante podemos distinguir distintas apreciaciones sobre la estructura y el funcionamiento del total del sistema de salud que varían en función de dos variables fundamentales: 1) la forma-

ción técnico o profesional del personal que determinará su posición en la escala jerárquica de decisiones, salarios y tipos de contrato⁴⁸, y la residencia cordillerana o costera de su trabajo. En otras palabras, será muy distinta la apreciación del médico que reside en Rio Puelo de la del Técnico Paramédico que reside en Segundo Corral.

8.3.1 Rol del Estado, su relación con el mercado y las políticas públicas

Burocracia estatal y sistema de salud local

Para el personal de salud que trabaja en Cochamó existe la misma fractura de la estructura estatal que se apreciaba en los administrativos municipales. Dentro de esta división entre gobierno nacional y municipalidad, serán muy críticos sobre las formas de planificación a nivel central y al mismo tiempo criticarán la gestión comunal desde su propia DESAM. La relación del Estado con el mercado, en general no será un tema relevante dentro de sus discursos y pasará a un segundo plano frente a los fuertes cuestionamientos en torno a la cooptación de los puestos de poder dentro del aparato estatal. El personal de salud observará al Estado como una entidad ineficiente y que no cumple sus propósitos —que serán sólo la función asistencial a las clases subalternas— dado la existencia dentro del mismo aparato estatal de burócratas cuyo único interés sería permanecer en estos cargos en función de aumentar su bienestar personal. Este argumento teñirá todos sus discursos sobre el gobierno, el Servicio y la municipalidad. Como lo podemos intuir, ellos mismos a pesar de su condición de integrantes del aparato estatal que detentan poder en el ámbito local, se visualizarán como inmunes a estas influencias dado su trabajo cercano a la “comunidad” y a una supuesta neutralidad política emanada de las “verdades biomédicas” que detentan.

⁴⁸ Ya analizadas en el Capítulo N° 7.

Si bien es clara la presencia de una línea discursiva de características localistas entorno al entendimiento del rol Estatal que se apreciaría con muy pocas alternativas de cambio producto de la relativa inmovilidad institucional de largos años, sí se observarán marcadas diferencias dentro de los discursos del personal de salud en función del tipo de localidad donde se ejerce el trabajo asistencial: para el personal que reside en las Postas de las localidades cordilleranas el Estado se observará como lejano, de asistencia mínima y presentarán un nivel de naturalización de esta realidad hasta el punto que el Estado en los “temas sociales” pareciera prescindible⁴⁹; y por el lado del personal que se desempeñan en las Postas de localidades costeras, los discursos atacarán fuertemente los escasos recursos, la gestión local ineficiente y el uso político de todo el sistema, con muy pocos cuestionamientos a las bases y a la “política de Estado” que sustenta tal realidad.

8.3.2 Políticas sociales y de salud

Santiago es Chile: las políticas formuladas desde el escritorio

Al igual que en los administradores municipales, dentro del personal de salud de Cochamó se presentará una fuerte crítica a las formas de planificación centralizadas de las políticas sociales y de salud. Estas serían pensadas para ser implementadas en zonas urbanas y existiría una capacidad nula de parte de los “expertos formuladores” para ver realidades distintas. El centralismo y la homogeneización de las políticas son el centro de sus críticas, sin embargo, no existirá un cuestionamiento sobre las bases institucionales que posibilitan tales tendencias (en las leyes o en los mecanismos democráticos del país): se tratará sólo de las autoridades del nivel central que tendrían poca “capacidad” de ver la realidad heterogénea del país:

⁴⁹ Probablemente esta apreciación se asocia a la gran capacidad autonómica de los ciudadanos de estas localidades para abordar sus problemas de salud/enfermedad/atención ante un sistema de salud crónicamente ausente.

“Los gobiernos que han estado piensan que Santiago es Chile. La gente que ponen a la cabeza para mandar, lo hacen sentado en una oficina y no conocen las realidades del país. Eso produce impotencia. Porque si conocieran la realidad de la comuna de Cochamó por ejemplo, o Valle del Frio o la Posta de Sotomó, que la hicieron mal desde el principio. Acá arriba, para puro llegar y hacer una ronda... y además piden cosas que son imposibles de cumplir. Yo no sé qué tienen en los sesos, que tienen alguna neurona que les permita pensar fuera de su mirada cuadrada que tienen (...) La plata [dinero] que le pasan a los municipios debería tener una mirada distinta en las zonas rurales, una escala de equidad distinta desde el ministerio. Quizás allí se harían las cosas de acuerdo a los planes de salud del gobierno, porque ahora si escuchamos al ministro, él habla de planes y programas y por más médico que sea él no conoce la realidad. Si yo fuera ministro, para poder hacer las cosas bien hechas voy a conocer la realidad de cada uno, la cordillera, el mar, la costa, el norte (...) Yo creo que el ministerio debería volver a tomar la parte de salud rural con gente idónea reconociendo que es compleja y difícil. No sentado en un escritorio.” (LR).

Una sensación que mezcla la impotencia con la decepción emerge de sus discursos sobre las formas de actuar desde el nivel central. El personal de salud de Cochamó se instala así en un lugar de marginación y exclusión de la discusión de la política de salud y ofrecerá escasas alternativas de transformación. Además se observa dentro de sus discursos una retórica basada en la salud pública de carácter preventiva y promocional que chocaría con la realidad comunal: al nivel central que ignora y minimiza estas localidades rurales se suma una municipalidad cuya administración de recursos sería profundamente ineficiente y dependiente de clientelismos políticos y motivaciones personales. La fractura del Estado se presenta como una contradicción entre dos políticas de salud divergentes, y en estas condiciones no será posible priorizar de buena manera la distribución de recursos “siempre escasos”:

“...antes cuando era [la dependencia de las Postas de Salud Rural] del Hospital o del Servicio a cuando ahora que es de la municipalidad, yo creo que antes era mejor. En la política de salud como que antes todos "remaban para un mismo lado", era un equipo, aunque se tuvieran diferencias, todos tenían un mismo objetivo; en cambio ahora con la municipalización, el alcalde dice una cosas el otro otra, todo el mundo es jefe , si yo estaba desesperada por un tratamiento urgente ellos no le daban importancia, y lo único que les preocupaba es que a la señora yo le dé una “dipirona” (Metamizol sódico) y le diga "váyase para su casa" y eso no. Educar a las personas para ellos no es tan importante, lo importante es llenarle la "guatita" [Estómago] de medicamentos.” (LE).

El alcalde y “su” sistema de salud

Como podemos observar con creciente importancia desde los discursos tanto de los administradores municipales como del personal de salud, existe un rol fundamental de parte del alcalde y sus colaboradores sobre las formas de funcionamiento del sistema de salud en la comuna. A la política de salud centralizada ministerial se le opondrá o complementará una política local municipal asociada al clientelismo político de parte de las autoridades donde se ocuparía el sistema de salud para pagar promesas electorales o sacar de la lucha a enemigos políticos. Los integrantes del personal de salud, por su parte, serían de los pocos ciudadanos conscientes de lo que puede y debe hacerse en el sector salud, posicionándose dentro de un rol detentador de la “verdad científica” y “políticamente neutral”:

“...Llaguepe, esa última era solo una estación medica rural y después por cosas políticas el alcalde se comprometió a poner un técnico paramédico y poner una posta pero por población y por distancia [cercana a la Posta de Salud Rural de Rio Puelo], nunca se justificó, pero igual yo voy cada 2 meses, porque no va mucha gente para allá, además en el tiempo en que el alcalde autorizó comenzó a haber locomoción colectiva para acá [Rio Puelo], entonces la gente podía

venir fácilmente para acá y acá siempre encontraban un técnico paramédico o el mismo médico que lo podían encontrar fácil el resto de la semana. Ahora también hicieron una posta en Yates y no hay nada, está cerrada, yo ni la conozco, no hay nada adentro, el alcalde se comprometió con la junta de vecinos y le hizo una posta, pero nunca nos preguntó si podíamos ir, nunca habló con nosotros el alcalde, para preguntarnos si podemos ir incluso una vez por año, pero Yates está incluso más cerca que Llaguepe, entonces menos se justifica.”(HE).

La continuidad del sistema de salud ante los cambios de gobiernos nacionales

La tendencia de las políticas nacionales de salud con las características que ya hemos observado (centralistas, homogeneizadoras y urbanas) traspasaría los “matices” de los gobiernos de turno. Entonces, el partido político de los presidentes nacionales tendría muy poca importancia en la implementación del sistema de salud en Cochamó, y dentro de los discursos del personal de salud será despreciable respecto a las dinámicas de poder local que tendrán sus propios conflictos más visibles e inmediatos.

8.3.3 Recursos del Sistema de Salud

Insuficiencia del personal: el “circo pobre” en Cochamó

Concordantes con los discursos desde los actores que ya hemos analizado hasta este momento, el personal de salud de Cochamó también deberá lidiar con la escasez de recursos humanos y estas restricciones tendrán una combinación de causas subyacentes entre las cuales el financiamiento, las condiciones de contratación y el aislamiento geográfico serán las más destacadas. Finalmente, y al igual que en el “circo pobre” del Servicio de Salud, en el DESAM cada uno de los integrantes del personal deberá asumir varios programas ministeriales y responsabilidades administrativas al mismo tiempo, y además deberán continuar cumpliendo con sus funciones de atención clínica:

“...con el contrato a honorarios no hay ningún tipo de beneficios, no se cotiza para salud ni jubilación, te pueden echar cuando quieran, no hay vacaciones, etc. A mí me las dieron porque llegué a un acuerdo. Yo me leí la ley y no tienes derechos a viáticos, a vacaciones, a horas extras, a nada. Entonces eso hay que negociarlo, yo peleé por esos beneficios y me los gané, pero hay gente de acá que no tiene nada de eso. Lo único que les dan es un "día de pago" para que vayan a cobrar el cheque que le dan de sueldo a Puerto Montt (...) [Estoy a cargo de los programas] de vacunas, de niño sano, el de la PENAC, PACAM (alimentación complementaria y de alimentación del adulto mayor), y el del adulto mayor a medias y el de los postrados, yo era la encargada de los estipendios...”(MD).

El rol del médico general de zona en la gestión de recursos

Dentro del personal de salud de Cochamó se da una capacitación “en la práctica” para asuntos relacionados con la gestión de recursos y un rol fundamental en esta materia la asumen los médicos EDF. Estos médicos deberán asumir variadas funciones de gestión a las cuales no tienen competencia dado su formación profesional esencialmente clínica y que sus funciones y atribuciones en relación a la toma de poder dentro del DESAM no son claras. En la mayoría de las ocasiones ante la inmovilidad, apatía y desconocimiento en materias sanitarias por parte de los administradores municipales estos médicos serían quienes deban “tomar el mando” para variadas tareas de administración, compra, distribución y gestión de recursos relacionadas especialmente con los convenios con el Servicio de Salud. Existiría en ellos un “deber ser” de base ética-profesional que los llevaría a realizar funciones para las cuales no está capacitado, siendo cómplice —inconsciente y obligado la mayoría de las veces— de una administración que se sostiene así en la “motivación personal y la “des-responsabilidad” en materias de gestión. Estas características voluntaristas tendrán fuertes repercusiones en todo el funcionamiento del sistema de salud comunal:

“...no debería depender tanto de una sola persona [de los médicos generales de zona), además que es una persona que va circulando, que está de paso. Debería haber una estructura que haga las cosas más fáciles para la toma de decisiones en general, de adquisiciones, programación. Si acá ya se lleva años trabajando entonces debería estar más estructurado. Y lo que me pasó a mí, es que cuando llegué no había nada, era partir de cero (...) En el fondo uno es el nexo [entre el DESAM y el Servicio de Salud], pero con las tareas muy poco definidas, y eso lleva a que hacen pasar hartos enojos y angustias. Se te exige el rol de jefe del equipo pero tú no tienes competencias administrativas para tomar determinaciones si se hace algo mal, eso ya corta mucho, no permite mejorar el sistema ni presionarlo. Finalmente los equipos te respetan y hacen caso, pero uno no es un jefe administrativo, porque está la figura del médico se respeta, pero depende también de la persona. Pero no es un respeto relacionado al cargo. Acá llegan varios reclamos y uno no puede resolver, tiene que empezar a llamar al Servicio o "sugerirle" al jefe del departamento que haga algo que nunca lo hacen...” (EM).

¿Cómo la gente se puede estar atendiendo acá?

Dentro de las carencias estructurales del sistema de salud en Cochamó que ya analizamos en el capítulo N° 7 expusimos la preocupante realidad de la infraestructura de las Postas de la comuna. Este aspecto también es mencionado frecuentemente por el personal de salud, sin embargo, las condiciones de infraestructura serán tan adversas que los funcionarios más antiguos asumirán una “actitud estoica” frente a ellas y tenderán a naturalizar las condiciones precarias de ejercicio e indignas de atención. Por otro lado, el personal que recién llega a la comuna, mantendrá una visión muy crítica:

“Cuando yo llegué a trabajar acá, que yo venía de Santiago, lo encontré aberrante, indigno y me preguntaba ¿cómo la gente se puede estar atendiendo acá? (...) como enfermera pienso que ninguna posta cumple con ningún tipo de

norma, protocolo, ninguna cosa: no hay área limpia-área sucia, en un mismo box de procedimientos se hace de todo, en las farmacias también, tomas café, te dan la leche, de escritorio hay una camilla y cosas así, hay “goteras” (filtración del agua cuando llueve) por todos lados, donde guardan la leche todas tienen déficit sanitario. Yo encuentro que las deberían hacer todas de nuevo no más.” (MD).

“...no es una mala atención, pero no es la que la gente se merece. No tiene por qué estar esperando en la sala de espera con un "suero" (solución fisiológica en forma parenteral) sentado, no tienen por qué pasar frío y humedad en la sala de espera, que las cosas no se esterilicen bien, que las camillas, las sabanillas, los lavamanos que a veces no están bien, no hay agua a veces, no hay luz suficiente para hacer funcionar el instrumental dental, la leche a veces no es llevada a tiempo. Son muchas cosas las que faltan.” (EM).

Si bien la crítica es clara y explícita, existe cierta complicidad de parte del personal de aceptar trabajar en estas condiciones y no realizar algún tipo de manifestación laboral mayor —huelgas, llamados a la prensa, etc. Esta particularidad la relacionamos con una tendencia a presentar una “actitud estoica” por parte de un grupo del personal de salud que asumirá su trabajo como una suerte de “misión” que comprendemos expresaría una mezcla entre apostolado y conformismo. Estas actitudes impedirían la unión de los trabajadores y usuarios para la transformación de la realidad comunal, a lo cual se suma la esterilidad del accionar de los sindicatos en la comuna:

“ [la infraestructura] en estos momentos. ¡Nula! , nada, ¡pésima! Yo siempre alego que me doy vuelta y topo con una caja, una vitrina, la otra vez casi me pego y se me cayeron y rompieron los lentes (...) Entonces no se puede rendir así en el trabajo, igual uno lo hace pero no se hace con las ganas, con el gusto que deberían para dar una atención. Recién estábamos haciendo un electro [electrocardiograma] y nos estaba apurando porque necesitaban usar la camilla. Hace poco vino la gente de las vacunas [del Servicio de Salud] y no estaban

los encargados de eso, estaba yo solita, y me dijeron: "yo no trabajaría acá" y yo le dije: "yo tampoco, pero hay que hacerlo." (LE).

Financiamiento insuficiente y deficiente administración

Es unánime la opinión dentro de los discursos que el financiamiento del DESAM de Cochamó es insuficiente para realizar la labor que se requiere. El personal de salud reconoce en estos "pequeños techos presupuestales" una restricción para todas sus acciones y esto se observará con claridad por ejemplo, en la escasa frecuencia de rondas de salud a las Postas cordilleranas, que por sus altos costos asociados (viáticos, transporte, etc.) se restringen. Los "culpables" de este escaso financiamiento serían el Servicio de Salud y la municipalidad, destacando que este último no estaría aportando su "financiamiento complementario", y que además su administración sería muy deficiente. Al mismo tiempo no hay ninguna entidad estatal superior que esté fiscalizando la cantidad y uso de estos dineros, por lo cual existiría una complicidad desde todo el aparato estatal:

"...yo creo que falta [financiamiento]. Pero el Servicio [de Salud] es el que pone casi toda la plata [dinero] con la que funcionamos, de los programas y del per cápita. Y el financiamiento municipal es sólo para mantenimiento y funcionamiento, pero esos son insuficientes porque hay una mala planificación de las platas, si hay que hacer mantenimiento, por ejemplo de los vehículos, no se hace a tiempo entonces se gasta más plata en la reparación en vez del mantenimiento, y en las postas es lo mismo, por no tener un buen sistema de calefacción la posta se humedece, se deteriora. Esa planificación falta de parte de la municipalidad porque ese gasto es municipal y muchas veces con la plata de los programas se tienen que hacer esas cosas, o gastos como insumos básicos: hojas, lápices, fichas, recetas... totalmente insuficiente..."(HE).

8.3.4 La ruralidad

La unión ruralidad-aislamiento y sus altos costos

El contacto del personal de salud con la realidad de las localidades rurales debería ser constante y traspasar todas las áreas de su actividad. Sin embargo, dado que el accionar en los establecimientos de salud se realiza preferentemente dentro de los box de atención siguiendo una dinámica individualista y basado en la enfermedad, la ruralidad queda relegada a un lugar externo de las Postas y el personal de salud lo relacionará casi exclusivamente con las dificultades en cuanto al acceso de los usuarios a los distintos establecimientos comunales y regionales. Sus discursos establecerán una unión conceptual entre ruralidad-aislamiento cuya característica principal será obstaculizar la totalidad de la función del sistema de salud por la vía de la elevación de sus costos. El alto gasto de bolsillo en que incurren los habitantes de las zonas más aisladas y rurales para resolver sus problemas de salud/enfermedad se volverá una de las principales preocupaciones para el personal de salud:

“...hay algunos [usuarios] que quedan dos años en que no se han tomado un perfil [bioquímico]. Y ellos tienen que salir a tomárselos lejos, en Puelo o Cochamó. A la gente le complica mucho salir porque es un gran gasto. Prefiere quedarse acá, porque no cuenta con los recursos económicos para ir a pasearse de acá para allá. Por ejemplo si alguien sale por los lagos; por el lago las Rocas y el Azul, ya la pura cruzada tiene que gastar 20 mil (42USD), si es sábado o domingo, cruzar nomás el río (Puelo) son otros 5 mil (10USD), y de allí para allá el bus no sale tanto 2,500 pesos (5USD), luego la barcaza mil pesos (2USD), de la barcaza a Puerto Montt sale 4,500 (9USD) y el alojamiento y la comida allá, etc. Yo cuando voy gasto en total de 150,000 a 200,000 pesos (350 a 420 USD) y eso que voy donde familiares.”(LR).

La ruralidad-aislación tendría además otros componentes asociados, siendo uno de los mencionados la capacidad de “adaptación” o “ajuste automático” de los usuarios rurales a las restricciones de los servicios de salud en especial en las localidades donde no hay más que 2 o 3 rondas de salud anuales; allí “ la gente casi no se enferma y consultan muy poco”. Sumado a esta capacidad de “adaptación” de los habitantes en las localidades más aisladas-rurales, además se generarían estrechos vínculos de empatía con el personal de salud de las Postas constituyéndose en una unidad que naturaliza y/o resiste las precarias condiciones de estructurales del sistema. La actitud estoica del personal de salud sería de alguna forma “traspasada” a los usuarios, impidiendo acciones transformadoras desde ambos actores:

“En rural la gente [el personal] permanece más tiempo y tiene otro vínculo con las personas [usuarias] fundamentalmente es la calidad humana la que mantiene que sea una buena o mala atención, más que si tiene una posta en que la puerta no se cierra o si tienen una llave mala , eso da lo mismo, si la gente que te recibe allí te recibe con cariño y te abre la casa, tu puedes atender en una "carpa de los milicos" (casa de campaña de los militares) y da lo mismo. Y eso yo creo que hay que destacar más para trabajar más contento, porque a lo mejor la realidad no va a cambiar tanto, es que la gente también valore más, que no pida cosas que son externas a la atención real, porque la atención es de ser humano a ser humano. Si en APS no necesitas tanto recurso, no necesitas nada...”(HE).

8.4 Familias usuarias de la comuna de Cochamó

Cordilleranos y costeros

Los habitantes de Cochamó presentan una diversidad importante y no pueden ser caracterizados como una agrupación única sin perder necesariamente parte de su identidad. Aun así podemos observar que su gran heterogeneidad social, económica y cultural, responde fundamentalmente a las características de los territorios en los que habitan que ya hemos descrito. La existencia de dos grandes territorios socio-económico-culturales nos permitió seleccionar a las familias que entrevistamos para así obtener visiones particulares y abarcadoras de la extensa realidad comunal. Entonces dentro de los discursos de los habitantes encontraremos similitudes y diferencias que estarán determinadas fundamentalmente por la localidad de residencia.

8.4.1 Rol del Estado, mercado y políticas públicas

Somos “atrasaditos” en Chile: incompetencia política versus desarrollo excluyente

En los discursos de los habitantes de Cochamó es evidente una profunda sensación de desprotección y desatención por parte del Estado chileno en la integralidad de su accionar dentro de la comuna, la que aumenta en las localidades más cordilleranas y aisladas. Dado la cercanía geográfica con Argentina, estos habitantes compararán los evidentes avances en infraestructura, carreteras y servicios públicos que poseen las localidades trasandinas, como Lago Puelo o El Bolsón, con las precarias condiciones de las localidades cordilleranas chilenas ¿Por qué en Chile no existe tal desarrollo de las localidades cordilleranas? se preguntarán, y sus respuestas destacarán principalmente la incompetencia de los gobernantes para entender que existen realidades distintas a la de la capital del país; en Chile existiría un “centralismo ciego” que se prolongaría por años:

“¡estamos viviendo en Chile, me entiende! A nosotros recién nos viene la carretera, somos "atrasaditos". O no se les ocurre a los gobiernos fijarse en los lugares que están "atrás mano" [con difícil acceso] que acá está al lado de la frontera y podría estar equipado con todo. Yo pienso que los argentinos se ríen de nosotros, porque ellos tienen de todo acá cerca. Acá no vas a encontrar un hospital, una clínica ni un supermercado como allá...”(MR).

No se observará dentro de sus discursos, sin embargo, un cuestionamiento explícito a las características estructurales y políticas impulsadas por el desarrollo económico desigual entre el “centro” y el resto de “las regiones” en Chile. Este desarrollo basado en la gran agroindustria exportadora y la explotación de los recursos naturales por empresas transnacionales, cuyas características la podemos asociar al concepto *despojo*; sólo será intuido por estos habitantes, pero no podrán señalar su relación con la “incompetencia” de los gobernantes para aprehender la realidad de las comunas rurales y aisladas. Tampoco cuestionarán las características centralistas de la administración estatal chilena que podrían eventualmente contrastar con el sistema federal Argentino. Esta falta de visión estructural termina “personalizando” las acciones estatales, es decir, será la capacidad o incapacidad del presidente, de los congresistas, de los alcaldes y los concejales los que estarían desviándose del “ideal” de acción del Estado (representado por comparación con el Estado Argentino y sus instituciones locales). Así continuará la esperanza de la llegada de un gobernante (presidente y/o alcalde) diferente que sea capaz de cambiar la tendencia actual y que finalmente se “preocupe” por estas zonas.

Esta esperanza de cambio “desde arriba” se comprende a través de los relatos que nos entregaron los adultos mayores de las familias: existió un tiempo —tan lejano que casi se escurre entre los dedos de la memoria— en que la relación del Estado con los habitantes de Cochamó fue distinta, como en los días cuando llegaron los primeros “colonos” a la zona, alrededor de los años 1920s

impulsados desde el mismo gobierno nacional que promovía el poblamiento y el trabajo de la tierra en estos parajes de naturaleza virgen, mediante la entrega de títulos de propiedad a las familias que ocupaban los campos, y que antes de esto, sólo tenían su fuerza de trabajo que explotaban los dueños de las grandes estancias argentinas:

”...[mis padres] trabajaban para las estancias. Y entró al Bolsón [Argentina] el ministro Sotero del Río. Y él anunció que todos los chilenos que querían volver al país tenían la libertad para volver con todos sus enseres. Y de allí se vino mi papá. En 1920 ya entró con toda la familia (...) entró allá y lo anunció por la radio " que todos los chilenos tenían tierra libre" que no les iban a cobrar nada por su pedazo de tierra. Para que lo trabajaran. Se vinieron los dos hermanos...”(MS).

Luego de este evento fundacional, las instituciones del Estado habrían llegado de forma paulatina pero constante a estas localidades que ya se habían transformado en campos productivos mediante el trabajo duro de las familias de colonos; primero llegarán los retenes de Carabineros fronterizos que incorporaban entre su dotación a “practicantes” que hacían la labor de asistencia médica tanto para civiles como para policías, posteriormente llegarán las escuelas y las Postas de Salud Rural. Las primeras Postas de Salud Rural se habrían instalado alrededor de los años 1940-1950s en las localidades costeras de Cochamó y Río Puelo, para luego llegar a la cordillerana y fronteriza localidad de Paso el León. El aumento sostenido de la presencia del Estado habría llegado a su punto más alto alrededor de los años 1978 y 1982 con la construcción de la Posta de Segundo Corral y una pequeña población de 10 viviendas a su alrededor, sin embargo, la instalación de este complejo semi-urbano en medio de una zona rural aislada habría estado impulsada por el inminente conflicto armado que se presentó con Argentina por esos años: la presencia de los colonos chilenos en estos sectores fronterizos se veía como necesaria para la dictadura militar de Pinochet; a partir de este momento las familias cordilleranas deberán “hacer patria”:

“[la población y Posta se construyeron] como el año 78. Eso ya estaba en el tiempo que después se iban "a pescar de las chascas estos países hermanos" (guerra inminente entre Chile y Argentina). También estaba el operador de radio allí mismo [en la Posta de Salud Rural]. Tenía más miedo ese radio operador, mandó a tapar la posta con ramas, para que no se viera. Acá habíamos 4 o 5 en la casa. Estábamos todos acurrucados con mis hijos. Pero yo no tuve miedo. Decían que en Lago Puelo Argentino había una barcaza con torpedos y cantidad de gendarmes, armados hasta los dientes (...) Acá no había nadie. Habían creó 5 carabineros en el retén (risas) ¡qué le iban a hacer ellos! Nunca acá ha habido militares...”(MS).

Despoblamiento y complicidad estatal

Durante los últimos 40 años la iniciativa estatal sería tan residual en todos los ámbitos⁵⁰, que pareciera enfocada en fomentar el despoblamiento de estas zonas en función de la implementación de grandes proyectos privados de explotación acuícola o generación de energía mediante centrales hidroeléctricas. Estas dos iniciativas habrían cambiado, en el caso de las primeras, o amenazan con cambiar, en el caso de las segundas, de forma radical las condiciones productivas y de consumo de los habitantes de estas localidades. En medio de esta situación adversa ante un futuro que aprecian con pesimismo, las familias adoptarán una posición de resistencia pasiva: no abandonarán sus tierras, casas, animales ni raíces. No obstante, al pasar de los años observarán con impotencia cómo las nuevas generaciones deben migrar a las ciudades en busca de “oportunidades” quedándose sin “manos” para trabajar sus tierras y realizar las actividades económicas tradicionales, en estas condiciones finalmente se verán obligados a vender parte de sus terrenos a los “afuerinos”⁵¹.

⁵⁰ Algunas de las iniciativas que los habitantes mencionan son: la entrega de pequeños subsidios para la construcción de invernaderos, esporádicos fondos concursales para proyectos turísticos rurales y la mantención del funcionamiento de los establecimientos de salud y educación.

⁵¹ Estos “afuerinos” pueden ser de distintos tipos. En las zonas cordilleranas es frecuente la venta de terrenos para la construcción de lujosas casas de “veraneo” de las familias más ricas del país, la instalación de

Estos discursos entorno al despoblamiento progresivo de la zona, e incluso desplazamiento de los habitantes por la llegada del “desarrollo” y la “modernidad” —con una silenciosa complicidad estatal— serán más marcados en las familias de las zonas cordilleranas alejadas, y más moderados en los habitantes de las urbanizaciones costeras, ya que estos últimos encontrarán en la industria acuícola salmonera una fuente laboral y de “goteo” (como es el caso de familias propietarias de cocinerías) dentro de las cuales podrán adaptarse, al menos durante el tiempo que dure la explotación⁵². Para el caso de las poblaciones cada vez menores que van quedando en las zonas cordilleranas se hace poco rentable tanto política como económicamente toda medida destinada a mejorar las condiciones de vida de sus habitantes, convirtiéndose en un círculo vicioso de *despoblamiento-desatención-despoblamiento* que será totalmente funcional al modelo neoliberal de crecimiento económico chileno:

“...sí tenemos luz. Con un motor a bencina. Eso es carísimo, carísima la bencina. Sale como mil (2USD) y tanto el litro por acá. En la noche lo prendemos y gasta como 3 litros en una noche, allí nos quedamos viendo películas en esa tele de allí. Pero no llega ningún canal (...) Porque acá con una antena normal no llega ningún canal. Nosotros somos los últimos vivientes de este lado de acá, entonces no ponen luz eléctrica por acá ni nada. Somos los últimos de este lado del río...”(RR).

Logdes de pesca de capital extranjero, y otras actividades turísticas para público selecto. Las grandes empresas, en cambio, se instalan mediante concesiones marítimas y fluviales por lo cual no compran terrenos directamente a los vecinos.

⁵² La industria salmonera en Chile es altamente dañina para el ecosistema marino, entre otras causas por la utilización de grandes cantidades de productos químicos y antibióticos para la crianza. Eso hace pensable, como ya ocurrió durante los años 2007 y 2008 cuando el virus ISA provocó mortalidad masiva de salmones y el consecuente cierre de numerosos centros de cultivo, que el auge económico derivado de esta explotación sea momentáneo y que lo prosiga un tiempo prolongado de pobreza derivados de un ecosistema marino quizás irreversiblemente dañado y de condiciones económicas y sociales trastocadas por la dependencia al capital acuícola.

8.4.2 Políticas Sociales y de Salud

¿Para qué voy a darle el voto, para que después no hagan nada?

Las características de la democracia y de la representatividad de las autoridades locales son fuertemente cuestionadas por los habitantes de Cochamó. El alcalde y los concejales concentran el poder y la gestión de recursos a nivel local debiendo impulsar la implementación exitosa de las políticas sociales del Estado dentro de la comuna, sin embargo, al llegar a sus puestos sólo actuarían para obtener beneficios personales y no realizarían ninguna acción destinada al mejoramiento de la calidad de vida de las localidades. En esta misma línea se cuestionarán la legitimidad de los procesos electorales y sus ganadores, ya que sus campañas estarían sustentadas en “regalos”, “favores políticos” y “acarreo” de votantes. En las zonas cordilleranas, por ejemplo, se hace énfasis en que los políticos (diputados, alcaldes y concejales principalmente) sólo aparecen en los periodos de campañas electorales, mientras el resto del tiempo están ausentes, al igual que sus acciones comprometidas:

“Antes bajaba a votar, pero ahora no. ¡Para qué voy a darle el voto, para que después no hagan nada!(...)Pero dicen la gente, que no sé si será verdad, que Sotomayor (el actual alcalde) trajo gente de Puerto Varas a votar acá. Porque si no hubiera perdido.”(MS).

“...el [presidente] de ahora Piñera no pasa nada. Yo no le echo la culpa al presidente, es la gente que les ayuda. Porque parece que Piñera es fabuloso lo que hace, ¿pero sabrá Piñera lo que pasa acá? los diputados y todo eso, nunca han venido por acá. Si ni siquiera vienen los concejales. ¿Qué va a saber el presidente? cuando son los alcaldes los que tienen que trabajar por su zona.”(MR).

Mejor que no manden nada...

Una de las políticas sociales mencionadas con frecuencia son los apoyos estatales que se activan de emergencia para hacer frente a las “catástrofes climáticas”, como es el caso de las prolongadas sequías o las “heladas” que provocan grandes pérdidas de las cosechas y muerte del ganado afectando profundamente las condiciones de vida de las familias. Gran parte de la evaluación que realizan los habitantes entorno a las políticas sociales de cada gobierno (nacional y comunal) dependerá de la calidad, cantidad y oportunidad de la entrega de estos apoyos estatales de emergencia. Uno de los ejemplos más dramáticos de los últimos años fue una extensa plaga de ratas que afectó duramente a toda la comuna y en mayor medida a las localidades cordilleranas; las pérdidas materiales fueron cuantiosas y los relatos de los momentos vividos por las familias son impactantes. Sin embargo la necesaria ayuda desde el Estado habría sido tardía y muy escasa:

“...la plaga de ratones [ratas] que duró como 3 meses castigando por acá. Porque fue como un castigo, todo el día pasaban por acá (...) Vinieron del Servicio de Salud y de la Posta, a la Junta de Vecinos le repartieron [ayudas], pero las autoridades piensan que acá con un litro de Cloro uno tiene para el año. Yo sé si aunque hubieran dado 10 litros, tampoco hubiera dado abasto para limpiar tanto (...) [entregaron también] unos "tachos" [tambores] para dejar los víveres y unas latas para forrar. Yo digo que eso estaba de más, que mejor no manden nada. Porque eso no alcanzaba para nada.” (MR).

“...nosotros hicimos un pozo, lo agarramos en baldes, cal con cemento, 30 a 40 baldes llenos de ratones sacábamos. En la noche era peor... ¡ahu! (expresión de asombro) usted iba a sacar pasto para los animales [caballos] y veía subir los ratones para arriba del quillo (?). Así que los corrimos con moto [motosierra eléctrica], lo agarrábamos a perro a palo, matamos a 300 a 400 al día y al otro día era más (...) Las papas se las comieron casi todas. Porque en un envase de esos [que entregaba el Servicio de Salud] no alcanza para guardar toda la cosecha

que nosotros tenemos, 300 o 400 sacos no entran. Mejor que encontraran otra solución para ayudarnos...” (DZ).

Pensiones, estufas y televisores: ¿beneficencia o políticas sociales de derechos?

Tanto en la política social como en salud, el cambio de presidentes, autoridades regionales y alcaldes de los últimos 30 años habrían tenido poco impacto sobre las condiciones estructurales de su implementación local. No obstante, dentro de los discursos encontraremos mencionados con especial claridad y “cariño” a los presidentes y alcaldes que habrían aportado equipamiento y dinero directo para los habitantes de estas localidades:

“...Bachelet fue una buena presidenta porque subió al doble nuestros sueldos [pensión solidaria] (...) [Silverio Morales] era buena gente, mandó una estufa para le sede de la junta de vecinos.” (FO).

“cuando estaba Silverio Morales trajo la primer turbina [central microhidroeléctrica], ahora ya está botado eso. Pero fue el primero en poner luz acá, por lo menos un par de meses con el generador, porque era muy grande y no andaba con poca agua. Trajo una televisión a la posta y todos iban a mirar tele para allá. Nadie tenía tele en esos años...”(MS).

Estos “beneficios” materiales que llegan de forma esporádica a las distintas localidades en ningún caso constituirían derechos exigibles para los habitantes de la comuna, sino todo lo contrario, dentro de sus discursos el alcalde “regala” la estufa, “trae” la televisión, “pone” la balsa para el cruce de animales sobre el río, la presidenta es “buena” porque “sube” las pensiones. De esta forma la gestión de los recursos estatales presenta matices muy cercanos a la beneficencia y la política social se concibe con evidentes características discrecionales y clientelares. Mientras la infraestructura de las instituciones sociales públicas sufren un deterioro progresivo, los políticos locales preferirán usar “sus” recursos en función de perpetuarse en los cargos de poder cooptando los

sistemas de organización vecinal, como las juntas de vecinos y los comités funcionales (de salud, de agua potable rural, del adulto mayor); incluso muchos de sus dirigentes recibirán salarios y se ganarán licitaciones de diversos tipo. Estos “amiguismos”, pago de favores políticos y vínculos familiares provocarán que los habitantes desconfíen entre sí, afectando la cohesión y control social de las funciones estatales:

“...mientras la gente no reclame, no abra la boca, todo sigue igual. Ahora cuando se reclama por oficio, ante las autoridades que correspondan hay cambios, pero si no, no. También la gente que trabaja dentro de los servicios, son familiares casi de todos, entonces nadie va a querer alegar, porque si tienen a un hijo por ejemplo trabajando allí, nadie va a querer que lo saquen...”(EV).

8.4.3 Recursos del sistema de salud

La escasez, la ilusión del consultorio y la voluntad del personal

Los recursos del sistema de salud son insuficientes y estas carencias son estructurales prolongándose por varios años atrás, sin embargo no aparecen en los discursos de los habitantes de Cochamó alguna perspectiva de cambio ni acción colectiva encaminada a exigir una mejora sustancial de estas condiciones. Se observa una mezcla de pasividad, resignación y apatía desde sus discursos, posiblemente fomentadas por la esperanza siempre presente y siempre lejana de la construcción del Consultorio rural en la localidad de Rio Puelo que mejoraría todos los recursos comunales. El propio alcalde apoyará esta “paciente espera” mediante sus intervenciones en público:

“la base estructural de las postas está mala. Nosotros estamos esperando no sé cuántos años el famoso consultorio (...) mostraron el monito precioso [la maqueta] del consultorio. Según que ahora va a salir. Vamos a ver. No hay empresa que quiere tirarse [adjudicarse] a la licitación. Eso dijo aquí el alcalde...”(EV).

Postas antiguas y sin mantenimiento, Técnicos Paramédicos escasos y sin posibilidad de reemplazos, poco equipamiento para el manejo de urgencias y patologías de mayor complejidad, e irregular abastecimiento de medicamentos en especial para enfermedades “No-GES” son las características que con mayor frecuencia se mencionan al reconstruir las trayectorias de atención de los habitantes de la comuna.

No obstante, lo anterior se matiza y hasta pasa a un segundo plano frente al trabajo “sacrificado” y con “voluntad” del personal de salud; gracias a ellos podrán derivarse a tiempo a los enfermos graves, gracias a sus gestiones podrán acceder a horas de consulta u otras prestaciones de mayor complejidad, gracias a su sacrificio se podrán realizar rondas en las localidades más aisladas. Pero también por culpa de ellos habrá negligencias y por culpa de ellos habrá favoritismos en las atenciones de salud. Nuevamente vemos cómo se personalizan las responsabilidades y gran parte del funcionamiento o mal funcionamiento del sistema de salud recaerá principalmente sobre los hombros del personal de salud y en especial en los Técnicos Paramédicos residentes de las Postas:

“...[la atención] está bien, porque cuando uno tiene una emergencia y tiene voluntad el paramédico funciona bien, pero cuando no tiene voluntad, no sirve. Depende de la persona. Antes había unos muy malos. Una vez murió un niño de acá porque no le atendieron bien, murió dicen que de Hanta, pero en vez de sacarlo lo tuvieron tirado acá dos días. Entonces es negligencia del paramédico. Si lo dejaba allí con fiebre, allí no hay juicio.”(MR).

“...cuando uno tiene algunas diferencias y lo dejan un poquito a un lado es mejor no molestar, no ir. Yo tengo eso, cuando hay distinciones de personas, no voy, para qué voy a ir [a la Posta de Salud Rural (...)] ¡Hay que ser claro con algunas cosas! Porque ahí la gente cuando va un amigo esos son los primeros que lo atienden, aunque los otros se estén muriendo allí primero son los amigos (...) eso es lo que pasa. Incluso hay personas que van a veces y se tienen que devol-

ver a sus casas porque no los atienden (...) pasó la hora, y se aburren y se van a la casa...” (EV).

8.4.4 La ruralidad

Para los habitantes de Cochamó la ruralidad es más que un concepto, una palabra o una forma de vivir. Es una totalidad que está incorporada en cada uno de sus discursos y vivencias, y será muy difícil sustraer una noción aislada desde este punto ya que atraviesa distintos órdenes. Teniendo en cuenta lo anterior, hemos optado por abordarlo desde los discursos que más se repiten y sean coherentes para nuestro propósito de caracterizar la relación de las familias con el sistema de salud público.

La “autarquía” de las familias de colonos

Una de las características más marcadas de los discursos tiene relación con la construcción histórica de los mismos habitantes, sus familias, trabajos y hogares dentro del espacio rural. El concepto de “colonización” y de ellos mismos y sus antepasados identificados como “colonizadores” de una zona de naturaleza virgen y de muy difícil acceso, sería la característica más notable dentro de sus relatos y en ellos se exaltarán el trabajo duro, los grandes sufrimientos y el escaso apoyo desde el Estado, cuya más grande dádiva habría sido la sesión de tierras durante los años 1920s. Las familias habrían trabajado la tierra ganándole terreno al “monte” de árboles nativos convirtiéndolo en campos fértiles para la crianza de ganado, cultivos de tubérculos, hortalizas y árboles frutales, y así también habrían construido sus firmes hogares de madera noble. Estos relatos son más frecuentes y ricos en los adultos mayores de los sectores cordilleranos donde se mantendrán la mayoría de las actividades productivas, formas de alimentación, consumo y costumbres de antaño, mostrando una independencia sorprendente respecto “a lo externo”. Cada familia funcionará como una unidad autosuficiente, haciendo aparecer al Estado como una entidad prescindible y generalmente

ausente. Estos modos de vida los relacionamos con el concepto de “autarquía” usado para referirnos a una forma de independencia de las unidades productivas y de autodeterminación aparente de las decisiones políticas venidas del exterior. El caso de las familias cordilleranas y sus antepasados representarían esta situación paradigmática: la mayoría de los alimentos, las fuentes de agua, electricidad, calefacción, refugio, sociabilidad, educación y respuestas ante los problemas de salud/enfermedad se proporcionan desde la misma unidad domestica como primera alternativa y generalmente obtendrán su resolución sin otros intermediarios (Fotos N°19 y N°20). Los abundantes conocimientos de la flora y fauna local y sus propiedades terapéuticas, y los saberes entorno al proceso de salud/enfermedad serán notables y caben dentro de la misma lógica de autosuficiencia.

Foto N°19: Autoabastecimiento, huerta casera sector cordillerano.



Fuente: (Medina, 2012) “zanahorias, maíz y monte”

Foto N°20: Autoabastecimiento, ganado ovino en sector cordillerano.



Fuente: (Medina, 2012) “corderos mojados”

Las trayectorias de atención: “yuyos”, vuelos y navegaciones

Los conocimientos de los habitantes en torno a las hierbas medicinales presentes en la zona serían la primera respuesta ante las dolencias más comunes, como el resfrío, la gripe o los cólicos abdominales. Los “yuyos” son la denominación local de estas hierbas cuyas propiedades van desde bajar la fiebre hasta mejorar la digestión. En esta comuna serán usadas en combinaciones muy particulares cuyas “recetas” habrían sido traspasadas de forma oral a través de las sucesivas generaciones. En la actualidad además incorporarían medicamentos alopáticos como el paracetamol,

acetaminofén y la pargeverina entregando una primera respuesta “casera” o de “autoatención” que generalmente resolverá las dolencias sin la necesidad de mayores traslados ni visitas a los establecimientos de salud (Foto N°21 y Foto N°22).

Foto N°21: Autoatención con Ortiga (*Urtica urens*) en artrosis de manos.



Fuente (Medina, 2012) “*similia similibus curantur*”

Foto N°22: Autoatención con infusión de Natre (*Solanum ligustrinum*), febrífugo.



Fuente: (Medina, 2012) “*antigripal cordillerano*”

Si la dolencia no es resuelta mediante la autoatención, los habitantes deberán trasladarse a la Posta más cercana para ser evaluados de urgencia (de “morbilidad” según el lenguaje del personal de salud) por el Técnico Paramédico residente. En ese momento los siguientes pasos seguirán ca-

minos diversos según la urgencia de la patología, la disponibilidad de medicamentos y equipamiento, y la capacidad de traslado del usuario, siendo las trayectorias más frecuentes: 1) que el Técnico Paramédico detecte la patología y ofrezca un tratamiento básico en el mismo lugar, 2) que la patología sea lo suficientemente urgente para accionar un traslado de emergencia mediante llamados al SAMU (Servicio de Atención Móvil de Urgencia dependiente del Servicio de Salud) quienes acudirán vía aérea a la zona si se justifica la gravedad, 3) que persista una duda diagnóstica y el usuario deba trasladarse por sus propios medios a una de las Postas “centrales” donde pueda ser atendido por el médico, 4) que la patología no sea de urgencia y el Técnico Paramédico envíe al usuario a su hogar con un tratamiento sintomático (muy similar al tratamiento “casero” ya administrado) en espera de la próxima llegada de la “ronda de salud” para precisar el diagnóstico y ofrecer un tratamiento más adecuado o , 5) que el usuario decida trasladarse por sus propios medios hasta los hospitales argentinos, las clínicas privadas o el hospital regional de las ciudades de Puerto Montt y Puerto Varas, saltándose las formas institucionales de derivación, siendo atendidos sólo si la gravedad lo amerita.

En el caso de los traslados de urgencia y las enfermedades que requerían de intervenciones quirúrgicas, los relatos de los traslados son especialmente dramáticos: intrincadas combinaciones de transportes con ayuda de vecinos, municipalidad, Fuerza Aérea, y SAMU serán mencionados vívidamente por los habitantes de Cochamó, y se cuestionarán las formas de manejo del DESAM ante situaciones de emergencia. El reclamo será justificado, dado que toda la planificación del modelo de salud familiar y comunitaria se sustenta en una atención primaria en que las emergencias se deberían derivar rápidamente a los centros de urgencias de los hospitales, sin embargo en las comunas rurales donde sólo hay Postas de Salud Rural, es el mismo Técnico Paramédico el que debe derivar correctamente y activar los protocolos de traslado. En muchas ocasiones los medios de

comunicación y las certezas diagnósticas requeridas para traslados de urgencia no serán los adecuados, otras veces el Técnico Paramédico no contará con el equipamiento adecuado o simplemente no se encontrará en la Posta:

“Esa vez igual me dio de un día para otro, una neumonía "no sé cuantito" [no sabe el tipo de neumonía]. Esa vez no había técnico paramédico acá y estaba el tiempo malo. Y arrendar un bote era la forma más rápida. Allí hablamos con el dueño de los botes con C.B. y me llevaron. Todo lo gestionamos nosotros. Y no pasé por el retén de carabineros (puesto fronterizo chileno), porque ellos supieron del caso, me vieron los documentos y me dejaron pasar de largo por la urgencia. Allí estuve en el Hospital de Lago Puelo [Argentina]. Sabe usted que es como una clínica. Como si hubiese estado pagando monedas. Como una clínica. Allí estuve más de una semana. Podía entrar gente familiar y llevar "mate" y todo adentro de la sala...”(MR).

La incertidumbre de estos traslados crece a medida que las localidades son más cordilleranas y aisladas mientras en la capital comunal los habitantes que viven cerca de la Posta de Salud Rural tendrán un acceso continuo a las consultas de “morbilidad” y dispondrán de una ambulancia para traslados de urgencia al hospital de Puerto Montt, sin embargo, de igual forma criticarán los tiempos de espera y las “preferencias” desde el personal de salud para atender primero los requerimientos de amigos y familiares. Muchos de estos habitantes finalmente optarán por trasladarse de forma autónoma a las ciudades (Puerto Montt o Puerto Varas) para atenderse en clínicas y consultas privadas e incluso en centros naturistas de fama regional (como el naturista “Licandeo” en la comuna de Frutillar).

Conclusión

Como pudimos exponer en este capítulo de análisis de los discursos de los distintos actores involucrados en la implementación de la política de salud rural en la comuna de Cochamó, existen abundantes concordancias discursivas entorno a nuestros ejes analíticos que nos permiten reconstruir un relato comprensivo y crítico de la “visión de los sujetos que hacen vivir y viven” la política de salud en un espacio y tiempo determinados.

En cuanto al rol del Estado, su relación con el mercado y las políticas públicas, es marcado tanto para los funcionarios del Servicio como para las familias de usuarios de Cochamó la existencia dentro del Estado chileno de una orientación que privilegia el crecimiento de grandes empresas explotadoras de los recursos naturales en desmedro del desarrollo de una vida saludable y digna para los habitantes de las localidades rurales. Mientras los funcionarios del Servicio pondrán énfasis en que existe un desequilibrio primario entre las fuerzas de los poderosos actores económicos versus las raquíticas instituciones públicas, haciendo que todo intento “reparativo” desde el sistema de salud público presente un fracaso anticipado; por el lado de las familias de usuarios se criticarán las precarias instituciones e infraestructura pública existente en las localidades más rurales intuendo una orientación estatal destinada al despoblamiento de estas zonas para su libre ocupación por las grandes empresas extractivas.

En cambio, el discurso de los administrativos municipales y el personal de salud que trabaja en las Postas pondrá menos énfasis en el modelo de desarrollo económico excluyente promovido por el Estado y se enfriará en la crítica desde el interior del aparato burocrático estatal donde los políticos serán el blanco principal: ineficientes, en búsqueda de su beneficio propio e incapaces de ver realidades distintas a las urbanas. En esta discusión estos actores se posicionaron como “protecto-

res” del espacio local y se mostrarán en contra de toda intervención externa, independiente si son iniciativas privadas o públicas, sin embargo, dentro de este rol reproducirán los mismos “vicios” del Estado centralizado excluyendo a las localidades más aisladas de la comuna.

En cuanto al eje analítico de las políticas sociales y de salud vemos una alta coincidencia en los discursos de todos los actores: la política social y de salud en Chile es altamente centralista, homogeneizadora, controladora y pensada para localidades urbanas. Dentro de esta orientación nacional deberán moverse los distintos actores teniendo limitadas posibilidades de acción, y dados sus roles ejecutores y receptores de la política poco podrán realizar para transformar esta realidad: los “expertos formuladores” de la política se encuentran en la capital del país, en sus “escritorios” ajenos a toda realidad rural y responderían a otros interés derivados de las fuerzas políticas centrales.

Los cambios en el gobierno nacional poco afectarán al grueso de la estructura y funcionamiento del sistema de salud público en Cochamó según los discursos de todos los actores que entrevistamos. Sólo serán leves “matices” los que habría traído la alternancia desde un gobierno de centro izquierda a uno de derecha, que se expresarán fundamentalmente en la forma más estricta e inmediatista de manejar los dineros transferidos desde el gobierno central a los municipios mediados por el Servicio de Salud. Esta “nueva forma de gobierno” de Piñera traería consecuencias negativas según los administrativos municipales que verán un excesivo autoritarismo y un desconocimiento de las limitaciones locales desde las nuevas autoridades. Sin embargo, estos nuevos funcionarios del gobierno de derecha presentarán diferencias que dependerán más de sus características personales y motivación que su color político, según los mismos funcionarios del Servicio y el personal de salud de las Postas.

Otro punto relevante directamente relacionado con la política social y de salud mencionada por todos los actores en mayor o menor medida, es el rol del alcalde como caudillo local que modificará sustancialmente toda su implementación en la comuna. Las características clientelares, el pago de favores políticos y los nexos familiares y amistades serán comunes dentro de una gestión municipal entregada a un pequeño grupo de vecinos que fungen como “elite burocrático-político local” con muy pocas posibilidades de recambio. Estas características vistas con impotencia por el personal de salud, con rabia y rechazo por las familias de usuarios, con preocupación y cierta apatía por los funcionarios del Servicio, y finalmente, será inexistente para los administrativos municipales. Para estos últimos el alcalde representará la visión única, correcta y democrática de la protección de lo local frente a los constantes ataques de lo externo.

En el eje analítico de los recursos del sistema de salud público en la comuna también existirán grandes puntos en común entre los diversos actores. Siendo unánime los discursos entorno a la insuficiencia de recursos humanos, infraestructura, físicos y organizacionales. La causa principal será el financiamiento insuficiente y mal gestionado; correspondiendo al nivel central y sus cálculos “urbanos” para la asignación de los presupuestos su insuficiencia en estas comunas; y al nivel municipal su gestión deficiente producto de su poca capacidad técnica y sus tendencias clientelares. Así de la integración de estos discursos resultaría la existencia de una “mala administración de la pobreza” que impediría todo desarrollo digno del sistema de salud en la zona.

Entre los relatos más dramáticos, sin duda se encuentran la deficiente infraestructura de las Postas que estarían en su totalidad fuera de la norma sanitaria, y su reposición como un proceso en extremo burocrático y extenso en la cual las responsabilidades estatales son diluidas al extremo entre las instituciones involucradas. En este “océano burocrático” se encontraría cual “barco fantasma” la más grande mejora y esperanza del sistema de salud tanto para los administrativos,

personal y usuarios de la comuna: la construcción del Consultorio en Rio Puelo. Este proyecto que lleva 16 años dentro del proceso burocrático es el ejemplo paradigmático de las características ineficientes de la gestión de recursos de la política de salud rural en Cochamó y también de la nula capacidad organizativa de los usuarios y personal de salud para exigir sus derechos ante el Estado.

Finalmente en cuanto a nuestro eje analítico sobre la Ruralidad encontramos la más radical de las diferencias entre los discursos: por un lado estarán todos los trabajadores del sistema de salud (funcionarios del Servicio, administrativos municipales y personal de salud) y por el otro las familias de usuarios. Los trabajadores del sistema pondrán énfasis en la relación estrecha entre ruralidad y aislamiento como si fueran una sola entidad, que necesariamente evaluarán como negativa dado los altos costos implicados en los traslados de recursos a estas zonas; mientras las familias usuarias vivirán una realidad paralela —y casi desconocida por los trabajadores del sistema— donde la ruralidad estará ligada a una capacidad de autoabastecimiento en casi todos los aspectos de la vida, incluida la resolución de sus problemas de salud/enfermedad utilizando la automedicación con hierbas autóctonas y traslados autofinanciados a hospitales argentinos, clínicas privadas, o directamente a la urgencia del hospital de Puerto Montt. Estas estrategias serán construidas a partir del largo tiempo de habitación en estas zonas donde el Estado generalmente es ausente o entrega asistencias mínimas. El desconocimiento u omisión de esta florida realidad por todos los trabajadores del sistema de salud público puede tener varias causas, dentro de las cuales podemos pensar: 1) que el costo para dar una atención digna a estas zonas sea tan alto que es preferible el gasto de bolsillo de estos habitantes, 2) que no existen organizaciones en la zona capaces de relevar esta realidad a estructuras de poder superiores exigiendo sus derechos y/o , 3) que la comprensión del sistema de salud público como relativamente prescindible en estas zonas, es una

realidad incómoda para estos trabajadores cuyo rol social se construye en base a que serían los únicos capacitados para dar respuesta adecuada a los problemas de salud/enfermedad.

“Ser inferior que apenas
ganas 55 dólares por año:
la validez de la escultura moderna
es un asunto no resuelto,
la Revista Fortune
solamente aparece en inglés,
¿para qué hacerse entonces mala sangre?”

Roque Dalton

Parte II. Análisis

9 Capítulo 9. Discusión y análisis

Uno de los objetivos principales que nos propusimos al momento de construir nuestro problema de estudio fue articular un diseño abordando tres niveles de análisis, “macro”, “meso” y “micro”, que nos permitiera conocer cuáles eran las características fundamentales de la relación entre el Estado y los habitantes de las localidades rurales y aisladas en relación a una de sus políticas sociales más extendidas: la política de salud. El estudio se realizó en un espacio y tiempo determinado, la comuna de Cochamó, durante los dos últimos periodos de gobierno nacional y municipal. La estrategia teórico-metodológica se orientó a reconstruir al Estado y su respuesta respecto a una problemática social específica, como es la atención a la salud de esta población, no sólo a partir de sus aspectos formales y su discurso, sino conociéndolo también "en acción", desagregado y descongelado como estructura global y puesto en un proceso social concreto en el que se entrecruza complejamente con la sociedad concreta, la sociedad rural. Para ello abordamos las principales características de esa sociedad, su operación, condiciones y relaciones con las instituciones estata-

les, es decir, el estudio se abordó desde una concepción donde las relaciones se entienden en el marco de “una arena de disputa de discusiones de los distintos actores con intereses en él”, como forma de reconstruir la relación entre el Estado, la sociedad y el mercado, siguiendo las conceptualizaciones de Ozlack y O’Donnell (1995).

En este punto de la investigación, luego de haber descrito y analizado los discursos oficiales, el marco legal-normativo, las prácticas institucionales y las representaciones de los principales actores que implementan y reciben las acciones de la política de salud rural en la comuna de Cochamó de la Región de los Lagos, mediante el análisis basado en 4 Ejes Temáticos que nos permitieron organizar y manejar los datos producidos, nos preguntamos: ¿cuáles serían, entonces, las características fundamentales de la relación del Estado con los habitantes de las comunas rurales y aisladas? ¿han cambiado durante estos dos últimos periodos de gobierno nacional y municipal? ¿cuáles fuerzas políticas y sociales las movilizan? ¿cómo “baja” esta políticas desde el nivel “macro” al “micro”? ¿qué fuerzas políticas y sociales realizan esta tarea? ¿cómo las reciben los funcionarios y los habitantes de estas localidades? ¿cómo se relacionan con el sistema de salud público? ¿qué otras estrategias utilizan ante sus problemas de salud/enfermedad/atención?

Para respondernos todos estos cuestionamientos, durante este capítulo realizaremos un rescate de nuestros principales hallazgos, es decir, “miraremos nuestras huellas, pero desde un nuevo punto”, más sistemático y profundo, e intentaremos interconectar la diversidad de fuentes, niveles y ejes temáticos en función de abrir algunos flancos de discusión e interpretación en confrontación con nuestros principales referentes teóricos.

De acuerdo a este planteamiento, hemos dividido el capítulo en 3 apartados: 1) las políticas públicas, sociales y de salud en las comunas rurales y aisladas, y su evolución en los dos últimos perio-

dos de gobierno nacional y municipal; 2) la articulación burocrática, el poder y las prácticas institucionales de los implementadores de la política de salud rural y; 3) las diversas estrategias de atención en salud de los habitantes de las localidades rurales y aisladas, y su relación con el sistema de salud público.

Bajo estos capítulos reseñados, se incorporaron subtítulos escritos en cursivas que hacen referencia a los principales contenidos en el párrafo siguiente, cuya intención es orientar la lectura en relación a los principales tópicos de discusión.

9.1 Las políticas públicas, sociales y de salud en las comunas rurales y aisladas, y su evolución en los dos últimos periodos de gobierno nacional y municipal: el Estado “invisible”

El primero de nuestros hallazgos emerge desde los análisis que efectuamos a los discursos presidenciales, las leyes de Atención Primaria de Salud (APS) y los objetivos sanitarios, tanto del gobierno de Bachelet como el de Piñera. En este conjunto de fuentes encontramos elementos consistentes para demostrar que la primera y principal función del Estado chileno es el aseguramiento del crecimiento económico sostenido, basado en el desarrollo del capital exportador y financiero. Desde los discursos presidenciales estas intenciones son explícitas y se valoran positivamente, en la medida que son reconocidas por el resto del mundo y en especial por los países “desarrollados”, y que serían producto del “consenso y acuerdo” de las distintas voluntades dentro del país. En ese sentido, no existen dos visiones de sociedad que se contrapongan entre los dos gobiernos estudiados y este rol primigenio del Estado es el mismo para Bachelet y para Piñera. Tampoco sería una “cuestión política”, sino una orientación que atraviesa los distintos periodos de gobierno na-

cional y que, en palabras de la mismas fuentes analizadas, se trataría de un “asunto de Estado”. La legitimidad de esta concepción del rol estatal se construiría entonces, en base a una triangulación entre: 1) la coincidencia de los dos bloques políticos dominantes, Concertación y Alianza, respecto a los beneficios de este modelo de crecimiento; 2) la comparación con el escenario internacional donde se relevan los elementos positivos nacionales, como la tasa mantenida de crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB), y se omiten o instrumentalizan los negativos, como los índices de desigualdad y pobreza, y; 3) la exclusión activa y satanización de otras posibles alternativas de desarrollo dentro de los discursos oficiales, y al mismo tiempo la exaltación de valores orientados a la normalización social, como los de “unidad nacional”, “acuerdos” y “consensos”, presentándose como las únicas formas aceptables de comportamiento político y cívico.

Así construida, la visión hegemónica del rol principal del Estado chileno representaría el beneficio para todos sus ciudadanos, y las posibles alternativas representarían sólo el interés de grupos particulares. Estos mecanismos de ingeniería política que detentan estos gobiernos en el marco de los nuevos Estados capitalistas latinoamericanos, tienden a modificar cualitativamente la intervención del Estado en la economía, y han sido analizados por autores como Sonia Fleury, retomando a Przeworski, para evidenciar lo que hay “oculto” dentro de este nuevo rol estatal. Los autores, recalcan que:

“...en un sistema capitalista los capitalistas se encuentren (en) una posición dispar: representan los intereses universales futuros (que son la misma acumulación capitalista), en tanto los intereses de los demás grupos se presentan como particulares y, por tanto, perjudiciales para el desarrollo posterior. Toda sociedad es estructuralmente dependiente de los capitalistas” (Fleury, 1992, p. 24).

Llegados a este punto, asumimos que el Estado chileno posee una relación con la sociedad y con el mercado particularmente consistente a través de los últimos dos periodos de gobierno, que según

los antecedentes, es la misma desde el inicio de los gobiernos de la “transición democrática” tras la dictadura militar de Pinochet. Esta última habría puesto las bases para las profundas transformaciones estatales y sociales en condiciones de restricción severa de los derechos ciudadanos, a través de torturas, desapariciones y exilio. Con este primer análisis evidenciamos entonces las fuerzas políticas que se encuentran “detrás” del Estado neoliberal chileno.

El Estado invisible chileno y su nueva relación con la sociedad y el mercado

Es tal la contundencia y continuidad de los discursos oficiales respecto a la necesidad primaria del crecimiento económico, y tales las manifestaciones internacionales del éxito nacional en la implementación de estas estrategias, que parecen emerger de la voluntad de toda una sociedad: “que nuestra economía crezca y que a todas y todos les vaya bien”, dice Bachelet en sus discursos. Nos preguntamos entonces ¿por qué interviene el Estado? ¿no era acaso la *mano invisible* del mercado, la encargada de asegurar el crecimiento económico? ¿qué pasó con esa premisa liberal? ¿a quién se le consultó si éste debía ser el rol principal del Estado? Estas preguntas básicas para Estados supuestamente democráticos, en el caso chileno no existen. El Estado chileno decide intervenir, e interviene, y lo hace profunda y explícitamente, pero no en el sentido Keynesiano impulsor de un desarrollo económico que en el actual discurso oficial había demostrado “rotundamente su equivocación” según los tecnócratas actuales, sino en un nuevo sentido, regulador y promotor específicamente de la economía basada en el gran capital exportador y financiero. Para estas empresas al Estado chileno se le está permitido “olvidarse” de la importancia de la “austeridad fiscal”, y es capaz de realizar millonarios rescates a la banca, o grandes concesiones tributarias y judiciales a los distintos capitales como el minero, agroindustrial, acuícola, eléctrico y los del “retail”⁵³.

⁵³ En Chile Las empresas llamadas “del retail” son grandes departamentos comerciales de variados productos de consumo, desde ropa hasta electrodomésticos. Paulatinamente incorporaron sistemas financieros de

En ese mismo orden, el Estado potenciará la capacidad de acumulación del gran capital mediante fondos públicos, cuyos ejemplos más notables los tenemos justamente en las políticas sociales de los fondos previsionales, entregados a las privadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), y en salud, entregados al oligopolio de las ISAPRES⁵⁴. Esta intervención estatal también tendría relación con las características actuales del capitalismo monopolista que “pide” estas acciones para asegurar su reproducción. Del mismo modo afirma Oliveira (citado por Fleury, 1992) cuando observa que las diversas formas del fondo público pasaron a ser el presupuesto de financiamiento para la acumulación del capital y para la reproducción de la fuerza de trabajo, y que “su presencia es estructural para el capitalismo contemporáneo e insustituible, hasta que no se pruebe lo contrario” (Ibíd., p.38). Esto nos responde el porqué de la ausencia de un cuestionamiento explícito sobre la estructura “mixta público-privada” del sistema de salud y previsional chileno dentro de todas las fuentes que analizamos: es tan estrecha la relación de los fondos públicos entregados a manos privadas en el marco del modelo de crecimiento actual, que cuestionarse la pertinencia del primero —ante las profundas y conocidas inequidades que produce— es necesariamente cuestionarse lo segundo; y eso es imposible dada la hegemonía política actual.

Si entendemos al Estado como una particular condensación de la red de relaciones de poder, dominio y fuerza que atraviesan a la sociedad (Poulantzas, 1980), debemos también entender que

préstamo en condiciones de legislación particularmente favorables, permitiendo la entrega de tarjetas de crédito a masivas capas de la población que antes no tenían acceso por no contar con ingresos fijos. El bullado caso judicial del popular retail “La Polar” remeció al sector el año 2011, ya que se descubrió que esta entidad aplicó cobros abusivos y “repectó” unilateralmente a sus deudores, en función de especular más activos en la bolsa de valores. No obstante, continúa siendo uno de los sectores más dinámicos de la economía chilena y con tendencia a la expansión de sus inversiones en toda Latinoamérica.

⁵⁴ En un análisis microeconómico de la competitividad dentro del sistema de salud privado en el cual participamos, y que actualmente se encuentra en proceso de publicación, caracterizamos el mercado de las ISAPRES como un oligopolio donde 4 “holdings” manejan el 80% del mercado, presentando integración vertical entre entidades financiadoras, prestadoras de servicios, farmacias y otras múltiples inversiones, que finalmente pertenecen a un número reducido de accionistas. Con este control, pueden regular los precios de todo el “mercado de la salud” en Chile.

este tipo de hegemonía ideológica —la que obliga a asegurar el crecimiento económico como rol estatal principal— es reflejo de lo que algunos autores, como Bobbio (1984) y Osorio (2004) llaman “Estado invisible”, que serían las fuerzas políticas, sociales y económicas que están “detrás” del Estado y sus políticas públicas. Este Estado invisible debe ser develado, porque tiende al ocultamiento de la realidad, en la que el Estado capitalista “no sólo expresa una correlación de fuerzas donde predominan los intereses de las clases dominantes, sino es por sobre todo una relación social que crea fuerza y modifica esas correlaciones en favor de los que dominan” (Osorio, 2004, p.47). Matizando lo anterior, en este Estado también se expresan las fuerzas de las clases dominadas, pero esta expresión se realiza “en tanto clases dominadas”, y la idea que caben en el Estado “conquistas populares”, como el derecho a huelga, sindicalización, partidos populares y fórmulas democráticas de dominio, debe entenderse en estos límites de clases dominadas. Son conquistas, pero desvirtuadas y filtradas más que nunca por la acción estatal. (Ibíd.).

En definitiva el Estado chileno interviene activamente en función de favorecer un tipo de acumulación, un tipo de empresas, y finalmente de un tipo de empresarios —porque aunque a veces caigamos en la trampa de olvidarlo, los accionistas de estos capitales son individuos y familias “de carne y hueso” que están siendo, desde hace más de 30 años favorecidas— en desmedro de otras millones de familias, o mejor dicho, de casi el 99% de la población del país. Para reafirmar este último punto, sabemos desde investigaciones recientes que la desigualdad en Chile es tan profunda que es una de las más pronunciadas del mundo. Es el caso de los llamados “súper ricos”, donde su participación en el ingreso total del país sería extraordinariamente alta llegando a más del 30% para el 1% más rico, 17% para el 0,1% más rico y más del 10% para el 0,01% más rico, en promedio durante el periodo 2004-2010. En términos internacionales estas son las más altas participaciones

que se conocen (López, Figueroa y Gutiérrez,2013). Entonces, unas pocas familias en Chile se llevan “la parte del león” del total de la economía nacional en complicidad con el Estado.

Siguiendo estas consideraciones podemos interpretar que detrás del Estado chileno se ha mantenido una correlación de fuerzas políticas, económicas y sociales desde la dictadura militar que es básicamente la misma hasta nuestros días. Se trata del dominio de grupos ligados a los grandes capitales exportadores y financieros nacionales pero fundamentalmente extranjeros que detentan alianzas con los principales partidos políticos, tanto de la Concertación como de la Alianza. Estos dos bloques políticos se disputan el poder estatal dentro de un tipo de *democracia restringida o asociativa* fundamentada en una *democracia formal*⁵⁵, establecida por la Constitución de Pinochet de 1980, y que posee mecanismos virtualmente inmodificables; en lo político, en el llamado sistema binominal, que en vez de enfatizar la regla de la mayoría, entrega poder de veto y sobrerrepresentación a la minoría, aumentando con ello el tamaño de la mayoría gobernante de las dos coaliciones. En ese orden, estas elites políticas en tanto minorías ilustradas, “responsables y razonables” abren paso a la tecnocracia y a sus medidas orientadas por el cálculo y la ingeniería social y política, en función de la mantención del modelo de crecimiento (Bobbio,1989; Delamaza, 2005; Osorio, 2004). A lo anterior se suma el rol también “invisible” de las fuerzas armadas como garantes del orden y como monopolio de la “violencia legítima”, cuyo papel es el de marcar los límites permitidos a la acción política. Ese poder de freno (o de veto) de los militares se observó de forma

⁵⁵ Para Osorio (2004) y Bobbio (1989) las denominaciones *democracia formal o procedimental* y *democracia sustantiva o sustancial* pertenecen a dos polos contrapuestos donde el primer tipo hace énfasis en las “reglas del juego” y los aspectos jurídico-institucionales, mientras el segundo tipo intenta llevar a la práctica la igualdad no sólo jurídica, sino económica y social incrustada en las bases valóricas la democracia. Para Osorio, la *democracia formal* se acomoda a los Estados liberales, ya que potenciaría la ilusión de que política y economía se mueven en esferas separadas, y que las desigualdades sociales “son resultado natural de las diferentes capacidades y oportunidades, por lo que no son competencia de la política, sino de la economía y en particular del mercado” (Osorio, 2004, p.59).

explícita durante los primeros gobiernos de la transición chilena⁵⁶, y estaría articulado al poder de los países imperialistas dado el carácter dependiente de los países Latinoamericanos (Ominami, 2010; Velasco, 1992).

En estas condiciones de cooptación del aparato de representación, no es de extrañar que luego de las masivas movilizaciones ciudadanas desde el año 2010, algunos analistas hablen de una crisis de legitimidad de la clase política, o en términos gramscianos una posible “crisis orgánica”, describiendo así a un momento en que el desfase entre las clases y su representación alcanza niveles críticos en el total de la sociedad (Fleet, 2011; Osorio, 2004).

El Estado austero y sus políticas sociales y de salud

Supeditado a este rol primordial en torno al crecimiento, y producto de la condensación de fuerzas que recién esbozamos, el Estado chileno desarrollará sus políticas sociales y de salud, las cuales encontrarán sus condiciones de posibilidad, desarrollo y límite en los techos presupuestales donde la “austeridad fiscal” es una afirmación incuestionable para el sistema, además de una idea extendida en la sociedad. Esta austeridad responde a una necesidad doble: primero asegura un balance monetario que favorece la ganancia del capital exportador, y segundo permite que el Estado se “deshaga de su excesivo peso” para favorecer la privatización mediante la producción de bienes y servicios sociales (López, 1992). Como ya lo mencionamos, esta segunda función posibilita la utilización de los abundantes fondos públicos para la acumulación del gran capital en manos de privados, lo cual es una condición imprescindible para la mantención del modelo de crecimiento económico (Fleury, 1992).

⁵⁶ Los llamados “ejercicio de enlace” y posteriormente el despliegue de militares conocido como el “boina-zo”, fueron dos momentos de alta tensión política vividos durante el primer gobierno de la transición de Patricio Aylwin (1990-1994). Ambos son ejemplos visibles de la capacidad de presión de las fuerzas armadas ante decisiones del gobierno que puedan afectar a sus intereses y al de sus clases aliadas (Ominami, 2010).

En cuanto a las políticas sociales, éstas buscarán de alguna forma compensar los “costos sociales” y mantener un equilibrio que permita la gobernabilidad política del modelo, productor de una importante exclusión y marginación social, no obstante el discurso sobre el esperado “chorreo de prosperidad” del crecimiento económico neoliberal que nunca llegó. Estas políticas se focalizaron en los grupos más pobres y vulnerables mediante la utilización de sofisticadas mediciones que permitan entregar “limitados recursos” a los “realmente pobres” (López, 1992; Salinas y Tetelboin, 2005; Tetelboin 2003). Tanto Bachelet como Piñera seguirán estas orientaciones con distintos barnices pero sin modificar la estructura profunda de las políticas sociales creadas en los inicios de la transición chilena caracterizadas por ser focales, para los grupos más pobres, y condicionadas. Un ejemplo notable lo encontramos en el programa *Chile Crece Contigo*, que incorporando importantes aportes financieros focalizados a la población socialmente vulnerable, “se monta” sobre los sistemas de salud y educación para mejorar la inequidad “de inicio de la vida”, sin embargo, dejando intacta la estructura productora de desigualdad derivada de estos sistemas “mixtos”, que en una mejor caracterización podrían denominarse como en condiciones inequitativas entre el público y el privado. Otros mecanismos de la política social, son las medidas conocidas como los “Bonos” de dinero en efectivo que tanto Bachelet como Piñera entregaran en forma discrecional durante sus periodos de gobierno. Estas políticas de corte asistencialistas-paternalistas —en rigor “maternalistas” en el caso de Bachelet— fortalecen una visión de neo-beneficencia desde el Estado en desmedro de la concepción de derechos sociales (López, 1992).

Dentro de la política de salud, los techos presupuestales de austeridad limitan la capacidad de acción del sistema público y al mismo tiempo posibilitan la existencia y expansión del sistema privado. En diversos análisis del financiamiento se muestra que el gasto en salud de Chile se ubica por debajo de los promedios internacionales, ya que presenta un gasto en salud *per cápita* de

1,202 USD frente al promedio de los países de la OCDE de 3,268 USD (OCDE, 2012); pero lo que es más importante todavía, es que cuando se comparan los dos sistemas, se observa que el sistema público sólo acumula el 43,5% de este gasto debiendo asistir al 80% de la población (Goyenechea, 2011). Su traducción será esperable: un sistema de salud público crónicamente desfinanciado, y un mercado privado con tendencia al oligopolio con integración vertical que estará en condiciones de regular sus precios y que será una “dura competencia”, desleal, frente al sistema público. En correspondencia a estas cifras e ilustrando este último punto para el caso de los médicos disponibles en el país, vemos cómo sólo de un 43% a 48% del total de ellos se desempeñan en el sistema público, quedando con una proporción de 902 beneficiarios por cada médico, mientras que para el sistema privado (ISAPRES y otros seguros) esta relación es de sólo 279 beneficiarios por cada médico. Si se desagregan estos datos para cada región, vemos que el “mercado de la salud” tiende además a concentrarse en la zona central (Región Metropolitana y V Región), en desmedro de las zonas norte y sur del país. De este modo, mientras la Región Metropolitana ostenta la mejor proporción, 1.215 beneficiarios del sistema público por cada especialista médico, en el otro extremo la Región de O`Higgins (VI) presenta la peor proporción del país, con 2.365 beneficiarios por cada especialista (MINSAL, 2011; Senado, 2012).

“La bajada” de las políticas de salud hacia su implementación

Dentro del sistema de salud público, las políticas del sector se expresarán en una columna vertebral de leyes orientadas al sometimiento de todo el sistema a restricciones presupuestarias en función de mantener la austeridad fiscal a través del mecanismo de la “eficiente gestión” de los recursos en las unidades más pequeñas, como los hospitales autogestionados en red o los municipios, administradores de establecimientos de APS. Estas entidades deberán funcionar como prestadoras de servicios médicos a las cuales FONASA pagará de acuerdo con sus rendimientos

basado en diversos mecanismos de cálculo creados a partir de lógicas costo-eficientes que están contenidas en cada una de las leyes, decretos y normas, principalmente desde la segunda reforma del sector impulsada a partir del año 2001 y formalizadas cuatro de ellas en 2004 por el presidente Ricardo Lagos, impactando profundamente todo el funcionamiento del sistema de salud público. La principal de estas leyes, la más mencionada dentro de los discursos presidenciales, y la que mayores recursos habría movilizado en los últimos años, es la ley GES. Esta ley, cuya justificación inicial era corregir las inequidades en todo el sistema, suponía la creación de un *fondo común de riesgo* que produciría un traspaso masivo de recursos desde el sistema privado hacia el público en función de mejorar la “solidaridad” entre los seguros cambiando la redistribución de la participación del porcentaje de las cotizaciones previsionales a las que podría aspirar el sistema privado; sin embargo, luego de sucesivas modificaciones dentro del Congreso, acabó siendo un sistema de priorización implícita de enfermedades y enfermos asociados a garantías legales para las personas en los dos sistemas, que justamente se prestaría para lo contrario: ante la insuficiencia del sistema público para cumplir las garantías, se abre la posibilidad de comprar con recursos públicos prestaciones a entidades privadas. Así el sistema completo termina su conversión hacia una estructura de compra-venta de servicios, donde lo “público” o lo “privado” pareciera perder sentido a la hora que el aseguramiento tiende hacia la individualización y la portabilidad.

Los distintos establecimientos públicos no tendrán más que asumir este nuevo marco legal-normativo y administrarse de acuerdo a la lógica cuyo objetivo es más empresarial que sanitario. En esa línea, no es de extrañar, por ejemplo, que el presidente de la asociación de clínicas privadas del país, luego se desempeñara como Ministro de Salud durante el actual gobierno de Piñera. Bajo una óptica crítica, las lógicas de funcionamiento son básicamente las mismas para los sistemas público y privado: el pago por prestaciones valoradas (PPV), los numerosos indicadores de rendi-

miento y concentración, los cálculos presupuestarios basados en conjuntos básicos y estandarizados de prestaciones, y los “estímulos por desempeño”, responden a un manejo gerencial de tipo empresarial y a una visión mercantil de la asistencia sanitaria. Todos estos mecanismos son coincidentes con las “sugerencias” de las agencias internacionales como el BM, FMI y el BID para mejorar la eficiencia de los sistemas de salud en los países “en vías de desarrollo” (BM, 1993; Londoño, Frenk y BID, 2001).

Siguiendo esta misma lógica a nivel regional, los Servicios Nacionales de Salud, en cuanto entidades “con personalidad jurídica y patrimonio propio”, deberán constantemente demostrar que son correctos administradores de los recursos transferidos tanto desde FONASA como desde las líneas programáticas del Ministerio de Salud, firmando para estos efectos, diversos “compromisos de gestión” con el nivel central. La falta de cumplimiento de estos compromisos eventualmente puede comprometer parte del financiamiento del Servicio y sus establecimientos dependientes.

En el nivel de los establecimientos de APS a nivel municipal donde profundizamos en nuestras indagaciones, las *metas sanitarias nacionales* adquieren visibilidad por su carácter centralista, homogeneizador y con sesgo urbano. En materia de las políticas de salud, estas metas incorporan las patologías de la ley GES y se registrarán y priorizarán en adelante por los tiempos de atención y condiciones de su legislación, o de lo contrario pondrán en peligro parte del financiamiento *per cápita* de la comuna y/o perderán las importantes *asignaciones por desempeño colectivo* para sus funcionarios. Todo lo anterior, establecido mediante una rígida legislación de APS que se ajusta perfecto a la columna vertebral legal-normativa reformada y que orienta el conjunto de acciones sanitarias exclusivamente hacia los usuarios de esta política, afectando a los demás que pasarán a ser discriminados como pacientes “No-GES”. En esa misma línea, debido a que la mayoría de las acciones asociadas a las patologías y condiciones “GES” de la APS ya se estaban efectuando antes

de la vigencia de la ley, será muy poco el beneficio o cambio percibido por los usuarios, incluso desde los usuarios “GES”.

Finalmente, los establecimientos de APS rural, principalmente las Postas de Salud Rural y las Estaciones de Salud Rural, reflejarán esta orientación nacional en su estandarizada *cartera de prestaciones*. Según esta normativa, el sistema de salud en las comunas rurales, debiera funcionar como un pequeño consultorio urbano, teniendo sólo como roles “complementarios” u “opcionales” los relacionados con las necesidades y diagnósticos derivados de las condiciones de económicas, sociales, culturales y epidemiológicas locales. Estos roles complementarios dependerán, según la misma legislación de APS, de la iniciativa municipal cristalizada en su Plan de Salud Comunal anual supervisado por el Servicio de Salud provincial, quien funge en la práctica como una extensión de la rectoría centralizada del Ministerio de Salud procurando que las orientaciones comunales se cuadren con las nacionales.

En la comuna de Cochamó, el Plan de Salud Comunal además de presentar deficiencias formales y de lógica, omite el contexto social, económico y epidemiológico local, y expresa —casi de forma desesperada— la insuficiencia permanente de toda clase de recursos para el funcionamiento digno de su sistema de salud. Aun así, se alinea formalmente con las metas sanitarias nacionales y sus estrategias de atención, sorprendiendo la ausencia de una crítica estructural y una evidente falta de problematización respecto a la realidad del proceso de salud/enfermedad/atención en el contexto comunal.

Los “expertos” centrales versus “lo local” en salud

La existencia de “expertos” del nivel central que formulan la política de salud nacional es uno de los hallazgos más constantes dentro de nuestra investigación y emerge en prácticamente todas las fuentes analizadas. La política así construida presentará las características que ya mencionamos: es altamente centralista, homogeneizadora, controladora y de sesgo urbano. Sin embargo, en este punto de la discusión nos preguntamos: ¿quiénes son estos expertos? ¿a qué intereses representan? ¿por qué tienen el “peso político” que otros funcionarios como los parlamentarios, los alcaldes u otras autoridades elegidas democráticamente, no poseen? ¿Por qué la participación social es exigua en su enunciado y en la práctica? En definitiva, ¿qué hay “detrás” del Estado que permite una relación de fuerzas centro-periferia tan desigual para la formulación de su política de salud?

Seguramente estos cuestionamientos exceden la capacidad explicativa de nuestra investigación, sin embargo, podemos plantear algunas líneas de pensamiento en función de acercarnos a estas respuestas iniciales.

Para Bobbio (2001) dentro de las características de los actuales Estados capitalistas se encontraría un nivel de complejidad de los problemas sociales y políticos que requería de cada vez mayor especialización del personal del Estado, es decir, la necesidad de “un conjunto de expertos técnicos” que serían los únicos capaces de aprehender esta nueva complejidad. Así “el gobierno de los técnicos” habría aumentado considerablemente en todo el mundo. El problema fundamental —continúa Bobbio— es que esta nueva tecnocracia sería en sus fundamentos, la antítesis de la democracia, ya que la democracia se basa en la hipótesis de que todos pueden tomar decisiones sobre todo; y por el contrario, la tecnocracia pretende que los encargados de tomar las decisiones

sean los pocos entendidos en tales asuntos. Para el caso que nos ocupa, el proceso histórico de transformación del Estado chileno habría requerido progresivamente de una clase de expertos detentadores de un poder derivado de su saber técnico-instrumental necesario para la pavimentación de un camino político particular en las condiciones actuales neoliberales caracterizadas por una identificación cada vez mayor de los intereses de ciertos capitales e intereses respecto del conjunto social. Este camino tendría como objetivo llevar al país a convertirse en una sociedad “desarrollada” en los términos que organizaciones internacionales cooptadas por los países centrales⁵⁷ como el FMI, BM y BID definan. Para lograrlo, el Estado debe recorrer una serie de “modernizaciones” donde las reformas de corte neoliberal y las políticas sociales de austeridad son la tónica, como ya hemos analizado. Así se crea una alianza indeleble entre tecnócratas y políticos que se contagian mutuamente con la neutralidad política otorgada por “la verdad científica”.

Desde este lugar privilegiado estos expertos convierten los intereses que representan en una institucionalidad ubicándose en las más altas instancias de decisión del Estado, el parlamento y el sistema judicial; podríamos decir incluso que “se saltan” la democracia: los expertos traen la “verdad y las opciones” desde las facultades más prestigiosas del mundo —coincidentalmente las de Estados Unidos y otros países centrales— y esta legitimidad pareciera no cuestionarse mayormente en el país. Los llamados “Chicago Boys” que iniciaron las reformas neoliberales de la mano con la dictadura de Pinochet, al parecer no se habrían retirado con el dictador, sino que sólo “mutaron” hacia otras formas, como lo podemos apreciar en el último periodo de gobierno de la Concertación, en los altos cargos del gobierno de Bachelet, por ejemplo con su Ministro de Hacienda Andrés Velasco, doctorado en la Universidad de Harvard y en cuyo currículum aparece como consultor

⁵⁷ Consideramos junto con Osorio (2004) que estas organizaciones supuestamente supranacionales y autónomas, en el fondo representan los intereses de los grandes capitales de los países centrales: Estados Unidos, la Unión Europea y Japón. Esto se revela al observar que de estos países provienen sus principales fondos; que habitualmente son el origen de sus presidentes; y que sus decisiones tienden a favorecerlos.

del BM, FMI, BID y CEPAL; y del gobierno de Piñera, con su Ministro Secretario General de la Presidencia Cristián Larroulet, posgraduado en la Universidad de Chicago⁵⁸. Estos expertos traen desde su formación la “verdad incuestionable” de los beneficios sociales del crecimiento económico neoliberal, e influirán profundamente en el resto de los sectores estatales y las políticas sociales. Así no es de extrañar que estos expertos, a pesar de las contundentes cifras de desigualdad en el acceso, financiamiento y provisión de la atención en salud, no se cuestionen por las características estructurales de inequidad del “sistema mixto público-privado” y no conciban grandes transformaciones para él. Recordemos que los fondos públicos traspasados a manos privadas “mueven” gran parte de la economía del país, y ésta “a como dé lugar” debe “moverse” según el ideario neoliberal.

Finalmente estos expertos también representan intereses que se encuentran ampliamente favorecidos con este tipo de rol estatal y sus políticas, y a menudo tienen vínculos de amistad, económicos e incluso familiares con los propietarios del gran capital exportador y financiero nacional e internacional. Nada de esto es censurable o viola alguna ética política, ya que como nos recuerda Velasco (1992); el Estado-institución es una máquina que se mueve sola y que está conformada por una cúpula burocrática expresada en procesos administrativos aparentemente despolitizados, posee un saber (estadístico) y un cuerpo de especialistas (tecnócratas). Este saber será principalmente para entender y percibir el movimiento objetivo del capital y responderlo con políticas estatales. Si los tecnócratas cumplen con este propósito, no importará a quiénes realmente están beneficiando: la acumulación de capital se presenta como beneficio de toda la sociedad (Fleury, 1992; Velasco, 1992).

⁵⁸ Podríamos extendernos infinitamente en los antecedentes curriculares de los ministros tanto de los gobiernos de la Concertación como de la Alianza y observaríamos el mismo patrón: los posgraduados de universidades de los Estados Unidos ocupan las altas cúpulas del aparato estatal.

Luego de despejar las primeras interrogantes sobre el carácter de estos expertos, ahora nos preguntamos: ¿dónde encuentra espacio “lo local”, sus conocimientos y representantes en la formulación de la política de salud? ¿por qué nos parece, a primera vista, que estas políticas sólo “bajan” de forma autoritaria desde los expertos del nivel central? Las respuestas, otra vez, a estas interrogantes no son nítidas. En primer momento tendremos que definir nuestra concepción de “lo local”, para luego iniciar un recorrido por las fuentes utilizadas en nuestra investigación a fin de encontrar las pistas donde “lo local” tenga expresión y/o presente alguna concreción en la formulación de la política de salud.

“Lo local en salud” lo entendemos acá como un conjunto amplio y heterogéneo de opiniones, percepciones, representaciones, discursos y diagnósticos que reflejan las necesidades, intereses, conocimientos y estrategias desde los habitantes, la sociedad, el personal de salud y los representantes sociales de un territorio específico respecto a la problemática de salud/enfermedad/atención que observan diariamente.

Dentro del análisis a los discursos oficiales y al marco legal-normativo del sistema de salud para las comunas rurales, podemos decir que “lo local en salud” se debe expresar a falta de otras formas más representativas, por lo menos en las instancias de “participación social” estipuladas, como son los Consejos Integrados de Redes Asistenciales (CIRA) de los Servicios de Salud provinciales, las negociaciones de las metas sanitarias entre las entidades administradoras municipales y los Servicios de Salud y los concejos Vida Chile, entre otras. Estas instancias, como ya lo analizamos durante el Capítulo N°7, sólo se acercan a una clase de participación del tipo colaborativa pero de ninguna forma podrán influir en la formulación de la política de salud. Otras instancias dentro del espacio comunal, como los llamados “diagnósticos participativos” y “presupuestos participativos”, también están estipuladas dentro de la normatividad de funcionamiento de las Postas de Salud

Rural y de la APS en general. Sin embargo, tendrán bajo grado de convocatoria dado que se limitarán a recopilar información que luego no podrá ser traducida en nuevas estrategias de atención por falta de financiamiento al quedar fuera de la *cartera de prestaciones* preestablecida en el caso del “diagnostico participativo”; y que las condiciones de insuficiencia crónica de la infraestructura de las Postas producirán una capacidad de elección estrecha, optándose habitualmente por reparaciones de “las emergencias estructurales” de las postas, para el caso de los “presupuestos participativos”.

Desde la separación de los Servicios de Salud en hospitalarios y de APS, el alcalde y la municipalidad, sí tienen un peso relevante a la hora de implementar la política de salud en sus comunas, ya que según su marco legal-normativo la administración de los establecimientos de APS es de su responsabilidad. Sin embargo, las cuestiones “técnicas”, es decir, las ligadas al modelo de atención, las actividades y orientación sanitaria, son decretadas por las normas ministeriales y supervisadas por el Servicio de Salud. Entonces, a pesar que el municipio puede crear estrategias “complementarias” a expensas de su autofinanciamiento, no podrá influir tampoco en la formulación general de la política de salud.

Dentro de las prácticas institucionales concretas de las Postas de Cochamó, vemos que la realidad cambia: la política de salud se modifica al momento de llegar al espacio local. Si bien están representadas y priorizadas las *metas sanitarias* nacionales, como lo expresa bien su Plan de Salud Comunal; observamos además que las necesidades reales de atención de “morbilidades” agudas en las Postas Costeras son parte importante de su labor, y que en las Postas Cordilleranas las visitas domiciliarias y la actuación del Técnico Paramédico como consejero, veterinario y hierbatero, entre otros roles, son asumidos casi “naturalmente” por el personal de salud en su esfuerzo por resolver las expectativas que crea su papel. La mayoría de estas actividades, sin embargo, no se

consideran en los registros estadísticos estandarizados de atención, y si lo hicieran tampoco serían susceptibles a los “pagos” comprometidos entre el Servicio de Salud y el departamento de salud municipal. Así una serie de necesidades locales queda resuelta de forma voluntaria por el personal de salud, y a expensas de su motivación, como se destacó dentro de los discursos a los grupos familiares.

Entre los discursos de los actores involucrados en la implementación, también encontramos que en las formas de expresión de la diversidad de lo local, tienden a repetirse los patrones de exclusión política y de las representaciones centro-periferia nacional, en el espacio comunal. Éstas se expresan por ejemplo en la interlocución directa de los caudillos locales con el alcalde o los concejales mediante prácticas clientelares, pero también en la exclusión de la periferia de la periferia, como ocurre con las representaciones de las localidades cordilleranas, que no tendrán capacidad de dialogo alguno con las autoridades municipales, en relación con las localidades costeras cuyo “peso político” es mayor siendo más expedita es su interlocución con la alta cúpula municipal pudiendo modificar aunque mínimamente el accionar del sistema de salud comunal.

Finalmente, en la disputa de la orientación de la política sectorial, lo local estaría casi completamente excluido según estos antecedentes. Tentativamente, por tres causas principales: 1) porque estas comunas, sus habitantes y sus representantes no presentan un “peso político suficiente”, ya que las instancias reales de decisión, se encuentran dentro del poder ejecutivo del Estado central y, 2) porque en el espacio local no es posible encontrar al tipo de “expertos”—con las características que ya analizamos— con capacidad de llegar a las altas cúpulas del aparato estatal, y 3) porque las características asociadas a la ruralidad y a la aislación geográfica-climática son ignoradas y/o negadas como relevantes por los expertos centrales, en función de mantener un bajo gasto en

el sistema de salud. Estas tres causas no son excluyentes y pensamos que se reproducirían en una suerte de círculo vicioso, mientras se mantenga la correlación de fuerzas políticas del país.

9.2 La articulación burocrática, el poder y las prácticas institucionales de los implementadores de la política de salud rural: el puente roto entre lo nacional y lo local.

El Estado “visible” y su fractura

Para Osorio (2004) el Estado “visible” se trataría del mismo “aparato del Estado”, es decir, una organización jerarquizada de instituciones, reglas, leyes y personas, el cual se encuentra articulado y unificado por los intereses y proyectos de las clases que detentan el poder político. Sin embargo, los patrones de institucionalización y cambio de las políticas de salud no sólo dependen de esta correlación de fuerzas políticas que dirigen al Estado, sino también de la distribución del poder al interior del aparato estatal u de las formas concretas de organización del trabajo en las instituciones. No siendo el Estado y sus aparatos una cosa o instrumento que se puede utilizar al libre albedrío, las formas concretas de organización del trabajo y la distribución del poder al interior del aparato estatal sirven de mediación a las determinaciones histórica y estructurales de las políticas de salud (Silva, 1992). Bajo esta perspectiva, la estructura, el funcionamiento y en especial las relaciones de poder entre los actores que implementan la política de salud rural son nuestro foco de atención en este apartado.

En ese orden, nuestro más importante hallazgo es la existencia de una *fractura* del Estado al momento de articular la política de salud en las comunas rurales a través de las municipalidades. Este hallazgo lo encontramos consistentemente en los discursos de los actores involucrados en la im-

plementación de la política de salud rural en Cochamó, pero ya lo esbozábamos al analizar el marco legal-normativo de la APS municipalizada: con el traspaso de los establecimientos de APS a las diversas municipalidades se produciría esta fractura del Estado creándose virtualmente “dos bandos opuestos”. Por un lado los “municipales” teniendo como bandera de lucha la demanda “local”, deformada e instrumentalizada, y por el otro; los “ministeriales” teniendo como norte las normas y planes centrales derivados de la racionalidad de los expertos, también deformada e instrumentalizada. Estos dos bandos tienden a la constante interpelación y a culparse mutuamente de los fracasos y/o apropiarse de los logros del sistema de salud. En el caso investigado, los funcionarios del Servicio de Salud, es decir, nuestro nivel “meso” representará la racionalidad ministerial, mientras el nivel “micro”, de los funcionarios municipales y personal de salud de las Postas, la racionalidad municipal. Esta fractura entre los niveles “meso” y “micro”, no obstante, expresa una división dentro de una parte del aparato burocrático que está excluida de la formulación de la política, como lo discutimos en el apartado anterior. Serían entonces, ambas “instancias ejecutoras o implementadoras” cuyo rol ideal según el marco legal-normativo, es que se complementen para lograr el objetivo común de la asistencia médica en un territorio determinado.

Dado que este “puente” entre la política de salud nacional y su implementación local se encuentra roto, las responsabilidades en caso de errores, omisiones y/o episodios de corrupción se diluyen entre estas instituciones, como es el caso ya lo analizado en el Capítulo N°8 de la “eternización” del proyecto del Consultorio Rural en Río Puelo. Sin embargo, esta fractura produce efectos aún más profundos: la conformación de dos bandos en constante conflicto impide la asociación de estos en cuanto “funcionarios estatales” y municipales y desvía el foco de conflicto principal—que dice relación con las fuerzas políticas y económicas detrás de la política de salud nacional— imposibilitando el cuestionamiento de la estructura total del sistema. Los mismos sindicatos de funcio-

narios públicos están fracturados, y las demandas locales siguen, incluso en ese espacio, confrontadas en relación a las demandas nacionales; en las palabras de uno de sus miembros: "...somos apenas un apéndice de lo que sucede a nivel regional y nacional, no tenemos casi ningún peso". Parece ser, y como lo apunta Tetelboin (2003), que la desarticulación *ex profeso* del aparato estatal en la primera generación de reformas del sector durante la dictadura militar y específicamente la fragmentación del Servicio Nacional de Salud (SNS) para restarle parte importante de su peso político, habría resultado a la perfección y con una duración sorprendente.

La lógica recompensa-castigo

¿Por qué estos funcionarios estatales se mantienen dentro esta dinámica de bandos opuestos? Para Spinelli (2010), quien retoma a Bourdieu, y se muestra concordante con las nociones de conflicto de intereses diversos dentro del aparato estatal de Oszlak y O'Donnell (1995), los sistemas de salud pueden ser comprendidos mediante el concepto de "campo"; entendiendo como tal la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales. Lo interesante de esta conceptualización, es que este campo tendría "reglas del juego" que los actores, para jugar y apropiarse de los diferentes capitales en juego, deberán aceptar o modificar. Entonces nos preguntamos, para el caso del sistema de salud chileno: ¿cuáles son las reglas del juego para que estos actores se comporten como dos bandos opuestos? ¿quiénes son los que imponen estas reglas del juego actualmente?

El sistema de salud público chileno dividido en dos racionalidades distintas, pero cuyos roles según el discurso de la *descentralización y desconcentración* deben funcionar de forma complementaria y armónica, tiende al conflicto toda vez que la misma estructura derivada de sus marcos legales-

normativos los coloca en lugares polares: supervisor-supervisado, gestor-ejecutor y por sobretodo financiador-prestador o comprador-vendedor. No obstante, deben interactuar a través de mecanismos tendentes a generar un condicionamiento de tipo Pávloviano mediante formas de “gestión” construidas sobre la lógica del cumplimiento-recompensa o incumplimiento-castigo basados exclusivamente en el dinero. Esto se puso en evidencia cuando se analizaron las formas de financiamiento desde FONASA, a través del Servicio de Salud, hacia el Departamento de Salud Municipal de Cochamó, y cuando describimos las “negociaciones” de las *metas sanitarias* y su asociación con las *asignaciones por desempeño colectivo* para los funcionarios municipalizados. La misma “firma de *convenios*⁵⁹” entre estas dos entidades (Servicio de Salud y Departamento de Salud Municipal) se orienta por una lógica basada en la desconfianza de la compra-venta: debe establecerse de antemano mediante un documento legal los “compromisos” adquiridos por ambas partes, que en la práctica se reducirán a la transferencia monetaria y un mínimo apoyo técnico por parte del Servicio, y al cumplimiento de determinadas actividades por parte de la municipalidad.

Estos mecanismos de gestión del tipo *recompensa-castigo* basados explícitamente en el dinero, producirían una cadena de efectos tanto en el Servicio como en el Municipio que paradójicamente reducen la búsqueda eficiencia del sistema y afectarán las condiciones de atención de los usuarios, por distintos mecanismos. Entre ellos podemos destacar: la necesaria implementación de un aparato jurídico y financiero generalmente de alto costo para generar correctamente los distintos documentos legales que se firmen; la necesidad de largas reuniones de negociación en caso que no exista acuerdo entre las partes; el agotamiento de las actividades por parte del municipio a sólo las que están comprometidas con el Servicio; la suposición desde el Servicio que dado el carácter

⁵⁹ Durante el análisis de las prácticas institucionales en el capítulo N°7 destacamos la importancia de estos *convenios* para el financiamiento total del sistema de salud en la comuna de Cochamó.

“complementario” del financiamiento a través de la firma de convenios, estos recursos no se utilizarán por parte de la municipalidad para otros destinos de carácter estructural y/o para un uso clientelar que frecuentemente no se cumple, y finalmente, la emergencia de un “fetichismo o figura mercantil” donde el Servicio aparece como comprador de servicios que tendría eventualmente la opción de comprar en otro lugar (como en el sector privado) si no se responde a sus exigencias técnicas y de temporalidad, como por ejemplo en las patologías asociadas al GES. Este último mecanismo sería el más nocivo a nuestro juicio, porque instala a todos los actores involucrados en una suerte de “realidad virtual” de compra-venta de servicios de bajo costo, suponiendo la existencia de un amplio mercado en competencia donde los establecimientos de APS municipalizados sólo son una de las múltiples opciones para el destino de este “dinero estatal” proveniente de usuarios individualizados y descontextualizados.

Como consecuencia tenemos: la mercantilización del derecho a la salud; la falacia de la existencia de prestadores privados en regiones aisladas que aceptarían los altos riesgos y bajas ganancias que sí asumen (obligados) los establecimientos públicos y la negación de las heterogéneas condiciones de vida que determinan los procesos de salud/enfermedad/atención en cada territorio particular.

Los roles así establecidos generan desconfianzas mutuas entre los bandos y una situación de negociación constante destinada, suponemos, a la situación “ideal” ideada por sus creadores, de mejorar la eficiencia del sistema. Otra vez, esta lógica *recompensa-castigo* parece estar planeada por los expertos del tipo costo-eficientistas y economicistas del que ya hemos discutido; pasando a un segundo o tercer plano el evidente rol social y asociado a derechos que posee el sistema de salud público.

Estas orientaciones imbricadas junto con la “división de funciones” dentro del aparato estatal para la implementación de las políticas de salud, de ninguna manera son invenciones nacionales y sus productos tampoco serían consecuencias inesperadas para estos expertos, sino todo lo contrario. Las principales directrices que dan sustento a estos mecanismos están plasmados en los influyentes documentos de las organizaciones internacionales neoliberales, como por ejemplo el documento del Banco Mundial llamado *Informe sobre el desarrollo mundial: invertir en salud* (1993), o el trabajo del BID llamado *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma a los sistemas de salud en América Latina* (2001), cuya intención responde a asegurar la existencia de una competencia entre “financiadores”, “articuladores” y “prestadores” para poder llegar a la eficiencia en el gasto y el aumento de la calidad de los servicios, es decir, a un autoequilibrio. Según este planteamiento, estos mecanismos obligan a que el Estado se concentre en lo que debe hacer y no desperdicie tiempo, recursos y empeño en lo que pueden hacer mejor los privados (Perdomo, 2013).

No obstante esta configuración e imposición desde “arriba” de las “reglas del juego”, veremos dentro de la práctica diaria, que gran parte de los actores involucrados en este entramado burocrático-administrativo darán cuenta de la contradicción existente entre un discurso sanitarista tradicional, instruido durante sus formaciones biomédicas —y que continúa, en cierta medida, dentro de los discursos oficiales— y este sistema de salud supuestamente público pero que adquiere formas de gestión altamente mercantilizadas. Esta contradicción tendrá expresión en ciertas prácticas y discursos desde “ambos bandos” quienes utilizarán “vías paralelas” de funcionamiento respecto a los marcos legales-normativos establecidos. Entre estas prácticas y discursos, podemos mencionar: 1) la tendencia desde algunos funcionarios del Servicio a presentar cierta laxitud en las negociaciones de las *metas sanitarias e índices de actividad* en comunas como Co-

chamó, dado que comprenden una situación evidente de disociación de su realidad comunal rural-aislada frente a la planificación urbana-centralista de las *metas sanitarias*, por lo cual éstas metas tenderán a ser menos exigentes que las presentadas por las comunas urbanas; 2) si existiera un incumplimiento de estas metas o de alguno de los convenios firmados, es altamente probable que luego de un “castigo verbal” al jefe del departamento municipal, no se exija por la vía judicial la devolución de los dineros transferidos, ya que ante la situación de desfinanciamiento crónico evidente para ambos bandos esto sería sólo perjudicar de forma inmediata a los usuarios⁶⁰; 3) por parte de la municipalidad hay tolerancia cuando las transferencias de dinero desde el Servicio se retrasan debido a errores administrativos, y ; 4) cuando la municipalidad no exige la supervisión técnica normada por parte del Servicio para cada uno de los programas ministeriales, dado se comprende la dificultad y el costo involucrado en los traslados hacia la comuna en que debe incurrir el Servicio y sus funcionarios; sólo para mencionar algunas de las múltiples “vías paralelas” de funcionamiento.

Estas aparentes “complicidades” entre funcionarios estatales, pensamos, nos están hablando de una comprensión del rol social del sistema de salud público por parte de estos actores, sin embargo, por tratarse de prácticas y discursos fuera del marco legal-normativo ellas no serán relevadas ni tendrán influencia transformadora en la política de salud, además no podrán trastocar los roles establecidos ni los mecanismos mercantiles de gestión de los recursos dentro del sistema.

⁶⁰ Según el Jefe del departamento de salud municipal de Cochamó, estas actitudes “comprensivas” por parte de los funcionarios del Servicio de Salud hacia la gestión municipal, habrían desaparecido dentro del gobierno de Piñera, ya que se estaría exigiendo fielmente el cumplimiento de los marcos legales-normativos. Este tipo apreciación se repite en parte del personal de salud y en algunos funcionarios del mismo Servicio. Sin embargo, los datos que recopilamos desde las transferencias de dinero de ambas entidades no nos permiten confirmarlo. Pensamos puede corresponder a una estrategia de “presión” a las administradoras municipales basado en un supuesto castigo monetario que en la práctica nunca se realizó.

Dentro de esta dinámica de relaciones entre entidades con distintas formas y poderes, establecidas mediante un marco normativo-legal que choca con una retórica sanitarista y con la realidad percibida, se presentarán además dentro de los discursos de sus funcionarios fuertes críticas a la política de salud pero que no tendrán un correlato con acciones transformadoras. Una de las críticas más frecuentes serán las que apuntan hacia la formulación exclusiva de la política por parte del nivel central, que sería el origen de sus tendencias centralistas, homogeneizadoras, controladoras y con sesgo urbano. Estas críticas emergerán de prácticamente todos los actores que entrevistamos, incluso desde los mismos funcionarios del Servicio, que para otros temas tienden a adoptar una postura “ministerial” en sus planteamientos. Otra crítica frecuente apunta a la gestión municipal y sus características de ineficiencia y clientelismo-paternalista, que también surgen desde la mayoría de los actores que entrevistamos, exceptuando (comprensiblemente) los mismos administradores municipales.

Dado los antecedentes que acabamos de mostrar sobre la existencia de prácticas y discursos coincidentes entre los distintos actores de “ambos bandos” que se alejan de la normatividad impuesta, entonces podemos interpretar la existencia o persistencia —o subsistencia— de una *meta-racionalidad* en tanto “funcionarios de salud públicos” subyacente a la fractura que describimos; una especie de “germen político” sin clara expresión sindical ni partidista pero que es altamente consistente en las entrevistas que realizamos. La evidente disociación con sus propias prácticas institucionales, o más bien el ocultamiento de las prácticas coherentes a esta *meta-racionalidad*, puede tener variadas explicaciones no excluyentes, entre las cuales podemos mencionar: la fuerte influencia del discurso economicista hegemónico proveniente del nivel central y sus marcos legales-normativos; el miedo al despido o mala calificación por parte de sus jefes directos; la pérdida de beneficios pecuniarios derivados de la mantención del *status quo*, como las mencionadas asig-

naciones por cumplimiento de metas sanitarias; la ventaja de mantenerse en condición política neutral y “técnica” ante los cambios de gobierno, y por sobre todo; la dificultad de auto-percibirse como actores con posibilidades de transformar la realidad mediante la asociación mutua: siguen siendo dos “bandos”, y en esta condición la capacidad de unión choca con la mantención de la cuota de poder derivada del rol asignado.

Todos estos esfuerzos explicativos orientados a desentrañar esta distancia entre el discurso y la práctica institucional se sustenta en la observación desde nuestros referentes teóricos y empíricos donde, este espacio de disociación (discurso-práctica) representaría un tipo de expresión de contradicciones y/o manifestaciones de intereses en conflicto hacia el discurso institucional dominante, o incluso hacia la totalidad social existente, como nos sugiere Madel T. Luz (citada en Tetelboin, 1992).

El poder del alcalde y la élite burocrática local

Para los alcaldes de las comunas rurales y aisladas entronizados en sus puestos durante largos periodos de gobiernos municipales donde las reelecciones son lo común, “el problema” de la atención en salud comunal sólo será uno de las múltiples preocupaciones sectoriales. Antes estarán, como es de suponer, las políticas pro-desarrollo económico y las distintas vertientes de “apoyo” a los habitantes rurales donde existe mayor devolución política de los dineros invertidos, aunque como se analizó anteriormente, tampoco tienen una vertiente real de desarrollo para las comunas rurales. Entendiendo que las políticas sociales asociadas a beneficios directos a las familias son interpretadas por los pobladores como “dativas” del alcalde de turno, como lo apreciamos en sus discursos, estos alcaldes preferirán invertir “sus” “limitados recursos” en bienes materiales

que puedan distribuir de forma discrecional y clientelar. Así el sector salud “no será una prioridad”, según los mismos discursos del personal de salud.

No obstante, como la organización y administración de los establecimientos de APS les compete exclusivamente al alcalde y su municipio según los marcos legislativos-normativos vigentes, habría entonces cierta libertad de acción para el alcalde respecto a lo que se puede hacer en “su” sistema de salud, ya que la legislación y el financiamiento desde el gobierno central sólo impone un mínimo de prestaciones y actividades. Todo el resto, todo lo “complementario”, podría ser planeado y efectuado por parte del departamento de salud municipal. Entonces nos preguntamos: ¿por qué en Cochamó el Plan de Salud Comunal es tan poco ambicioso, tan apegado a las directrices ministeriales nacionales? ¿por qué ésta supuesta libertad de acción no se produce en la práctica? Las respuestas acá también son complejas y posiblemente no tengamos ninguna definitiva, pero podemos esbozar algunas explicaciones: 1) la insuficiencia crónica del financiamiento impide la formulación de nuevas propuestas producto de una rígida *unión conceptual-presupuestaria*⁶¹ que envuelve a todo el sistema de salud público; 2) hay una insuficiencia de recursos humanos capacitados y destinados para la planeación de un tipo alternativo de estrategias de acción; 3) la mantención del *status quo* supone beneficios para todos los funcionarios municipales a un mínimo de esfuerzo adicional; 4) no existe presión por parte de las organizaciones sociales hacia la municipalidad para mejorar la atención dado el nivel de cooptación por parte de los sucesivos alcaldes y/o dada la cronicidad de la carencia estructural del sistema; 5) el ideario “ejecutor” establecido en los marcos legales-normativos es totalmente incorporado en los funcionarios municipales a tal punto que son incapaces de plantearse nuevas formulaciones, y finalmente; 6) estas actividades “complementarias” se realizan por el personal de salud de manera informal, como lo observamos du-

⁶¹ Que analizamos durante los capítulos N°6 y N°7 y se refiere a la reducción completa del “pensar en salud” a sólo lo actualmente financiable.

rante el terreno, pero para efectos políticos, de financiamiento y jurídicos no existen, o tienen un estatus actual ligado al voluntarismo, la beneficencia y la subordinación, en vez de explicitarlas como estrategias políticas proyectadas y por lo tanto exigibles en sus cumplimientos.

Otro punto destacable en la descripción de los actores llamados “administrativos municipales”, es que estos funcionarios generalmente provienen de familias reconocidas dentro de la comuna, con fuertes nexos sociales de amistad, familiares, económicos y políticos, y que además, sus condiciones de contratación les permiten mantenerse dentro del aparato municipal por largos periodos que incluso exceden a los cambios de alcalde. Todos estos antecedentes, nos sugieren la existencia de una “elite burocrática local” que detenta los puestos de poder municipal en salud. Por otro lado, además destacábamos que aunque representan claramente una postura política determinada, ellos se asumen dentro de un rol “técnico-político”, dejando el rol político al alcalde y los concejales que dependen de los resultados electorales. Lo relevante de este hallazgo, es que dentro de los discursos de gran parte del personal de salud de la comuna, y también de los funcionarios del Servicio, se culpa frecuentemente a estos administrativos municipales “eternizados” por gran parte de las incompetencias de gestión y manejo discrecional de los recursos en el sistema de salud de la comuna. No obstante el fenómeno de culpabilización recíproca ya descrito, creemos que todavía podemos profundizar sobre la existencia de esta “elite burocrática local” mediante una vertiente explicativa que asuma—al menos como ejercicio analítico y obviando las distancias— el funcionamiento de la municipalidad como un “pequeño Estado”, o mejor dicho, como un “pequeño gobierno”.

Si aceptamos esta hipótesis del “pequeño gobierno municipal”, que por lo demás no parece tan alejada de la realidad según los marcos legales-normativos que rigen el tipo de *democracia formal* del “gobierno municipal” basada esencialmente en la elección popular cada 4 años de un alcalde

(presidente municipal), donde la ciudadanía no tiene facultades legales para exigir el cumplimiento de sus “compromisos de campaña” (al igual que el presidente nacional), y que además tiene un amplio margen de maniobra derivado de su rol ejecutivo (presidencialista), muy superior a su par legislativo representado por el Consejo Municipal (parlamento municipal). Entonces, este pequeño gobierno podría perfectamente presentar algunas de las características que revisamos dentro del Estado invisible nacional, es decir, la existencia de fuerzas políticas e intereses de clase y grupos detrás del aparato burocrático municipal.

Para el caso de Cochamó, sugerimos que la existencia de esta elite burocrática local ocupando las posiciones cúspides del aparato del gobierno municipal, como los jefes de los departamentos, el tesorero municipal, los secretarios municipales, etcétera, es producto de su afiliación familiar, económica y social, históricamente construida y dominante dentro de la comuna mediante el *principio de legitimidad de la fuerza de la tradición*⁶². Pero además representarían la traducción de los “expertos nacionales” en el espacio local: que sin haber estudiado posgrados en universidades de Estados Unidos, aun así representa los actores con mayor instrucción en materias administrativas dentro de la comuna, revistiéndose así de una neutralidad política que les permitirá pavimentar por largos años un camino hacia el alcance de los intereses del grupo que representan. Como nos sugería Osorio (2004) para el caso de los Estados nacionales, las funciones de mando serán mayores mientras más altas sean las posiciones en el entramado administrativo y son justamente los que más funciones de mando abarcan, los que tendrían mayor grado de compromiso con los poderes o intereses sociales prevalecientes en el gobierno. Estos hallazgos sugieren entonces, que el cambio de alcalde es sólo un cambio de “vestido” en función de legitimar el sistema de repre-

⁶² Según explica Bobbio (1989), existirían diversos principios de legitimidad para explicar la relación entre gobernantes y gobernados. Uno de los más extendidos previamente a la revolución francesa, sería la base de las “teorías tradicionalistas” de acuerdo con las cuales el soberano legítimo es quien ejerce el poder desde tiempos inmemoriales: la fuerza de la tradición de la historia pasada.

sentación, pero lo que existiría de fondo, al igual que en los gobiernos nacionales de América Latina, es una *neooligarquización del Estado con "coro" electoral*⁶³, donde son finalmente las mismas familias las que detentan el poder político y económico del territorio a través de los distintos periodos de gobierno, en este caso el municipal (Osorio,2004). Utilizando las irónicas palabras de Eibenschutz: "cambian las políticas económicas, cambia el sistema fiscal, cambia la forma de ejercer el poder, en el fondo cambia casi todo para que nada cambie. No cambia el capitalismo, no cambia estructuralmente la sociedad, no cambia tampoco el régimen político, es más: no cambian los partidos en el poder, pero algo cambia, y ese algo es el gobierno" (1992, p.68). A lo que nosotros añadiríamos: tampoco cambian las familias que se llevan la "parte del león".

Finalmente nos preguntamos: ¿quiénes son estas familias en Cochamó? ¿a qué intereses responden?¿cuáles son exactamente los nexos entre los intereses económicos y estos "expertos locales" entronizados en la municipalidad? ¿cómo se ven beneficiados de estos nexos? ¿qué relaciones tienen con el gran capital "externo" nacional e incluso internacional? Lamentablemente todos estos cuestionamientos exceden ampliamente nuestras indagaciones y desarrollos teóricos dentro de la presente investigación, que quedan como interrogantes abiertas a futuras investigaciones.

⁶³ Osorio (2004) propone esta definición para el tipo de Estados actuales Latinoamericanos, donde la capacidad de injerencia y decisión política de grupos económicos reducidos sería tan amplia, como pocas veces se habría presentado en la historia de nuestros países. Las elecciones supuestamente democráticas de los gobernantes, tampoco modificaría en mayor medida la influencia de estos grupos.

La municipalización de la APS

Las líneas que debatimos en los tópicos anteriores, nos llevan obligatoriamente a tocar el “delicado tema” de la municipalización de la APS del país, que se produjo junto a la municipalización de la educación básica. Ambos trasposos desde entidades estatales centralizadas hacia los municipios locales, se establecieron durante la dictadura militar y continuaron casi sin modificaciones durante los gobiernos de la transición. Al respecto comenta Carlos Ominami, ex Ministro de Economía durante el gobierno de Ricardo Lagos, y luego Senador de la República, actualmente ex militante de la Concertación:

“...los municipios son, salvo excepciones, estructuras frágiles permanentemente confrontadas a la penuria presupuestaria. La mayoría vive sus responsabilidades en materia de educación [y salud] más como un problema que como una oportunidad, limitándose a administrar los establecimientos que le corresponden exclusivamente con los recursos que reciben por concepto de subvención municipal, los que son reconocidamente insuficientes (...) existe evidencia acerca de que no pocos alcaldes, de distinto signo político, utilizan las corporaciones educacionales [y de salud] y sus instalaciones educativas [y de salud] para pagar favores políticos” (Ominami, 2010, p.30, modificado entre corchetes sobre nuestra apreciación del sector salud) .

¿Por qué dejar —y seguir dejando— dos de las políticas sociales más reconocidamente importantes para el futuro del país en manos de estas “frágiles estructuras”, como son las municipalidades? Para el caso específico de la APS rural en comunas aisladas, ya tenemos algunas respuestas: fractura al Estado y sus responsabilidades; impide la unidad de demandas sindicales de funcionarios públicos ; atomiza el sistema en “unidades de financiamiento” que deben tender a la eficiencia en la gestión de sus recursos acorde con la gestión empresarial y de austeridad fiscal, y por ultimo; permite el control por parte de los alcaldes de un sector “políticamente sensible”, que bien ins-

trumentalizado puede dar dividendos electorales. Pero esto no es todo, ya que los procesos de municipalización se dieron al mismo tiempo que las intenciones privatizadoras tanto del sector educacional o como el de salud, podemos interpretar que inicialmente se pensó en dejar finalmente la administración de estos establecimientos en manos de privados. Para Tetelboin y Salinas (1984), este proceso fue el sueño de los médicos vinculados al gobierno militar, que imaginaron posibilidades de administrar en comodato los servicios públicos, antes de la formación de las ISAPRES. Se pensaba entonces que paulatinamente, debido a su carácter eminentemente “básico” (precario) de los servicios municipalizados, las mismas familias migrarían a los establecimientos privados en busca de mayores beneficios. Si esta fue la pretensión, al pasar de los años no ocurrió, especialmente en las zonas marginadas, aisladas y pequeños poblados del sector rural, como lo reflejan las estadísticas actuales del sector salud donde se observa sólo un 20% del total del país afiliado a las ISAPRES, una alternativa fundamentalmente para las grandes ciudades o polos productivos, y para la población más rentable dado su bajo riesgo de enfermedad y sus altos salarios. Así persistió—quizás de forma inesperada para los expertos planificadores de la escuela de Chicago— la importancia social de los sistemas educativos y de salud públicos. Además, todas estas tentativas privatizadoras se han enfrentado constantemente con los diferentes gremios y entidades sindicales que junto con masivas movilizaciones callejeras, logran frenar o por lo menos retrasarlas, hasta la reforma GES. Sin embargo, encontramos incrustada dentro de la estructura misma del sistema de salud público y su marco legal-normativo un grado de mercantilización, como ya lo discutimos, que hace válido el argumento de la existencia de un plan a largo plazo con miras a traspasar finalmente los establecimientos de APS y educación básica a administradores privados, de mantenerse las tendencias políticas.

Con este grado de contradicciones intrínsecas a la imposición de proyectos privatizadores en marcha; resistencias basadas en la defensa del rol social y público del sistema de salud que a veces parecieran estar “pasadas de moda” según la ideología neoliberal extendida tras la crisis del Estado de bienestar (Salinas y Tetelboin, 2005; Tetelboin y Granados, 2000); la recuperación de tendencias progresistas por organizaciones internacionales, como el auge en años recientes de las concepciones que incluyen lo social en la determinación de los problemas de salud, enfermedad, atención, a través de las nociones de *los determinantes sociales de la salud* y el primordial rol estatal que se le asigna por la OMS (2011) que ha sido adaptado acríticamente por los Estados (López, , Escudero, y Carmona, 2008); no es de extrañar que la ciudadanía y los funcionarios municipalizados sientan cierta desconfianza y desesperanza sobre el futuro del sistema. Cuando les preguntamos sobre la municipalización, muchos de ellos, especialmente el personal de salud de las Postas con largos años de ejercicio, nos dirán que preferían los tiempos de dependencia directa desde el Servicio de Salud o del Hospital regional. Sin embargo, no es una opinión unánime ya que las condiciones de contratación y salarios obtenidos por los trabajadores municipalizados a través de su estatuto es superior respecto a las del Servicio de Salud en la actualidad, por lo tanto, cualquier propuesta des-municipalizadora topará con una fuerte resistencia.

El estoico personal de salud de las Postas de Salud Rural

Un hallazgo sorprendente que emergió durante la observación del funcionamiento de las Postas y los discursos de los actores en Cochamó, es la tendencia a presentar lo que denominamos una “actitud estoica” por parte del personal de salud que trabaja en las Postas. En otras palabras, existiría una aceptación silenciosa de las evidentes carencias y precariedades estructurales y de equipamiento de los establecimientos, y una subordinación de sus opiniones tanto al poder local, representado por el alcalde y sus jefes de departamento, como al poder central, representado por

los funcionarios del Servicio. Esta actitud la consideramos, en un primer momento, como una forma de complicidad respecto a la mantención del *status quo* del sistema producido por la necesidad de estabilidad laboral y/o un tipo de “estilo de vida” enmarcado en valores de “servicio” que se expresarían a través de la labor asistencial. Este hallazgo abrió nuevas interrogantes por lo que decidimos volver al encuentro de nuevos referentes teóricos que nos ayudaran a comprender tales hallazgos y revisar las entrevistas. A continuación exponemos algunos de los resultados de estos esfuerzos.

En este mismo apartado describimos una tendencia de la mayoría de los funcionarios que entrevistamos a presentar una suerte de *meta-racionalidad* que los hacían cuestionarse su rol dentro de los “bandos” asignados por la mecánica inscrita en el marco legal-normativo de la APS nacional. De este hallazgo, interpretamos la existencia de un *germen político* en tanto “funcionarios de salud públicos” que se expresaría en ciertas prácticas y discursos, mas no pudimos profundizar en esa línea pero definitivamente puede tener relación estrecha con la actitud estoica que ahora analizamos. En ese sentido nos preguntamos: ¿qué hay dentro de esta *meta-racionalidad*? ¿existen dentro de ella intereses de clase, o grupos que aparecen como “invisibles” y necesitan ser desentrañadas? ¿quiénes son, finalmente, los integrantes de este personal de salud “estoico”? ¿a qué clases representan y qué intereses tienen? Tenemos algunos antecedentes para abrir esta senda de reflexión, sin intención de llegar a alguna respuesta definitiva.

Existirían básicamente dos grandes clases⁶⁴ dentro del personal de salud que entrevistamos; una representada por los “profesionales”, es decir, médico, matrona y enfermera, cuyas familias de

⁶⁴ La clasificación de las clases sociales y fracciones de clase utilizada durante este apartado, la adoptamos de las sugerencias de Osorio (2001), quien basado en los criterios de Marx y Lenin, propone una clasificación de clases sociales acorde al tipo de capitalismo actual. No obstante, junto con el autor, pensamos que la clase “pequeña burguesía” abarca tantos grupos humanos que carece de gran utilidad descriptiva.

origen son parte de la pequeña burguesía urbana proveniente de las grandes ciudades del país⁶⁵; y otra representada por los “técnicos”, siendo fundamentalmente los Técnicos Paramédicos que residen en las Postas, cuyas familias de origen son clases pequeño campesinas propietarias y no propietarias y/o proletariado agrario, en su mayoría provenientes de la misma comuna o región.

El primer grupo, de los profesionales, detentarán el máximo poder derivado del saber médico dentro de la comuna, lo cual significará un peso social significativo, y dado su origen de clase dominante frente a la mayoría de los usuarios de las Postas, sumado a su condición citadina frente a una realidad rural extrema, tenderán a presentar una actitud que podemos sintetizar como una “entrega desinteresada de conocimientos a los más desposeídos”, *sublimando*⁶⁶ mediante este procedimiento la contradicción social inherente a esta relación interclasista asimétrica e injusta. Esta “entrega desinteresada” se articulará con los valores judeo-cristianos de la caridad y el apostolado posiblemente incorporados en el seno familiar de estas clases, de la religión, o la cultural, o de la tradición Hipocrática, conscientes que significa para ellos un sacrificio evidente en ganancias materiales y condiciones indignas de ejercicio, que de todas formas se considerarán “tempora-

⁶⁵ Estas descripciones están sustentadas en entrevistas de exploración no transcritas. Pero cabe mencionar, que actualmente es de amplio reconocimiento la progresiva elitización en las “carreras de la salud” en universidades públicas y privadas del país. Esto se produciría debido a los altos costos de sus aranceles y las elevadas calificaciones necesarias para el ingreso a este tipo de licenciaturas. La secuencia comienza con que los niños de las clases bajas generalmente sólo podrán ingresar a establecimientos educativos primarios y secundarios de mala calidad que les impedirá lograr los rendimientos necesarios para ingresar a las universidades. Si pudieran sortear esta primera barrera, se encontrarán con aranceles universitarios inalcanzables. En ese momento, la alternativa será recurrir a los préstamos de características usurarias a los bancos que controlan el financiamiento educativo, o en el mejor de los casos, a las escasas becas para estudiantes “comprobadamente” pobres. Esta sería una de las características más notables del modelo de desarrollo chileno: la profunda segregación social que produce su sistema educativo.

⁶⁶ Hemos decidido incorporar en este apartado conceptos derivados de un tipo de vertiente crítica del pensamiento llamada “freudomarxismo”, cuyos máximos exponentes como Reich (1989), Caruso (1978) Fromm, o Marcuse, intentaban encontrar puntos comunes y potenciadores en la combinación del materialismo dialéctico y el psicoanálisis. Reconocemos de antemano nuestra posible incompreensión y/o mal uso de sus concepciones, pero de todas formas recogemos la noción de *Sublimación*, utilizada acá para denominar un tipo de respuesta inconsciente (e inversa) efectuada por el aparato psíquico con el fin de evitar el conflicto consciente derivado de la aceptación de la existencia social de clases explotadas y explotadoras. Para una excelente revisión de esta corriente recomendamos a Suarez (1978).

les”⁶⁷. En palabras del influyente santo católico chileno Alberto Hurtado: “hay que dar hasta que duela”. A lo que nosotros añadiríamos: “pero no hasta que sangre”.

El segundo grupo, de los Técnicos Paramédicos, tendrá una cuota menor pero importante de este poder ya no derivado del saber médico, sino de la institucionalidad de salud, que será especialmente relevante en las localidades más rurales y aisladas. En tanto su origen de clase similar a los usuarios de las Postas, pero que han logrado una promoción al “subir en la escala social” alcanzando contratos estables y sueldos fijos, detentarán un estatus social superior que se presentará con las mismas actitudes del grupo de los profesionales, pero en una escala menor de “entrega de conocimientos” y mayor en “influencia y responsabilidad comunitaria” producto de los habituales vínculos familiares y de amistad con los usuarios de las Postas, de forma permanente. Al mismo tiempo existirá una posibilidad cierta de mantener ese estatus de superioridad social por largos periodos de tiempo, ya que sus condiciones de contratación de “planta municipal” así lo permiten, lo cual también puede explicar la actitud estoica de mantenerse en condiciones indignas de ejercicio.

No pretendiendo llegar a una conclusión de este abreviado análisis, este nos estaría hablando de distintas causas para un fenómeno observado esta vez basado en el análisis de las clases, e intereses de grupo que pudieran estar detrás. Pero debemos recordar además el carácter contradictorio de estas influencias y por sobre todo no debemos despreciar la capacidad que tienen estos actores para modificar su realidad. En un esfuerzo por vincular los niveles macro y micro, o estructural y concreto, la esbozada *meta-racionalidad* de “funcionario de salud pública”, aunque pueda tener diversas motivaciones e intereses, sería en esencia una racionalidad interclasista, y en cierta me-

⁶⁷ Como ya hicimos notar del capítulo N°7, estos profesionales presentan una alta rotación y generalmente no pasarán más de 6 años trabajando en la comuna.

didada contrahegemónica respecto a las orientaciones derivadas de las cúpulas del poder político (tanto nacional como comunal), representaría además una visión del sistema de salud público como la única entidad con “legitimidad moral” para hacerse cargo de los procesos de salud/enfermedad/atención de vastos sectores de la población; y por último tendría incorporado firmemente la importancia fundamental de “la salud” para la reproducción social del país. Esta última característica provocará que estos funcionarios se distancien de los administrativos municipales, que ven al sistema de salud sólo como “un sector más” y de evidente menor jerarquía, por ejemplo, que los sectores ligados al fomento del desarrollo económico local; pero además los hará distanciarse de los mismos usuarios, en cuyas prioridades vitales los problemas de salud estarán también por debajo de las cuestiones económicas, familiares, religiosas, etcétera, especialmente ante la ausencia y precariedad crónica de los servicios de salud ofrecidos

Para esta *meta-racionalidad* “la salud es lo primero”, “sin salud no hay nada”, y desde allí comprendemos la impotencia, la frustración y el enojo que observamos dentro de los discursos de los funcionarios del Servicio cuando mencionan que las prioridades nacionales persiguen el interés del crecimiento económico en desmedro de las medidas de salud pública, o cuando el personal de salud de Cochamó menciona que el presupuesto para la reparación de las Postas se desvía a otros sectores priorizados, o cuando llegan usuarios con enfermedades crónicas descompensadas, resultando evidente (según estos funcionarios) que no “siguieron las indicaciones” producto de haber priorizado otras actividades. Entonces nos preguntamos: ¿cuáles concepciones sanitaristas de corte biomédico tradicional están insertas en esta *meta-racionalidad*? ¿cuáles de las nuevas tendencias del discurso de la salud pública internacional están insertas? ¿cómo estas tendencias en vez de mejorar la “posición de poder” del grupo de funcionarios de salud públicos, los aísla de forma progresiva? La extensión casi infinita de los límites en la concepción del proceso de sa-

lud/enfermedad/atención—que también ocurre dentro de las vertientes críticas— donde “prácticamente todo” puede afectar a la salud humana, fenómeno que va muy de la mano con la medicalización de la sociedad occidental (Menéndez, 2003; Illich,1975), parece haber penetrado de tal forma en los funcionarios, que en cierta medida su discurso se vuelve monotemático; poseedores de una “verdad” incuestionable, muy superior a otros saberes que evalúan como “superfluos” frente a la cuestión fundamental de la vida/muerte/enfermedad que dominan; y que finalmente les impide el diálogo con el resto de los actores, aislándolos en su “pequeño mundo” de certezas irrevocables y nado a contracorriente.

Sumado este conjunto de condiciones de nivel estructural- macro y locales-concretas, parece difícil la asociación entre los diversos actores para la construcción de transformaciones significativas del sistema de salud, pero no imposible, dada las coincidencias que describimos y la persistencia de una suerte de “misión social” dentro de los funcionarios de salud pública. En palabras de uno de los Técnicos Paramédicos de las Postas: “...me dijeron ‘yo no trabajaría acá’; y yo le dije ‘yo tampoco, pero hay que hacerlo’...”.

9.3 Las diversas estrategias de atención en salud de los habitantes de las localidades rurales y aisladas, y su relación con el sistema de salud pública: desde la autarquía a la dependencia.

Autarquía y resistencia cordillerana

Como describimos en el capítulo N°8, los habitantes de las localidades rurales y aisladas de Cochamó observan al Estado, sus representantes y sus políticas dentro de un rango que se extiende desde la completa apatía, que atraviesa por diversos grados de desconfianza, para terminar en una dura impotencia. Son las autoridades desde los distintos niveles: presidentes, ministros, gobernadores, congresistas, alcaldes y concejales los más atacados dentro de sus discursos como personas “de carne y hueso”. Recordemos que es “Bachelet la que subió las pensiones”, y que “Morales puso el televisor” en la Posta. No existe acá la noción de derechos exigibles: el Estado desde sus distintos niveles entrega dadas o ausencias según el carisma del representante de turno. En las localidades más rurales y aisladas, correspondientes a las cordilleranas, las ausencias del Estado son la constante en la memoria histórica de sus habitantes. Entonces, podríamos hablar de la existencia de procesos históricos de *desatención o ausencia* (Hersch, González y Sedano, 2012; Santos, 2005). Así estos habitantes habrían generado diversas formas que podríamos llamar de “resistencia”, que no se expresan a través de enfrentamientos políticos directos, ni acciones movilizadoras, ni denuncias mediáticas; la resistencia acá es “pasiva”, pero existe de una forma particularmente profunda que se expresa a través de la *autarquía* de las unidades familiares (Seymour, 1979) como forma de resistencia. Es decir, un modo de vida sustentado en el autoabastecimiento para la mayoría de las necesidades materiales y de cierto grado de independencia respecto a los cambios políticos y económicos externos a la unidad familiar. Algo que nos remite a un

“pasado” de comunidades dispersas y que aparecería en un primer momento, como formas pre-capitalistas de producción, sin embargo, esto no es completamente cierto. Esta autarquía alcanza estrategias que parecen combinar con soltura intercambios de mundos distintos, la “modernidad” se entrecruza con lo “antiguo”: se intercambia ganado por hortalizas, fuerza de trabajo por días de alojamiento, se rentan lanchas para comprar víveres en Argentina, se instalan antenas “piratas” satelitales para captar la señal de televisión que normalmente no llega, se construyen dínamos artesanales para generación de electricidad desde pequeños arroyos, se compran costosos aparatos de comunicación por radio reemplazando el teléfono y el celular que no llegan, se vende una vaca para pagar una cirugía en una clínica privada en Puerto Montt o Puerto Varas. Todo un mundo de relaciones y estrategias para continuar viviendo en estas localidades donde la “modernidad” por parte del Estado nunca llegó más que en formas esporádicas y discretionales.

Esta resistencia/autarquía en el ámbito de la resolución de los problemas de salud/enfermedad/atención llega a tal nivel, que la Posta de Salud Rural es subutilizada incluso durante las pocas veces al año que llegan los profesionales a la ronda de salud, como lo pudimos observar durante el trabajo de campo. Con esta famélica provisión de cuidados médicos, es muy comprensible que el uso de las hierbas medicinales, los traslados a hospitales argentinos, a clínicas privadas y “naturistas” en las ciudades más cercanas, sean las estrategias de atención más recurridas. Los discursos desde el personal de salud sobre los habitantes de estas localidades es por el contrario que “se adaptan” a la poca atención y “ni van a la Posta”, o “casi no se enferman”, en cierta medida válidas, pero que no alcanzan a visualizar la realidad de las familias y la propia de los servicios y sus funcionarios, que produce y reproduce una insuficiencia crónica del sistema de salud que es resuelto necesariamente de otra forma. Como nos recuerda Menéndez (2003), habitualmente los grupos sociales no “eligen” entre uno u otro modelo médico por preferencias per-

sonales, sino que tienden a articular estas diversas formas de atención en función de las condiciones religiosas, étnicas, económico/políticas, técnicas y científicas determinadas para cada sociedad. En ese sentido la *desatención* o *ausencia* del sistema de salud público chileno que representa el modelo médico hegemónico en las localidades cordilleranas obliga a la búsqueda de otras alternativas, mientras que las preferencias, derivadas por ejemplo de algunas costumbres locales, pasan a un segundo plano frente a esta necesidad primaria de atención⁶⁸.

Aceptamos que la idea valorada como positiva por parte del personal de salud, sobre la existencia de esta “adaptación” a la *ausencia* del sistema público, nos pone en una encrucijada difícil, y más cuando sabemos que los indicadores sanitarios tradicionales de la comuna son mejores que los del resto de la región y localidades urbanas cercanas⁶⁹. Sería fácil con estos antecedentes caer en un discurso de corte neoliberal y concluir que es positivo cuando el Estado no asiste, ya que la *mano invisible del mercado* o la *autarquía* finalmente está produciendo mejores estrategias, mejor redistribución de la riqueza social, e incluso mejores impactos epidemiológicos. Sin embargo, adoptar esta interpretación sería desconocer la profundidad del acceso desigual a la atención médica oculto tras estas resoluciones alternativas: en palabras de uno de los habitantes cordilleranos:

⁶⁸ Encontramos estas “preferencias culturales” dentro de la investigación, por ejemplo dentro de los relatos desde las familias sobre los beneficios de la fitoterapia en contra de los abundantes daños colaterales derivados de los medicamentos alopáticos. También en el grado de aceptación y comodidad relatadas durante las estadías en los hospitales argentinos frente a los chilenos, dado que en los primeros “daban para tomar mate en las salas”, costumbre muy arraigada en los habitantes de estas localidades. Aun así, no se optaría por el hospital argentino si es que existiera uno chileno con similar accesibilidad.

⁶⁹ Lamentablemente no contamos con estadísticas sobre los indicadores de morbimortalidad específicamente de las localidades cordilleranas. Cuando intentamos recolectar esos datos durante el trabajo de campo, se nos hizo virtualmente imposible dado el nivel de omisión que tienen las estadísticas de las Postas, ya que están ausentes para la mayoría del proceso de salud/enfermedad/atención de estos habitantes. Intentamos recopilarlas en los hospitales argentinos y tampoco se disponen de estos datos, posiblemente por su carácter de atenciones “extrasistema”. Además, evidenciamos que dado las pocas familias residentes en estas localidades, es muy difícil compáralas con otras localidades mayores, ya que por ejemplo, una muerte infantil donde han nacido en total dos personas en el último año, nos daría una tasa de mortalidad infantil de 500 por mil nacidos vivos, lo cual evidentemente es una medida errónea. Esto nos hace reflexionar el grado de sesgo urbano (en tanto poblaciones concentradas) inserto en la epidemiología tradicional.

“hay gente acá que no tiene ni para comer...”. Estos pobladores serían los más perjudicados; los que ven en las hierbas medicinales, “los yuyos”, la primera y última alternativa terapéutica hasta la llegada de la próxima ronda de salud, o hasta que se encuentren con el suficiente “riesgo vital” para que se les traslade por vía aérea hacia el Hospital de derivación nacional en Puerto Montt. El resto de las alternativas de atención involucran un alto costo de bolsillo relacionado con la búsqueda de atención privada, y principalmente con los traslados, como lo describimos ampliamente durante el capítulo N°8, para lo cual, es frecuente la venta de partes de terrenos y/o ganado, en especialmente cuando se trata de enfermedades largas y costosas como los cánceres o las cardiopatías. Sumado a estas formas de resistencia/autonomía, observamos también la existencia invisibilizada de estrategias acaso “precapitalistas” totalmente inéditas, como por ejemplo la llamada “atención” que realizan los habitantes de Paso el León a los funcionarios del hospital argentino del Bolsón. Siendo ésta “atención” un gran asado de cordero, con abundantes comidas y bebidas preparadas por estos habitantes una vez por año, a modo de agradecimiento al personal de salud trasandino, por la aceptación de sus enfermos chilenos dentro del hospital argentino⁷⁰.

Finalmente, son muchos los que no resistieron más y emigraron para vivir en las grandes ciudades, como nos revelan las estadísticas de despoblamiento de la comuna. En este sentido no disponemos de datos para evaluar cuántas de estas migraciones se deben directa o indirectamente a la ausencia/desatención del sistema de salud público o de la falta de una política específica para los pobladores rurales por parte del Estado chileno en estas zonas, pero podemos aventurarnos a

⁷⁰ Esta estrategia no la describimos durante el capítulo N° 8 por cuestiones metodológicas, ya que elegimos como espacio de investigación para las localidades cordilleranas a Segundo Corral y no Paso el León. Sin embargo, nos parece una actividad comunitaria tan particular y armónica respecto a las costumbres de la zona, que pensamos se enmarca dentro de la mejor tradición de “reciprocidad andina” precolombina. Como es de esperar, esta estrategia es subestimada por los funcionarios públicos chilenos, ya que se trataría de un número “insignificante de atenciones anuales”. No obstante, desde hace varios años planean formalizar un convenio internacional para la atención de chilenos en Argentina, como se hizo con el hospital de Ezquel en la provincia de Palena. Mientras, los habitantes cordilleranos están muy adelantados en estas “relaciones diplomáticas”.

decir, que junto a estos factores económicos y sociales, serían potentes estímulos que fomentarían esta tendencia progresiva.

Asistencialismo y dependencia costera

La otra cara de la moneda se produce en las localidades costeras, específicamente en Cochamó y Río Puelo, donde la mayor cantidad de consultas dentro de las Postas responden a “morbilidades” de diverso tipo, que según el personal de salud, agobian a todo el sistema, y lo hacen concentrar la mayoría de sus recursos, en especial los recursos humanos para estas dos Postas. A esto se sumaría la mayor presencia de usuarios con enfermedades crónicas, “detectados” producto de las obsesivas pesquisas para cumplir con las *metas sanitarias* y que deben acudir rigurosamente a los controles según los tiempos establecidos en las leyes GES⁷¹. Estos controles tendrán a los profesionales del personal de salud abocados a estas tareas incluso cuando existe compensación y estabilidad en la enfermedad de estos usuarios, siendo muchas veces innecesarias estas acciones, pero que quitarían espacios de atención para otras patologías, como nos comentaron estos funcionarios.

Para estas localidades los discursos son totalmente inversos respecto a los de las localidades cordilleras. Aquí habría un “acostumbramiento” a la provisión continua de asistencia en la Posta, ya que “consultan por cualquier cosa que se puede resolver en la casa” según los discursos de parte del personal. Entonces nos cuestionamos: ¿a qué corresponde esta realidad? ¿existiría realmente un “uso abusivo” del sistema de salud? ¿qué significaría un “uso abusivo” de una Posta? Estas interrogantes nos ponen en más problemas para los cuales no contamos con datos en función de des-

⁷¹ Recordemos acá que las enfermedades de mayor prevalencia en el país, principalmente por su cronicidad—que bajo otra mirada corresponde a la incompetencia de la biomedicina para encontrar una cura y prevención—, como la hipertensión arterial crónica y la diabetes mellitus tipo 2, son parte de las metas sanitarias y son enfermedades incluidas en el GES.

enmarañarlos completamente. Lo que sí sabemos, es que ésta presión asistencial sentida se suma a otros tipos de presiones políticas que funcionan a nivel de las altas cúpulas municipales y terminan por entregar recursos profundamente desiguales a las Postas costeras (en rigor a Cochamó y Río Puelo) en desmedro de las Postas cordilleranas. Aun así no parece tener sustento la afirmación de que estemos ante un uso “desmedido” o “abusivo” del sistema—cualquier cosa que esto signifique— considerando el resultado de nuestros análisis sobre la insuficiencia en toda la comuna de recursos humanos, físicos, de equipamiento y financiero, que hacen parecer poco probable la existencia de un acceso adecuado a la asistencia médica, o visto desde otro punto de vista, de un trabajo de prevención y educación en salud adecuado, incluso en estas dos localidades “privilegiadas”. Lo que nos parece más cercano a la realidad, es que el sistema de salud en estas dos localidades está funcionando “forzado” o “al límite” de sus capacidades, y esto se reflejaría en la sobrecarga laboral apreciada por los funcionarios; en otras palabras, se estaría culpabilizando al usuario—quizás inconscientemente—por una insuficiencia estructural. Por otra parte, no debemos olvidar las características excluyentes del modelo médico hegemónico, instalado hace por lo menos 60 años en estas dos localidades, respecto a los otros modelos existentes, en especial hacia la automedicación y la medicina tradicional, cuya influencia a largo plazo sobre estos habitantes podría haber “medicalizado” sus respuestas dentro del proceso salud/enfermedad/atención local (Mendez, 1983; 1994; 2003; Illich, 1975). Por último, es posible que otras necesidades sociales desde estos habitantes se estén traduciendo en dolencias físicas al no encontrar respuestas adecuadas en el resto de las políticas sociales e instituciones locales. Estas necesidades pueden estar relacionadas con condiciones laborales precarizadas, como en el caso de los trabajadores de las empresas salmoneras, o para los pequeños campesinos, con la afectación del medioambiente derivado del cambio climático, provocado por las mismas empresas salmoneras, o las centrales hidroeléctri-

cas (Breilh 2010;2011; Ibacache, McFall, y Quidel, 2002; Morales, Tamayo y Cox, 2010). Esta última posibilidad nos abre toda una línea de discusión y análisis que a continuación abordaremos.

Despojo en Cochamó

Al momento de comenzar con el trabajo investigativo alrededor del sistema de salud público en Cochamó, se nos hizo evidente la presencia de una realidad particularmente cruda y parcialmente velada dentro de la comuna: la existencia de proyectos hidroeléctricos de diversa envergadura y avance de una problemática en boga a nivel nacional y comunal que se estaba instalando en Cochamó. Ya en los primeros días de trabajo de campo en la localidad de Rio Puelo, notamos la presencia de improvisados anuncios que rezaban “Puelo Sin Represas” reflejando la preocupación de sus habitantes (Foto N°23).

Foto N°23: Publicidad de los pobladores de Rio Puelo en contra de los proyectos hidroeléctricos.



Fuente: (Medina, 2012) *"Puelo sin represas"*.

Varios habitantes de las localidades cordilleranas luego de declararles nuestras intenciones de investigación, nos confesaban su alivio de que no fuéramos representantes de las empresas hidroeléctricas que acuden con intenciones de negociación o exploración de la comunidad. La posición de estas familias frente al tema es de incertidumbre y preocupación, y se extiende por todas las que habitan alrededor de las principales cuencas hidrográficas de la comuna, es decir, la mayoría de la población.

La empresa Mediterráneo S.A. lleva adelante explícitamente el proyecto para la instalación de una central hidroeléctrica "de paso" en la cuenca del Rio Torrentoso y rápidamente ha obtenido respuestas de resistencia y denuncia por parte de organizaciones comunales y grupos ecologistas, lo

que ha dificultado el comienzo de una obra que parecía casi aceptada según las evaluaciones de impacto ambiental⁷² oficial (Foto N°24).

Foto N°24: Publicidad visible en la entrada del edificio municipal en la localidad de Rio Puelo contra la empresa hidroeléctrica que pretende instalar sus centrales en Cochamó.



Fuente: (Medina, 2012): *“Peces pequeños versus peces gordos”*.

Sin embargo, la preocupación más importante es el rumor fundado de la existencia de un “mega-proyecto” comandado por la transnacional española ENDESA que inundaría gran parte del nicho del Rio Puelo para la construcción de una represa. Según nuestras indagaciones en terreno, todavía no se habrían presentado abiertamente ejecutivos de esta empresa frente a la comunidad, organizaciones locales, ni a la municipalidad —aunque de esto último preferimos mantener la duda. El rumor de este proyecto se funda en el hecho conocido que el caudal del Río Puelo está en poder de ENDESA desde el año 1990, ya que la Dirección de Aguas de la época le concedió los derechos de sus aguas por un total de 850 m³/seg. a sólo unos pocos kilómetros de su desembocadu-

⁷² Más información sobre el avance del proyecto y la influencia mediática de estas grandes empresas para hacer parecer positivas sus centrales ante la opinión pública, solo se encuentra disponible en los medios electrónicos “alternativos”: <https://www.facebook.com/Puelosinrepresa>; <http://www.tribunadelbiobio.cl> <http://puertoapuerto.cl/>; <http://www.elciudadano.cl>.

ra al *Estuario del Reloncaví*. Esto significa, que actualmente ENDESA es dueña de la totalidad de las aguas que produce esta cuenca, incluidas las del lado argentino (Fierro,2009).

Los habitantes que viven a las orillas del Rio Puelo conocen estos datos, y parecieran sólo estar esperando la visita de los “negociadores” para que les hagan explícito lo que en el fondo saben, pero ni siquiera pueden articular en palabras: la represa inundará todas sus tierras, dejando bajo el agua sus casas, establos, huertas, árboles, animales, y de paso toda su historia. Los nocivos efectos en la salud derivados de esta situación de incertidumbre extrema frente al futuro, ni siquiera los podemos dimensionar completamente. Intuimos que son la causa de muchas cefaleas, síntomas depresivos y somatizaciones diversas, pero sin datos más sólidos sólo nos quedamos en especulaciones. Lo cierto es que los habitantes de Cochamó están siendo sometidos a esta situación de “stress agudo sobre crónico” por el mismo Estado, su legislación y el modelo de crecimiento que sustenta y que es frecuente en diferentes espacios del país frente a los emprendimientos privados y transnacionales. El mismo Estado que supuestamente tenía el rol de protegerlos y que se presenta “con otra cara” a través del sistema de salud público y en los discursos oficiales, es el que proyecta y permite la incorporación a los territorios nacionales de las grandes empresas propietarias de las aguas, los ríos y las tierras. En este contexto, es muy comprensible la sensación que mezcla la desconfianza y la apatía que apreciamos en los habitantes de Cochamó al consultarles sobre el Estado, sus representantes y sus políticas.

Hay cierto discurso oficial e incluso académico —profundamente influido por la ideología neoliberal— que tiende a presentar este tipo de centrales hidroeléctricas como generadoras de “prosperidad” y “desarrollo”, o al menos de un aumento de los ingresos familiares para los habitantes de las zonas donde se instalan. Sin embargo, sabemos desde la experiencia de los antecedentes nacionales y locales, que esto es completamente falso. Eventualmente durante el proceso de cons-

trucción de una central hidroeléctrica se requerirá de mano de obra no especializada, como la existente en Cochamó; sin embargo, será la que percibirá menores salarios frente a los técnicos y profesionales especializados que necesariamente provendrán de otras comunas e incluso otros países. Una vez instalada, sus mecanismos de funcionamiento son altamente automatizados, por lo que requieren un mínimo de mano de obra local, principalmente para vigilancia y aseo de las instalaciones, u otros cargos de bajos salarios. Ejemplos nacionales del empobrecimiento de las familias aledañas a la instalación de estas centrales hidroeléctricas y otras empresas de este tipo en el mediano plazo, ya se encuentran por ejemplo en la IX región de la Araucanía con la represa Ralco de propiedad la misma transnacional ENDESA, que “para ponerle la guinda al pastel”, inundó cementerios y centros ceremoniales indígenas Pehuenche (Namuncura, 1999), lo que habla de la falta de comprensión y respeto del Estado por la cuestión étnica, popular, campesina, cultural, y de desarrollo “hacia adentro”.

Dentro de la misma comuna de Cochamó ya existe el antecedente de la instalación de la Central Canutillar de propiedad del Holding Colbún, que fue construida a fines de los años 80's y puesta en operación a principio de los 90's, generando un 3.2 % de la capacidad instalada en el Sistema Interconectado Central de todo el país. Esta central, cuyo mecanismo de generación se efectúa a través de la extracción de agua desde el Lago Chapo, continua provocando graves problemas ambientales y sociales: el Lago Chapo, otrora famoso balneario comunal y fuente de recursos para pescadores artesanales locales, se encuentra en un estado desolador e irreversible de contaminación; además, se intervino brutalmente el Parque Nacional Alerce Andino mediante la tala de cientos de Alerces (*Fitzroya cupressoides*; especie de árbol autóctono protegido) para mantener libres las líneas de alta tensión que pasan por esta área natural supuestamente protegida. Para rematar, esta central hidroeléctrica genera 170 Mega Watts/hora, pero nunca ha proporcionado un sólo

Mega Watts para la población local. Por el contrario en las localidades de Cochamó, Río Puelo y Canutillar la electricidad de sus sistemas públicos provienen de generadores municipales que funcionan con petróleo diesel y son de propiedad de la empresa de distribución eléctrica SAESA S.A., provocando un alto costo en sus cuentas mensuales (Fierro,2009). Como ya mostramos, el resto de los habitantes alejados de estas localidades deberán en forma familiar inventar sus propios sistemas eléctricos, o vivir sin ella. Es decir, toda la riqueza eléctrica generada por la intervención de las cuencas hidrográficas en la comuna es despojada y llevada hacia el centro del país con resultados discutibles dado la constantes “crisis eléctricas” del país. A nivel local todavía no podemos encontrar los beneficios de esta central, a excepción de la “generosa” reparación de la Posta de Salud Rural de Canutillar por parte de la empresa, que según su Técnico Paramédico residente, habría sido una forma de agradecimiento por haber atendido de urgencia a uno de sus trabajadores que presentó un accidente laboral grave durante la construcción de la central.

Con estos antecedentes, es muy discutible la real existencia de “prosperidad” y “desarrollo”—cualquier cosa que estos conceptos signifiquen— luego de la instalación de este tipo de centrales, incluso cuando lo pensamos a nivel de país, debido a que la mayor parte de la electricidad producida en Chile es destinada a satisfacer la demanda energética para la producción de la gran minería, cuyos principales inversionistas son extranjeros, al igual que los dueños de las empresas generadoras de electricidad⁷³. El despojo de la riqueza local y nacional es evidente.

Para el caso de la salmicultura, cuyo auge comenzó a partir de los años 80’s en la región, aún mantiene una expansión y actividad considerable. Numerosos estudios concuerdan que estas em-

⁷³ ENDESA de España es la mayor dueña de la producción y distribución de la electricidad en Chile y de varios países sudamericanos. Para el caso de la gran minería, no obstante el gran peso de la empresa estatal Codelco, los grupos de accionistas privados de Estados Unidos, Inglaterra y Canadá manejan el rubro. Un excelente reportaje sobre la relación íntima entre la generación de electricidad mediante centrales hidroeléctricas y la gran minería en Chile se puede encontrar en Ramos (2011).

presas han modificado significativamente las condiciones de vida de los habitantes de toda la región. Para el caso de las economías campesinas basadas en la producción familiar, se describe que el principal impacto de la instalación de las empresas salmoneras es la venta de la fuerza de trabajo de la población económicamente activa hacia ellas. Así se señala que el 41% de las explotaciones familiares campesinas en localidades del área de influencia de empresas salmoneras (evaluado en una comuna de Chiloé) venden fuerza de trabajo a los centros de cultivo y de procesamiento del salmón. Esta venta se establecería mediante emigración intrarregional a ciudades intermedias y es especialmente notable en el caso de las mujeres y los jóvenes. En las condiciones de desatención de las zonas rurales descritas, el percibir un salario sería uno de los principales incentivos para vender esta fuerza de trabajo y aportar a la economía familiar; sin embargo, esta ganancia no se reinvertirán en actividades campesinas, sino que las familias cambiarían sus patrones de consumo y gasto asemejándose a la de las clases medias-bajas urbanas (Amtmann y Blanco; 2001). En Cochamó estas empresas dejan sin mano de obra a las familias para actividades agrícolas y ganaderas, debiendo paulatinamente vender a bajo costo sus terrenos a “los extranjeros”, principalmente en las localidades cordilleranas. Pero esto no es todo, en las localidades costeras tradicionalmente ligadas a la actividad de la pesca artesanal, la industria salmonera instalada masivamente será también profundamente dañina. Por ejemplo, se ha establecido que la producción de peces para el año 2002 en la X región de Los Lagos generó desechos equivalentes a los de una población superior a 3 millones de habitantes; además, se ha detectado el uso de compuestos peligrosos para la salud humana, por ejemplo el verde de malaquita y el uso creciente de antibióticos. Para coronar este desastre ecológico, se comprobó que la salmonicultura en la región produjo efectos profundamente deletéreos en la biodiversidad de los lagos, debido principalmente a que un 70% a 80 % del nitrógeno liberado por los salmones queda disuelto en el agua, lo que sumado al fósforo que depositan en los fondos de las cuencas genera un proceso de eutrofización que deja finalmente

sin oxígeno al lago (Buschmann, 2002). Estos efectos son sentidos por los habitantes de la zona, como aparece en investigaciones de corte etnográfico que demuestran numerosos relatos desde pescadores artesanales donde se destaca la baja progresiva en la cantidad y calidad de la recolección tras la instalación de estas empresas salmoneras (Morales, Tamayo y Cox, 2010).

Este tipo de empresas de carácter fundamentalmente exportador calza perfecto con las características del modelo de crecimiento chileno, y es fomentada de forma explícita por el Estado, siendo su regulación en cuanto a la legislación y supervisión real especialmente escasa. No es de extrañar que para el año 2007 Chile se haya instalado como el segundo más importante productor mundial de salmónes. Las ganancias millonarias de tales industrias no se condicen con las condiciones laborales que ofrecen a sus trabajadores, las cuales en su mayoría se desempeñarán como “temporeros” durante las “cosechas” de los centros de cultivo, una de las peores formas de contratación laboral. Como sabemos los temporeros generalmente no tienen permanencia, derecho a previsión social, seguros de salud, desempleo o licencias médicas, y donde esta como otras legislaciones son continuamente revisadas y negociadas en el congreso donde la influencia del “lobbie” de estas empresas es notable.

Con estos antecedentes consideramos que en Cochamó existe una situación de *despojo*, en términos de Breilh y Tellería (2009), quienes utilizan este concepto para referirse al resultado de mecanismos de presión fraudulentos y agresivos hacia las economías subalternas por parte de los países imperialistas con el fin de poder continuar con la aceleración del patrón de acumulación de capital, que incluyen la apropiación de los recursos vitales como la energía, comunicaciones, recursos financieros, tierra, agua y la riqueza genómica de la biodiversidad, desencadenado un serio impacto en la salud de los más amplios sectores sociales y pueblos. En Cochamó se puede pensar la existencia de un doble mecanismo de despojo derivado de su situación de “periferia de la peri-

feria” desde los centros políticos y económicos. De esta forma primero, la hegemonía del capital extranjero prima en la economía chilena, y tiene una profunda influencia en su Estado *neoliberalizado* dirigiendo un modelo exportador neoliberal inconsulto e impuesto mediante la violencia⁷⁴, y segundo, desde el centralismo en la capital nacional que dirige los destinos del resto de las regionales y se apropia de sus recursos naturales. En esta doble marginación política y económica se instala el doble *despojo* de los recursos, bienes y servicios a los cuales debieran tener derecho los habitantes de Cochamó.

No sabemos con exactitud los impactos en el proceso de salud/enfermedad/atención que toda esta cadena de *despojo* está generando en los habitantes de Cochamó. La realización de un análisis desde la *epidemiología crítica* (Breilh, 2003) de la comuna, o algunas de sus localidades más representativas, nos podría entregar valiosos datos en ese sentido, pero dado los objetivos que nos propusimos para esta investigación, por ahora deberemos dejarlo como otra de las tantas interrogantes abiertas.

⁷⁴ Consideramos impuesto y violento el quiebre institucional chileno producido por el golpe militar el año 1973 apoyado por los Estados Unidos. Así también consideramos ilegítima la actual Constitución vigente, creada en 1980 bajo dictadura y sin representación popular.

La no-política de salud rural en Cochamó

Llegado a este punto de nuestra discusión y análisis nos preguntamos, nuevamente, por las características de la política de salud rural en Chile. Miramos hacia atrás en nuestro camino investigativo y recordamos las primeras conceptualizaciones donde “amasamos” nuestro objeto de estudio a fin de reconocerlo y poder abordarlo: pensamos inicialmente que si el Estado “hace algo” automáticamente asumimos que debe existir una política detrás, y nos lanzamos a su reconstrucción en base a los diversos fragmentos que encontramos desperdigados por los distintos niveles del aparato del Estado. Sin embargo, a este punto del análisis una sensación de incomodidad nos desborda, y nos replanteamos nuestras concepciones. Después de todo este recorrido investigativo: ¿hay realmente una política de salud rural en Chile?

Para respondernos retomamos a Oszlak y O'Donnell (1995), que tienen profunda influencia en nuestro marco teórico-conceptual. Estos autores teorizan que en los casos donde el Estado decide tomar una posición, éste explicita una intención de “resolver la cuestión” que se concreta en una decisión o conjunto de decisiones no necesariamente expresadas en actos formales. Entonces una política estatal es esa toma de posición que intenta (o dice intentar) alguna forma de resolución de la cuestión. Para el caso de la política de salud rural en Chile analizada en Cochamó, la respuesta parece ser doble y ambivalente: sí y no.

Sí; porque el Estado dice y hace “algo”, que hemos caracterizado como intervenciones basadas en políticas públicas, sociales y de salud con ciertos fundamentos comunes, y que muestran gran continuidad en los dos últimos periodos de gobierno. Estas intervenciones lamentablemente serían doblemente nocivas para la salud de los habitantes de las localidades rurales y aisladas como la comuna de Cochamó, ya que por un lado entregan una *asistencia mínima* insuficiente a través de

su sistema de salud público, que caracterizamos con sus dos componentes: de *asistencia* favoreciendo la asimetría entre usuarios y personal de salud en base a su entrega clientelar, y *mínima* dado su carencia estructural y funcional. Pero al mismo tiempo, las políticas desde el sector económico, promueven megaproyectos de explotación de recursos naturales inconsultos, despojando a los habitantes de la comuna de sus recursos de subsistencia y modos de vida tradicional, que determinan finalmente sus condiciones y el proceso de salud/enfermedad/atención, aun no suficientemente dimensionados, que produce efectos que se deducen altamente perjudiciales, como ya se ha estudiado en otras regiones con procesos similares (Breilh y Tillería,2009).

Y no; no existe tal política, porque éstas intervenciones recién caracterizadas, no son explicitadas por el Estado como una orientación clara de “hacer algo” dentro de estas comunas, sino que más bien la encontramos ocultas entre las más variadas orientaciones desde los distintos sectores estatales, apareciendo como un producto inesperado de una “serie de eventos desafortunados”. En otras palabras, si la salud de la población está determinada por sus condiciones de existencia, la política en entorno a la ruralidad —que incluye y determina la política de salud— aparece como una coincidencia de acciones inadecuadas, erradas o ausentes, pero por sobre todo, fortuitas; es decir, sin que exista una lógica detrás de ellas. De esta forma, las flexibles regulaciones estatales, esconden megaproyectos que muestran la fragilidad de la democracia y la debilidad y subordinación de sus instituciones en función de estas. Los proyectos hidroeléctricos, demuestran una falla del poder legislativo; las condiciones de insalubridad y de contaminación marina por las empresas exportadoras de salmón, la incapacidad de supervisión por la secretaría de pesca; las promoción de estos dos tipos de empresas en condiciones excepcionales de inversión son decisiones del presidente del gobierno de turno y de la trama institucional; la precariedad del sistema de protección social es debido a su desfinanciamiento crónico, su “mala gestión” de recursos y su excesivo cen-

tralismo; el entramado de las municipalidades tienden a las prácticas clientelares de los alcaldes en turno; las Postas funcionan mal por la incompetencia de sus administradores y funcionarios; etcétera, sólo por nombrar algunas de estas desafortunadas "coincidencias".

Entonces no parece haber una sólo la falta de una política clara, sino una *no-política*, entendida como una *desatención programada* usando libremente los conceptos de Hersch, González y Sedano (2012) en simultaneidad con algunas líneas de pensamiento de Boaventura do Sousa Santos (2005), para referirnos a un tipo de exclusión y marginación hacia un grupo humano efectuado *ex profeso*, pero de forma velada y a largo plazo, por parte de otro grupo humano dominante económica y políticamente a través del Estado. Ésta *no-política*, dentro del sistema de salud de una comuna rural y aislada como Cochamó, tiene expresiones concretas que ha sido nuestro afán describir lo más detalladamente posible durante esta investigación. Sin embargo, lo que nos interesa analizar en este momento de la discusión, son sus causas, o más bien la "coherencia oculta" tras sus causas.

Nuestra hipótesis es que ésta *no-política* sustentada en una *desatención programada* por parte del Estado, está encaminada hacia el *despojo* de ciertos recursos naturales estratégicos para el gran capital. Si aceptamos ésta hipótesis, debemos entonces reconocer que se continúa de la dictadura militar, pero se extiende desde el inicio del periodo de "transición democrática", y nos estaría hablando de una determinada condensación de fuerzas políticas dentro de la alianza que obtuvo el poder estatal luego de la salida de los militares en el año 1989, es decir, dentro los dos únicos bloques políticos que realmente tienen influencia en el Estado: la Concertación y la Alianza, hasta la actualidad. Dentro de estos bloques los habitantes de las zonas rurales y aisladas, sus organizaciones, sus dirigentes y sus estructuras de representación habrían quedado en un nivel completo de exclusión política; y por el contrario, las empresas transnacionales y grandes intereses exportado-

res basados en la explotación de los recursos naturales aseguraron su lugar e influencia en este “nuevo” poder estatal. Lamentablemente el análisis de los grandes actores políticos con intereses en los recursos naturales y sus relaciones con el gran capital nacional e internacional a lo que llegamos a partir de esta investigación, excede sus objetivos. Sin embargo, el sólo plantear ésta hipótesis, permite llegar a comprender la existencia de un alto interés por las clases dominantes en alianza con el Estado, para producir una tendencia —paulatina pero constante— a la emigración de los habitantes de estas zonas rurales hacia las ciudades, dejando libre paso a las grandes empresas y sus proyectos de explotación de recursos naturales.

Para el pensamiento neoliberal del Estado chileno, Cochamó una representa una población numéricamente irrelevante, políticamente desorganizada y por lo tanto sin capacidad de presión ni representación, económicamente improductiva y de altos costos para realizar acciones del sistema de protección social dado su dispersión geográfica y clima adverso la mayor parte del año. Por otra parte, algunos de sus habitantes son propietarios de extensos terrenos con abundantes recursos hídricos y cercanos a un ecosistema fluvial marino especialmente fértil para la acuicultura. ¿Por qué no se van a las ciudades mejor?—diría cualquier inversionista racional. Y justamente eso han hecho según las estadísticas demográficas, que apoyan nuestro análisis. Así el círculo vicioso despoblamiento-desatención-despoblamiento sigue su curso, desde el año 1970 hasta la actualidad, como lo expusimos en el capítulo del “contexto de la investigación” y que ahora revisamos en la tabla N°2.

Tabla N° 2: Población de Cochamó en cinco censos y crecimiento intercensal por sexos.

Sexo	Población Según Censo					Cre. Intercensal			
	1970	1982	1992	2002	2012 ⁷⁵	70-82	82-92	92-02	02-12
Ambos Sexos	4987	4498	4361	4363	3.908	-0,10	-0,03	0,00	-9,60
Hombres	2678	2454	2436	2506	¿?	-0,08	-0,01	0,03	¿?
Mujeres	2309	2044	1925	1857	¿?	-0,11	-0,06	-0,04	¿?

Fuente: Elaboración propia en base a datos de INE (2012).

En la Tabla N°2 se observa además que en los últimos 10 años este proceso de despoblamiento se acelera. Entre otras causas, destacamos el auge y posterior caída de los centros de acuicultura del salmón en la comuna. Este auge habría producido una extensa proletarización de familias pequeño campesinas, pero que podían seguir residiendo en la comuna a pesar de su cambio en el patrón productivo y de consumo. Con el cierre masivo de estos centros tras la infección extendida del virus ISA durante los años 2007, 2008 y 2009 y sus continuos rebrotes, los ahora proletarios habrían tenido que emigrar de la comuna en busca de puestos de trabajo asalariado a las ciudades.

Esta hipótesis de la existencia *ex profeso* de una *desatención programada* en función del despoblamiento de la comuna, sería tan “socialmente inaceptable” en un discurso público explícito, que se nos presenta como una no-política: una “serie de eventos desafortunados”. Esta coincidencia de acciones inadecuadas, de “pequeñas fallas” dentro del aparato público, serían fácilmente corregibles, si alguien tuviera el interés. Y en esto último radica lo particular de esta no-política, nadie tiene, ni tendrá el interés, porque los mismos mecanismos de representación política actuales producen que en comunas como Cochamó “no haya peso político”, dado que son tan “absoluta-

⁷⁵ Como mencionamos en el capítulo N°4, no contamos con los datos del censo del año 2012, y debemos guardar prudencia con la veracidad de los que se reportan, dado que una investigación externa invalidó estos datos, por lo cual para ese año se manejan proyecciones basadas en el censo del 2002.

mente excepcionales las condiciones”⁷⁶ de estos habitantes que viven —quién sabe por qué— en comunas rurales y aisladas de menos de 3,500 personas, que nunca van a poder opinar en los “asuntos de Estado”. Bajo el actual sistema de representación política de *democracia formal* sustentada en el principio “una cabeza un voto”, es evidente que los habitantes de Cochamó son profundamente perjudicados. En las irónicas palabras de uno de los funcionarios del Servicio de Salud: el total de la población de Cochamó “*las encuentras en el paseo Ahumada*”⁷⁷ caminando”.

Detrás de esa lógica de pensamiento, evidenciamos una ideología que atraviesa el discurso político oficial, su traducción legal-normativa, sus prácticas institucionales y los discursos de los funcionarios del Estado cualquiera sea su nivel.

Finalmente es una “ideología urbana” que penetra hasta la sustancia ósea de cada uno de los representantes del aparato estatal, en la cual existe una exclusión completa del “otro”, su forma de vida y su racionalidad; un *pensamiento abismal*, citando nuevamente a Boaventura de Sousa Santos, donde no se comprende, o más bien, se niega la comprensión a la existencia de formas distintas de vida, de reproducción social, de conocimiento y de temporalidad, entre otras negaciones:

“Los conocimientos populares, laicos, plebeyos, campesinos o indígenas están al ‘otro lado de la línea’ y desaparecen como conocimientos relevantes o conmensurables porque se encuentran más allá de la verdad y de la falsedad (...) Al otro lado de la línea no hay un conocimiento real; hay creencias, opiniones, magia, idolatría, comprensiones intuitivas o subjetivas, las cuales, en la mayoría de los casos, [sólo] podrían convertirse en objetos o materias primas para las investigaciones científicas...” (Santos, 2010, p.13-14).

⁷⁶ Aquí utilizamos las palabras exactas tal como aparecen en el documento oficial de FONASA (2012) en donde esta entidad explica a los representantes del Congreso los mecanismos de cálculo del financiamiento *per cápita* para APS municipal, y por qué no se puede aplicar en el “excepcional” 15% de las comunas.

⁷⁷ El paseo Ahumada es una avenida peatonal ubicada en el centro de Santiago, donde se concentra gran cantidad de actividad comercial y financiera del país.

Dentro de esta ideología urbana abismal, lo “normal” es lo urbano: la concentración de gran cantidad de personas en un territorio respondería a un proceso “natural” del hombre en sociedad, que permitiría, entre muchas otras ventajas, la “racional” medida de concentrar los bienes y servicios en función de abaratar su costo. Es decir, una visión cercana a los reduccionismos y funcionalismos de las primeras investigaciones en torno a la oposición rural-urbano: la ruralidad vista como un residuo histórico. Las comunas como Cochamó, para el sistema de salud construido sobre esta visión, representarían un problema absurdo, un gasto exagerado de recursos para obtener escasos beneficios en números absolutos, finalmente, un reducto de gente extraña y antigua destinada a la extinción. Una de las causas subyacentes a esta negación, sería su gran funcionalidad con el modelo neoliberal, como lo expone Bolívar-Echeverría inspirado en Marx y Braudel: “la gran ciudad capitalista se considera así mismo absoluta, necesita del campo pero sólo como un apéndice suyo; se plantea a sí misma como capaz de improvisar un campo artificial hecho a su medida” (2013, p.76).

Esta “ideología urbana abismal” internalizada transversalmente en el sistema de salud y de carácter excluyente respecto a otras racionalidades, nos instala en un campo de intensa exploración e investigación actual. El descubrimiento y revalidación de “otras racionalidades” de formas tan diversas e “irracionales” para el *pensamiento abismal* occidental, pero que han tenido una continuidad sorprendente por siglos especialmente a través de los pueblos originarios y la propagación de su cultura en todo el mundo, es actualmente una arena político-académica en auge y cuyos resultados todavía están por verse (Santos, 2005; 2010). Este camino al cual nos llevan nuestros hallazgos, lo asumimos con más ganas que certezas, ya que nos reconocemos como investigadores cuya formación académica y vital está profundamente “colonizada”, “occidentalizada” e inevitablemente “especializada en la exclusión”. Por ahora dejaremos también abierta esta puerta de cuestionamientos con la intención de recuperarla para próximas investigaciones.

Conclusión

La intención de este capítulo fue abrir diversas puertas de discusión en torno a los principales hallazgos de nuestra investigación. Al proyectarlo, entendimos que debíamos procurar interconectar los distintos niveles de análisis, ejes temáticos e instrumentos que nos habían facilitado las descripciones y análisis en los capítulos anteriores, en función de potenciar la capacidad explicativa de la *totalidad social*⁷⁸ entorno a nuestro objeto de estudio. Así, avanzamos hacia tópicos comunes que convocaban los diversos hallazgos y los dotaban de un sentido que emergía desde su interconexión con los ejes de análisis y el universo teórico del que disponíamos. Eventualmente muchos de los tópicos abiertos “se nos fueron de las manos”, en el sentido que se nos hizo evidente nuestra falta de referentes teóricos para profundizarlos, por ejemplo, cuando intentamos explicar ciertas actitudes “estoicas” del personal de salud, o por otro lado, cuando no teníamos suficiente información desde el trabajo de campo para precisar algunos hallazgos, como en el caso de la morbilidad de las localidades cordilleranas.

Finalmente, el capítulo terminó discutiendo sobre una serie de temas de interés vinculado a las formas cómo la democracia reproduce exclusión mediante la cooptación de los sistemas de representación por el gran capital; la tecnocracia y sus mecanismos de control; el sistema de salud público como un nicho para funcionarios que presentan y reproducen una ideología común y al mismo tiempo intereses diversos; y finalmente las formas de resistencia autárquica de los habitantes producto de la ausencia del Estado. Todos estos temas, más que entregar conclusiones y certezas, ofrecen provocaciones y nuevas preguntas para futuras investigaciones y avances conceptuales.

⁷⁸ *Totalidad* entendida en términos de Morin (1998) como una explicación para las formas de organización de un “todo social”, a diferencia de la llamada *completud* que intentaría “explicarlo todo”.

El último tópico, sobre la “no-política de salud rural en Chile” sustenta la hipótesis de la existencia oculta de una *desatención programada* en comunas como Cochamó en función de fomentar el despoblamiento de éstas zonas. Finalmente el *despojo* de sus recursos naturales, articulada sobre una “ideología urbana abismal” que sería transversal a la racionalidad del sistema de salud público y probablemente de todo el Estado, es el tópico que más intenta llegar a una suerte de “explicación total” de nuestros hallazgos y se asemeja a una conclusión aunque no pretende de ningún modo serlo. Más se acerca, dado la evidente transgresión de los derechos sociales que sugiere, a una clara denuncia que evidentemente necesitará de profundizar en las indagaciones para darle un real sostén. Al mismo tiempo, tiene la virtud de abrirnos a nuevos referentes conceptuales que vinculen lo macro, lo meso y lo micro, y a considerar como necesaria la construcción de teoría en base a concepciones “del otro” al estilo *sumak kawsay* andino o *küme felen* mapuche, pero sin intentar calzarlas o ajustarlas a conceptos propios instrumentalizados, sino asumidos en toda su complejidad y riqueza, donde se nos harán tan ininteligibles como lo sean nuestra arrogancia académica y humana.

“Felices los que parten.
No los que llegan a los puertos podridos.
Felices los que parten y no regresan jamás.
Felices los que saben que, en el fin de la travesía,
la Nada los espera, como un espantapájaros en un maizal.
Felices los que sólo se hallan en la pérdida y el viento.”

Lêdo Ivo

Parte III. Conclusiones

Esta investigación es, por sobre todo, un intento de respuesta a los cuestionamientos que emergieron desde nuestra experiencia por casi 3 años como médico y habitante de una localidad rural al sur de Chile. Esta particular realidad, desde el primer momento la apreciamos con sorpresa y curiosidad, principalmente producto de nuestro origen ciudadano, y de nuestra formación en la facultad de medicina de la Universidad de Chile, donde el currículo pareciera ajustarse a un ejercicio profesional dentro de otra realidad, y la alta tecnología y la medicina basada en la evidencia se encumbran como “las nuevas grandes armas en esta nueva etapa del desarrollo humano”, evidentemente disociados de la gran mayoría del país.

Algo distinto estaba pasando en estas localidades rurales, algo que intuíamos como una especie de “olvido” desde un Estado demasiado preocupado de su vida de ciudad, de sus industrias, de sus consumos, de sus tecnologías informáticas. Estas observaciones a partir de la práctica médica diaria, se nos hicieron cada vez más intensas, hasta que estuvimos obligados a iniciar de forma autónoma diversas investigaciones en torno a la problemática.

Así conocimos por primera vez Cochamó y sus localidades cordilleranas, y reconocimos en ese lugar la expresión máxima de desatención desde el sistema de salud que veíamos en distintos grados en el resto de las localidades rurales de la región. Esta investigación representa el intento más depurado de estas investigaciones, que sin duda impregnamos de un carácter de denuncia a fin de apoyar acciones transformadoras de la realidad social.

El camino metodológico que elegimos fue ambicioso, nos propusimos abordar el objeto desde tres frentes distintos que consideramos necesarios para tener una visión de la totalidad involucrada, intentando no caer en una ceguera holística, es decir, avanzando a la *unitas multiplex* de Morin (1997), o por lo menos viéndolo como un horizonte, quizás utópico, donde el camino es más importante que la meta, utilizando libremente las palabras de Eduardo Galeano. Así pensamos en tres niveles: macro, meso y micro, cada uno con sus particularidades y formas de abordaje. Ciertamente perdimos profundidad para cada uno de los cuestionamientos que nos surgieron al enfrentar nuestros planteamientos teóricos con los hallazgos de las fuentes desde tres niveles distintos. Sin embargo, ganamos en potencia explicativa, y pudimos interpretar una “bajada” de las políticas de salud “contradictoriamente coherente” con el plan económico y político del modelo de desarrollo neoliberal del país. Aun así el actor de la política se dibujaba atrapado y a merced de este “plan maléfico neoliberal”, que sólo pudimos liberar—quizás parcialmente— al rescatar sus formas de resistencia, discursos críticos y prácticas a través de vías paralelas a lo establecido oficialmente.

En ese sentido los hallazgos, tanto dentro del aparato burocrático, que respaldan la idea de una arena de intereses con fuerzas constantes en conflictos, como desde las familias habitantes de Cochamó, cuya relación con el sistema de salud y el Estado es altamente dinámica, pasando desde periodos de total apatía y desconfianza a otros de dependencia y asistencialismo, pero siempre

con una continuidad diversa de resoluciones frente a la problemática de salud/enfermedad/atención cuya creatividad no nos deja de sorprender.

La ruralidad como realidad excluida, omitida, despreciada y ausente, necesariamente nos hace emparentarla con el resto de las formas de exclusión cuyo auge teórico en los últimos años respondería claramente a la progresiva toma de conciencia por parte de los marginados que su rol dentro de una globalización neoliberal es preponderante; que no se tratan de minorías desorganizadas ni realidades despreciables por su escasez, sino todo lo contrario, acciones transformadoras que se llevan a cabo día a día en todo el mundo enclavadas en una racionalidad tan distinta como excluida del *pensamiento abismal* occidental. Su exclusión muy posiblemente responde a un “relato de mundo” profundamente enclavado en los intereses de las clases dominantes.

Nuestros principales referentes en este ámbito, son los investigadores que se han especializado en relevar estas acciones y realidades, en especial Boaventura de Sousa Campos, y en el campo de la salud colectiva a Jaime Breilh. Sus influencias en esta investigación son evidentes, y afortunadamente al igual que esta tesis, estos autores no tienen ideas concluidas o perfectamente cerradas, sino que su interés es abrir preguntas y caminos de exploración y transformación por recorrer. Aun así, todavía creemos que los conocimientos “del otro” y su epistemología no aparecen como válidos al momento de intentar construir teoría desde la academia hegemónica.

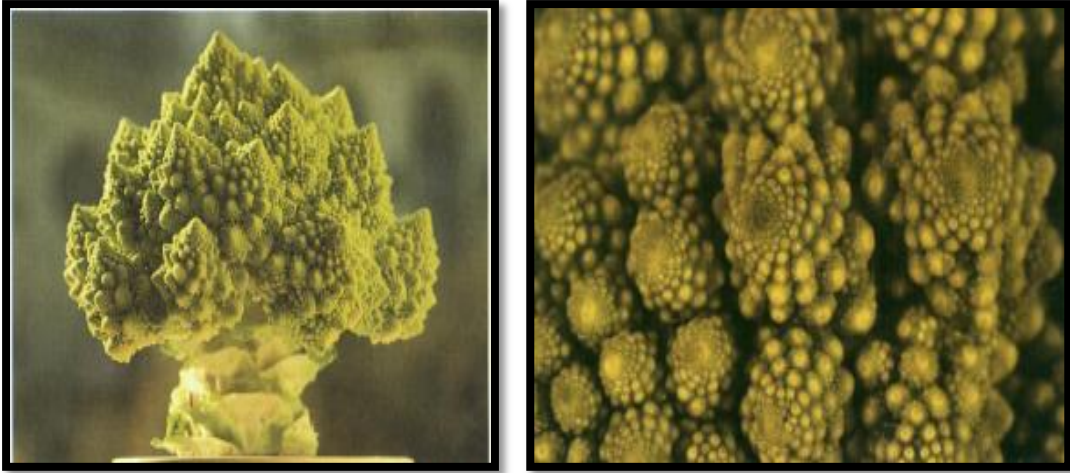
En esa línea, la recuperación de las “metodologías del otro” se nos presenta como una necesidad. Un ejemplo claro de estas formas de interacción y generación de conocimiento, la vivimos durante las abundantes entrevistas que realizamos alrededor del fogón tomando un mate, como es la costumbre de los habitantes de Cochamó. Se nos hizo fácil adaptarlas a los instrumentos utilizados tradicionalmente dentro de las guías metodológicas como “entrevistas familiares”, incluso pudi-

mos haberlas traducido como un tipo de “grupo focal”. Pero en el fondo estamos conscientes que somos tremendamente ignorantes de lo que realmente significa una “conversación alrededor del fogón” en tanto experiencia de generación de conocimiento dinámica, persistente y local. Así como también somos ignorantes de los nuevos mecanismos a través de los cuales, tanto sus habitantes como sus productos de conocimiento, son excluidos y marginados política, social y económicamente. Todo esto nos convoca a una mayor apertura y a la necesidad de profundizar en las tantas puertas abiertas que dejamos.

Con esta visión comenzamos a cerramos el círculo que empezamos a trazar cuando iniciamos con nuestro camino investigativo, pero dejamos abundantes salidas: micro-círculos que se fueron añadiendo a medida que avanzábamos en nuestro círculo original, y a su vez para cada micro-círculo se fueron añadiendo otros nano-círculos, y para cada nano-círculo otros más pequeños, y así, sin fin.

Cada círculo representa una pregunta, un cuestionamiento, un análisis que efectuar, que inevitablemente originará otro análisis. Visualmente no podemos sino imaginar un fractal y sus repeticiones sucesivas y eternas (Foto N°25).

Foto N°25: Patrón Fractal presente en un Brócoli Romanesco.



Fuente: (Peitgen, Jürgens y Saupe, 2004).

Sin embargo, llegamos a un nuevo punto. Este punto es reconocer un *margin* del Estado, que lo encontramos en el sentido literal casi al borde de Chile, en su frontera, pero puede encontrarse perfectamente en el resto del 99% de los chilenos que estamos *marginados* de las decisiones, de la real riqueza del país, y que tenemos veladas las intenciones tras las altas cúpulas políticas y económicas. Con toda su intensidad se nos aparece un Chile-nación como paradigma de exclusión, que sin duda tiene los días contados —pensamos con alegría y motivación— al ver cómo los entronizados políticos Concertacionistas y Aliancistas caen en descredito autodescribiéndose cual antropófagos; los paradigmas de representación se cuestionan; y los intereses tras el poder actual se develan día a día en el país.

Bibliografía

- Australian Health Ministers Advisory Council [AHMAC]. (2012). *The National Strategic Framework for Rural and Remote Health*. Canberra, Australia: Commonwealth of Australia Recuperado el 15 de agosto del 2013 de <http://www.ruralhealth.org.au/key-rural-health-documents>.
- Allende, S. (1939). La realidad médico-social Chilena. Ministerio de salubridad de Chile.
- Amtmann, C. y Blanco, G. (2001). Efectos de la Salmonicultura en las Economías Campesinas de la Región de Los Lagos, Chile. *Revista Austral de Ciencias Sociales*, 5, 93-106.
- Arenas, L., Paulo, A. y López, H. (1999). Educación popular y nutrición infantil: experiencia de trabajo con mujeres en una zona rural de México. *Rev. Saúde Pública* 33(2), 113-121.
- Arteaga, F. (2010). Rituales y remedios naturales: Las prácticas de autotratamiento en la Pampa Argentina. *Mitológicas*, XXV, 9-26.
- Atkinson, S., Cohn, A., Ducci, M. E. y Gideon, J. (2005). Implementation of promotion and prevention activities in decentralized health systems: comparative case studies from Chile and Brazil. *Health Promotion International*, 29(2).
- Azul Consultores. (2004). Plan de Desarrollo Comunal de Cochamó. Santiago: Municipalidad de Cochamó.
- Bachelet, M (2006). *Discurso presidencial del 21 de Mayo 2006 ante el Congreso pleno*. Valparaíso.
- _____ (2007). *Discurso presidencial del 21 de Mayo 2007 ante el Congreso pleno*. Valparaíso.
- _____ (2008). *Discurso presidencial del 21 de Mayo 2008 ante el Congreso pleno*. Valparaíso.
- _____ (2009). *Discurso presidencial del 21 de Mayo 2009 ante el Congreso pleno*. Valparaíso.
- Baeriswyl, F., Sartori, Á., Guzmán, J. y Larenas, F. (2006). Reforma Agraria y Desarrollo Rural en Chile: Mejoramiento de la Economía Social de los Predios. Porto Alegre: Conferencia Internacional sobre Reforma Agraria y Desarrollo Rural.
- Banco Mundial [BM]. (1975). Desarrollo Rural: documento de política sectorial, Banco Mundial. Washington.
- _____ (1993) "Informe sobre el desarrollo mundial 1993". Invertir en Salud. Washington: Banco Mundial.

- Barreda, A., Breilh, J., Santana, V., Alfonso, A., Portela, L. y Martínez, C. (2008). *El problema de la determinación social de la salud*. Borrador del Taller Latinoamericano sobre determinantes sociales de la Salud, UAM-Xochimilco, México, DF.
- Bartra, R., Boege, E., Calvo, P., Gutierrez, J., Martinez, V. y Pare, L. (1999). *Caciquismo y poder político en el México rural*. México, DF: Siglo XXI Editores.
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J. D. y Manuel, A. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*, 53(Suplemento), S132-S143.
- Behm, H. (2011). Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Salud Colectiva (Argentina)*, 7(2).
- Biblioteca del Congreso Nacional (Cartografía). (2000). Mapa Región de los Lagos.
- Bobbio, N. (1989). *Estado, Gobierno, Sociedad. Por una teoría general de la política* (1° en español ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- _____ (2001). *El futuro de la democracia* (Traductor Fernandez-Santillán, 3° ed.). México: Fondo de Cultura Económica.
- Bolivar-Echeverría. (2013). *Modelos elementales de la oposición campo-ciudad. Anotaciones a partir de una lectura de Braudel y Marx*. México: Editorial Itaca.
- Breilh, J. (2003). *Epidemiología crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos aires: Editorial Lugar.
- _____ (2010a). *Las tres "s" de la determinación de la vida y el triángulo de la política, (10 tesis hacia una visión crítica de la determinación de la vida y salud)*. Borrador presentado en Conferencia "Rediscutiendo a questeao da determinacao social da saúde", Salvador de Bahía, Brasil.
- _____ (2010b). A leadership for life. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Usp*, 44(3), 1.
- _____ (2011). Aceleración agroindustrial: peligros de la nueva ruralidad del capital. En J. Breilh y K. Brassel(Ed.), *Agroindustria, soberanía alimentaria y sustentabilidad* (Ediciones del SI-PAE). Quito.
- Breilh, J., Campaña, A., Hidalgo, F., Sánchez, D., Larrea, M., Felicita, O., et al. (2005). La Floricultura y el Dilema de la Salud: Por una Flor Justa y Ecológica. En J. Breilh (Ed.), *Informe Alternativo sobre la salud en Latinoamérica* (1° ed., pp. 70-83). Ecuador: Observatorio Latinoamericano de Salud. Global Health Watch – CEAS.

- Breilh, J. y Telleria, Y. (2009). *Aceleración Global y despojo en Ecuador. El retroceso del Derecho a la Salud en la era neoliberal*. Quito: Abya Yala.
- Bretón Solo de Zaldívar, V. *Más allá de la "nueva ruralidad": repensar la reforma agraria en América Latina*.
- Brunner, J. (1990). Chile: claves de una transición pactada. *Nueva Sociedad*, 106 (Marzo-Abril), 6-12.
- Buschmann, A. (2002). Impacto ambiental de la salmonicultura en Chile: la situación en la X Región de Los Lagos. *Análisis de Políticas Públicas. Fundación Terram*.(16).
- Camargo, R. (2008). El carácter traumático del consenso en torno al "Modelo Chileno": una investigación sobre la elite política democrática post-Pinochet. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, (Coloquios). Recuperado el 20 de Agosto del 2013 de <http://nuevomundo.revues.org/11502> doi:10.4000/nuevomundo.11502
- Caruso, I. (1978). Psicoanálisis y utopía. En A. Suarez (Ed.), *Razón, locura y sociedad* (pp. 103-117). México: Siglo XXI Editores.
- Carvajal, J. (2012). Reflexiones sobre el médico rural chileno y su medicina en zonas extremas.
- Carvajal, Y. (2008). Gestión de hospitales rurales: una medición en las provincias de Llanquihue, Chiloé y Palena. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)* , 48(1), 51-59.
- Carvajal, Y., Carvajal, J., Figueroa, E., Ibacache, J., Jaramillo, F. y Winkler, M. (2007). Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 47(3), 139-154.
- Castro, H. (2007). Revisión del concepto de ruralidad en la Argentina y alternativas posibles para su redefinición. En C. Reboratti (Ed.), (Vol. 1a ed.). Buenos Aires: Secretaría de Agricultura, Ganadería, Pesca y Alimentos, 2007.
- Chapela, M. (2008). Promoción de la salud para la disminución del riesgo y el cuidado de las enfermedades crónicas. En V. Mendoza-Núñez (Ed.), *Estrategias para el control de enfermedades crónico degenerativas a nivel comunitario* (pp. 23-45). México: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM.
- Congreso de Chile. (1980). *Constitución Política de la República de Chile*.
- _____ (1995). Ley N°19,378.
- _____ (2002). Ley N°19,813.
- _____ (2004). Ley N°19,966.

_____ (2007). Ley N°20,157.

_____ (2008). Ley N°20,250.

_____ (2012). Ley N°20,584.

Corporación para la Reforma Agraria [CORA]. (1970). *Reforma Agraria chilena: 1965-1970*. Santiago, Chile.

De Ferranti, D. (2005). How Do We Define the Rural Sector? In W. B. L. A. a. Caribbean (Ed.), *Beyond the city : the rural contribution to development* Washington, DC: The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.

Delamaza, G. (2005). *Tan Lejos tan cerca: Políticas públicas y sociedad civil en Chile*. (1° ed.). Santiago: LOM.

Departamento de Salud Municipal de Cochamó [DESAM]. (2011). *Plan de Salud Comunal*. Rio Puelo: Municipalidad de Cochamó.

Durkheim, É. (2001). ¿Qué es un hecho social? *Las reglas del método sociológico*. (Vol. 3° en español, pp. 41). México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

Eibenschutz, C. (1976). Técnicos en salud comunitaria. *Educación médica y salud*, 10(3), 293-301.

_____ (1992). Estado y política sanitaria. Aproximación teórico-metodológica. En S. Fleury (Ed.), *Estado y políticas sociales en América Latina*. México: UAM-X, FIOCRUZ-ENSP.

Escobar, G. (2003). *El proceso de desarrollo del sector rural de América Latina en la segunda mitad del siglo XX*. Santiago: RIMISP.

Fierro, M. (2009). Cochamó: crisis geopolítica y ladrones de agua, *Bolsónweb*: www.bolsonweb.com. Recuperado el 02 de Agosto del 2013 de http://www.bolsonweb.com/diariobolson/detalle.php?id_noticia=20719

Fleet, N. (2011). Movimiento estudiantil y transformaciones sociales en Chile: una perspectiva sociológica. *Polis [en línea]*, 30. doi: 10.4000/polis.2152

Fleury, S. (1992). Estado y crisis: una perspectiva latinoamericana. En S. Fleury (Ed.), *Estado y políticas sociales en América Latina*. México.: UAM-X, FIOCRUZ-ENSP

Fondo Nacional de Salud [FONASA]. (2012). *Mecanismo per cápita en atención primaria municipal*. (Ordinario 005489). Ley de presupuestos del sector público, programa presupuestario de APS, Glosa 03.

- Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola [FIDA](2001). Creando oportunidades para el pobre rural. In E. Pérez-Correa, N. Farah, C. Castillo, J. Ortiz, D. Muñoz y Maya (Eds.), *La nueva ruralidad en América Latina: maestría de desarrollo rural 20 años*. Bogotá Pontificia Universidad Javeriana Facultad de estudios Ambientales y Rurales. Maestría en Desarrollo Rural
- Foucault, M. (1993). *Las palabras y las cosas*. México: Siglo XXI editores.
- Fronza, E., Vieira, V., Laste, G. y Torres, I. (2013). Prevalência de morbidades e sintomas em idosos: um estudo comparativo entre zonas rural e urbana. *Ciência & Saúde Coletiva* 18(4), 1029-1040.
- García, A. (1973). *Reforma agraria y dominación social en América Latina*. Bs. Aires: Ediciones S.I.A.P.
- Giarracca, N., Perez, E. y CLACSO. (2001). *¿Una nueva ruralidad en América Latina?* (Vol. 1* ed). Buenos Aires: CLACSO.
- Gómez, S. (2001). ¿Nueva Ruralidad? Un aporte al debate. *Estudios Sociedade e Agricultura*, 17(octubre 2001), 5-32.
- _____ (2002). *La nueva ruralidad : ¿qué tan nueva?. Revisión de la bibliografía, un intento por definir sus límites y una propuesta conceptual para realizar investigaciones*. Valdivia: Universidad Austral de Chile.
- _____ (2003). *Nueva ruralidad (fundamentos teóricos y avances empíricos)*. Borrador presentado en el Seminario internacional "El mundo rural: transformaciones y perspectivas a la luz de la nueva ruralidad", Bogotá, Colombia.
- Goyenechea, M. (2011). Análisis presupuestario en salud en el contexto de desigualdad en Chile. *Medwave*, 12. Recuperado el 09 de Diciembre del 2012 de sitio web Medwave: <http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5271>
- Granados, J., Eibenschutz, C. y Lara, N. (2012). Modulo Práctica Médica. Maestría en Medicina Social UAM-X. UAM-X. México D.F.
- Granados, J., Tetelboin, C. y Torres, A. (2006). Salud y seguridad social en México. Redefiniciones en la política sanitaria e impacto en la provisión de servicios *¿Hacia dónde va la salud de los mexicanos?. Derecho a la protección de la salud, políticas de salud y propuestas para la acción*. (Vol. 1°, pp. 70-91). México: UAM-Xochimilco.
- Hersch , P. (1992). Participación social en salud: espacios y actores determinantes en su impulso. *Salud Pública de México*, 34(6).

- _____ (1995). Tlazol, ixtlazol y tzipinación de heridas: implicancias actuales de un complejo patológico prehispánico. *Dimensión Antropológica*, 3(2).
- _____ (1996). *Destino común: Los recolectores y su flora medicinal*. México: Instituto Nacional de Antropología e Historia.
- Hersch, P., González, L. y Sedano, C. (2012). *Epidemiología sociocultural: referente operativo en el estudio de los saberes locales relacionados con la salud-enfermedad y la atención-desatención. Una experiencia aplicada en dos municipios de Oaxaca y Guerrero, México*. Borrador presentado en el XIII Congreso ISE, Montpellier, Francia.
- Huneus, C. (2003). *Chile, un país dividido. La actualidad del pasado*. Santiago de Chile: Catalonia.
- Huneus, C., Berríos, F. y Gamboa, R. (2007). *Las elecciones chilenas de 2005. Partidos, coaliciones y votantes en transición*. Santiago de Chile: Catalonia.
- Ibacache Burgos, J. (2008). Navegando el sentido común: salud colectiva en comuna de Quinchao, año 2007. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 48(2), 66-76.
- _____ (2009). "Síndromes Culturales en el archipiélago de Chiloé." *Mal, susto, corriente de aire y sobrepardo*: Proyecto Fonis CONICYT SA07120072.
- Ibacache, J., Leighton, A. y Monsalve, D. (2008). Nacer en Chiloé: articulación de conocimientos para la atención del proceso reproductivo. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 48(3), 174-191.
- Ibacache, J., McFall, S. y Quidel, J. (2002). Rume Kagenmew Ta Az Mapu. Epidemiología de la Tránsito en Makewe-Pelale. En J. Calbucura (Ed.): Ñuke Mapuförlaget.
- Idoyaga, A. (1999). La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de San Juan Argentina. *Scripta Ethnologica*, XXI, 7-33
- Illich, I. (1975). *Némesis Médica: la expropiación de la salud*. México: Barral Editores.
- Instituto Nacional de Estadísticas [INE]. (2004). *CHILE: Estimaciones y Proyecciones de Población por Sexo y Edad. País Urbano-Rural. Período de Información: 1990-2020*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- _____ (2008). *CHILE: Proyecciones y Estimaciones de Población por sexo y edad. 1990 – 2020*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- _____ (2011). Estadísticas Demográficas. Compendio Estadístico 2011 (pp. 94-173). Santiago de Chile: Gobierno de Chile. Recuperado el 16 de agosto del 2013 de

- http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2011/1.2demograficas.pdf.
- Infante, A. y Paraje, G. (2010). La Reforma de Salud en Chile. En O. Larrañaga y D. Contreras (Eds.), *Las nuevas políticas de protección social*. Santiago de Chile.
- Instituto Interamericano para la Cooperación de la Agricultura [ICCA].(2001). El desarrollo rural sostenible en el marco de una nueva lectura de la ruralidad. In E. Pérez-Correa, M. Farah, N. Castillo, C. Ortiz, J. Muñoz y D. Maya (Eds.), *La nueva ruralidad en América Latina: maestría de desarrollo rural 20 años*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana Facultad de estudios Ambientales y Rurales. Maestría en Desarrollo Rural
- Javeriana, P. U. (2001). *La Nueva ruralidad en América Latina: maestría en desarrollo rural 20 años. memorias seminario internacional*. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana.
- Jimenez, D. (1981). Aspectos relevantes de estrategias aplicadas a la atención primaria de la salud rural. *Cuadernos Medico Sociales (Chile)*, 22(2), 29-34.
- Kemp, E. (2008). *Under the veil of neoliberalism: Inequality, Health, en Capabilities*. Tesis de Maestría, Simon Fraser University, Canada.
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology*, 12(0), 85-93. doi: 10.1016/0160-7987(78)90014-5
- Labra, M. (2004). Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950). *Cuadernos Médico Sociales (Chile)* 44, 207-219.
- Langer, M. (1979). Vicisitudes del movimiento psicoanalítico argentino. In A. Suarez (Ed.), *Razón, locura, sociedad*. México: Siglo XXI editores.
- Larrañaga, O. (2000). Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. En CEPAL (Ed.), *Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia*. (Vol. II, pp. 415-462). Santiago Chile: Fondo de Cultura Económica.
- Linck, T., Schiavo, C. y Achkar, M. (2003). *Globalización y territorio: nueva ruralidad, patrimonios colectivos y sustentabilidad en la Cuenca del Plata*. Montevideo: Nordan-Comunidad.
- LOF Limitada, (2012). *Plan de Desarrollo Comunal Cochamó*. Rio Puelo: Municipalidad de Cochamó.

- Londoño, J. L. y Frenk, J. (2001). Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma a los sistemas de salud en América Latina,. En BID; y OPS (Eds.), *La Transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS.
- López, O. (1992). Desmantelamiento o modernización de la política social. En S. Fleury (Ed.), *Estado y políticas sociales en América Latina* (pp. 335-356). México: UAM-X, FIOCRUZ-ENSP.
- _____(2013). *Políticas y sistemas de salud*. Borrador presentado en el Seminario de Políticas y sistemas de salud, Maestría en Medicina Social y Doctorado en Salud Colectiva, UAM-X, México.
- López, O., Escudero, J. C. y Carmona, L. D. (2008). Los determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. *Medicina Social*, 3(4), 323-335.
- López, o., Rivera, J. y Blanco, J. (2011). Determinantes sociales y salud-enfermedad en México. Cambios, rupturas y perspectivas. En M. Chapela, M. Contreras y (Coordinadoras), *Pensar el futuro de México* (Vol. La salud en México). México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Marilaf, M., Alarcón, A. y Illesca, M. (2011). Rol del enfermero/a rural en la Región de la Araucanía Chile: percepción de usuarios y enfermeros. *Ciencia y Enfermería*, XVII (2), 111-118.
- Martínez, C. y Leal, G. (2002). La transición epidemiológica en México: un caso de políticas de salud mal diseñadas y desprovistas de evidencia. *Estudios Demográficos y Urbanos*, septiembre-diciembre, 547-569.
- Martínez, G. y Montesinos, R. (2006). La reconstrucción del discurso político: una propuesta metodológica. En V. Alarcón (Ed.), *Metodologías para el análisis político. Enfoques, procesos e instituciones*. (pp. 137-152). México: Plaza y Valdés; UAM-Iztapalapa.
- Martínez, M. J. (2010). Nueva ruralidad, el "remake" del término pluriactividad *E-Libro* (pp. 213-228 p.). [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid.
- Marx, K. (1980). Proceso de trabajo y proceso de valorización *El Capital. Tomo 1* (Vol. 1, pp. 215-240). México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- _____(2005). Prologo. En K, Marx. *Contribución a la crítica de la economía política* (Vol. 8° en español, pp. 3). México D.F.: Siglo XXI.
- Medina, S. y Figueroa, E. (2009). Desarrollo de la perspectiva territorial en salud: Comuna de Cochamó. Puerto Montt: Servicio de Salud del Reloncaví.

- Mendoza, Z. (2011). *De lo biomédico a lo popular: el proceso de salud-enfermedad-atención en San Juan Copala, Oaxaca*. México: UNAM.
- Menéndez, E. (1983). Modelo Médico Hegemónico, Modelo alternativo subordinado y modelo de Autoatención. Caracteres estructurales. En CIESAS (Ed.), *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y Autoatención en Salud*. (Vol. primera, pp. 1-21). México, D.F: CIESAS.
- _____(1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- _____(2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. . *Ciênc.saúde coletiva*, 8(1), 185-207.
- _____(2008). Etnicidad, racismo y género. Algunos problemas ético/metodológicos. En ALAMES (Ed.), *Taller Latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud*. (pp. 60-70). México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ministerio de Desarrollo y Planificación [MIDEPLAN]. (2009). Encuesta de caracterización socio-económica CASEN. *Población por quintil de ingreso autónomo regional y nacional, según región y sistema previsional de salud. Población por sexo según tramos de edad y sistema previsional de salud*. Santiago, Chile: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud de Chile [MINSAL]. (2002). *Objetivos sanitarios para la década 2000-2010*. Santiago: Gobierno de Chile. Recuperado el 20 de Julio del 2013 de: <http://epi.minsal.cl/epidemiologia>.
- _____(2011a). *Estrategia nacional de salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020*. Santiago: Gobierno de Chile. Recuperado el 20 de Julio del 2013 de: <http://www.minsal.cl>
- _____(2011b). *Norma técnica N°121 de funcionamiento de las Postas de Salud Rural*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Salud del Uruguay. (2011). *Programa Nacional de Salud Rural*. Montevideo: Gobierno del Uruguay.
- Minayo, M. C. (2010). *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saude* (Vol. 12). Sao Paulo: Aderaldo & Rothschild Ltda.
- Módena, M. (1990). *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*. México: CIESAS.

- Montoya, C. (2007). Aspectos de Salud y su relación con Ruralidad. *Cuadernos Médico Sociales (Chile)*, 47(2), 58-67.
- Morales, R., Tamayo, M. y Cox, M. (2010). *Pueblos indígenas, recursos naturales y compañías multinacionales: hacia una convivencia responsable. Estudio de casos: Pueblo Mapuche Williche de Chiloé (Chile), Pueblo Shuar de la provincia de Zamora (Ecuador) y Comunidades Indígenas (Canadá)*. Madrid: Fundación Carolina.
- Moriconi, M. (2011). *Retórica, política y administración pública: por qué fallan las reformas administrativas*. México: UAM-Xochimilco-CLACSO.
- Morin, E. (1998). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Municipalidad de Cochamó. (2009). *Cuenta Pública*. Rio Puelo.
- _____ (2010). *Cuenta Pública*. Rio Puelo.
- _____ (2011). *Cuenta Pública*. Rio Puelo.
- Namuncura, D. (1999). *Ralco: ¿represa o pobreza?* Santiago: LOM.
- National Rural Health Alliance [NRHA].(2011). Australia's health system needs re-balancing: a report on the shortage of primary care services in rural and remote areas. *Australian Journal of Rural Health*. Recuperado el 15 de agosto del 2013 de <http://www.ruralhealth.org.au/key-rural-health-documents>
- Ominami, C. (2010). Chile: una transición paradójica. Notas para un examen crítico. En Y. Quiroga y J. Ensignia (Eds.), *Chile en la Concertación (1990 - 2010): Una mirada crítica, balance y perspectivas* (1° ed., Vol. II, pp. 21-63). Chile: Friedrich Ebert Stiftung. Recuperado el 6 de Julio del 2013 de: <http://www.fes.cl>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Ginebra, Suiza: OMS.
- _____ (2011). *Cerrando la Brecha: La política de acción sobre los determinantes sociales de la salud*. Borrador presentado en la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Rio de Janeiro, Brasil.
- Organización de Naciones Unidas [ONU]. (2011). *Rural population development and the environment*. New York: United Nations, Population Division.

- Ortiz-Hernández, L. y Pérez, D. (2011). La desigualdad socioeconómica en salud: un problema persistente en la sociedad mexicana *Pensar el futuro de México*. (pp. 249-273). México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Osorio, J. (2001). *Fundamentos del análisis social. La realidad social y su conocimiento* (1° ed.). México: Fondo de Cultura Económica-Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- _____(2004). *El Estado en el centro de la mundialización. La sociedad civil y el asunto del poder*. (1° ed.). México: Fondo de Cultura Económica-Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Osorio, R. M. (2001). *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles* (Vol. primera). México: CIESAS; INAH; INI.
- Osses, P., Foster, W. y Nuñez, R. (2006). Medición de niveles de ruralidad y su relación con actividades económicas en la X Región de Los Lagos - Chile. Enfoque Geográfico – Económico. *Economía Agraria*, 10, 107-118.
- Oszlak, O. (1980). Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias Latinoamericanas. *Estudios CEDES*, 3(2), 1-38.
- _____(1997). Estado y sociedad: ¿nuevas reglas del juego? *Reforma y Democracia*, 9(1), 1-41.
- Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1995). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. *Redes*, 2(4), 99-128.
- Paulo, A. y Lafon, R. (2009). Análisis interdisciplinario de la chipilés. Síndrome de filiación cultural que afecta a la niñez, en Tetelcingo, Morelos. *Lab acta*, 21(4), 85-90.
- Peitgen, H., Jürgens, H. y Saupe, D. (2004). Chaos and fractals. New frontiers of science Recuperao el 15 de diciembre del 2012 de <http://www.springeronline.com/>
- Peña, F. y León, B. (2010). Presentación. En ALAMES-ENAH (Ed.), *La Medicina Social en México* (Vol. IV, pp. 7-9). México: Eón.
- Perdomo, A. (2007). Hegemonía neoliberal y matriz socio política: el caso de la reforma a la salud en Chile. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 6(12), 83-110.
- _____(2013). *La Ideología en la Transformación hospitalaria en Colombia y México*. Borrador de tesis. Doctorado en Ciencias de la Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- Pérez, E. (2007). Nueva ruralidad, globalización y salud. *CES Medicina*, 21(1), 89-100

- Pérez, E., Cetraro, J., Castro, E. y Chavez, J. (2007). *Nueva Ruralidad y Competitividad Territorial* (Vol. 1* ed). Lima: Centro IDEAS.
- Pérez, E. y Farah, M. (2004). *Desarrollo rural y nueva ruralidad en América latina y la Unión Europea*. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana.
- Pérez, E., Farah, M. y Grammont, H. (2008). *La nueva ruralidad en América Latina: avances teóricos y evidencias empíricas*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Pérez-Correa, N., Farah, C., Castillo, J., Ortiz, D., Muñoz, E. y Maya, F. (2001). *La nueva ruralidad en América Latina: maestría de desarrollo rural 20 años*. Bogotá Pontificia Universidad Javeriana.
- Pezo, L. (2007). Construcción del Desarrollo Rural en Chile: Apuntes para abordar el tema desde una perspectiva de la sociedad civil. *Revista Mad.*, 17, 90-112.
- Pierri, N. (2005). Historia del concepto de desarrollo sustentable. En N. P. Guillermo Foladori (Ed.), *¿Sustentabilidad? Desacuerdos sobre el desarrollo sustentable* (pp. 27-79). México.
- Piñera, S. (2010). *Discurso presidencial del 21 de Mayo 2010 ante el Congreso pleno*. Valparaíso.
- _____ (2011). *Discurso presidencial del 21 de Mayo 2011 ante el Congreso pleno*. Valparaíso.
- _____ (2012). *Discurso presidencial del 21 de Mayo 2012 ante el Congreso pleno*. Valparaíso.
- Poulantzas, N. (1979). *Estado, poder y socialismo*. México: Siglo XXI editores.
- Ramos, M. (2011). *Mineros de papel: Quiénes son los 20 mayores dueños de concesiones mineras, Ciper Chile*. Recuperado el 20 de Agosto del 2013 de <http://ciperchile.cl/2011/05/16/mineros-de-papel-quienes-son-los-20-mayores-duenos-de-concepciones-mineras/>
- Rigotto, R. M., Carneiro, F. F., Marinho, A. M. C. P., Rocha, M. M., Ferreira, M. J. M., Pessoa, V. M., et al. (2012). O verde da economia no campo: desafios à pesquisa e às políticas públicas para a promoção da saúde no avanço da modernização agrícola. *Ciencia & Saude Coletiva*, 17, 1533-1542.
- Rivera, M. (2011). Salud bucal en niños pre-escolares de una zona rural chilena. *Int. J. Odontostomat.*, 5(1), 83-86.
- Romero, J. (2012). Lo rural y la ruralidad en América Latina: Categorías conceptuales en Debate. *Psicoperspectivas*, 11(1), 8-31.
- Saavedra, A. (1975). *Capitalismo y lucha de clases en el campo. Chile 1970-1972* (Vol. 50). Madrid. España: Comunicación.

- Salinas, D. y Tetelboin, C. (2005). Las condiciones de la política social en América Latina. *Papeles de Población*, 044, 83-108.
- Samaja, J. (2009). *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina* (Vol. 2). Buenos aires: Editorial Lugar.
- Santos, D. S. B. (2005). *El milenio huérfano: ensayos para una nueva cultura política*. Bogotá: ILSA; editorial Trotta.
- _____ (2010). *Para descolonizar Occidente: más allá del pensamiento abismal* (1° ed.). Buenos Aires: CLACSO. Prometeo Libros.
- Senado de Chile. (2012). *Retrato de la Desigualdad en Chile*. Santiago de Chile: Gobierno de Chile.
- Servicio de Salud del Reloncaví.(2010a). Estructura Orgánica Interna. Resolución N°0043. Puerto Montt: MINSAL.
- _____ (2010b). Mapa de influencia Servicio de Salud del Reloncaví . Recuperado el 29 de agosto 2013, de la página web oficial: http://salunet.minsal.gov.cl/portal/page?_pageid=537,4838955&_dad=portal&_schema=PORTAL
- _____ (2013). Red Asistencial. Recuperado el 10 de agosto del 2013 de la página web oficial: http://salunet.minsal.gov.cl/portal/page?_pageid=537,4838955&_dad=portal&_schema=PORTAL
- Servicio Electoral de Chile [SERVEL]. (2013). Resultados elecciones Alcalde y Concejales Cochamó 2012. Recuperado el 29 de Agosto 2013, de la página web oficial <http://historico.servel.cl/EleccionesMunicipalesWEB/vistaPais.action.html>
- Servicio Nacional de Turismo [SERNATUR]. (2000). *Mapa turístico Región de los Lagos*. Santiago: Gobierno de Chile.
- Seymoure, J. (1979). *Guía práctica ilustrada para la vida en el campo* (2° ed.). Barcelona: Editorial Blume.
- Silva, M. A. (2000). *El mundo de la salud en el trabajo rural, en un contexto de desarrollo*. Borrador presentado en el 7° congreso nacional de Estudios del Trabajo, Buenos Aires.
- Solimano, G. y Vergara, M. (2007). Salud en América latina del siglo XXI: El caso chileno. En V. Brachet-Márquez (Ed.), *Salud Pública y regímenes de pensiones en la era neoliberal: Argenti-*

- na, Brasil, Chile y México, 1980-2000 (pp. 251-290). México: El Colegio de México. Centro de estudios históricos.
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva (Argentina)*, 6(3), 275-293.
- Suarez, A. (1978). Freudomarxismo pasado y presente *Razón, locura y sociedad*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.
- Tarassiouk, A. (2007). Estado y desarrollo. Discurso del Banco Mundial y una visión alternativa. En G. Vidal y A. Guillén (Eds.), *Repensar la teoría del desarrollo en un contexto de globalización. Homenaje a Celso Furtado*. (pp. 45-63). Buenos aires: CLACSO, Universidad Autónoma Metropolitana, México, Red Eurolatinoamericana de Estudios sobre el Desarrollo Celso Furtado.
- Taussig, M. (1993). *El diablo y el fetichismo de la mercancía en Sudamérica*. México: Nueva imagen.
- Tetelboin, C. (1992). Actores sociales: ¿una herramienta para el análisis de políticas públicas? En S. Fleury (Ed.), *Estado y políticas sociales en América Latina*. México.: UAM-X, FIOCRUZ-ENSP
- _____ (1997). Problemas en la conceptualización de la práctica médica. *Estudios de Antropología Biológica*, VIII,487-510.
- _____ (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile : 1973-1990 reformas de primera generación* (Vol. 1* ed). México D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.
- _____ (2012). "Seguimiento de las transformaciones de los sistemas de salud de Chile, post reforma del AUGE-GES y otras a partir de 2002." Anexo. ENTREVISTAS A SEMI PROFUNDIDAD.
- Tetelboin, C. y Farfán, P. (2004). *Vigencia de la Medicina Social como perspectiva de análisis en salud*. Borrador presentado en el IX Congreso ALAMES, Lima, Perú.
- Tetelboin, C. y Granados, A. (2000). Aspectos de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México. *Argumentos*, 35, 25-43
- Tetelboin, C. y Salinas, D. (1984). Estado y políticas de salud en Chile: el proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973-1979. *Estudios Sociológicos*, 11(2-3).

- Tetelboin, C., Zúñiga, C., Medina, S. y Zúñiga, I. (2013). *Conflicto de intereses y su expresión en el financiamiento del sistema de salud en Chile*. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco. México (en prensa).
- Trouillot, M. (2001). La antropología del Estado en la era de la globalización. Encuentros cercanos de tipo engañoso. *Current Anthropology*, 42(1).
- Van Dijk, T. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos*, 186(Journal Article), 23-36.
- Vásquez, E. (2004). *Plan de Desarrollo Turístico Comunal de Cochamó*. Tesis de Licenciatura, Universidad Austral de Chile, Valdivia, Chile.
- Wallerstein, I. (1988). *El capitalismo histórico*. México: Siglo XXI.
- _____ (2005). *Análisis de sistemas-mundos: una introducción*. México Siglo XXI.

Anexo N° 1: Guía de observación de las Postas de Salud Rural (PSR)

Dirigido a: investigador en observación de las PSR de Rio Puelo y de Segundo Corral durante días de “rondas de salud” y días sin ronda.

Contenido: guía de preguntas para orientar la observación en terreno y recolección de datos sobre las condiciones de atención en las PSR.

Ejes temáticos:

EJE 1: Ubicación y accesibilidad de la PSR. Se observarán las condiciones de accesibilidad geográfico-climáticas de la PSR, sus facilidades para la llegada de los equipos de atención y los usuarios. Condiciones de accesibilidad para discapacitados y para posibilidad de traslados.

EJE2: Infraestructura y recursos disponibles. Las características externas e internas de la PSR, el mantenimiento, climatización, higiene, electrificación y comunicación. La estructura y espacios de mantenimiento de los medicamentos y alimentos. Boxes de atención y sala de espera, instrumental disponible y sus características. Pertinencia cultural de las instalaciones.

EJE3: Condiciones de atención y uso de los servicios. Horarios de atención y características. Previsión de horas. Tiempos de atención y espera. Cantidad de “rondas de salud” semanales y sus características. Condiciones de entrega de medicamentos y alimentación. Afluencia de usuarios en distintos días de atención. Principales comentarios dentro de la sala de espera; accesibilidad, transporte, resolución de las enfermedades y satisfacción. Clima anímico durante las rondas.

Guía de preguntas

EJE 1: Ubicación y accesibilidad de la PSR.

¿Dónde se encuentra la PSR? ¿Hay caminos para llegar? ¿Desde dónde provienen? ¿Estos caminos están siempre habilitados o se cierran con climas adversos? ¿Quiénes son los que viven cerca de la PSR? ¿Quiénes son los que están lejos? ¿Qué dificultades tienen los equipos de salud para llegar a la PSR? ¿Existen las facilidades para llegadas de discapacitados y ancianos a la PSR? ¿Qué condiciones se observan para el traslado mediante ambulancias; traslados marítimos o aéreos ante una urgencia?

EJE2: Infraestructura y recursos disponibles.

¿Cómo se ve la PSR desde afuera? ¿Se observa deteriorada? ¿Está pintada recientemente? ¿Sus características arquitectónicas son concordantes con el resto de las construcciones? ¿Cómo es su aspecto interior? ¿Es un espacio acogedor? ¿Cómo están organizadas las distintas secciones? ¿Cómo es el espacio de espera? ¿Hay suficiente calefacción y luz? ¿Se siente humedad o entrada de agua? ¿Cómo son los boxes de atención? ¿Hay espacios adecuados para la atención? ¿Hay privacidad? ¿Hay condiciones adecuadas para el almacenamiento de medicamentos y alimentos? ¿Es suficiente el arsenal farmacológico y el instrumental que se observa? ¿Las características de la PSR son concordantes con las formas de vida de la localidad? En caso de haber ronda de salud ¿Cómo se disponen los profesionales y todos los insumos que traen?

EJE3: Condiciones de atención y uso de los servicios.

¿Cuáles son los horarios de atención de la PSR? ¿Existe horario de urgencias o extras? ¿Cómo se piden y dan las horas? ¿Cuánto tiempo de espera y atención se observa en cada paciente? ¿Cuántas “rondas de salud” hay semanales y cómo se dan las horas para estas atenciones? ¿Existe algún tipo de priorización? ¿Cómo se llaman y atienden los usuarios en los distintos profesionales? ¿Hay derivación o complementariedad entre ellos para resolver algún problema? ¿Cómo se entregan los medicamentos y alimentos? ¿Cuánto deben esperar los usuarios para recibirlos? ¿Cuánta gente hay en la PSR el día de ronda? ¿Cuánta gente hay en el día de “no ronda”? ¿Cómo es el clima en la sala de espera en días de ronda y no ronda? ¿Cuáles son los principales comentarios de los usuarios? ¿Hay satisfacción o frustración con la atención? ¿Hay comentarios sobre la accesibilidad a la PSR?

Anexo N°2: Guía de Entrevistas Semiestructuradas (ES)

1. Guía de ES para funcionarios sistema de salud: funcionarios del Servicio de Salud Regional (SSDR).

Dirigido a: funcionarios del SSDR encargados de los programas relevantes para la atención en zonas rurales: GES, APS y Salud rural.

Contenido: guía de preguntas para las entrevistas en terreno y recolección de datos sobre las representaciones y las prácticas institucionales de atención en salud.

- 1) Datos generales del funcionario: cargo, profesión y tiempo ejerciendo en el SSDR.

Ejes temáticos:

EJE1: la política de salud; conocer los diagnósticos, interpretaciones, propuestas y perspectivas en torno a la política general, la reforma GES, la estrategia de APS, salud familiar, el programa de Salud rural, y las relaciones entre ellas.

EJE2: la estructura del sistema de salud; los diagnósticos, propuestas y perspectivas. Los cambios en los dos periodos de gobiernos. Los cambios producto de reforma GES, estrategia de APS y programa de salud rural.

EJE3: el financiamiento del sistema de salud; suficiencia formas de administración, los cambios por reforma GES, sus características en APS y en las zonas rurales y sus cambios en los dos periodos de gobierno.

EJE4: Las condiciones de producción de servicios en las zonas rurales; los cambios por reforma GES, por estrategias de APS, programa de salud rural y por periodo de gobierno.

EJE5: Las condiciones de atención en las zonas rurales; formas de medición y principales características, sus cambios por la reforma GES, por estrategias de APS, programa de salud rural y por periodo de gobierno.

Guía de preguntas

Datos generales del funcionario:

¿Cuál es su Cargo? ¿Cuál es su profesión y estudios? ¿Cuántos años lleva trabajando en la institución? ¿Qué programas y jefaturas ha ejercido y ejerce actualmente? ¿Pertenece a algún sindicato, partido político u organización comunitaria? ¿Cuál es su forma de contrato con el servicio, qué prestaciones de salud y previsión posee?

EJE1; preguntas guía:

¿Cuál es la situación y función de éste servicio de salud? ¿Qué cambios han significado para esta función la aplicación de la política de salud del GES, la estrategia de APS y el programa de Salud rural? ¿Cómo se dio el proceso en el tiempo? ¿Qué opinión tiene de la orientación general de la política de salud en Chile durante los últimos 6 años? ¿Hay algún hito significativo en ella durante este periodo?

¿Cómo se dan las relaciones del servicio de salud con el Ministerio de salud? ¿Cómo se adoptan las medidas para responder a las orientaciones de los programas GES, APS y Salud rural?

¿Cómo se dan las relaciones del servicio de salud con las municipalidades encargadas de APS y de salud rural?

¿Cómo se ejerce la función de supervisión por parte del servicio de la APS rural? ¿Qué pasa cuando esta supervisión se hace a municipios de distinta tendencia política al gobierno?

¿Existen cambios en las orientaciones, leyes o normas atribuidos a los cambios de periodos de gobierno, reformas GES o programas APS y salud rural?

EJE 2; preguntas guía:

¿Qué cambios en las estructuras en general y en el organigrama del servicio se han implementado por la reforma GES, APS y programa de Salud rural? ¿Qué cambios son atribuidos a los cambios de periodos de gobierno?

¿Con qué instalaciones hospitalarias y de salud cuenta el servicio de salud en estas zonas rurales?

¿Cómo se da la separación entre hospitales y APS? ¿Qué opinión tiene de esta relación?

¿Cuál es su condición? ¿Cuántos años de construcción tienen en promedio los establecimientos en zonas rurales? ¿Hay diferencias con los urbanos? ¿Se han realizado reposiciones de Postas de salud rural (PSR) u Hospitales en estas zonas? ¿Han sido respuestas a las reformas GES, estrategia de APS o programa de salud rural o cambios de periodos de gobierno? ¿Cómo se formulan estas reposiciones de los establecimientos? ¿Existen criterios técnicos y políticos? ¿Cuál de los dos prevalece? ¿Hay un ejemplo que se acuerde de esto?

EJE 3; preguntas guía:

¿Cuál es el financiamiento del servicio de salud? ¿Cómo se distribuye? ¿Qué cantidad de ella se entrega para el sistema de salud en zonas rurales? ¿Considera usted que es suficiente el presupuesto? ¿Qué falta? ¿Cómo se canalizan los recursos?

¿Qué datos económicos se controlan a este nivel y con qué recursos?

¿Qué autorizaciones para compras en el extrasistema se dan? ¿De qué tipo son? ¿Cuáles son sus montos por año? ¿Qué tipo de convenios hay? ¿Cuántos servicios compra el servicio de salud? ¿A

quiénes, de qué patologías, ha aumentado en los últimos años? ¿Cuántos bonos GES se han otorgado, desde cuándo? ¿Se dan a petición del paciente? ¿Hay compras que se den exclusivamente para habitantes de zonas rurales? ¿Cuáles son y por qué existen?
¿Quién financia los traslados desde zonas rurales y aisladas de pacientes que requieren mayor nivel de atención? ¿Cuáles son las diferencias en caso de tener patología GES?
¿Qué cambios en lo anterior se han producido por el cambio de periodo de gobierno? ¿Se ha aumentado o reducido el presupuesto? ¿Se han cambiado las estrategias de gestión de recursos? ¿Cuáles resultan más adecuadas para la gestión de la red?

Eje 4; preguntas guía:

¿Qué cambios se produjeron en las condiciones de producción de los servicios de salud y a atención en los hospitales y postas de salud rural después del GES, estrategia de APS y programa de salud rural? ¿Qué cambios son atribuidos a los distintos periodos de gobierno?
¿Tienen todos los medios para la atención en toda la red? ¿Qué pasa con los recursos humanos?; ¿los insumos, la tecnología, los medicamentos, la infraestructura?
¿Cómo operan las patologías GES en la red? ¿Qué dificultades existen en las zonas rurales? ¿Por qué suceden?

EJE5; preguntas guía:

¿Cómo es la calidad de la atención en el servicio de salud y en la red de hospitales y PSR en las zonas rurales? ¿Hay mediciones efectuadas? ¿Cómo es la calidad de las condiciones de trabajo de los trabajadores? ¿Para los pacientes? ¿Existen listas de espera GES o NO GES? ¿Existen prioridades distintas para los habitantes de zonas rurales y aisladas? ¿Hay cambios respecto al anterior periodo de gobierno? ¿Cuáles son? ¿Qué implican para el funcionamiento de la red de atención en las zonas rurales? ¿Para la producción de servicios? ¿Para la calidad de atención? En su opinión ¿Qué cosas resuelve y que no? ¿Cómo es la satisfacción por parte de los usuarios y trabajadores?

2. Guía de ES para funcionarios sistema de salud: funcionarios administrativos de la Municipalidad local.

Dirigido a: funcionarios de la dirección de salud municipal local.

Contenido: guía de preguntas para las entrevistas en terreno y recolección de datos sobre las representaciones y las prácticas institucionales de atención en salud.

Datos generales: datos generales del cargo, profesión y tiempo ejerciendo en la municipalidad.

Ejes temáticos:

EJE1: la política de salud, conocer los diagnósticos, interpretaciones, propuestas y perspectivas en torno a la política general, la reforma GES, la estrategia de APS y el programa de Salud rural, y las relaciones entre ellas.

EJE2: la estructura del sistema de salud comunal; los diagnósticos, propuestas y perspectivas. Los cambios en los dos periodos de gobiernos nacional y local. Los cambios producto de reforma GES, estrategia de APS y programa de salud rural.

EJE3: el financiamiento del sistema de salud en la comuna; sus cambios por reforma GES, sus características en APS y en salud rural y sus cambios en los dos periodos de gobierno.

EJE4: Las condiciones de producción de servicios en la comuna. Sus cambios reforma GES, por estrategias de APS, programa de Salud rural y por periodo de gobierno.

EJE5: Las condiciones de atención de servicios en la comuna. Sus cambios reforma GES, por estrategias de APS, programa de Salud rural y por periodo de gobierno.

Guía de preguntas

Datos del funcionario:

¿Cuál es su Cargo? ¿Cuál es su profesión y estudios? ¿Cuántos años lleva trabajando en la institución? ¿Pertenece a algún sindicato, partido político u organización comunitaria? ¿Cuál es su forma de contrato con la municipalidad, qué prestaciones de salud y previsión posee?

EJE1; preguntas guía:

¿Cuál es la política de salud rural? ¿Cuál es la política de la dirección de salud? ¿Cuál es la situación y función de ésta dirección de salud municipal? ¿Qué cambios han significado para esta función la aplicación de la política de salud del GES, la estrategia de APS y el programa de Salud rural? ¿Cómo se dio el proceso en el tiempo? ¿Cómo se dan las relaciones entre la municipalidad y el servicio de salud regional (SSDR)? ¿Cómo se adoptan las medidas para responder a las orientaciones del SSDR en los programas GES, APS y Salud rural? ¿A usted qué le parecen estas relaciones?

¿Cómo se dan las relaciones entre los hospitales dependientes del SSDR y las Postas de salud rural (PSR)? ¿Cuáles son las relaciones con los médicos en etapa de destinación y formación (dependientes del servicio de salud regional) de la zona? ¿Qué pasa con estas relaciones cuando el municipio tiene distinta tendencia política con el gobierno? ¿Qué opina de estas diferencias?

¿Cómo se ejerce la función de supervisión por parte de la municipalidad a las PSR? ¿Existen cambios en las orientaciones, leyes o normas atribuidos a los cambios de periodos de gobierno, reformas GES o programas APS y salud rural?

EJE 2; preguntas guía:

¿Se han presentado cambios en las estructuras y en el organigrama del municipio por las reformas GES, APS y programa de Salud rural? ¿Qué cambios son atribuidos a las políticas? ¿Cuáles son? ¿Dependen de cambios en los periodos de gobierno nacional y comunal? ¿Con que instalaciones

de salud cuenta el municipio? ¿Cuál es su condición? ¿Cuántos años de construcción tienen en promedio las PSR? ¿Existen diferencias entre ellas producto de su lejanía con la capital comunal?

¿Se han realizado reposiciones de PSR en los últimos años? ¿A qué se deben? ¿Han sido respuestas a las reformas GES, estrategia de APS o programa de salud rural o cambios de periodos de gobierno? ¿Cómo se formulan estas reposiciones de los establecimientos? ¿Existen criterios técnicos y políticos? ¿Cuál de los dos prevalece?

EJE 3; preguntas guía:

¿Cuál es el financiamiento de la dirección de salud municipal? ¿Cómo se distribuye? ¿Existen diferencias con la entregada a comunas no rurales? ¿Por qué se da esto? ¿Usted cree que es suficiente el presupuesto para la tarea a ejecutar? ¿Qué falta? ¿Cómo se canalizan los recursos?

¿Qué datos económicos se controlan a este nivel y con qué recursos?

¿Qué autorizaciones para compras en el extrasistema se dan? ¿De qué tipo son? ¿Y cuáles son sus montos por año? ¿Qué tipo de convenios hay? ¿Cuántos servicios compra la dirección de salud comunal? ¿Cuáles son? ¿Han cambiado en los últimos años?

¿Quién financia los traslados desde zonas rurales y aisladas de pacientes que requieren mayor nivel de atención? ¿Existe financiamiento para traslado al sistema de salud argentino en caso de necesidad? ¿Esta derivación y traslado se da frecuentemente? ¿Hay convenios firmados entre los sistemas de salud?

¿Qué cambios en lo anterior se han producido por el cambio de periodo de gobierno nacional y comunal o producto de la reforma Ges? ¿Se ha aumentado o reducido el presupuesto? ¿Se han cambiado las estrategias de gestión de recursos? ¿Cuáles resultan más adecuadas?

Eje 4; preguntas guía:

¿Qué cambios se produjeron en las condiciones de producción de los servicios de salud y a atención PSR después del GES, estrategia de APS y programa de salud rural? ¿Qué cambios son atribuidos a los distintos periodos de gobierno nacional y comunal?

¿Tienen todos los medios para la atención? ¿Qué pasa con los recursos humanos? ¿los insumos, la tecnología, los medicamentos, la infraestructura?

¿Cómo operan las patologías GES en las PSR? ¿Qué dificultades existen derivados de la condición de ruralidad o aislamiento en la zona? ¿Por qué suceden?

Eje 5; preguntas guía:

¿Cómo es la calidad de la atención en las PSR? ¿Hay mediciones efectuadas? ¿Para las condiciones de trabajo de los trabajadores? ¿Para los pacientes?

¿Cómo se planifican las “rondas de salud” en las PSR? ¿Qué profesionales, insumos y recursos implican? ¿Qué dificultades existen para el cumplimiento de ellas?

¿Cómo se dan las acciones de promoción y prevención en las PSR? ¿Quién las realiza? ¿Cuáles dificultades existen en su realización?

¿Cómo es la satisfacción de los usuarios y trabajadores? ¿Se ha medido? ¿Qué opina usted de esto?

3. Guía de ES para funcionarios sistema de salud: profesionales que atienden en las Postas de Salud Rural (PSR).

Dirigido a: profesionales que atienden directamente a los usuarios dentro de las PSR: matrona, médico, enfermera.

Contenido: guía de preguntas para las entrevistas en terreno y recolección de datos sobre las representaciones y las prácticas institucionales de atención en salud.

Datos generales: del cargo, profesión y tiempo ejerciendo en la zona.

Ejes temáticos:

EJE1: la política de salud, conocer los diagnósticos, interpretaciones, propuestas y perspectivas en torno a la política general, la reforma GES, la estrategia de APS y el programa de Salud rural, y las relaciones entre ellas.

EJE2: la estructura del sistema de salud comunal; los diagnósticos, propuestas y perspectivas. Los cambios en los dos periodos de gobiernos nacional y local. Los cambios producto de reforma GES, estrategia de APS y programa de salud rural.

EJE3: el financiamiento del sistema de salud en la comuna; sus cambios por reforma GES, sus características en APS y en salud rural y sus cambios en los dos periodos de gobierno.

EJE4: Las condiciones de producción de servicios en la comuna. Sus cambios reforma GES, por estrategias de APS, programa de Salud rural y por periodo de gobierno.

EJE5: : Las condiciones de atención en la comuna. Sus cambios reforma GES, por estrategias de APS, programa de Salud rural y por periodo de gobierno.

Guía de preguntas

Datos del funcionario:

¿Cuál es su profesión y estudios? ¿Cuántos años lleva trabajando en la zona? ¿Pertenece a algún sindicato, partido político u organización comunitaria? ¿Cuál es su forma de contrato, qué presta-

ciones de salud y previsión posee? ¿Qué programas de salud tiene a su cargo? ¿Cuáles son las funciones que realiza periódicamente?

EJE1; preguntas guía:

¿Cuál es la situación y función de las PSR? ¿Qué cambios han significado para esta función la aplicación de la política de salud del GES, la estrategia de APS y el programa de Salud rural? ¿Cómo se dan las relaciones entre las PSR, municipalidad y el servicio de salud regional? ¿Cómo se adoptan las medidas para responder a las orientaciones del servicio en los programas GES, APS y Salud rural?

¿Cómo se dan las relaciones entre los hospitales dependientes del servicio y las Postas de salud rural (PSR)? ¿Cómo se realiza una derivación de pacientes? ¿Es adecuada? ¿Cómo se mejoraría? ¿Cuáles son las relaciones entre los profesionales y la dirección de salud municipal? ¿Cuáles son las relaciones entre los técnicos de las PSR y los funcionarios? ¿Existe supervisión de sus actividades? ¿Existen cambios en las orientaciones, leyes o normas atribuidos a los cambios de periodos de gobierno, reformas Ges o programas APS y salud rural respecto a los puntos anteriores?

EJE 2; preguntas guía:

¿Se han presentado cambios en las estructuras y en el organigrama de las PSR por la reforma GES, APS y programa de Salud rural? ¿Qué cambios son atribuidos a los cambios de periodos de gobierno nacional y comunal? ¿Cuál es la condición de las PSR en que trabaja? ¿Cuántos años de construcción tienen en promedio las PSR donde trabaja? ¿Existen diferencias entre ellas producto de su lejanía con la capital comunal? ¿Es posible una atención de calidad en estas instalaciones? ¿De quién depende su reposición? ¿Qué influencia tienen los profesionales de salud frente a estas decisiones?

EJE 3; preguntas guía:

¿Cuál es el financiamiento de las acciones en salud en las PSR? ¿Cómo se distribuyen? ¿Existen diferencias entre las distintas PSR? ¿Por qué se da esto? ¿Es suficiente el presupuesto? ¿Qué falta? ¿Cómo se canalizan los recursos? ¿Existe una gestión adecuada de ellas por parte de la dirección de salud municipal y el servicio de salud regional?

¿Qué presupuestos puede controlar? ¿Cuáles otros serían útiles de controlar para mejorar la atención? ¿Hay convenios y compras de servicios que pasen por su opinión y supervisión? ¿A quiénes, de qué patologías, ha aumentado en los últimos años?

¿Cómo se dan los traslados desde zonas aisladas para pacientes que requieren mayor nivel de atención? ¿Existe financiamiento para ello? ¿Existen traslados al sistema de salud argentino en caso de necesidad? ¿Esta derivación y traslado se da frecuentemente? ¿Hay convenios firmados entre los sistemas de salud o relaciones entre los profesionales de salud de los países?

¿Qué cambios en lo anterior se han producido por el cambio de periodo de gobierno nacional y comunal? ¿Se ha aumentado o reducido el presupuesto? ¿Se han cambiado las estrategias de gestión de recursos? ¿Cuáles resultan más adecuadas?

Eje 4; preguntas guía:

¿Qué cambios se produjeron en las condiciones de producción de los servicios de salud y a atención PSR después del GES, estrategia de APS y programa de salud rural? ¿Qué cambios son atribuidos a los distintos periodos de gobierno nacional y comunal?

¿Tienen todos los medios para la atención? ¿Cómo es su remuneración? ¿Es adecuada a las características del trabajo? ¿Es adecuada la cantidad y calidad de los insumos, la tecnología, los medicamentos, la infraestructura con que trabajan?

¿Cómo operan las patologías GES en las PSR? ¿Qué dificultades existen derivadas de la condición de ruralidad o aislamiento en la zona? ¿Por qué suceden?

EJE5; preguntas guía:

¿Cómo es la atención en las PSR? ¿Hay diferencias entre ellas? ¿Por qué ocurre esto? ¿Cómo se podría solucionar?

¿Cómo se planifican las “rondas de salud” en las PSR? ¿Existen criterios técnicos o médicos para su planificación? ¿Qué dificultades existen para el cumplimiento de ellas? ¿De quién dependen?

¿Cómo se dan las acciones de promoción y prevención en las PSR? ¿Las realizan los profesionales o los técnicos? ¿Cuáles dificultades existen en su realización?

¿Existen instancias de reflexión y evaluación entre los profesionales y los técnicos que trabajan en la comuna? ¿Con que frecuencia se dan? ¿Cuáles dificultades se detectan en ellas?

4. Guía de ES para funcionarios sistema de salud: técnicos paramédicos que atienden en las Postas de Salud Rural.

Dirigido a: técnicos paramédicos que atienden directamente a los usuarios dentro de las PSR: Rio Puelo y Segundo Corral.

Contenido: guía de preguntas para las entrevistas en terreno y recolección de datos sobre las representaciones y las prácticas institucionales de atención en salud.

Características generales del cargo, profesión y tiempo ejerciendo en la zona.

Ejes temáticos:

EJE1: la política de salud, conocer los diagnósticos, interpretaciones, propuestas y perspectivas en torno a la política general, la reforma GES, la estrategia de APS y el programa de Salud rural, y las relaciones entre ellas.

EJE2: la estructura del sistema de salud comunal; los diagnósticos, propuestas y perspectivas. Los cambios en los dos periodos de gobiernos nacional y local. Los cambios producto de reforma GES, estrategia de APS y programa de salud rural.

EJE3: el financiamiento del sistema de salud en la comuna; sus cambios por reforma GES, sus características en APS y en salud rural y sus cambios en los dos periodos de gobierno.

EJE4: Las condiciones de producción de servicios. Sus cambios reforma GES, por estrategias de APS, programa de Salud rural y por periodo de gobierno.

EJE5: Las condiciones de atención. Sus cambios reforma GES, por estrategias de APS, programa de Salud rural y por periodo de gobierno.

Guía de preguntas

Datos generales:

¿Cuál son sus estudios? ¿Cuántos años lleva trabajando en la zona? ¿Pertenece a algún sindicato, partido político u organización comunitaria? ¿Vivía en la zona antes? ¿Cuál es su forma de contrato, qué prestaciones de salud y previsión posee? ¿Cuáles son las funciones que realiza periódicamente?

EJE1; preguntas guía:

¿Cuál es la situación y funciones de su PSR? ¿Qué cambios han significado para esta función la aplicación de la política de salud del GES, la estrategia de APS y el programa de Salud rural? ¿Cómo se dan las relaciones entre los técnicos paramédicos, los profesionales y los funcionarios municipales? ¿Hay supervisión desde el servicio de salud regional? ¿de qué se trata? ¿Existen cambios en las orientaciones, leyes o normas atribuidos a los cambios de periodos de gobierno nacional y local, reformas Ges o programas APS y salud rural respecto a los puntos anteriores?

¿Cómo se adoptan las medidas para responder a las orientaciones de los programas GES, APS y Salud rural?

EJE 2; preguntas guía:

¿Se han presentado cambios en las estructuras de la PSR por la reforma GES, APS y programa de Salud rural? ¿Qué cambios son atribuidos a los cambios de periodos de gobierno nacional y comunal? ¿Cuál es la condición de las PSR en que trabaja? ¿Cuántos años de construcción tienen en promedio las PSR donde trabaja? ¿Existen diferencias entre ellas producto de su lejanía con la capital comunal? ¿Es posible una atención de calidad en estas instalaciones? ¿De quién depende

su reposición? ¿Qué influencia tienen los técnicos paramédicos frente a estas decisiones? ¿Hay reuniones periódicas de retroalimentación y coordinación con los otros técnicos paramédicos y profesionales?

EJE 3; preguntas guía:

¿Cuál es el financiamiento de las acciones en salud en su PSR? ¿Cómo se distribuyen? ¿Existen diferencias entre las distintas PSR? ¿Por qué se da esto? ¿Es suficiente el presupuesto? ¿Qué falta? ¿Cómo se canalizan los recursos? ¿Existe una gestión adecuada de ellas por parte de la dirección de salud municipal y el servicio de salud regional?

¿Qué presupuestos puede controlar? ¿Cuáles otros serían útiles de controlar para mejorar la atención?

¿Cómo se dan los traslados desde zonas aisladas para pacientes que requieren mayor nivel de atención? ¿Existe financiamiento para ello? ¿Existen traslados al sistema de salud argentino en caso de necesidad? ¿Esta derivación y traslado se da frecuentemente? ¿Qué opinión tiene de ese tipo de derivación?

¿Qué cambios en lo anterior se han producido por el cambio de periodo de gobierno nacional y comunal? ¿Se ha aumentado o reducido el presupuesto? ¿Se han cambiado las estrategias de gestión de recursos? ¿Cuáles resultan más adecuadas?

Eje 4; preguntas guía:

¿Qué cambios se produjeron en las condiciones de producción de los servicios de salud en las PSR después del GES, estrategia de APS y programa de salud rural? ¿Qué cambios son atribuidos a los distintos periodos de gobierno nacional y comunal?

¿Existen programas de promoción y prevención en su PSR? ¿Cómo operan?

¿Existen organizaciones comunitarias en coordinación con la PSR? ¿Cómo operan y cuáles son sus objetivos y desarrollo en los últimos 6 años?

¿Tienen todos los medios para la atención? ¿Cómo es su remuneración? ¿Es adecuada a las características del trabajo? ¿Es adecuada la cantidad y calidad de los insumos, la tecnología, los medicamentos, la infraestructura con que trabajan?

¿Cómo operan las patologías GES en su PSR? ¿Qué dificultades existen derivadas de la condición de ruralidad o aislamiento en la zona? ¿Por qué suceden?

EJE 5; preguntas guía:

¿Cómo la atención en su PSR? ¿Hay mediciones sobre la opinión de los usuarios y trabajadores sobre la atención? ¿Cómo cree que es vista por la población la atención? ¿Usted considera adecuada y pertinente la atención que ofrece la PSR?

¿Cuántas “rondas de salud” tiene su PSR a la semana? ¿Cómo se planifican? ¿Quién decide? ¿Qué dificultades existen para el cumplimiento de ellas? ¿Qué implica para dar una atención adecuada?

¿Cómo es la promoción y prevención en la PSR? ¿Quién está a cargo de ella? ¿Qué dificultades hay en su realización? ¿Cómo es la curación y rehabilitación? ¿Quién está a cargo de ellas y cuales dificultades se presentan?

¿Existen instancias de reflexión y evaluación entre los profesionales y los técnicos que trabajan en la comuna? ¿Con que frecuencia se dan? ¿Cuáles dificultades se detectan en ellas?

5. Guía de ES para grupos familiares usuarios del sistema de salud.

Dirigido a: grupos familiares que cumplan los criterios de inclusión y exclusión definidos en el protocolo. Dos grupos serán de usuarios de la PSR Rio Puelo y dos de las PSR de Segundo Corral.

Contenido: guía de preguntas para las entrevistas en terreno y recolección de datos sobre las representaciones y las prácticas (institucionales y no institucionales) del proceso de atención en salud.

Ejes temáticos:

EJE 1: Datos socio económicos y condiciones de vida familiar. Acá se preguntará por los miembros de la familia, sus principal ocupación, estudios y formas de consumo; las condiciones de vivienda, alimentación, saneamiento, previsión social y salud. La ubicación geográfica-climática de la vivienda y su interacción con las condiciones de vida. La participación de organizaciones, actividades comunales, políticas o cooperativas, etc.

EJE2: Contexto histórico político de la comuna. Se recopilará información sobre la evolución de la familia viviendo en la comuna, localidades, principales hitos biográficos, sociales o políticos de la localidad, historia local y de migraciones. Las organizaciones comunales y estatales y su presencia en la comuna, la municipalidad y su evolución. Historia de la PSR y el sistema de salud local y su evolución.

EJE3: Itinerarios de atención de enfermedades. Se preguntará por las principales enfermedades de los miembros del grupo familiar y se reconstruirá su inicio, evolución, uso del sistema público, uso de otros sistemas médicos, la infraestructura, personal, medicamentos, trato, accesibilidad, conocimiento y evaluación de los programas de salud, etc.

Guía de preguntas

EJE 1: Datos socio económicos y condiciones de vida familiar.

¿Cuántos miembros tienen esta familia? ¿Cuántos viven en esta casa? ¿Qué edades tienen? ¿Cuáles son las principales ocupaciones, trabajos u oficios de los miembros? ¿Cuántos no pueden encontrar trabajo? ¿Cuáles son los estudios de los miembros? ¿Todos saben leer?

¿De dónde vienen los recursos económicos principales de la familia? ¿Existen deudas con bancos u otras instituciones? ¿Existen apoyos o subsidios estatales para la familia? ¿Cuáles son los principales gastos de la familia? ¿Dónde y qué compran para la alimentación? ¿Qué cantidad de los alimentos que se consumen son cultivados, pescados o criados por la misma familia?

¿De dónde sacan el agua? ¿Es potable? ¿Cómo es la disposición de excretas, basuras, etc? ¿Cuáles son las características de la calefacción y aislamiento del hogar?

¿Desde cuándo viven en la localidad? ¿Existe migración de los miembros de la familia? ¿Cuáles son las características geográficas-climáticas de la localidad? ¿Consideran que están “aislados”? ¿Por qué sí o no? ¿Qué impacto tiene la ubicación geográfica de la vivienda respecto a las condiciones de vida y accesibilidad a servicios de salud y otros?

¿Cuál es su condición de previsión y de asistencia de salud? ¿Pertenece a alguna organización, comunitaria, política o social? ¿Pertenece a alguna etnia? ¿Conocen organizaciones de estas características? ¿Qué rol cumplen en la localidad?

EJE2: Contexto histórico político de la comuna.

¿Cuánto tiempo llevan viviendo en la comuna? ¿Se han cambiado de localidad? ¿Sus abuelos, y antepasados de dónde vinieron? ¿Cuáles son los principales cambios que han tenido la localidad? ¿Qué pasó durante la posible guerra con Argentina? ¿Durante la dictadura militar? ¿Durante los gobiernos posteriores? ¿Ha habido llegada o salida de mucha gente de la localidad? ¿Cuándo se produjo y por qué?

¿Han llegado grandes empresas a la localidad? ¿Qué impacto han tenido? ¿Ha cambiado las condiciones del medio ambiente? ¿Cómo afecta a la vida de los habitantes?

¿Desde cuándo y cómo se introducen los distintos servicios estatales como educación, salud, etc en la localidad? ¿Cuáles son los principales hitos en estas funciones? ¿? ¿Cuál es el rol de la municipalidad en la localidad y cómo ha cambiado en el tiempo? ¿A qué o quién responden estos cambios? ¿Qué influencia tienen los gobiernos nacionales y municipales en las características de los servicios públicos locales? ¿Cuáles son las organizaciones comunitarias que existen en la localidad y que evolución han tenido? ¿Quiénes son sus dirigentes?

¿Cuándo se construyó la PSR en la localidad? ¿La han cambiado o refaccionado? ¿Cómo era el sistema de atención antes? ¿Cómo es ahora? ¿De qué o quién dependen estas variaciones?

EJE3: Itinerarios de atención de enfermedades. ¿Cuáles son las principales personas enfermas del grupo familiar? ¿Cuál ha sido su inicio?¿Cómo se ha desarrollado?¿ Qué medidas curativas y preventivas se realizaron en el hogar? ¿utilizaron hierbas , medidas físicas o medicamentos de patente?¿ Ha mejorado o empeorado la enfermedad?¿ acudieron al sistema público de salud?¿ cómo fue la respuesta?¿ acudieron a otros sanadores locales?¿cómo fue esa respuesta?¿acudieron al sistema público argentino?¿cómo fue esa respuesta?¿acudieron al sistema privado?¿cómo fue esa respuesta?¿con qué recursos se cubrieron estas necesidades? ¿Cómo funciona el sistema ante urgencias? ¿Alguien de la familia ha tenido urgencias? ¿Cómo se resolvió?

¿Cómo es la atención en las PSR y el hospital de derivación? ¿Cuál es el rol del técnico paramédico? ¿Realiza de buena forma sus funciones? ¿Cuántas “rondas de salud” hay por semana? ¿Quiénes participan? ¿Son suficientes los recursos humanos, infraestructura, medicamentos, para traslados, etc? ¿Qué hace falta? ¿Por qué funciona así? ¿Cómo se podría mejorar? ¿De quién es la responsabilidad? ¿Existen organizaciones comunitarias que velen por la mejora del sistema? ¿Qué han hecho o no han hecho? ¿Por qué no existen en ese caso?

¿Cómo es el trato humano en las PSR? ¿Se respetan las tradiciones y conocimientos locales por parte de los profesionales y técnicos? ¿Se utilizan hierbas u otros tratamientos sin medicamentos por partes de los funcionarios del sistema? ¿Los sanadores tradicionales son reconocidos, apoyados o invalidados por los funcionarios del sistema? ¿De qué o quién dependen estos cambios de orientación? ¿Existen personas que tiene privilegios en la atención de salud por la PSR?¿ Por qué se produce esto?

¿Cuál es la impresión general de la atención en salud en la localidad?

¿Conocen los principales programas de salud? ¿Qué función cumplen? ¿El sistema GES cómo funciona y qué implica en las PSR? ¿Ha significado mejora o empeoramiento en la atención a la salud de la localidad? ¿Por qué se produce esto? ¿Tienen alguna recomendación o aporte para mejorar los programas y la atención en general?

Anexo N° 3. Ejes Temáticos, categorías y principales cuestionamientos sobre cada fuente.

Eje temático	Categorías	Discursos oficiales y marco legal-normativo	Prácticas institucionales en salud	Representaciones de funcionarios y usuarios
Rol del Estado, relación con mercado y sociedad	El poder político y económico	<p>¿Quiénes son los grupos de interés en el poder, cómo toman las decisiones?</p> <p>¿Cuáles son las principales funciones del Estado y a quiénes favorecen?</p> <p>¿Qué concepciones sobre el rol del mercado en la sociedad establece?</p> <p>¿Cuáles son sus formas de representación democrática?</p> <p>¿Se observan cambios por el cambio de gobierno?</p>	<p>¿Cómo el Estado llega a Cochamó?</p> <p>¿Qué instituciones se establecen, y qué hacen en las distintas localidades?</p> <p>¿Quiénes son los funcionarios estatales, ¿a qué intereses responden?</p> <p>¿Cómo cambian en el tiempo?</p>	<p>¿Cómo observan el rol Estatal en el territorio?</p> <p>¿Cuáles son sus principales características y prioridades?</p> <p>¿Quiénes son los representantes del Estado en la localidad?</p> <p>¿Cómo observan su actuación?</p> <p>¿Cómo apoyan al mercado y privados en la comuna?</p> <p>¿Qué relaciones diferenciales establecen con los distintos grupos?</p>
	Principal función y prioridades			
	Fomento mercado y privados			
	Fomento acciones públicas			
	Volumen del Estado			
	Formas de representación social			
	Peso de representantes electos versus tecnócratas			
Cambios producto del cambio de gobierno				
Políticas sociales y de salud	Necesidad y funciones de la política social	<p>¿Quiénes son los sujetos de acción de las políticas sociales?</p> <p>¿Quiénes formulan estas políticas?</p> <p>¿Qué características estructurales tienen las políticas sociales?</p> <p>¿Cuáles son sus prioridades y límites?</p> <p>¿Cómo está reglamentada su articulación burocrática?</p> <p>¿Hay cambios en estas políticas por el</p>	<p>¿Cómo llegan las políticas sociales y de salud en Cochamó?</p> <p>¿Qué prioridades establecen?</p> <p>¿Qué instituciones y formas de funcionamiento tienen?</p> <p>¿Qué nivel de participación tiene la población en su formulación e implementación?</p> <p>¿Quiénes son los</p>	<p>¿Cómo observan las instituciones de la política social en el territorio?</p> <p>¿Cuáles son sus “grupos objetivos”, condiciones y funciones?</p> <p>¿Cómo observan su actuación y relaciones diferenciales con los distintos grupos en la comuna?</p> <p>¿Observan cambios en ellas producto de los cambios de gobiernos nacional y/o municipal?</p>
	Institucionalización			
	Límites de financiamiento y acción			
	Formulación e implementación			
	Concepto de salud/enfermedad			
	Participación social			
	Actores de la formulación, gestión e implementación			

	Cambios de la política por cambios de gobierno nacional y municipal	cambio de gobierno?	receptores de la política?	
Recursos del sistema de salud público	Formas y volúmenes de financiamiento	¿Cómo se financia el sistema público en estas zonas?	¿Cuánto es el presupuesto disponible?	¿Cómo observan la calidad y cantidad de los recursos en la zona?
	Calidad y cantidad de recursos humanos	¿Cómo está normado su cálculo y administración?	¿Qué recursos se observan?	¿A qué responde esta realidad?
	Calidad y cantidad de infraestructura	¿Qué formas de contratación se establecen?	¿Son suficientes para la labor imputada?	¿Cómo se administran estos recursos?
	Calidad y cantidad de equipamiento	¿Quiénes son los encargados de administrar los recursos y con qué facultades lo hacen?	¿Cómo es su distribución entre los distintos establecimientos?	¿Quiénes salen favorecidos y perjudicados con esta distribución?
	Formas de organización	¿Cuáles son los estándares mínimos de funcionamiento de las Postas?	¿Quiénes son favorecidos por esta distribución?	¿Cómo observan el funcionamiento y organización del sistema de salud en la zona?
	Formas de funcionamiento	¿Cuáles son las formas normadas de funcionamiento y acciones de ellas?	¿Cómo son las formas de funcionamiento y organización del sistema?	
Ruralidad	Concepto de ruralidad	¿Cómo es conceptualizada la ruralidad?	¿Qué condiciones particulares establece la ruralidad para el sistema de salud?	¿Cómo es observada la ruralidad?
	Relación con el aislamiento	¿Qué problemas y oportunidades se le atribuye?	¿Cómo son las condiciones de vida sus usuarios?	¿Qué condiciones de vida y de vivir determina?
	Formas de explotación humana y del ambiente	¿Qué políticas especiales se establece para estas zonas?	¿Cuáles son sus perfiles epidemiológicos y necesidades en salud?	¿Cuáles formas de resistencia/adaptación se accionan ante la adversidad?
	Proceso de salud/enfermedad/atención	¿A qué intereses responde?	¿Qué formas de relación singulares establecen con el sistema y sus funcionarios?	¿Cuáles estrategias llevan a cabo para resolver sus problemas de salud?
	Condiciones de vida	¿Cómo participan los habitantes de estas zonas en las definiciones?		¿Cómo se relacionan con el sistema de salud público?
	Formas de resistencia			¿qué formas de organización colectiva establecen?
	Estrategias de resolución ante la enfermedad			

Anexo N°4. Notas de Campo

1. Notas descriptivas

1.1. Valores y tiempos de viaje Santiago-Puerto Montt-Rio Puelo (28/11/12)

El pasaje en bus desde Santiago a Puerto Montt cuesta 20,000 pesos (42USD), en temporada baja en salón cama. Sale todos los días en dos horarios, noche y mañana, por varias empresas de distinta calidad. El viaje dura aproximadamente 12 a 14 horas.

El pasaje en bus desde Puerto Montt a Rio Puelo cuesta 3,500 pesos (7USD), y sale 3 veces al día (7:45, 12:15 y 16:00hrs). Solo dos empresas hacen el viaje. En general los buses son antiguos y están con poco mantenimiento. El viaje demora 4 horas aproximadamente. Su trayecto pasa por: Puerto Varas, Ralún, Cochamó, Casacajal y localidades intermedias.

1.2. Valores, tiempos y características del viaje Rio Puelo-Segundo Corral (30/11/12)

Desde el centro de Rio Puelo, donde se encuentra la municipalidad, salen 2 veces al día buses para Llanada Grande, ese trayecto debe avanzar de la siguiente forma: aprox. 16 kilómetros de camino de ripio en buen estado hasta llegar al Lago Tagua Tagua, donde se encuentra la rampla para tomar la barcaza “Caupolicán” que cruza el lago. Hasta este punto el bus se demora aproximadamente 1 hora de viaje y cobra 1,500 pesos (3USD). Este lado del lago es llamado “El Canelo” y el otro “Punta Maldonado”, aunque los habitantes de la zona no ocupen regularmente esas denominaciones. Acá entrevisté a la familia de FO quienes tienen su hogar y una hostería justo frente a la rampla de la barcaza.

El trayecto en la barcaza demora 1 hora, y sale dos veces al día (ida y vuelta). Hay un anuncio en un afiche dentro de la embarcación diciendo que se trata de un transporte concesionado y subsidiado por el gobierno regional, por lo tanto el valor del pasaje es más económico que lo que debería, aun así sus valores son: pasajeros a pie 1,000 pesos (2USD); automóviles 6,500 pesos (13USD) y camiones 10,400 pesos (21USD). El viaje es de una belleza exuberante, el lago color verde esmeralda se completa con la visión de las montañas llenas de vegetación, altos volcanes nevados y abundantes caídas de agua en forma de cascadas. Se observan algunas casas y campos bordeando el lago, algunas de ellas son “Lodges de Pesca” que reciben a extranjeros y nacionales capaces de pagar altos costos por un poco de tranquilidad y abundante pesca de truchas de río. Podría decirse que este es el “portal” de la entrada a la zona de la cordillera, acá ya los celulares y televisión abierta dejan de funcionar y las formas de comunicación y tiempos de vida cambian por completo.

Una vez llegado a Pta. Maldonado queda un trayecto de 32 kilómetros de camino ripiado en buen estado (pero no tan bueno como el anterior) hasta la localidad cordillerana de Llanada Grande, donde se encuentran servicios como escuela, internado, posta de salud, aeródromo, locales de abarrotes y hosterías. Esta localidad es la que mayor población tiene de los sectores llamados

“cordilleranos” que en rigor son denominados así porque no están en contacto directo con el Estuario del Reloncaví.

Ya en Llanada Grande, las opciones para seguir avanzando hacia Segundo Corral son básicamente dos. Una posibilidad es continuar por el camino de ripio hasta donde este termina, pasada la llamada “pasarela” que permite el cruce del Río Puelo a la altura de “La cascada” aproximadamente a ¿30 kilómetros? , siendo una hora de viaje en vehículo. Hasta acá llega la construcción del camino que está en proceso por parte del CMT (Cuerpo Militar del Trabajo), la idea es continuar este camino hasta Segundo Corral o más allá hasta hacer un paso vehicular en el paso fronterizo a Argentina. En todo caso, al terminarse el avance de este camino ya no queda otra opción para avanzar más que continuar a pie, o en caballo por el sendero que cruza Primer Corral hasta la localidad de Segundo Corral, este trayecto me demoró 3,5 horas a paso lento, y son aprox. 15 kilómetros. El sendero es estrecho y tiene abundantes arroyos y vegetación nativa, así veo Coigües, Cipreses de la Montaña y arbustos como las abundantes “rosa mosquetas” y “murtas”, este camino se inhabilita con la lluvia abundante, en un tramo tuve que cruzar un río que estaba crecido no sin dificultad.

La otra alternativa para llegar a Segundo Corral es tomar la “ruta de los lagos” que significa pagar dos lanchas para cruzar los lagos las Rocas y Luego el Inferior. Desde el camino de ripio hasta el embarcadero de la lancha igual se debe caminar por un sendero aproximadamente 40 minutos y luego otro menor (20 minutos) entre el Lago las Rocas y el Inferior. Esta ruta se supone que estaría subvencionada por la municipalidad para que no se tenga que pagar en los días y horarios hábiles la renta de la lancha completa que cuesta por lo general 40,000 pesos (80USD) cada una. Puedo afirmar que esta subvención funciona sin pago alguno para los usuarios sólo en el tramo de Lago inferior, ya que el tramo del Lago las Rocas lo realicé junto al equipo de salud que estaba en ronda de salud y por lo tanto había un contrato especial con la municipalidad para ese viaje.

1.3. Observación casa del grupo familiar más cercano a la PSR Río Puelo.

Condiciones de vida

La vivienda se encuentra en la población llamada ICP, siendo la más cercana a las instalaciones municipales, a 100 metros de la vivienda se encuentran: municipalidad, posta, internado y escuela rural de Cochamó. El camino es ripiado, pero se encuentra a 200 metros de la carretera recién pavimentada que conecta Río Puelo con Cochamó. El transporte público es de frecuencia de 2 veces al día con destino a Puerto Montt.

La población se compone de casas de dos aguas y revestimiento de latones construidos aproximadamente en el año 1980. Muchas de estas viviendas, al momento actual se encuentran ampliadas, como es el caso de la observada. En ella la ampliación del frontis ocupa el doble del tamaño de la vivienda original. Desde afuera se ve una amplia entrada que anuncia la ocupación de la familia “Cocinería E.”. Ya en el interior se observan mesones rectangulares con sillas para los huéspedes en una superficie aproximada de 14x7 metros, que en un total de 20 personas comiendo llenarían el espacio. A un lado está la cocina a leña y las grandes ollas con los alimentos.

La casa está electrificada, tiene televisión pagada satelital, agua potable del sistema rural y alcantarillado. Al interior se observa un revestimiento de madera que brinda aislamiento.

Prácticas de salud

Se encuentran numerosos cuadros con imágenes religiosas en las paredes de la casa. Además se ven las bolsas de papel típicas de los fármacos entregados por la PSR a un costado de la cocina, no observo hierbas medicinales secando, pero se ven –recién cortadas de la huerta- cilantro y cebollas para la preparación de la comida del día.

1.4. Observación hogar grupo familiar más lejano del sector de influencia PSR Rio Puelo.

Condiciones de vida:

A 16 kilómetros de la PSR Rio Puelo se emplaza la vivienda. Hay un camino ripiado en regulares condiciones, pero que permite el paso todo el año de vehículos. El bus público pasa 2 veces al día. Caminando son más o menos 3 horas desde la Posta de Rio Puelo. Camino hacia el Lago Tagua Tagua se encuentra la vivienda, específicamente al frente del lago. Allí pasa 4 veces al día el transbordador subvencionado que lleva hacia el camino a Llanada grande, la más poblada de las localidades llamadas “cordilleranas”.

La vivienda está en las faldas de un cerro cuya vegetación muestra signos de un incendio antiguo. El terreno es de más o menos 5 hectáreas, y ahora están trabajando máquinas de peso pesado y varios hombres que construyen una rampla de concreto de grandes dimensiones. La entrada de la casa está tapada con grandes rocas que se utilizaran en la construcción.

Vivienda de dos pisos, amplia, de madera y por exterior se ve bien conservada, tiene el típico “estilo chilote” en base a tejuelas de alerce (ver foto). Afuera circulan gallinas, perros y gatos. Se ve atrás de la vivienda un invernadero de 4x 7 metros y una huerta del doble de tamaño con numerosas hortalizas y granos sembrados. A pocos metros de la salida se ve el tubo de aire del pozo séptico, la toma de agua desde una vertiente cerro arriba y la conexión de la electricidad que proviene de una pequeña construcción, allí se encuentra el generador en base a petróleo. Hay una gran antena para la captación de televisión pagada por satélite.

Dentro de la casa se ve una cocina amplia donde transcurre la entrevista, al lado hay una habitación con una gran mesa. El clima es caluroso en la cocina. Esta prendida la cocina en base a leña y hay unas ollas comenzando a cocinar el almuerzo. El piso es de madera al igual que toda la casa. Se ve una pequeña entrada donde se depositan los zapatos y la ropa mojada antes de entrar, allí también hay cuchillos y herramientas para la huerta.

Prácticas de salud

Se ven dos matas de hierbas secando arriba de la cocina que parecen ser de menta. Además encima de la televisión bolsas típicas de lasa que reparten en las PSRs. Elementos religiosos sólo observo un cuadro de la última cena en la pared.

1.5. Observación casa del grupo familiar más próximo a la PSR Segundo Corral.

Condiciones de vida

Accesibilidad: La casa se encuentra a 10 minutos caminando por un sendero amplio desde lo que podría denominarse el “centro” de Segundo Corral, allí se concentra una pequeña población de 10 casas, la capilla, dos locales de venta de abarrotes, la posta, el teléfono satelital (dentro de la misma posta) , una sede de la junta de vecinos y a un lado la pista de aterrizaje. Para llegar a la localidad de Segundo Corral existen varias alternativas: 1) por avión que llega una vez al mes llevando el “pago” de las pensiones del INP a la localidad, también se puede contratar un viaje especial desde Puerto Montt que cuesta aprox. 600 mil pesos según las entrevistas, 2) por un camino que desde Rio Puelo debe atravesar 16 kilómetros de camino ripiado, luego pasar en barcaza por el lago tagua-tagua, llegando allí se debe tomar otro camino ripiado que atraviesa la localidad de Llanada Grande, para luego atravesar mediante lanchas los lagos Las Rocas e Inferior, para culminar con un sendero de camino a pie por una hora aproximadamente hasta llegar a Segundo Corral, 3) llegar por el mismo camino que atraviesa Llanada Grande hasta el final del, cerca de la “pasarela” donde se avanza en la construcción de este camino (el CMT: cuerpo militar del trabajo), en ese punto comienza un sendero para caminata o caballo que demorará 4 horas en llegar a la localidad atravesando Primer Corral.

Vivienda: La casa se encuentra en medio de un campo pequeño, se tienen algunos animales: ovejas, caballos, gallinas, perros y gatos. A un costado de la casa se observa un cultivo de papas y hortalizas y un invernadero de tamaño mediano. La casa tiene dos pisos, completamente de madera con revestimiento exterior. Está rodeada de una entrada, donde se dejan las múltiples herramientas y las ropas más mojadas. Ya en el interior se observa la típica cocina de la zona, con su calor de la leña y los “flojeros” para sentarse. En este espacio, también se ve la televisión encendida pasando canales internacionales de la televisión satelital pagada. Hay dos habitaciones en el segundo piso y dos abajo, además un extenso comedor con una gran mesa de madera nativa, allí realizan las comidas cuando llegan los huéspedes, pero lejos el espacio más utilizado es la cocina donde trascurren las entrevistas. Atrás de la vivienda está una casa algo más pequeña donde vive la madre del señor DZ.

El agua proviene de una vertiente y se canaliza por un sistema de maderas y mangueras a la casa. Tienen fosa séptica. La electricidad es todo el día y viene de una central microeléctrica que provee a todo el sector, pero tiene abundantes bajas y altas en su voltaje producto de los caudales del arroyo que se utilizó. Al igual que en la mayoría de las casas de la zona, para la calefacción se utiliza la estufa-cocina que ocupa leña y mediante un “serpentín” se calienta el agua para el baño, esta leña es recolectada desde el mismo campo.

Prácticas de salud

No observo grandes elementos medicinales en la cocina. Arriba de la estufa-cocina se ven hierbas de orégano secándose. Hay un envase de paracetamol y una bolsa característica de las que entregan en la posta a un lado del televisor. Pregunto qué medicamentos son y la señora MR me dice “es para la presión, para cuando me dan los achaques”.

1.6. Observación casa del grupo familiar más lejano a la PSR Segundo Corral.

Condiciones de vida

Accesibilidad: La casa se encuentra en la ribera occidental del Río Puelo, en un sector llamado Las Rosas. Existe un sendero que recorre toda la ribera y permite la circulación a pie, con animales o cuatrimotos. Al otro lado del río se observa el camino recién hecho por el CMT (cuerpo militar del trabajo). La localidad cercana más poblada es Llanada Grande, que se encuentra aproximadamente a 20 kilómetros, sin embargo el viaje es difícil: desde Llanada Grande se debe avanzar en vehículo (1 hora de viaje en bus por camino ripiado en buen estado) hacia una desviación del camino hasta la localidad de Puerto Urrutia, allí una lancha (que está contratada por la municipalidad y no cobra en los días y horarios hábiles) permite cruzar el Río Puelo a su ribera occidental, desde ese lugar se debe caminar por el sendero que bordea el río aproximadamente 2 horas. La otra alternativa es llegar por Segundo Corral, mediante un sendero de similares características demorando aproximadamente 4 horas, debiendo cruzar en caballo el Río Ventisquero (no debe estar crecido). Para cualquiera de las rutas las condiciones climáticas son lo más importante, es prácticamente imposible transitar por los senderos cuando hay lluvia copiosa (eso ocurre frecuentemente en la zona), eso lo observé un par de ocasiones en los caminos de la zona, los pequeños arroyos que cruzan constantemente el sendero se agrandan, algunas partes se llenan de lodo o simplemente se cae árboles al camino.

Vivienda: La casa se encuentra en medio de un campo extenso, en él abundan los animales: ovejas, gallinas, patos, gansos, pavos, cerdos, perros y gatos. Por atrás de la casa se encuentra un extenso cultivo de papas y uno más pequeño de hortalizas que se complementa con un invernadero de tamaño mediano. La casa es de dos pisos, completamente de madera con revestimiento exterior y una pequeña entrada para dejar las cosas mojadas antes de entrar a la habitación principal : la cocina, en el medio está la estufa-cocina que funciona con leña rodeada por tablas envueltas en lanas que sirven para sentarse alrededor del calor de la cocina, son los llamados “flojeros”. En este espacio transcurre la mayor parte de la vida de los habitantes de la zona, acá se realizó la entrevista y los espacios de observación en forma predominante.

El agua viene de una vertiente que se encuentra aproximadamente a 400 metros del campo y está canalizada por una manguera de plástico rígido. Poseen fosa séptica. La electricidad la obtienen de un generador que funciona con bencina, sólo la usan un par de horas al día, cuando llega la noche. La calefacción la obtienen por la leña en la estufa-cocina, que también tiene un sistema de “ser-

pentín” que calienta el agua para el baño, esta leña es recolectada desde el mismo campo, allí se observan eucaliptos especialmente cultivados hace años para ese propósito.

Prácticas de salud

En la cocina se pueden observar numerosos elementos medicinales, tanto tradicionales como biomédicos. Veo secándose a un costado de la estufa-cocina ramas de eucaliptos y natre, tiras de enalapril (medicamento antihipertensivo), ibuprofeno (antiinflamatorio), una cajas de Chia (de origen peruano) y capsulas cubanas (también el envase declaraba el origen peruano). Todo lo anterior repartido en los lugares cercanos a los flojeros. En una olla de 2 litros la señora RR prepara una combinación de hierbas medicinales, dice que es “el secreto” que le dio un naturista al cual fue a visitar hace varios años, se lo toma 3 veces al día todos los días y dice que le hace muy bien para todas las cosas, refiere que los medicamentos de las postas solo se los toma cuando le duele la cabeza o se siente muy mal. Una característica predominante de la señora RR, además de su rostro amable y gran porte, es que anda descalza siempre, tanto adentro como afuera de su hogar, y sus pies se ven endurecidos, dice que siempre anda así, desde niña, y que después de ver a su médico naturista por que se le hinchaban mucho los pies, él mismo le indicó que no usara más zapatos, y ella le hace caso.

1.7. Observación PSR Rio Puelo

Ubicación y accesibilidad de la PSR. La posta de Rio Puelo se encuentra a 500 metros del camino ripiado (en pavimentación) que lleva a Cochamó. Por ese camino hay transporte público diario hacia Puerto Montt y Puerto Varas, dos veces al día. Al frente de la PSR se observa las grandes instalaciones de la escuela, del internado, un gimnasio, a un costado una sala de rehabilitación kinesiológica, la biblioteca municipal y el edificio de la municipalidad junto con sus oficinas. También frente a la municipalidad se encuentra la plaza principal (en reparación), unos juegos infantiles y maquinas al aire libre para hacer ejercicio (extraño ver estos artefactos considerando el tipo de clima en la localidad que tiene escasos meses sin lluvias). Además se observa la gran iglesia de Rio Puelo, hecha de madera y de construcción muy reciente, su arquitectura rompe con el estilo tradicional de tejuelas de madera de alerce, y es muy distinta a las iglesias tradicionales de la zona, como la de Cochamó.

Infraestructura y recursos disponibles. La visión externa de la PSR muestra un edificio de los años 80s construido en madera con techo de lata, pintado de blanco y que se aprecia en mal estado de conservación. En la entrada hay una rampla para discapacitados, y una pequeña escalinata rumbo a la puerta. Ya adentro de la PSR se siente la humedad y el frio, se ven abundantes cajas apiladas de forma desordenada por el espacio dispuesto para la sala de espera, en las paredes hay propaganda de diverso tipo, prevención en salud, campañas pasadas y anuncios de horas de control. Se ve una ventanilla estrecha donde se reparten los medicamentos y los box de atención se encuentran alrededor de una pequeña sala de espera con los asientos dispuestos en las paredes. La posta consta de un box de procedimientos (que en la práctica se ocupa para atender desde urgencias

hasta para realizar exámenes), uno de matrona, uno de enfermera, uno de odontólogo y uno de médico, además hay una oficina con computadores para los trabajadores administrativos, un depósito de medicamentos y otro de alimentos, y dos baños (uno para el público y otro para el personal) en bastante mal estado de conservación. En la sala de espera se observa una estufa a leña que nunca observé encendida (no hay dinero para leña) y una televisión, que tampoco nunca observé funcionando.

Condiciones de atención y uso de los servicios.

Día de ronda de salud:

En la PSR de Rio Puelo hay dos rondas semanales, hoy es lunes y el clima, al igual que el resto de la semana, está nublado, frío y con lluvias. En la sala de espera temprano en la mañana veo a 6 personas, 2 de ellos son lactantes que los traen sus madres y 2 adultos mayores. La mayoría tienen hora dada con una anticipación de más de 2 semanas para el médico, matrona o enfermera, 2 de los usuarios vienen de urgencia o para “morbilidad” como le llaman los trabajadores de salud, es decir vienen a consultar sin hora, ellos deberán esperar a los técnicos paramédicos (hoy hay dos trabajando) para ser atendidos en el box de procedimientos, luego de la anamnesis y examen físico, ellos decidirán la gravedad del diagnóstico y aplicaran un tratamiento, y en los menos de los casos le pedirán la opinión al médico quién se encuentra atendiendo en su box a los usuarios que tenían hora de antes. Me quedo sentado en la sala de espera cuando la técnico paramédico termina de atender un usuario y grita desde la puerta del box, con tono apurado “¿¡quién más!?”. Cada uno de los profesionales en la ronda llama a sus usuarios con hora de forma personal y los controla en sus signos vitales. El horario de la posta es de 9:00 a 13:00 hrs., allí hay un receso para la hora de almuerzo y se reinicia a las 14:00hrs hasta finalizar a las 16:00. Luego hay una hora más de labores administrativos. Luego hay un técnico paramédico encargado de las urgencias fuera del horario de atención habitual que se puede llamar por celular.

Día sin ronda de salud:

Se observan similares condiciones al día antes descrito. Sin embargo la afluencia de público es menor y la mayoría de los usuarios vienen a buscar algún medicamento crónico o por “morbilidad”, es decir a pedir atención por parte del técnico paramédico. Los horarios de atención son los mismos y en la posta sólo se encuentran trabajando dos técnicos paramédicos y el funcionario administrativo en su oficina.

1.8. Observación PSR Segundo Corral

Ubicación y accesibilidad de la PSR. La PSR de Segundo Corral se encuentra en el centro de la localidad del mismo nombre, a un costado hay una pequeña población de 10 casas, una capilla y dos locales de abarrotes. Para llegar a la PSR de Segundo Corral desde las localidades cercanas el transporte más utilizado es el caballo, y los senderos están especialmente habilitados para este transporte, sin embargo cuando el clima es de lluvia copiosa (muy frecuentemente es así) es muy difícil la movilización y la mayoría de los pobladores prefiere quedarse en las casas. En la descripción de los grupos familiares de Segundo Corral (ver) se mencionan las posibilidades para llegar a esta localidad desde Rio Puelo, acá sólo diremos que es la posta más alejada de los centros urbanos, tanto de Argentina como de Chile (ya que la PSR de Paso el León está con un camino de ripio habilitado para ir a El Bolsón, Argentina, en cambio en Segundo Corral la opción es por una lancha que tiene el monopolio de los viajes entre Chile y Argentina cruzando el Lago Inferior y los rápidos del Rio Puelo).

Infraestructura y recursos disponibles. La visión externa de la PSR muestra un edificio de los años 80s construido en madera, pintado de blanco y azul, con un techo de lata pintado de azul y que se aprecia en general en buen estado de conservación. En la entrada hay una escalinata de madera y no se observa acceso para discapacitados. Ya adentro de la PSR se siente algo de frío, a pesar de la aislación dada por el revestimiento interior de madera, en las paredes hay poca propaganda de prevención en salud y anuncios de horas de control. Los box de atención se encuentran alrededor de una sala de espera amplia de aprox. 10x10 metros con los asientos dispuestos en las paredes. En la sala de espera se observa una estufa a leña que nunca vi encendida (es buen tiempo en la localidad en noviembre). La posta consta de un box de procedimientos (donde está el caótico sistema de comunicación por radio), uno de matrona, uno de odontólogo y uno de médico, además hay un depósito de medicamentos y otro de alimentos, y dos baños (uno para el público y otro para el personal) en buen estado de conservación. Dentro de las instalaciones se encuentra la vivienda del técnico paramédico, por una puerta del lado derecho se entra a su cocina, y a sus dos habitaciones y baño propio.

Condiciones de atención y uso de los servicios.

Día de ronda de salud:

Lo más relevante es la escasa frecuencia de las rondas de salud en Segundo Corral, hay aproximadamente dos rondas anuales. Esto es por diversos factores, uno de los cuales es las dificultades para llegar a la zona. Dado la época del año (noviembre) hay un buen clima y los profesionales de la ronda de salud vienen viajando todo el día anterior desde Rio Puelo, lugar donde residen. Al comenzar el día de atención me llama la atención la llegada gradual de los usuarios, la mayoría son usuarios que viven cerca de la PSR, los que viven más lejos vienen en caballo, los que dejan amarrados al frente de la PSR. El día está con sol pero la sala de espera de la PSR está helada y húmeda. En total cuento 6 atenciones del médico, 10 de la matrona y 7 del odontólogo, el técnico pa-

ramédico controla a todos los usuarios en los signos vitales y rellena su tarjetón de controles. La mayoría de los usuarios son adultos mayores y vienen por el control de sus enfermedades crónicas, hay un lactante que viene a ponerse vacunas y las mujeres acuden por consulta de morbilidad ginecológica o anticonceptiva y una ha realizase un Papanicolau por la matrona. Las consultas inician a las 9:00 y se atiende de forma continua hasta las 15:00hrs, horario en el cual los profesionales almuerzan y luego emprenden el regreso hasta Rio Puelo, pasando la noche en una localidad intermedia. En la sala de espera hay un clima relajado, la gente saluda afectuosamente a los profesionales algunos les traen de regalos pan amasado u otras cosas para comer, los profesionales tienen un trato amable y atienden sin apuro dentro de los box de atención. La espera es en promedio de 15 a 20 minutos para recibir atención.

Día sin ronda de salud:

Se observaba la PSR con la puerta cerrada desde la mañana, adentro no hay usuarios y el técnico paramédico permanece en las habitaciones de la PSR destinadas para su habitación con el sistema de comunicación por radio encendido. Cada usuario que llega debe tocar a la puerta y de inmediato sale el técnico a atenderlo. El horario empieza a las 9:00, en todo ese día observé un solo usuario que llegara a la PSR, en ese caso llegaba para retirar medicamentos antihipertensivos que se le habían acabado en su tratamiento crónico. La consulta no duró más de 15 minutos. Cuando el técnico paramédico debe salir a visitas domiciliarias (que tiene 2 días a la semana destinado para esa acción), pone un cartel que anuncia su ausencia en la entrada de la PSR. El técnico posee una radio "handi" portátil por donde le llegan diversos mensajes de la comunidad. Recordemos que este sistema es el principal sistema de comunicación de la zona cordillerana, allí no llegan la señal de celular y la telefonía es satelital y existen pocos en la zona.

2. Notas reflexivas

2.1. Primeras entrevistas en Puerto Montt (28/11/12)

Pasé una semana en Puerto Montt. A mi llegada un sol potente y viento helado me recibieron; la capital de la región de los Lagos, al sur de Chile me parecía justo como la recordaba: poca gente en las calles, escasos cambios en su arquitectura y el mar sigue igual de bello y contaminado, sigue contestando con colores los estímulos del sol.

Inicié rápido el contacto con la gente del Servicio de Salud del Reloncaví (SSDR) en el edificio institucional (que es arrendado y se comparte con otras oficinas por ejemplo, de consultas dentales privadas), este edificio queda justo frente a el "Gran Mall Costanera Center" y sus dos torres enormes que tapan la vista al mar de la gran mayoría de los edificios del "plano" de la ciudad. En SSDR me recibieron con un ánimo ambivalente, algunos felices de volverme a ver y otros con recelo. En general noté apertura y yo ocupo mis habilidades de socialización para explicar el motivo de mi visita. Converso y almuerzo con la secretaria del director y me entero así de los cambios en el Servicio. Luego "hablo" y lo describo entrecomillas porque apenas fue una conversación de pocos minutos con el director y la subdirectora, donde les expuse los motivos de mi visita. Repetidamen-

te me preguntan qué necesito y se abren a ayudar a la investigación. Dejo la carta de la universidad para respaldar las entrevistas y esta se ingresa por el conducto oficial. Visito el resto de los departamentos que son de interés actual. Hay cambios que no había considerado en el protocolo, especialmente con las jefaturas de algunos departamentos. Así decido agendar entrevistas con JP, DE, FU, RF: respectivamente, Jefa departamento gestión asistencial y ex encargada del SIGES, Encargado del programa de equidad en salud rural, Encargado de APS, Territorialista del sector cordillera sector al que corresponde Cochamó.

Luego me pude juntar con colegas y amigos de la red de salud colectiva que participaban. Allí se ven abundantes cambios, la mayoría de ellos se desvinculó (o los desvincularon) del sistema de salud público y sus prioridades de vida y profesionales han cambiado. Hay sin duda, un “repliegue”, una reflexión sobre lo que se hizo hace más de un año atrás y perdió la continuidad. Hay nuevas búsquedas por nuevos caminos.

El día 26 pude realizar las primeras entrevistas a FU y RF. Las otras dos entrevistas quedaron pendientes por limitaciones de horario (uno estaba en Santiago en reunión de APS y la otra muy ocupada), se realizarán a la vuelta del viaje a Cochamó.

Sobre las dos primeras entrevistas mis primeras impresiones son una marcada visión crítica y con voz propia de estos funcionarios sobre el funcionamiento y la política del sistema de salud público. Esto se abre en la entrevista como una forma de catarsis. Las entrevistas concluyen con buen ánimo y buena empatía. Duran en promedio 45 minutos y me siento bien haciéndolas, siento sin embargo, la presión por los temas que propuse en las guías temáticas de la entrevista, a veces corto algunas ideas interesantes por abarcar la totalidad de los temas y pierdo algo de profundidad. Supongo que es una de las limitantes de la técnica semiestructurada de entrevistas. Parece mejor de todas formas hacerlas fuera de los espacios y horarios laborales, aunque no determinará completamente las respuestas si es un lugar privado. La grabadora es imprescindible, toda vez que este formato de entrevista no permite tomar notas. Me llama poderosamente la atención que teniendo los funcionarios entrevistados un punto de vista tan crítico de su quehacer, que no levanten su voz ante algunas contradicciones abismales, ni traten demasiado de cambiar el funcionamiento de la institución. Esto es un corolario con la perspectiva actual que tengo producto de haber trabajado con ellos y luego haber salido a teorizar sobre los sistemas y las políticas de salud en la Universidad. Así una pregunta emergente importante es: ¿porqué existe esta disociación entre el actuar y el discurso de los funcionarios? Y como hipótesis preliminar planteo: ¿ es el miedo a las repercusiones desde la jefatura la que determina el actuar? ¿ hay censura de acuerdo a lo “políticamente correcto” en los funcionarios en expresar su opinión sobre su quehacer? ¿ es un recurso la crítica al sistema para evadir responsabilidades personales en los cambios? ¿ dado la división de las tareas de tipo ¿taylorista? dentro del sistema, es imposible influir en la orientación de los objetivos como Servicio? ¿ sólo ejecutan dineros y estrategias ya pensadas?...

2.2. Viaje Puerto Montt-Río Puelo y llegada a DESAM (28/11/12)

En un bus antiguo emprendo viaje a la hora indicada 12:15hrs. Esta vía es la más larga y cruza diversas localidades como Pto.Varas, Ensenada, Ralún y Cochamó antes de llegar a Rio Puelo, la capital comunal. En el interior del bus es amplio y huele a comida, los pasajeros comen las más diversas cosas: chocolates, frutas, papas fritas, bebidas de fantasía. Se suben abundantes vendedores, muchos más de los que habitualmente tienen los buses del sector, deben saber que es un viaje largo y justo a la hora de almuerzo. También suben unos músicos a cantar rancheras y música folclórica de bastante calidad. Muchos de los pasajeros dan propina. Los pasajeros son de distintas edades y sexos, visten “ropa moderna”, es decir, no veo las típicas chamarras y ropa de lana de oveja que se usan en los sectores rurales, acá abundan las chamarras térmicas echas en china. Hay buen ánimo en el ambiente de viaje y parece que el sol va a salir hoy.

Luego de 3 horas de viaje la gente se ve cansada, el camino desde Ralún hasta Cochamó ha sido pesado por las abundantes curvas en el camino ripiado. Mucha gente se ha bajado durante el viaje, van a localidades intermedias, algunas se bajan del bus y acceden directo a sus casas que quedan a las orillas del camino. Son casas de arquitectura chilota tradicional: dos aguas y revestimiento exterior con tejuelas de alerce, una pequeña entrada techada afirmada por columnas de madera rustica que permiten dejar la ropa y herramientas mojadas antes de entrar a la vivienda. En las casas se ven huertas pequeñas con hortalizas varias: lechugas, acelgas, ajos y habas. También algunos invernaderos. Durante todo el tramo desde poco después de Ralún se bordea al Estuario del Reloncaví, allí lo veo al lado derecho del bus con su color azul-verdoso característico, al fondo el cuadro se embellece aún más por la presencia del volcán Calbuco escasamente nevado. Observé 5 centros de cultivos de salmónes y un número indeterminado (muchos) de cultivo de choritos, estos son los contaminantes principales del estuario (visual y bioquímico), pero al mismo tiempo son un negocio importante para empresarios extranjeros y también de la zona.

Al llegar a Rio Puelo a las 16:00hrs pienso que el viaje es agotador. Ya casi no quedaba gente en el bus. Rio Puelo está igual como me acordaba, su plaza principal está siendo remodelada mientras las ovejas pastan a escasos metros.

Me dirijo a las dependencias de la municipalidad para presentarme ante el jefe del departamento de salud municipal (DESAM), él no se encuentra porque justo se encuentra en “reunión técnica” con el equipo de salud: Es una reunión que se hace cada 3 meses donde se encuentran los técnicos paramédicos de todas las postas rurales de la comuna con todos los profesionales y el personal administrativo de la municipalidad. Son 2 días donde se hacen capacitaciones y resolución de los diversos problemas que surgen desde las PSRs. Yo había estado en una de estas reuniones hace 2 años atrás, conocía casi a todo el personal y fue fácil acceder a escuchar la reunión. Al frente estaba VC jefe DESAM tratando de responder a los numerosos reclamos de los técnicos de las PSR. El principal en ese momento era la falta de luz eléctrica y las malas condiciones higiénicas de las PSR de Sotomó, la Técnico Paramédico de esa posta se veía emocionalmente afectada por la situación y el resto de los colegas defendía su posición. Luego se informa de un sumario sanitario que en ese mismo minuto se había cursado por porta de la SEREMI de salud al DESAM (al alcalde) dado la mala gestión en el cuidado de los alimentos del programa de alimentación complementaria en la

PSR de Rio Puelo. Yo saco fotos al documento donde se cita al alcalde para presentarse en Pto. Montt al sumario.

2.3. Sobre la aislación geográfica-climática y la vida en el campo de la zona cordillerana (02/12/12).

Continúa lloviendo copiosamente sobre la localidad. Aprovecho a realizar extensas entrevistas con la Sra.RR mientras ella teje unas calcetas de lana de oveja y al tiempo cocina en múltiples ollas sobre la estufa-cocina de leña. El tiempo pasa lento. Es imposible que continúe el trayecto que había trazado hasta Segundo Corral o Ventisquero ya que con toda el agua que ha caído los caminos están inundados y me mojaría demasiado para soportar 3 horas de caminata, además el Rio Ventisqueros está crecido y necesito cruzarlo en bote. Pienso que ésta es una de las principales determinantes en la zona. Antes la llamé aislación geográfica-climática, sin embargo, ahora creo que va más allá de eso. Acá la naturaleza impone sus ritmos, y cuando es hora de lluvia intensa, los habitantes se guardan en sus casas y ven por la ventana alegres porque los pastos y chacras crecen y los animales comen bien. Se abre la conversación lenta y la comida abundante. Pan amasado, caldos de gallina de campo y diversas preparaciones de la papa y el cordero. Acá me encuentro con el “freno de mano” climático que me hace ver esta forma de vida y llenarme del conocimiento de la Sra.RR: antigua partera y hierbatera, que me repite ya 2 veces, cuando le hablo de mi trayecto de viaje, “nadie lo ha echado de acá” invitándome a quedarme a alojar en su casa hasta que mejore el clima. Creo que empiezo a sentir la calidez de la gente y lo que significa una real estancia prolongada en el campo.

Sobre la reflexión política de la Sra. RR y su familia: tienen claras impresiones acerca de las “autoridades” electas en términos de los beneficios o carencias directas que llegan a la localidad en los periodos, sin embargo al indagar más allá, en términos estructurales del Estado y sus formas no se produce un cuestionamiento de esto. Esto a diferencia de una anterior conversación con el presidente de la junta de vecinos de Las Rosas quien tenía una visión muy crítica del sistema político y económico chileno actual.

Reflexiono en las formas de vida en la localidad y se me ocurre un solo concepto: autarquía. Es decir la capacidad de funcionamiento autónomo de cada una de las familias sin gran dependencia del funcionamiento del Estado, o las tendencias económicas del país o del mundo. Las relaciones entre los vecinos son de parentesco y de intercambio de valores de uso. Hay escasa participación en asambleas o estrategias comunitarias. Al preguntar por rituales comunitarios tradicionales, como el “reitimiento” presente en Chiloé (donde cada vez que se sacrifica un cerdo se hace una invitación a los vecinos para participar en este evento, llevándose cada vecino parte de los sub-productos del animal) se desprecia la finalidad de él, no se ve cómo puede eso ayudar a la economía de la familia “si hay que repartirlo todo uno no se queda con nada”, tampoco se hacen “mingas” ni nada parecido.

La historia del poblamiento en la zona puede ser una posible explicación socio-histórica de la cultura de la localidad. Acá cada familia llegó por su lado a “colonizar” la zona que era de vegetación virgen. Cada familia se las arregló como pudo para hacer rendir la tierra y criar los animales, ellos venían desde Argentina trabajando en campos de latifundistas y la oportunidad de trabajar la propia tierra se les dio alrededor del 1920. El Estado dio las tierras y ellos la trabajaron como sabían. Escasamente se dio apoyo a estas gestiones, solo muy posteriormente entidades como el INDAP y PRODESAL aportaban ayudas y semillas a los pobladores. De esta manera también se puede entender el poco dialogo entre los vecinos. Por ejemplo sabemos que el vecino DU construyó de forma artesanal un generador de electricidad en base a una turbina que se conecta a un pequeño arroyo, eso le permite electricidad 24 horas para su casa, teniendo luz, refrigerador y televisión satelital, en cambio RR y su familia no conocen de esta tecnología utilizando todavía un generador en base a bencina que sale muy caro su funcionamiento por lo que se utiliza solo dos horas por día.

Índice de Fotografías, Gráficos y Tablas

Foto N°1: Carretera principal a localidad de Rio Puelo.....	85
Foto N°2: Transporte marítimo concesionado para vehículos y pasajeros	86
Foto N° 3: Sendero para tránsito animal y humano en zona cordillerana.....	88
Foto N°4: Vista aérea del Rio Puelo en la zona Cordillerana	89
Foto N° 5: Transporte lacustre sector cordillerano.....	90
Foto N°6: Sendero inundado por desborde de arroyo en zona cordillerana.....	91
Foto N°7: Viviendas localidad costera Rio Puelo, capital comunal.	170
Foto N°8: Vivienda sector Cordillerano, Puerto Urrutia	171
Foto N°9: Paisaje de localidad costera; Cochamó.....	238
Foto N° 10: Paisaje de localidad Cordillerana: las Rosas.....	240
Foto N°11: Posta de Salud Rural de Segundo Corral.....	241
Foto N°12: Estación de Salud Rural de las Rosas.	245
Foto N° 13: Acceso de usuarios a Posta Rio Puelo.	249
Foto N° 14: Baño público Posta Rio Puelo.....	250
Foto N°15: Técnico Paramédico de Posta Segundo Corral luego de ataque de perro.	258
Foto N°16: Personal de salud en viaje hacia a ronda de Posta de Segundo Corral.	274
Foto N°17: Medio de transporte de los usuarios de Posta Segundo Corral.	279
Foto N°18: Central radial de Posta Segundo Corral.	282
Foto N°19: Autoabastecimiento, huerta casera sector cordillerano.	347
Foto N°20: Autoabastecimiento, ganado ovino en sector cordillerano.....	347
Foto N°21: Autoatención con Ortiga (<i>Urtica urens</i>) en artrosis de manos.....	348
Foto N°22: Autoatención con infusión de Natre (<i>Solanum ligustrinum</i>), febrífugo.....	348
Foto N°23: Publicidad de los pobladores de Rio Puelo	403
Foto N°24: Publicidad visible en la entrada del edificio municipal	404
Foto N°25: Patrón Fractal presente en un Brócoli Romanesco.	423
Gráfico N° 1: Expropiaciones de terrenos por año durante la reforma agraria.....	27
Gráfico N°2: Revocación de expropiaciones durante la dictadura militar; contrarreforma agraria. 29	
Grafico N°3: Pirámide poblacional de Cochamó.....	96
Grafico N°4: Evolución de la pobreza en Cochamó periodo 2000-2009.....	97
localidad de Rio Puelo contra la empresa hidroeléctrica.....	404
Mapa N°1: X Región de los Lagos y sus comunas.....	79
Mapa N°2: Comunas de influencia del Servicio de Salud del Reloncaví	80
Mapa N°3: Comuna de Cochamó y sus relaciones territoriales.....	82
Mapa N°4: Comuna de Cochamó y sus dos sectores principales.....	84, 237
Tabla N°1: Probabilidad de morir entre el nacimiento y los dos años de edad en poblaciones urbanas y rurales de Latinoamérica. Años 1968-1970.....	52
Tabla N° 2: Población de Cochamó en cinco censos y crecimiento intercensal por sexos	95

Tabla N°3: Comparación entre los principales indicadores demográficos y socio-económicos y sanitarios de Cochamó, Puerto Montt y Chile	99
Tabla N°4: Principales variables sociedad tradicional e industrial.....	130
Tabla N°6: Funcionarios estatales entrevistados	166
Tabla N°7: Familias usuarias entrevistadas.....	168
Tabla N°8: Postas de Salud Rural de la Comuna de Cochamó: población inscrita, sexo y dispersión geográfica de sus habitantes.....	244
Tabla N°9: Evaluación cualitativa de la infraestructura y saneamiento de las Postas de Cochamó	247
Tabla N° 20: Resultados encuesta de satisfacción usuaria DESAM Cochamó.	290
Tabla N° 5: Criterios usados por distintos países de Latinoamérica y el caribe para determinar la ruralidad	143
Tabla N°10: Recursos humanos del “área técnica” del DESAM de Cochamó, 2012	251
Tabla N°11: Inventario del Equipamiento Postas de Cochamó.	262
Tabla N°12: Ingresos DESAM Cochamó año 2011.....	264
Tabla N°13 Financiamiento desde el Servicio de Salud Reloncaví al DESAM Cochamó 2011.	265
Tabla N°14: Ingresos DESAM Cochamó de convenios	266
Tabla N°15: Egresos DESAM Cochamó 2011.....	271
Tabla N°16: Frecuencia de las rondas de salud por Posta, año 2011	275
Tabla N°17: Cartera de Prestaciones de las Postas de la comuna de Cochamó.	276
Tabla N°18: Metas sanitarias para el año 2011 DESAM Cochamó.....	287
Tabla N°19. Metas de Índices de Actividad de Atención Primaria de Salud (IAAPS) para el año 2011 DESAM Cochamó.....	288

Abreviaturas utilizadas

Alianza: Alianza por Chile/por el Cambio

APS: Atención Primaria en Salud

BM: Banco Mundial

Concertación: Concertación de Partidos por la Democracia

DC: Democracia Cristiana

DESAM: Departamento de Salud Municipal

FMI: Fondo Monetario Internacional

FONASA: Fondo Nacional de Salud

GES/AUGE: Ley de Garantías Explícitas en Salud

MINSAL: Ministerio de Salud

MIDEPLAN: Ministerio de Desarrollo y Planificación

SNS: Servicio Nacional de Salud

SNSS: Servicios Nacionales de Salud

ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional

OMS: Organización Mundial de la Salud

PEA: Población Económicamente Activa

PS: Partido Socialista

PPD: Partido Por la Democracia

PSEA: Proceso de Salud/Enfermedad/Atención

PRSD: Partido Radical Social Demócrata

PSR/Postas: Postas de Salud Rural

RN: Renovación Nacional

TPM: Técnicos Paramédicos

UDI: Unión Demócrata Independiente