

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

LA PRACTICA MEDICA EN CHILE  
El proceso de conformación de un  
nuevo 'modelo' y sus tendencias.

TESIS

PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN CIENCIAS  
DE MEDICINA SOCIAL,

CAROLINA TETELBOIN HENRION.

DIRECTORA DE TESIS: CLARA FASSLER

México, D.F.

Marzo, 1980.

## INDICE

INTRODUCCION	PAGINA
CAPITULO I	
LA CATEGORIA PRACTICA MEDICA. PROBLEMAS EN TORNO A SU UBICACION TEORICO-METODOLOGICA.	5
Primera parte: Generalidades	
1.- Introducción	5
2.- Formas generales de aproximación al objeto bajo análisis	7
2.1. Perspectiva Positivista	7
2.2. Perspectiva del Materialismo Histórico	8
Segunda Parte: Construcción del objeto	12
1.- Ubicación del enfoque	12
2.- Práctica Médica y salud-enfermedades	12
3.- Práctica Médica y Relaciones sociales de producción.	14
4.- Práctica Médica e Ideología	15
5.- Práctica Médica y Estado	18
6.- Práctica Médica.	21
7.- Notas	25
CAPITULO II	
ANTECEDENTES PARA EL ANALISIS DEL ACTUAL PROCESO DE LA PRACTICA MEDICA EN CHILE.	29
1.- Introducción	29
2.- El Servicio Nacional de Salud como expresión del desarrollo socio-político de la sociedad chilena.	31
2.1. El Servicio Nacional de Salud. Algunas características y su articulación con las otras formas de Práctica Médica.	31
2.2. La presencia estatal en la Práctica Médica. Antecedentes previos a 1952.	40
2.3. El Estado chileno como propiciador del Servicio Nacional de Salud.	44

### 3.-Notas

## CAPITULO III.

LA NUEVA TENDENCIA DE LA PRACTICA MEDICA EN CHILE 1973-1979.	55
Introducción.	55
Primera Parte.	
1.- Los rasgos de la nueva forma que asume el Estado. Elementos del proyecto económico.	57
2.- Implicancias sociales en el marco de la nueva situación	62
Segunda Parte.	
Mecanismos articuladores para la ejecución del nuevo proyecto en el ámbito de la salud y la dirección de las transformaciones.	68
1.- Propositiones centrales.	68
2.- Políticas	69
2.1. Hacia un intento inicial de conceptualización de las políticas.	69
2.2 Elementos generales de la política de salud en Chile 1973-1979.	71
2.3. La formulación de la política de salud. El proceso zigzagueante.	75
3.- El Servicio Nacional de Salud.	83
A.- Presupuesto	86
B.- Recursos Físicos	89
C.- Recursos Humanos	91
D.- Acciones de Salud.	95
4.- Las cuestiones del Poder al interior de la Práctica Médica. El Colegio Médico.	100
5.- Notas.	109

CAPITULO IV.

MOMENTOS DE CONGRESION DEL NUEVO MODELO. PERSPECTIVAS. 115

1.- Introducción. 115

2.- Características de la nueva restructuración. 115

3.- Penetración de lo privado en lo público. 116

4.- La Monopolización de la atención Médica. 118

5.- Apariencia de la Práctica Médica en sus nuevas tendencias. 118

6.- Algunas consecuencias de la rearticulación de la Práctica Médica. 120

7.- A modo de conclusión. 126

8.- Notas. 128

BIBLIOGRAFÍA 129

ANEXOS.

## INTRODUCCION.

La investigación que se expone a continuación, pretende avanzar en la interpretación de las modalidades que adopta la Práctica Médica en Chile en los últimos años. El desarrollo del trabajo está orientado por un cuerpo de proposiciones centrales que giran alrededor de las transformaciones sustantivas de que ha sido objeto este fenómeno social particular a partir de 1973, momento de resolución de la crisis que envolvía al conjunto de la sociedad.

Se trata de demostrar que desde ese momento se inicia un proceso de ruptura con la forma en que tradicionalmente se habían articulado las respuestas sociales a la problemática de salud-enfermedad de la población. Un denominador común, recurrente en la trayectoria anterior, lo constituía la presencia estatal directa en la estructuración y gestión de la Práctica Médica en una estructura institucionalmente expresada a través del Servicio Nacional de Salud. De allí que la emergencia de la nueva forma de Estado, que conlleva una concepción social cualitativamente distinta en lo que respecta a la salud, deba forzosamente pasar por la consideración de dicha estructura. Esto implicará procesualmente profundas transformaciones, iniciando, de allí en más, la rearticulación del conjunto de la Práctica Médica, asumiendo, en cuanto a su expresión social, un nuevo carácter.

La relevancia del problema aquí desarrollado es fundamental por cuanto las condiciones de salud de la población están determinadas, entre otros factores, por las respuestas que una sociedad, históricamente conocida, es capaz de estructurar frente a los fenómenos derivados de los procesos de salud-enfermedad. En un segundo momento, y en un plano de mayor concreción, inscribimos su importancia dentro del proceso desatado a partir del Golpe de Estado; en esa medida la preocupación temática tiene su correlato con los diversos elementos

que hacen a las abruptas transformaciones derivadas del nuevo proyecto de poder que se ha instaurado en Chile.

La perspectiva asumida se enmarca en los recientes esfuerzos desarrollados en esta área de interés que cuestiona, y al mismo tiempo se orienta a superar las determinaciones positivistas tradicionales. El avance del conocimiento en este sentido resulta aún insuficiente. El análisis del proceso chileno, desde el parámetro del problema en cuestión, aunado al señalamiento anterior nos ha hecho enfrentar con innumerables dificultades de orden teórico-metodológico para la inserción de la Práctica Médica en la dinámica de la estructura social. Estamos concientes de que la exposición arrastra las huellas de estas dificultades que se han tratado de sortear en el transcurso de la investigación.

Si se nos permite calificar el carácter de la investigación, aseveraríamos que es de naturaleza básicamente exploratoria. Este es, además, el sentido de nuestra intención. Por ello no se ha querido cerrar con conclusiones taxativas las polémicas que giran en torno a la Práctica Médica en su fase actual. Interesa sí, en cambio, la orientación fundamental de las transformaciones, sus contradicciones y sus perspectivas. Esta calificación, no obstante de parecer una obviedad si se considera un proceso en marcha, nos interesa remarcarlo porque, justamente, al tercer o cuarto año después del Golpe los indicadores atinentes al problema bajo análisis parecen recién adquirir su verdadera dimensión, debilitando su apariencia engañosa y contradictoria de los primeros años del 'nuevo' régimen.

Es probable que en el trabajo se puedan advertir algunos puntos

4

El análisis de las tendencias actuales de la Práctica Médica, desarrollado en el tercer capítulo, se centra fundamentalmente alrededor del Servicio Nacional de Salud. Se considerarán aquí como ámbitos de referencia, la rearticulación en los ejes fundamentales de acumulación capitalista, la composición del nuevo bloque de poder y la forma de Estado que de ellos se desprende, para luego de allí considerar el contenido de las políticas orientadas a configurar la nueva estructura de la Práctica Médica.

Por último, el cuarto capítulo esboza las tendencias que, con la formulación de la Ley avalan el proceso de reestructuración iniciado en 1973, pero ya como un todo congruente a los objetivos del nuevo bloque en el poder.

## CAPITULO I: LA CATEGORIA PRACTICA MEDICA. PROBLEMAS EN TORNO A SU UBICACION TEORICO-METODOLOGICA.

### PRIMERA PARTE: GENERALIDADES.

#### 1.- INTRODUCCION.

En este capítulo se pretende abordar algunos aspectos de la categoría Práctica Médica. En tanto formulación teórica, no está referido por ahora a ningún ámbito concreto específico, aunque el marco histórico de referencia corresponde a la fase de desarrollo capitalista. Se trata de articular algunos elementos generales que debe contener un análisis de este tipo, generalidades que aunque emergentes de la realidad en un primer momento, permitan volver sobre la misma con un esquema de pensamiento y en tanto tal, ordenado.

En la categoría Práctica Médica es posible incorporar conceptos, que en su ámbito analítico y en su cobertura explicativa involucran una serie de fenómenos específicos de la realidad social. Por Práctica Médica es posible entender pues, las respuestas que la sociedad, en un determinado momento de su desarrollo, es capaz de generar frente a un tipo particular de fenómenos relativos a los procesos de salud-enfermedad de los individuos.

El análisis de una práctica social como lo es la Práctica Médica, debe pasar a nuestro juicio por dos momentos, cada uno de los cuales requiere de un manejo particular aunque el uno contenga al otro.

a) En tanto práctica social, la Práctica Médica debe ser abordada en su inserción al interior de una estructura social, históricamente determinada. La estructura social contiene los elementos que determinan a esta práctica y el peso que estos determinantes le imponen en su conformación, orientando su función dentro del conjunto de la sociedad.



b) En un segundo momento, la Práctica Médica debe ser analizada en virtud de su autonomía relativa. Es decir, si bien está determinada por el conjunto de la estructura, al ser respuesta a un tipo particular de fenómenos, -la salud-enfermedad, articula dichas respuestas con peculiaridades propias que también son consecuencia del desarrollo al interior de su propio ámbito.

Ambos planos no se interponen ni se excluyen, ya que a su vez, la Práctica Médica puede condicionar ciertos aspectos de la estructura. Son pues más bien, dos momentos metodológicos del análisis.

Otro alcance fundamental y en relación al punto anterior sobre los planos de análisis, se refiere a las determinaciones que en los distintos estadios de desarrollo de una Formación económico-social, incluyen mas decididamente en las transformaciones de la Práctica Médica. En ese sentido, creemos que los cambios estructurales en el carácter de estas prácticas, solo son posibles de explicar a partir del nivel de determinaciones mas generales. Es decir, las que se verifican a nivel del conjunto de la estructura social que requieren respuestas mas acordes a las transformaciones globales. Por ejemplo, cambios de un modo de producción a otro, cambios a nivel del tipo de Estado, cambios incluso a nivel del proceso de desarrollo capitalista vigente.

Podría preguntarse entonces, cuál es la determinación de la Práctica Médica en su existencia? Ella, mas bien define en segunda instancia su propio carácter, en tanto la modalidad que adopta su configuración en un momento dado, obedece al marco que la definen las determinaciones mas generales. En tal sentido, no es posible concebir a esta categoría sino en su propia historicidad.

## 2.- FORMAS GENERALES DE APROXIMACION AL OBJETO BAJO ANALISIS.

De acuerdo al desarrollo actual del conocimiento en esta area específica de interés, se podrían reconocer por lo menos dos formas inclusivas de abordaje del problema. Una primera, que no obstante de presentarse en distintas corrientes confluyen en una base positivista, y una segunda forma que se ubica al interior del materialismo histórico. Ambas suponen distintas perspectivas, tanto desde el punto de vista epistemológico, teórico-metodológico, como en lo que respecta a sus implicancias prácticas.

Algunos de los elementos que integran ambas formas de aproximación se esbozarán a continuación.

2.1. Perspectiva Positivista. Dentro de esta, es posible señalar ciertas corrientes cuyos troncos de emergencia se hallan en propuestas derivadas de los planteamientos de Comte, Durkheim, Weber, Parsons, fundamentalmente. Si es posible advertir un denominador común entre las mismas, podría señalarse que de un modo general tienden en ofrecer un esquema carente de unidad y de historicidad, y en el cual lo fenoménico desplaza a los componentes estructurales que hacen a la esencia del objeto. (1)

El ámbito de la Práctica Médica es concebido con énfasis diferentes, ubicándose el centro de la problemática, por ejemplo, a nivel de la relación médico-paciente, a nivel de las instituciones en tanto formas de organización o en cronologías y descripciones del fenómeno. Es decir, la elección de elementos del sistema en torno al cual se constituiría el problema. Desde luego, las limitaciones de su amplitud explicativa guardan estrecha relación con los supuestos suyacentes.

La corriente parsoniana por ejemplo, una de las mas importantes quizás en esta perspectiva, supone al concepto de sociedad como una totalidad compuesta por la existencia de distintos elementos interrelacionados y cuyo equilibrio hace a la permanencia del sistema. Cada uno de los elementos genera un mecanismo corrector a un tipo particular de desviaciones, lo

que contribuye al equilibrio de la totalidad. De allí se desprende la concepción en relación a las prácticas sociales, que para el caso de la Práctica Médica se constituye en el mecanismo corrector de la enfermedad. Esta es concebida, a su vez como "un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de sus ajustamientos personal y social. La enfermedad se define, pues, en parte biológicamente y en parte socialmente"(2).

Así concebido el problema, el esquema muestra sus restricciones en términos de no poder dar cuenta del real movimiento y de las leyes que rigen el desarrollo de los fenómenos sociales. Estos sólo pueden ser analizados en términos de la forma de presentarse y fundamentalmente de su capacidad funcional. Capacidad funcional en relación a otros elementos, en términos de adaptación, integración y/o desadaptación, mecanismos estos que rigen la estabilidad social. En esa medida, la capacidad de explicar las transformaciones de la Práctica Médica queda reducida a la adaptación gradual al sistema en su conjunto y a las desviaciones de la 'enfermedad', lo que no pasa por un cambio en la esencia de los fenómenos (3). Ello se explica justamente, por la concepción de la sociedad como un todo sistemático y estructurado, que si implica cambios es en cuanto a sus propios componentes ó partes, que se readaptan. Vale decir, que aquí se concebirían cambios en la estructura pero difícilmente de la propia estructura.

2.2. Perspectiva del Materialismo Histórico. La segunda forma de abordaje tiene un punto de partida opuesto al anterior, así como también supuestos diferentes. Lo 'médico' es concebido como un cuerpo de fenómenos en el cual el proceso de salud-enfermedad, su saber y la forma que asume en tanto práctica específica, se articulan entre sí y al mismo tiempo son determinados social e históricamente. De esa manera, se logra la unidad contradictoria del fenómeno en toda su extensión, articulándose su presente con las modalidades sociales que a través del desarrollo histórico confluyeron en su conformación. Esta postura pues, mas que un simple constructo academicista

en el tratamiento del objeto en cuestión, constituye el desarrollo del saber en función de intereses opuestos a los esquemas anteriores.

Sin embargo, esta alternativa, en tanto saber no dominante frente a la hegemonía del positivismo, carece aún de un desarrollo tal que le permita el acercamiento a problemas más específicos y de mayor concreción. No obstante esta carencia, emerge ante la necesidad de avanzar en el conocimiento de aspectos que el saber dominante ha sido incapaz de desentrañar, como son por ejemplo, las implicaciones de su quehacer como ciencia y su aplicación como práctica social específica y concreta.

El avance en el nuevo sentido señalado ha sido fecundo en los últimos años, aunque todavía escaso en su desarrollo y profundidad. Distintos son los ángulos desde los cuales se ha abordado lo 'médico' en esta perspectiva, tanto en el plano del avance teórico como en lo que respecta a los análisis e investigaciones empíricas. Una somera revisión de los mismos permite delimitar las siguientes orientaciones, las cuales de un modo general, son agrupables en dos tipos de niveles aunque ambos suponen la existencia de determinaciones generales en el proceso de su ocurrencia.

a) Los que preliminarmente llamaremos análisis 'intrínsecos' (hasta que encontremos un enunciado más preciso), en los que se enfocan aspectos particulares al interior de la Práctica Médica. Entre estos se pueden citar a título de ejemplo, aquellas propuestas de estudio que giran en torno a la organización médica y su capacidad de incidir en la disminución de la patología, cuyo desarrollo pasa por la presentación de alternativas a la organización de la práctica médica, donde lo preventivo se enfatiza como quehacer. Otro ejemplo en este sentido, constituye la proposición de investigaciones sobre patologías concretas, en las que se revisan más exhaustivamente los determinantes sociales en estos procesos clínicos a fin de reorientar la práctica médica (4). Existen intentos que a través de las categorías de la economía política, abordan el problema de la Práctica Médica; por ejemplo, enfoques que interpretan a la salud como una mercancía

más, y que por lo tanto contiene un valor, entendido como trabajo social acumulado y apropiado, es decir un valor de uso(5), etc.

b) Análisis que articulan la P.M. a la estructura social en su conjunto o a aspectos particulares de los mismo, los cuales son analizados en perspectiva histórica (diacrónica) o en perspectiva teórica (sincrónica), aunque ambas no suponen oposición en cuanto al desarrollo del conocimiento.

El primero de ellos, analiza el fenómeno al interior del desarrollo histórico de una formación, articulando su existencia como fenómeno, a diferentes ámbitos de la estructura social.

Ejemplos son los estudios realizados por Foucault (6), que desde un enfoque más bien superestructural revisa, entre otras cosas, los elementos de diversos tipos que confluyeron para estructurar 'lo médico' en una formación concreta capitalista. También en esta perspectiva se podría situar los trabajos de Juan Cesar García, que desde un análisis fundamentalmente ubicado a partir de la base económica, analiza sus vínculos con la Medicina y la Educación en América en el presente siglo (7).

El otro tipo de trabajos, a los que podría denominarse 'teóricos', analizan la articulación de la Práctica Médica en las sociedades específicamente capitalistas. Ellos pretenden en general, explicar dicha articulación, en tanto el proceso de esta práctica en su respuesta al fenómeno de la salud-enfermedad, está determinado y al mismo tiempo media otro tipo de respuestas a procesos que aparentalmente no guardan relación alguna con 'lo médico'. Fenómenos que han sido trabajados por distintos autores y desde distintas perspectivas de análisis, pero que se sintetizarán de la siguiente manera en virtud de que todos ellos esclarecen el carácter de esta práctica en el capitalismo.

Están en primer lugar los análisis que se articulan con la base económica, en los que se devela la relación entre la Práctica Médica y los

procesos de acumulación; analizan desde el proceso de aumento de la productividad a través del colapso de la fuerza de trabajo, pasando por estudios que intentan demostrar como es el propio trabajador quien financia su salud, hasta los que indican cómo en este proceso se garantizan la existencia de mercado para industrias como la farmacéutica, la de equipos médicos u otras. Otros lo hacen a partir de las relaciones sociales de producción, en tanto ellas determinan la existencia de la P.M., las que a su vez inciden en la reproducción de estas relaciones. Otros enfoques ubican al problema a partir de la cuestión del poder, en tanto las prácticas, particularmente las estatales, suplantando con su acción necesidades fundamentales como el trabajo, logrando de esa manera recabar legitimación por un lado y provocando la desmovilización de sectores sociales 'conflictivos'; o en general del papel ideologizador que les cabe a las distintas formas de Práctica Médica, en tanto forjadoras de consenso. Esta somera y apretada síntesis no pretende ser exhaustiva, sino poner el énfasis de algunas de las problemáticas que han sido abordadas (8).

## SEGUNDA PARTE: CONSTRUCCION DEL OBJETO.

## 1.- UBICACION DEL ENFOQUE.

Para la construcción de la Práctica Médica como objeto teórico, este trabajo se suscribe a las aproximaciones realizadas al interior del materialismo histórico. Es decir, aquellas aproximaciones que tratan al objeto en su inserción en el conjunto de una totalidad social, históricamente determinada. En tal sentido, se analizará la Práctica Médica en relación al fenómeno que la origina, es decir a la salud-enfermedad, para verla posteriormente en articulación a otras categorías como las relaciones sociales de producción, el Estado y la ideología. Finalmente, se presentará una caracterización sobre las formas que asume en el capitalismo la Práctica Médica.

## 2.- PRACTICA MEDICA Y SALUD-ENFERMEDAD.

En un primer momento, podría decirse que la Práctica Médica emerge ante la presencia de los procesos llamados 'enfermedad'. Estos han sido concebidos como procesos de alejamiento a una determinada 'normalidad', una media valorada incluso cuantitativamente, fuera de cuyos márgenes emerge la enfermedad. Se concibe pues como la ruptura del 'equilibrio' del sistema que forma el cuerpo, al que hay que volver a la 'normalidad', es decir a la estabilidad. La interpretación del fenómeno se ha ubicado en un plano donde la causalidad se localiza en un agente externo, responsable de la ruptura de la estabilidad del individuo y al que a través del control social, para este caso 'lo médico' habrá que 'normalizar'. Aunque el positivismo ha intentado complejizar más su cadena de causalidad, integrando otros elementos para la ocurrencia de estos fenómenos, no trasciende el esquema de determinaciones de causa-efecto, o del ámbito estrictamente biológico o natural, en especial si se toma en cuenta que la variable 'social', no es más que eso; un aspecto más que incide como cualquier otro.

No obstante las consideraciones anteriores, esta forma de conceptualizar la enfermedad ha permitido un avance indiscutible en el desarrollo de la ciencia médica y de las ciencias afines, en tanto dan respuesta a los procesos biológicos que aparecen como anormales. Sin embargo, las explicaciones no van más allá. Es decir, las 'verdades' del positivismo respecto al objeto de lo médico, son 'verdades' parciales.

Desde otro enfoque se ha concebido esta problemática de la 'enfermedad' como parte de un fenómeno doble y contradictorio, en el que 'salud-enfermedad' "no son más que dos momentos de un mismo fenómeno y que entre ellas se establece una relación en constante cambio. La enfermedad provoca en el organismo una respuesta biológica tendiente a la salud, (...) La salud, por otra parte, contiene a la enfermedad dado que muchas veces no se trata más que de un desequilibrio de los procesos sanos". (9) En esta definición se aportan elementos de interés que se enunciarán brevemente a continuación.

En primer lugar esta definición al concebir al proceso de la salud-enfermedad como dos polos contradictorios en constante cambio, es decir como proceso dialéctico, elimina la concepción excluyente de la enfermedad o la salud, dando pie para entenderla además en su escondida magnitud ideológica, que es la que define la distancia entre ambos polos en definitiva. Por otro lado, rompe con la tradicional cadena de causalidad; sin negar el momento último que se expresa a nivel individual en un fenómeno biológico, sostiene que para su ocurrencia han debido mediar procesos previos de múltiples pero jerarquizadas determinaciones que se originan a nivel de la estructura social. Estos niveles de determinaciones aludidos, corresponden fundamentalmente al modo de producción en el cual se desarrollan estos procesos que, descrito por varios autores, han caracterizado la patología dominante del capitalismo como diferente a la de modos de producción anteriores. (10) También a nivel de las distintas formaciones económico-sociales capitalistas, se han descrito variaciones en la forma de presentarse éstas; o la existencia de clases sociales, que agrupa a los individuos en formas carac-



terísticas de enfermar; hasta la división técnica del trabajo, en la que los individuos se encuentran mas o menos expuestos a un tipo particular de padecimientos y por lo tanto en definitiva, a presentar en todos estos planos que hemos tomado a fines de ejemplo, diferenciadamente su situación en esta relación bipolar de salud-enfermedad.

De ahí pues que este fenómeno social e históricamente determinado tiene su manifestación última en individuos, que no están expuestos de la misma manera a los riesgos causales últimos, sino que han sido previamente condicionados y determinados estructuralmente.

En conclusión, la salud-enfermedad es un proceso histórico que surge de manera diferenciada en grupos de individuos, que se valora socialmente de distinto modo y como se verá, se responde a ella diferenciadamente.

### 3.- PRACTICA MEDICA Y RELACIONES SOCIALES DE PRODUCCION.

La Práctica Médica se presenta en las sociedades capitalistas, tanto desarrolladas como dependientes, en forma diversificada. Un análisis mas profundo sugiere que, si en apariencia dichas formas de Práctica Médica responden a los mismos procesos de salud-enfermedad, los elementos que se articulan como respuesta obedecen a una lógica que vá mas allá de las que ellas mismas podrían organizar.

Esta diversificación de la Práctica Médica se origina a partir de determinaciones de la base económica en última instancia, nivel donde los hombres producen y cuya situación en el producir, determina la forma en que simultaneamente a la transformación material se reproducen a si mismos; reproducción que depende del modo en que se apropian la riqueza socialmente generada, es decir del modo en que los individuos concurren a la distribución y al consumo. Es pues a nivel de la producción, donde el sujeto social es escindido, determinándose de este modo no solo el carácter de su desgaste traducido en este caso en procesos de salud-enfermedad particulares, sino determinando al mismo tiempo el tipo de respuesta específica a la que tendrá acceso. Lejos está pues el deseo individual en la

elección de las formas de Práctica Médica, por mas que ello se proclame. Es decir, no es lo mismo acceder a la Práctica Médica como propietario de medios de producción, que despojado de los mismos; como desempleado, artesano o profesional.

La preocupación de la sociedad por la recuperación o mantención de los individuos, no supone en el capitalismo un interés universal. Por el contrario, está sesgado por la ubicación de los individuos al interior de los grupos clasistas. Es decir, las respuestas organizadas socialmente, estarán mediadas por el valor que se les atribuye socialmente a la salud-enfermedad de cada clase o fracción.

Son pues, las relaciones sociales de producción, cuyo caracter está fijado por los límites estructurales del nivel alcanzado por las fuerzas productivas, el lugar donde se genera la atomización del sujeto social. Es decir el momento explicativo básico a la existencia de diferentes formas de Práctica Médica. Está de ese modo en sus diferentes modalidades, no elige arbitrariamente el lugar de asiento de su quehacer entre los individuos, sino éste le ha sido estipulado previamente (11).

#### 4.- PRACTICA MEDICA E IDEOLOGIA.

No obstante la trama de determinaciones a partir de la matriz económica así como de otras instancias de la sociedad, la Práctica Médica aparece -en virtud de su autonomía relativa en tanto fenómeno social particular- como determinada en si misma o como consecuencia directa de las necesidades que el individuo presenta. Algunos autores han interpretado este hecho debido a la existencia de la Práctica Médica en modos de producción anteriores al capitalista (12). Indudablemente este hecho oculta aun más las determinaciones sociales que inciden en esta práctica, pero a condición de entender sobre todo, la racionalidad que se esconde detrás de la concepción que el capital elabora, envolviéndose en ella.

La concepción del mundo que subyace en el capitalismo y que se basa en la negación de cualquier antagonismo de clase -supuesto que en rigor es una ficción ideológica-, impone la fragmentación de todos los planos de la vida social. De esa manera rompe los fenómenos, separando la apariencia de la realidad, desarticulando el todo en partes las que no se relacionan entre sí más que por la funcionalidad establecida entre ellas, pero no porque contengan o una lógica de articulación interna o porque respondan a leyes generales. La forma de operar es pues a través de "la transfiguración de los objetos sociales en cuanto es ello carácter del modo de producción capitalista (13).

Esta concepción ideológica se expresa por ejemplo en los conceptos de libertad e igualdad, premisa que supone a todos los hombres libres e iguales para desarrollar su existencia como sus 'fuerzas y empeño' lo permitan; pero ello rige mientras no atenten contra lo estipulado, es decir mientras no atenten contra el capital o su organización factual más acabada, representada por el Estado burgués (14).

Esta, que no es otra que la ideología burguesa, no es solo la visión de la clase para sí misma, sino en tanto ideología dominante se constituye en armazón ideológica para el conjunto de la sociedad. Permea de esa manera al pensamiento científico y lego, penetra y construye en las mentes una conformación de las ideas y de interpretación de la realidad que traspasa las barreras de la propia ideología de otras clases o fracciones, tendiendo a su-peditarlas (15).

La valoración ideológica en el quehacer médico es un sustrato para su acción. Previas las determinaciones más abstractas sobre estas prácticas y en las cuales también participa, la ideología baña su estructura quedando de esa manera mistificado su quehacer, y por lo tanto su articulación con la estructura social aparentemente disuelta.

De esa manera por ejemplo, el saber médico dominante enjuicia desde su

perspectiva al saber (médico) popular (16) o a formas alternativas a su propio pensamiento, calificándolas o descalificándolas. De igual modo, legitima las prácticas que generan respuesta acordes a las necesidades propias de la fase del desarrollo capitalista de que se trate, otorgándoles el bien ganado rango de prácticas dominantes. Igualmente, es lo ideológico lo que imprime -sin determinarlo- un cierto valor social al tipo de individuo sobre que versa su acción, lo que interviene profundamente en los procesos finales o manifestaciones últimas del quehacer médico, 'el cuidado médico' (17). Presenta a los dos individuos que concurren a dicho acto con una concepción predeterminada del carácter de la relación y de su desarrollo, relación a la que ambos llegan 'convencidos' de que la libertad de las partes es el único móvil que les ha permitido converger y que por lo tanto lo 'pactado', será respetado. No es rara la difundida aspiración de un mayor acceso a la medicina privada, no obstante a tener acceso a otras formas de Práctica Médica. ¿Cómo juega y dirige la ideología burguesa nuestras elecciones, también en lo médico, haciendo aparecer atractivas cosas fatuas, removiéndolo el centro del problema a tal punto de no poder distinguir que es lo esencial? De manera que, cualquier cambio a nivel de la Práctica Médica siempre que emerge a partir de necesidades que tengan sentido a nivel de los sectores de poder, tendrá posibilidades de afincarse entre aquellas que comparten la hegemonía como prácticas reconocidas.

Estos aspectos de entre muchos otros elementos, permiten vislumbrar el significado y la incidencia que tiene la ideología, de un modo general, en el proceso de la Práctica Médica dentro del marco capitalista. Es ella, la ideología, la que contiene la visión de las clases dominantes y que a través de diferentes recursos mediadores logra penetrar y encarnarse en la conciencia colectiva, mostrando la apariencia de los fenómenos como su verdadera naturaleza. Consiste pues, la ideología, en el elemento que en el régimen capitalista hace ver a la Práctica Médica como fenómeno aislado del contexto y cuya acción se debe mantener en esa forma, es decir exento de sus nexos y con tradiciones sociales.

A modo de síntesis, la Práctica Médica al responder al fenómeno de la salud-enfermedad, vehiculiza en esa respuesta la impregnación, la irradiación de la ideología dominante y sus componentes. Ello no solo contribuye a conformar esta práctica particular, sino además a estructurar y reproducir el conjunto de los soportes económico-sociales sobre las que descansa el modo de producción capitalista.

Cuales son los mecanismos que permiten esta dinámica?. La respuesta está vinculada a los problemas relativos al poder. Su planteamiento debe abrirse paso en torno a la cuestión del Estado.

##### 5.- PRACTICA MEDICA Y ESTADO.

El Estado ha sido definido teóricamente como "un órgano de dominación de clase, un órgano de opresión de una clase por otra, es la creación del 'orden' que legaliza y afianza esta opresión, amortiguando los choques entre las clases" (18). "El Estado es un producto del carácter irreconciliable de las contradicciones de clase, (...) es una fuerza que está por encima de la sociedad y que se divorcia cada vez mas de la sociedad" (19); la base de todo ello radica en las condiciones materiales de vida, es decir el "modo de producción de la vida material determina el proceso de la vida social, política y espiritual en general" (20).

No se ha querido 'interpretar' el contenido de los párrafos anteriores, ya que ellos de por si contienen los riquísimos elementos conceptuales fundamentales para la comprensión, -a un nivel de gran abstracción- del problema del Estado. A partir de ese constructo, es posible descender a niveles de mayor concreción para teorizar sobre el Estado capitalista o incluso para analizar el carácter del Estado burgués en sociedades desarrolladas o dependientes (21). No obstante, nuestra pretensión es muchísimo menos ambiciosa. Solo se buscará aquí tomar ciertos elementos conceptuales del Estado burgués, que permitan avanzar en la explicación del fenómeno de la Práctica Médica.

Al Estado burgués corresponde confirmar y reproducir las relaciones de producción al interior de una formación concreta, relaciones cuya permanencia significa en definitiva la proyección en el tiempo de la hegemonía de la burguesía como grupo de poder, frente a las demás clases. De ello no debe entenderse que la burguesía constituye un grupo monolítico ni mucho menos. Por el contrario, el Estado a su vez regula la relación entre las distintas fracciones burguesas cada una de las cuales se inserta en la producción de manera peculiar. En otras palabras, el resultado de las negociaciones o resolución de las contradicciones interburguesas, deviene en un determinado bloque de poder. No obstante lo anterior, el Estado tenderá a expresarse como una "síntesis de la vida social" (22). Es decir a representar al conjunto de las clases. El Estado es justamente eso, la unidad social a ese nivel de lo que en otros planos no resulta unificable.

El Estado en tanto concentrador del proyecto de la clase dominante, contiene los elementos ideológicos y estructura o reestructura los mecanismos organizativos para ejercer su poder al interior de la sociedad. De ese modo, media su poder y su "deseo", su hegemonía y su dominación, en la intrincada red de instituciones entre las que se ubican tanto las desprendidas directamente de su propio seno como las privadas, las cuales traducen en acto dicho proyecto.

La Práctica Médica, en tanto práctica social particular, participa, en mayor o menor medida según sea su forma específica de organización social, en el ámbito mediador de la gestión estatal. Sin embargo, hay algo más todavía. El Estado, en tanto revelación del espíritu de poder de una sociedad determinada, orienta su acción en la misión de recubrir, organizar y regular el modo de operar de la Práctica Médica, justamente porque ella no puede eximirse del ámbito mediador de la acción estatal. Pero, y esto debe ser enfatizado de modo especial, aunque podamos concluir que si bien es cierto que las instancias organizativas que responden a los pro-

cesos de salud-enfermedad son 'lugares o momentos' de la mediación estatal, tampoco debe soslayarse que estos 'momentos o lugares' pueden ser de negación u oposición a la ideología que subyace en los planes, proyectos y programas estatales. (23)

La forma de articulación entre el 'comando' o dirección y las instituciones, tanto públicas como privadas, pueden -aunque no solo por estos mecanismos- realizarse a través de las políticas que del Estado emanan, las que son asimiladas y operativizadas en cada institución según su propia especificidad, es decir, en su radio particular de acción. Desde luego, la distancia que media entre la política y su ejecución, no se exime de contradicciones sociales, porque su sola formulación ya manifiesta un propósito, una forma de violencia que es la resultante del poder.

En lo fundamental y a este nivel, el contenido de las políticas en su expresión programática, tanto las generales como las específicas conllevan dos tipos de cuestiones. Las primeras de ellas, contienen el marco general, doctrinario si se quiere, en el que se debe desarrollar el quehacer. Las segundas, apuntan a cuestiones más específicas, entre las cuales se encuentran cuestiones tales como, la normación concreta del 'como hacer' (presupuestos, población a cubrir, tipo de atención, etc.), pero que por otro lado y al mismo tiempo indican los intereses subyacentes; la idea del tipo de servicio que se proyecta. Unas y otras suponen simultáneamente a su primera intención, una carga de elementos que contribuirán a conformarse como aspectos formadores de conciencia, que en lo fundamental buscan la afirmación y reconocimiento social al tipo de prácticas dominantes y al modo en que estas se desarrollan.

Empero, el carácter que asumen estos aspectos está en estrecha relación a la forma o tipo de Estado capitalista de que se trate. Ello definirá los límites a las modalidades particulares de presentarse la Práctica Médica.

La capacidad de articular la dominación y el consenso, es decir la capacidad de hegemonía de un Estado para imponer su proyecto, está en estrecha relación a la forma o tipo de Estado en un momento determinado del desarrollo capitalista y del nivel de la lucha de clases. Si bien el carácter del Estado permanece siendo burgués, la forma de resolver las contradicciones dependerá de los intereses del sector burgués que detenta el poder y de la capacidad de las clases subordinadas de incidir en la lucha social.

De esa manera, por ejemplo un Estado democrático-burgués supondrá, en virtud de su autonomía relativa, un poder basado en el consenso por sobre las formas de coerción; a diferencia de aquel, que habiendo perdido dicha autonomía, se erige como poder, preponderantemente en base a la cohesión. En tal sentido, el análisis de la Práctica Médica debe pasar por su ubicación al interior de una Formación económico social concreta, en la cual el tipo de Estado burgués que hegemonice el proceso, desarrollará políticas que configuran y orientan a estas prácticas, y que tenderán a avalar los procesos de la base económica y de la gestión estatal, a través de una forma específica de dominación.

#### 6.- PRACTICA MEDICA.

De esa manera construida la Práctica Médica en tanto su articulación con la estructura social, se pueden hacer algunas consideraciones acerca de su carácter en las formaciones capitalistas.

En general se ubica al interior de esta categoría una diversidad de aspectos, que confluyen en distintas formas de organizar por parte de la sociedad, respuestas al fenómeno de la salud-enfermedad.

En primer término, estas respuestas podrían diferenciarse entre aquellas que son reconocidas por el conjunto de la sociedad, y en tanto tal,



prácticas dominantes; y aquellas cuyo ámbito de influencia se circunscribe a sectores minoritarios de la sociedad, pudiéndose definir las como prácticas no dominantes.

Las prácticas dominantes emergen como respuestas acordes a las condiciones del desarrollo capitalista, guardando congruencia con las formas de saber dominantes, con una legitimación social de los personajes que la desarrollan y de la forma en que se 'expresa'.

Las no dominantes, mantienen rasgos de identidad propios a modos de producción rezagados aunque articulados con el modo de producción capitalista. En tal sentido, presentan respuestas que son reconocidas al interior de estos grupos sociales, cuyas bases suponen una concepción de los fenómenos diferente, en torno a lo cual se constituye un saber y una práctica particular.

Por el carácter y por la ubicación histórico-social de este trabajo, se desarrollarán aquí someros aspectos en relación a las prácticas médicas dominantes.

En páginas anteriores se definieron dos grandes grupos al interior de la Práctica Médica dominante. Estas se presentan en diversas formaciones capitalistas con especificidades propias así como también en la forma en que ambas se articulan entre sí. Estas son, las prácticas estatales y las privadas, las cuales emergen en momentos diferenciados y particulares de estas formaciones.

Las Prácticas Médicas estatales. Estas suponen la organización por parte del Estado de formas de resolución a los problemas de salud-enfermedad de la población o de sectores particulares al interior de ella. Fundamentalmente y en general, podría decirse que se generan a partir de dos tipos de fenómenos. Por un lado, la necesidad de nuclear o unificar los intereses de la clase dominante, en torno a un proyecto orientado al cuidado de la fuerza de trabajo en tanto motor productivo de la sociedad y por otro la

asimilación de las exigencias que presenta el proletariado. Una y otra solo posible de ser abarcada a través del Estado en tanto supone, en virtud de la envergadura del problema, la necesidad de un subsidiador de los capitales individuales y por otro la 'solución' a las exigencias de los trabajadores, en tanto su no satisfacción constituye una 'amenaza' al sistema. Una y otra necesaria de reconocer en cada sociedad, en relación al nivel de la lucha de clases y de la forma de resolver por parte del Estado las contradicciones sociales.

Desde otro punto de vista no excluyente, podría decirse también que emerge ante la necesidad de satisfacer los problemas de salud-enfermedad de la 'población laboral' ante su incapacidad de converger a la medicina privada, y a la insuficiencia de las respuestas que las formas rezagadas de práctica médica que aún pudieran practicar, tienen como 'real' solución a la problemática generada en el proceso de trabajo capitalista.

Las Prácticas Médicas Privadas. Estas prácticas conforman distintas modalidades de presentarse, teniendo en común la ingerencia no directa del Estado en ellas.

Al hacer referencia a la variedad, hemos querido expresar que en un momento histórico determinado perviven al menos mas de un tipo, aunque no todas poseen el mismo peso. Sin embargo, su forma mas simple está contenida en las demás.

La forma mas simple se podría situar a nivel de la práctica liberal. Su emergencia data de los albores del capitalismo, al momento de la transición de las respuestas a los fenómenos de salud-enfermedad de lo religioso, a través de la fé, a los problemas del cuerpo, avalado por el desarrollo de las ciencias naturales. Pone en relación a dos individuos que, como Arouca los define "una de las cuales transforma un sufrir; una

Inseguridad o un sentirse en necesidad, que solamente puede ser resuelto por alguien externo a ella, socialmente determinado y legitimado''(25). Individuos libres, exigencia sine-quantum del nuevo modo de producción, tanto para acudir a la atención como para brindarla. Libertad que para el médico significa la existencia de su trabajo en condiciones de 'competencia de libre mercado', fórmula que hoy aunque se proclame lo contrario, pierde vigencia con la evolución del desarrollo capitalista. En esa medida, la práctica liberal se constituye en una categoría simple, primitiva entre las formas más desarrolladas de prácticas privadas, y que por lo tanto pareciera tendencialmente perder vigencia.

Medicina de Grupo: Puede caracterizarse como la forma privada más desarrollada de práctica médica al interior del capitalismo en su fase actual. Constituye -a diferencia de una concepción simplista- un momento de desarrollo superior de la medicina liberal, su expresión actual. Emerge ante la penetración de los intereses del gran capital a un ámbito nuevo de inversión; que según los estudios que indican la elevación del gasto del PNB en salud, aparece este como un campo altamente rentable. Rompe, desestructura, cambia el perfil de la práctica médica, a costa de dejar en evidencia incluso la mistificación que se había obtenido sobre los procesos de salud-enfermedad.

No obstante, no es un proceso aislado, sino se da en concomitancia a procesos similares en el conjunto de la sociedad y que en definitiva responden a una mayor centralización y concentración del capital, y sus respuestas.

## 7.- NOTAS.

- (1).- Véase al respecto, Mercer, H., La Práctica Médica, en Rev.Méx.de CS. Pol. y Soc. No. 84, 1976, UNAM., p. 10.
- (2).- Parsons citado en García, J.C., Med. y Soc., Mimeo, UAM-X, P. 11.
- (3).- García, J.C. Medicina y Sociedad. Mimeo, UAM-X pp. 11-12.

Algunos autores que entregan elementos críticos a este enfoque:

García, J.C., Op. Cit. pp. 3-13.

Donnangelo, M.C., Medicina y Sociedad, Cap. I, pp.3-7.

Berliner, H., A. Larger Perspective on the Flexner Report, en International Journal of Health Services 5 (4): 573-591, 1975; etc.

Trabajos en esta perspectiva:

Galván Escobedo, J., La teoría de los Sistemas Aplicada a la Administración en Salud, XI Seminario Internacional sobre Administración de Servicios de Salud, Washington, OPS, 1973, pp.48-67 (Publicación Científica 271 .

Crozier, M., The Bureaucratic Phenomenon, USA, Univ. of Chicaco, 1973, Cap.Vi.

Alcance y Naturaleza de las Investigaciones de Práctica Sanitaria. Cuadernos de Salud Pública, OMS, (51): 15-50, 1974; etc.

- (4).- Piersanti, F., La Dialéctica entre Investigación Científica y Práctica de la Medicina, en Berlinguer, G., et. al Medicina y Política Ed. Fontanella, Barc., 1972, p. 311.
- (5).- Vasco Uribe, A., Salud, Medicina y Clases Sociales, Ed.La Pulga, Medellín, 1975, Caps. V y VI.
- (6).- Foucault, M., El Nacimiento de la Clínica, 6a. ed., SXXI, 1979.
- (7).- García, J.C., La Articulación de la Medicina y de la Educación en

## 1a Estructura Social, mimeo UAM-X

(8).- Trabajos en esta perspectiva, algunos ejemplos:

Donnangelo, M.C., Saúde e Sociedades, Sao Paulo, Livraria Duas Cidades, 1976, Cap. I y II.

Laurell, C., Medicina y Capitalismo en Méx., en Selección de Lecturas de Ciencias de la Salud, Colegio de Cs. y Humanidades. Plantel Sur, UNAM, pp.108-113.

Maccacaro, G., Clase y Salud, en Franco Basaglia y otros. La Salud de los Trabajadores, Ed. Nueva Imagen, Méx. 1978. pp.73-90. García, J.C., La Articulación de la Medicina y de la Educación en la Estructura Social, mimeo UAM-X, etc.

(9).- Laurell, C., Op.cit.p.99

(10).- Dubós, R., El Espejismo de la Salud, F.C.E., Méx. 1975, especialmente los Caps. I, II y VII.

Conti, L. Estructura Social y Medicina, en Berlinguer et. al. Op. cit. pp. 287-310.

(11).- Cf. Mercer, H., La Práctica Médica, en Medicina: Economía y Política, Rev. Méx. de Cs. Pol. y Soc., No. 84, UNAM p. 18-22.

(12).- Cf. Donnangelo C., Op. Cit., cap. II.

(13).- Zavaleta, R., Las Formaciones Aparentes en Marx, en Rev. Historia y Sociedad N. 18, 1978, p. 18. "La 'formación aparente' de la sociedad no coincide jamás con lo que la sociedad es: la explotación está enmascarada como igualdad; las clases colectivas como individuos, la base económica como superestructura y la plusvalía como ganancia. To do está travestido y disfrazado. Esto último, empero, la dicotomía entre realidad y aparición que da la dualidad plusvalía-ganancia, es lo que importa".

- (14).-El problema aquí señalado es desarrollado en extenso a propósito de las estructuras de mediación estatal por Roger Bartra. Véase su trabajo. *El Poder Despótico Burgués*, Ed. Península, Barcelona, 1977, p. 132 y ss.
- (15).-Cf. Macciocchi, M.A. Gramsci y la Revolución de Occidente, S XXI, Méx. 1975, pp.153-154.
- (16).-Gimenez cita en su trabajo la posición de la Semana Internacional de Catequesis, Medellín, 1968; respecto a la religión popular por cuanto esta visión puede hacerse extensiva a otras manifestaciones de lo popular: "Las manifestaciones de la religiosidad popular, si bien es cierto que a veces tiene aspectos positivos, en la actual evolución acelerada de la sociedad son expresión de un grupo alienado, es decir, de un grupo que vive masificado y despersonalizado", en *Cultura Popular y Religión en el Anahuac*, Centro de Estudios Ecuménicos, Mex, 1978, p. 16.
- (17).-Utilizo aquí la noción (cuidado médico) en términos de Silva Arouca.
- (18).-Planteamiento de Marx recuperado por Lenin en *El Estado y la Revolución*, 4a. impresión 1974, República Popular China, p. 8.
- (19).-Lenin, V.I. *El Estado y la Revolución*. Ediciones en Lenguas Extranjeras, Edit. del Pueblo Pekín, 1974. p.9.
- (20).-Marx, K., *Introducción General a la Crítica de la Economía Política*. 1857.
- (21).-Cf. Zavaleta, R., *El Poder Dual*, S. XXI, Méx. 2a.ed., 1977, pp.141-151.
- (22).-Parafraseo aquí una expresión utilizada por Lenin.
- (23).-La crítica y superación del esquema estructuralista que sirvieron de base para la elaboración de las ideas articuladas en este párrafo, corresponde a R. Zavaleta: "Las Formaciones Aparentes en Marx". En *Revista Historia y Sociedad*, No. 18.

- (24).- Cf. Cueva, A., Teoría Social y Procesos Políticos en América Latina, Ed. Edicol, Méx., 1979, p 164-176.
- (25).- Arouca, A., El Trabajo Médico, en Rev. Medicina: Economía y Pol. No. 84., p. 33.

## CAPÍTULO II: ANTECEDENTES PARA EL ANALISIS DEL ACTUAL PROCESO DE LA PRACTICA MEDICA EN CHILE.

### 1.- INTRODUCCION.

En este capítulo se entregarán algunos antecedentes, que a modo de premisa permitan una mayor comprensión del proceso que se desata a partir de 1973 y que tendrá un gran impacto en el quehacer de la Práctica Médica en Chile.

Dados los elementos que de un modo general constituyen el soporte teórico-metodológico de esta investigación esbozados en el capítulo anterior, se procederá a enmarcar el trabajo a la luz de un planteamiento general que permita la contextualización del problema bajo análisis.

La premisa de la que partimos, es que a través de las últimas décadas la Práctica Médica en Chile ha comportado el desarrollo de dos tendencias fundamentales. Ambas suponen momentos diferenciados en relación al desarrollo socio-político de la Formación económico-social chilena, privilegiándose en este caso el modo en que la forma de Estado ha ejercido su influencia en uno y otro momento histórico de la Práctica Médica.

La primera de ellas, cuyo lapso de desarrollo podría situarse desde 1952 a 1973 supone, a la luz del desarrollo democrático burgués que ha caracterizado a esta etapa, la participación del Estado a través de un proceso directo en la organización y administración de la salud de la población, que presupone una concepción particular de lo social. Las raíces de esta particular ingerencia deben buscarse en tiempos anteriores a 1952, aunque es a partir de ese momento que cristaliza en una forma superior de Práctica Médica que, conteniendo a las anteriores, expresa la consolidación de una modalidad específica de resolver por parte del Estado los problemas de salud-enfermedad de la población.



El Servicio Nacional de Salud (S.N.S.) que es la expresión de dicha modalidad, se erige como la forma de Práctica Médica más importante en torno a la cual se estructuran el resto de ellas. En definitiva, se constituye como el soporte, el núcleo central de la Práctica Médica en Chile. En tanto tal, cualquier intento globalizador de tratamiento del problema debe pasar en primera instancia por el relevamiento del S.N.S., así como también cualquier cambio estructural del fenómeno general de la Práctica Médica, debe pasar por su transformación.

La segunda tendencia, que enmarcaremos en un período que va de 1973 a la fecha, involucra un cambio global de la Práctica Médica en Chile. Podría decirse en esa medida, que a partir de la resolución de la crisis política a través del Golpe de Estado de 1973 y la instauración de facto de un nuevo 'régimen' en la sociedad chilena, se inicia una tendencia que se orienta a perfilar una nueva respuesta social frente a los procesos de salud-enfermedad de la población. De acuerdo al grado de su coherencia, amplitud y profundidad, tiende a oponer y negar todo el desarrollo anterior en este ámbito particular.

Ello implicará una manera diferente de participación del Estado en la gestión de salud, que sin desaparecer, se rearticula en base a un nuevo concepto de lo social. Su objetivo ya no será la preocupación directamente asistencial o preventiva sobre el 'medio ambiente' y las personas, sino, la articulación desde 'arriba' de un nuevo proyecto, en el cual la gestión estatal propicia la tendencia privatizadora de la Práctica Médica.

## 2.- EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD COMO EXPRESION DEL DESARROLLO SOCIO-POLITICO DE LA SOCIEDAD CHILENA.

### 2.1.- EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD. ALGUNAS CARACTERISTICAS Y SU ARTICULACION CON LAS OTRAS FORMAS DE PRACTICA MEDICA.

Las formas de Práctica Médica en Chile constituyen a primera vista una vasta gama de instituciones. En general todas responden a aspectos que hacen a los fenómenos de salud-enfermedad de los chilenos, se estructuran sobre un mismo saber, utilizan métodos auxiliares de diagnóstico y tratamiento, se rigen por criterios normativos en lo clínico mas o menos comunes, etc. No obstante, de hecho las distintas formas de práctica involucran particularidades en la modalidad de asimilar los aspectos generales, comunes a todas ellas. De manera tal, que así como no es posible aseverar que todas ellas son iguales, tampoco es posible simplificar la explicación en términos de sus diferencias, aduciendo solamente la forma de organizarse como instituciones, los procesos de trabajo característicos a cada una de ellas, etc. Creemos que estos aspectos en general enunciados y que en efecto le dan su especificidad última, concurren de esta manera a partir de un aspecto mas determinante que guarda relación al tipo de población sobre la cual estructuran su quehacer. Ello no debe entenderse tampoco como una determinación lineal y absoluta en la conformación de las distintas formas de práctica médica, sino como el marco que delimitará la modalidad que adquieren cada uno de los aspectos que hacen a la Práctica Médica. Sin embargo, como lo demuestran algunos estudios, existen en Chile "importantes brechas entre el acceso que la población debiera tener a los servicios de salud, siguiendo la letra de la ley, y el acceso real o efectivo que ella tiene" (1). Algunos de los elementos que hacen a esta distorsión, están dados por aspectos como deficiencias de los servicios, la gran legitimación de que goza la medicina liberal, o el escaso control de algunas de las prácticas en la distinción entre sus derechohabientes, lo cual de ninguna manera niega la tendencia general. Ello apunta a la necesidad de jerarquizar las distintas prácticas.

El S.N.S. tiene características particulares en relación a las otras formas de Práctica Médica, Por un lado, a) cubre a una población mayoritaria del país y concentra la mayor parte de recursos en salud. Junto con ello, b) se constituye en el principal facilitador a la existencia del conjunto de estas prácticas. En tanto tal, concebimos al S.N.S. como la Práctica Médica fundamental en Chile.

a) El S.N.S. a través de acciones de fomento y protección se hace responsable del conjunto de la población, en tanto que en términos de recuperación proporciona el cuidado a la población imponente del Servicio de Seguro Social, es decir al obrero y su familia directa y a sectores de trabajadores independientes. También atiende a los sectores indigentes, situación que se establece mediante la estipulación de un ingreso mínimo, lo que hace en las condiciones socio-económicas de Chile que importantes sectores se acojan a este derecho. Proporciona además atención a sectores de empleados a través de convenios con su servicio médico respectivo, el SERMENA. A su creación, la cobertura del S.N.S., a través de acciones de recuperación ascendía a cuatro millones doscientas mil personas, es decir 70% de la población de la época (2). Cifras posteriores muestran en el cuadro siguiente que la tendencia se mantiene.

Población beneficiaria de asistencia médica según régimen previsional al que está afiliada. (Miles de personas), 1968.

Total del país	S.N.S.	Part.	Empleados Públ.	Defensa Nacional	Ninguna
9.176	4.395	1.156	734	413	1.478
100%	47%	12.5%	7%	4.5%	27%

Fuente. Construido con datos de Livingston et. al., Salud Pública y Bienestar Social. STGO., Chile, CEPLAN, 1976, p. 79.

No obstante, hay que hacer notar que las cifras del S.N.S. no incluyen a la población indigente. En el cuadro, estos aparecen al interior de la categoría 'ninguna', la cual no da cuenta en la cifra de la distribución de esta población. Una mayor desagregación de los mismos datos que presenta el autor, permiten una mayor aproximación. Así, alrededor de un millón de personas se clasifican como indigentes médicos y tienen por lo tanto acceso al S.N.S.

Los establecimientos (hospitales, policlínicos y postas rurales) con que contaba el S.N.S. a nivel nacional para desarrollar sus acciones para 1968-1971, año elegido solo para fines de ejemplo, se explicitan en el siguiente cuadro.

Establecimiento del S.N.S. 1971.

Hospitales	Asilos Hops.	Policlínicos	Postas
231	28	135	941

Fuente. Datos recopilados por Gilda Gnecco en Política de Salud y recursos, presentado al Seminario "Recursos Humanos en Salud" de la Academia de Humanismo Cristiano, STGO, Chile, octubre de 1978.

Para el mismo año, la dotación de recursos humanos del S.N.S. era la que se desglosa a continuación.

Recursos de Personal S.N.S. 1971.

Médicos	Enfermer.	Matronas	As.Soc.	Dentis.	Aux.Enf.	Total
4.693	1.962	1.239	887	1.500	18.189	56.658

Fuente: Extractado de "Anuarios de Recursos y Atenciones del S.N.S. 1969-1975: 15 años de labor del S.N.S. (1962-1967)"

El presupuesto con que cuenta el S.N.S. es el mas importante que el Estado asigna en materia de acciones sanitarias. El cuadro siguiente en tal sentido es elocuente.

Gasto público en salud, 1969, 1972.

Año	Gasto público en salud (millones E°1970)	Gasto en salud como porcentaje del gasto público total,	Distribución	
			SNS	SERMENA
	(1)	(2)	(3)	(4)
1969	2.559,7	6,7	79,1	9,9
1970	3.190,1	7,6	71,3	18,2
1971	4.213,7	7,4	71,5	19,4
1972	4.774,0	8,4	78,4	12,3

Fuentes: Dirección de Presupuesto, Balance consolidado 1969-70, e información de Presupuestos 1971-1972.

Las cifras de la col.(1) han sido deflactadas por el índice de precios.

Extractado de: Livingstone Et. Al. Salud Pública y Bienestras Sociales.

Ceplan, U.C. STGO., 1976, p. 169.

El gasto en salud, tal como se puede advertir, constituía para 1969 y 1972 un 6.7 y un 8.4% respectivamente del gasto público total. De este se destinó un 79.1 y un 78.4% en los mismos períodos al S.N.S.

Por otro lado, pareciera que su participación en relación al nivel de salud de la población ha incidido efectivamente en una disminución de los índices tradicionales de morbimortalidad. Ello sin embargo, no debe atribuirse en forma absoluta a la acción del S.N.S., ya que en virtud de la compleja trama de determinaciones que hacen al fenómeno de la salud-enfermedad, dichos índices también reflejan las condiciones de existencia de la población en los distintos momentos del desarrollo económico social de la sociedad chilena. (Ver anexos 1, 2 y 3.)

En relación a la organización territorial y funcional, el S.N.S desarrolla su acción a través de su propia infraestructura, organizándola en el país en trece zonas, cada una de las cuales cuenta con una dirección descentralizada. Esta se sitúa a nivel del Hospital base, desde donde se desplaza al conjunto de la zona a través de los consultorios centrales, periféricos, postas y estaciones médicas rurales.

No nos detendremos aquí a evaluar las fallas o los aciertos de esta práctica médica, solo interesa dejar muy claro que su presencia, bien o mal, significa un elemento que incide notablemente en el carácter de la Práctica Médica del país.

b) Las otras formas de práctica que coexisten con el S.N.S. y con las cuales se articula, son:

El Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Este se rige a partir de 1968 por la Ley de Medicina Curativa, la que dará cobertura a los empleados tanto públicos como particulares y a sus respectivas cargas. La modalidad que adquiere con la nueva ley, es la atención, además de la 'funcionarizada', es decir la otorgada en sus propias instalacio-

ciones y con su personal, de 'libre elección'. Ella estipula que "el beneficiario tiene derecho a elegir libremente al profesional que deba prestarle atención de entre aquellos inscritos para este efecto en el respectivo colegio (profesional) y el establecimiento donde ser atendido". (3) De esta manera se satisface la necesidad de atención con un componente que no es desechable de considerar, cual es la aspiración de la población chilena a la 'medicina liberal'. La 'libre elección' también puede darse a través de convenios SNS-SERMENA.

El SERMENA se forma en la coyuntura del Gobierno Demócrata Cristiano de Frei. En ese momento podría haberse optado por otras alternativas para la atención de los empleados, una de las cuales proponía asimilar a estos -financiados a través de sus respectivas cajas de previsión- al S.N.S. Sin duda la elección es política, teniendo por fin probablemente no solo la problemática de salud de este sector, sino al mismo tiempo preparar una correlación de fuerzas favorable para las próximas elecciones de 1970. De esta manera, capta sectores tanto de empleados como de profesionales que se acogen al sistema; los primeros con un acceso a una 'supuesta' medicina liberal, y los segundos, ampliando las posibilidades económicas con la concurrencia a su consulta de un nuevo sector.

Sin embargo, prontamente el sistema muestra su incosteabilidad. El mecanismo planteaba el pago de una parte de la atención por la respectiva caja de previsión, en tanto la diferencia para completar los honorarios del profesional, debían ser desembolso directo del paciente. En el marco del agudo proceso inflacionario del país, la posibilidad de mantener los reajustes de pago del SERMENA en concomitancia al ritmo de ascenso de los honorarios profesionales, fue planteando una brecha que agudizó cada vez más la solvencia del sistema. De esta manera el pago a los profesionales empezó a descender y a alejarse del precio de la prestación que cancelaba la clientela privada, estableciéndose un tratamiento discriminado entre ambas clientelas y estrechándose cada vez más la lista de profesionales, la que se restringió sólo a aquellos cuya única posibilidad de completar su ingreso era esta vía.

A través de los convenios existentes con el S.N.S., podría decirse que el Estado financia a este tipo de atención. Si los empleados son discriminados en el trato respecto de la clientela privada, podría decirse que en el S.N.S. los asegurados son discriminados en favor de la clientela del SERMENA. Lo anterior se debe a que los profesionales adscritos a este último dan prioridad en la atención a aquellos que pagan una parte de la atención, la cual, en los parámetros del SNS tiene un costo inferior al real, con lo que si bien se beneficia al médico, el servicio pasa a subvencionar en forma encubierta al SERMENA. (4)

Por otro lado, existen una gama de otras prácticas estatales que dependen de distintas reparticiones públicas, como los servicios de sanidad de cada una de las ramas de las Fuerzas Armadas, de Ferrocarriles, de Carabineros y el Hospital de la Universidad de Chile, que además de tareas asistenciales en convenio con el S.N.S., desarrolla tareas docentes y de investigación. Durante la Unidad Popular, con posterioridad a la nacionalización de Gran Minería del Cobre, se incorporan también sus servicios médicos al Estado. (5)

La práctica privada de la medicina, se desarrolla a través de la medicina liberal, las clínicas privadas, formas de medicina de grupo, así como algunas empresas que se han dado servicios médicos en relación a sus propias necesidades.

La práctica liberal de la medicina sin embargo, es la mas importante entre ellos, por cuanto constituye en nuestro país una de las mas legitimadas. Se desarrolla fundamentalmente en base a actividades de consulta y hospitalización, a la que tienen acceso habitual sectores de la burguesía y la pequeña burguesía (en especial a través de convenios con SERMENA) y solo ocasionalmente otros sectores sociales. Las reglas de este ejercicio se constituyen en rigor por el libre mercado, estipulando el Estado un monto mínimo a las atenciones. No obstante, además de las condiciones que impone el alza del costo de la vida, el precio de la consulta se dispara de



su mínimo la que también depende de que el 'status' del profesional así lo ameriten. Ello no se relaciona necesariamente con su saber, sino más bien con una cargada trama de 'valores', que no son otra cosa que la concepción ideológica que la sociedad ha involucrado al quehacer médico.

Lo interesante en todo caso en la modalidad chilena, es que un alto porcentaje de los médicos que practican la medicina liberal simultáneamente desarrollan actividades remuneradas en el S.N.S., cuestión estipulada y reglamentada por el propio Colegio Médico. Ello ha llegado a constituirse en una articulación altamente redituable, ya que si bien los salarios que perciben no son comparables a los de la práctica privada, por el reconocimiento de que es objeto el S.N.S. su adscripción a él supone una forma de legitimación, de cierto prestigio, de cierto reconocimiento al 'servicio social' que como individuo realiza. Además le supone una formación de cierta calidad obtenida en forma gratuita, la cual pone en función de su clientela privada. También su desarrollo al interior del S.N.S. le permite darse a conocer como profesional, ganándose así un prestigio que le puede significar, en especial si lo sabe aprovechar, no solo derivar a su consulta pacientes del Servicio, sino que además articular un mecanismo que redunde en su beneficio. Esto es, mantener una clientela que a lo más puede cancelar una consulta privada, pero de ninguna manera atenciones más caras. Estas, corren por cuenta del SNS, como son por ejemplo laboratorios, hospitalizaciones, etc., en tanto el médico mantiene la actividad consulta en los parámetros de la medicina liberal.

Otros aspectos que constituyen la articulación entre el SNS y las de más formas de prácticas, además de los ya mencionados, son algunos como los que se mencionarán a continuación.

Al interior del SNS se forma la mayor parte del personal de salud en Chile, tanto profesional como de otros niveles de capacitación. Esto

perfila una concepción, homogeneiza una serie de aspectos en relación al saber y al quehacer.

El Estado a través del SNS absorbe la mayor parte de recursos humanos en salud. Para el caso fundamentalmente de los médicos esto se traduce como hemos visto en la posibilidad de articular la práctica en el Servicio con el ejercicio privado, realizando para ello hasta un máximo de 6 horas de actividades en el primero. Este es un vehículo importante en la articulación entre las diferentes prácticas.

En el SNS se concentran en torno a un empleador común, un vasto contingente de trabajadores organizados a través de sus distintas expresiones sindicales, y que para el caso de los profesionales se manifiesta políticamente a través de los distintos Colegios. Este sector habitualmente considerado por la población como 'neutro', demostró en 1972 y 1973 que es un sector político. En esa medida, el SNS debe ser considerado una instancia importante de participación en la vida nacional así como también un lugar de la lucha política.

Por otro lado esta práctica concentra la mayor parte de los recursos materiales en salud del país, lo cual supone la aglutinación de una infraestructura tecnológica que -aunque anticuada como corresponde a todo país dependiente- no deja de ser la fundamental para el desarrollo científico a nivel nacional. Esta es socializada no solo para el quehacer médico propiamente tal en relación a la población que cubre, sino además como centro del desarrollo científico para el conjunto de prácticas. Es pues, junto a las Universidades, los colegios profesionales, o las asociaciones médicas una de las principales instancias desde donde se difunde el saber médico dominante.

## 2.2 LA PRESENCIA ESTATAL EN LA PRACTICA MEDICA. ANTECEDENTES PREVIOS A 1952.

La existencia del S.N.S. se remonta al año 1952 bajo la Ley 10.383, la cual al mismo tiempo dió formación al Servicio de Seguro Social (6). Emerge como prosecución de una tendencia de ya larga data en el desarrollo de las organizaciones de salud en Chile, en las que el componente estatal estuvo presente desde los inicios.

Solo a modo sintético, pues su historia pormenorizada desborda los objetivos del presente trabajo, es posible advertir ciertos rasgos recurrentes.

Desde el siglo pasado se encuentran referencias de la preocupación estatal en torno al problema de la salud de la población, aunque estas no fueran mas que expresiones aisladas. Así, por citar solo algunas de ellas, el Estado afrontaba las epidemias que asolaban la población a través de medidas coyunturales y la organización de instancias 'ad hoc' como lo fueron por ejemplo las medidas tomadas ante la epidemia de viruela en 1867. Además, eran las autoridades públicas las que sancionaban al carácter de las epidemias, que determinaban en definitiva su ingerencia o no en ellas. (7). Por otra parte, el Estado dota a las municipalidades de amplios poderes entre los cuales también están aspectos sanitarios como la salubridad y el aseo de la población que se encuentra bajo su jurisdicción. (8). Al parecer en relación al 'cólera morbus' de 1886 se habrá de estructurar la Dirección General de Sanidad, promulgándose ese año la Ley de Policía Sanitaria. (9). A partir de ella se crean los 'médicos de ciudad' que perciben honorarios del erario fiscal, antecesores a los epidemiólogos actuales.

En la coyuntura de los años '20 del presente siglo se habren paso una serie de legislaciones en torno a los trabajadores en relación a diversos aspectos de la seguridad social. Entre ellas, está la Ley No. 4.054 que da creación a la Caja del Seguro Obrero en 1924. De esta ley se desprende la

formación de un Departamento Médico, lo que podría interpretarse como los primeros intentos formales de medicina social en nuestro país. Este departamento ampara la salud de los obreros, su esposa e hijos hasta los dos años. (10).

Indudablemente este hecho no puede verse en forma aislada del entorno social, sino que su emergencia tiene lugar en un momento particular de la organización de la clase obrera, en relación al capital. La primera, la clase obrera, ya planteaba reivindicaciones sobre sus condiciones de existencia. Por otro lado la burguesía empezaba a comprender el papel de la mantención de la fuerza de trabajo como motor de la producción. Así lo manifestaba uno de sus representantes en 1938. Declaraba, en relación a la Ley de Medicina Preventiva, que esta "... toma en cuenta por fin el hecho de que la máquina que hay que reparar en este país es el hombre, pero no cualquier hombre, sino nuestro trabajador, todavía sano, todavía recuperable de una afección que recién empieza y cuya salud es el principal elemento positivo de riqueza de que podemos disponer"(11). El Estado sintetiza las contradicciones que estas exigencias plantean para traducirlas en respuestas particulares.

En el período que media entre la formación del Departamento de Medicina del Seguro Obrero (1924) y del Servicio Nacional de Salud (1952), el Estado va tomando en sus manos distintos aspectos de la salud de la población. En 1936 se crea la Sección Madre y Niño del Seguro Obrero que intenta, a través de la atención de la obrera o la esposa del obrero y sus hijos hasta dos años, proteger a este grupo de la población e incidir en su morbilidad, fundamentalmente la infantil. Por los '30, la participación del gremio médico cobraba relevancia. Si bien propiciaban la mantención de la práctica liberal como ejercicio independiente, postulaban al mismo tiempo las características que debía asumir la práctica médica en Chile. Planteaban así en la Primera Convención Médica de Chile de 1936, principios en relación a la 'integralidad', 'planeamiento periódico', 'concentración de esfuerzos' (en relación hacia donde dirigir la acción), 'comando técnico único con autoridad legal' (es decir la subordinación de la práctica privada a las autoridades competentes) y estatización, es

decir, demandar al Estado el cumplimiento de su función primordial de defensa de la vida de las personas, 'proveyendo el máximo de recursos y dictando leyes que permitan al suministro de una medicina integral' (12). No hay que dejar de decir, que también en este pensamiento sanitario los médicos se juegan su propia existencia como sector, ~~en~~ tanto la participación del Estado en salud se constituirá como fundamental para la existencia y mantención de la medicina liberal. En esta medida si bien busca la satisfacción de intereses individuales y grupales que posee el discurso se expuso en términos sociales entendiendo como fundamental la participación del Estado en la salud.

La ley 6.174 de Medicina Preventiva de 1938, toma en cuenta lo enunciado por los médicos. Ella tiene por objeto la creación de departamentos médicos por parte de los distintos institutos previsionales, tanto en lo curativo como en lo preventivo, particularmente en relación a "la TBC, la sífilis, el reumatismo, las afecciones cardiovasculares, como también las derivadas de determinadas condiciones de trabajo, mencionando expresamente el saturnismo, la antracosis y la anquilostomiasis" (13); La Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia, creada en 1942 para proteger a los sectores que no acogían las leyes anteriores; la Dirección General de Sanidad, a cargo de la prevención de las enfermedades transmisibles, higiene ambiental, control de alimentos, etc; el Instituto Bacteriológico de Chile, de carácter semiestatal y encargado de la elaboración de los procedimientos de diagnóstico biológico y de la preparación de sueros y vacunas. La mayor parte de las hospitalizaciones eran realizadas por la Beneficencia que pertenecía ya al Estado desde 1923. Era propietaria de la mayor parte de los hospitales y consultorios Seguro Obrero a través de convenios, experiencia que seguira utilizándose posteriormente.

La mayor parte del saneamiento ambiental no obstante, era de responsabilidades de otras entidades del Estado, como el Ministerio de Obras

Públicas fundamentalmente.

De manera que, el grueso de las actividades sanitarias estaba repartida en un conjunto de instituciones que simultáneamente desarrollaban distintos aspectos, y entre las cuales si bien existía una instancia coordinadora en el Ministerio de Higiene, Asistencia y Salubridad, en los hechos cada una de ellas respondía en forma prácticamente autónoma a sus propios menesteres. Por otro lado, el escaso financiamiento sumado a la desarticulación, impedía la estructuración planificada del sector. Ello contribuía aún más al desaprovechamiento de recursos estatales, disminuyendo ostensiblemente la posibilidad de una mayor incidencia en las condiciones de salud de la población. También se planteaba como desventaja, la separación en los hechos de lo preventivo y lo curativo, la descentralización de los recursos, la carencia de una política más definida para el conjunto del sector; así mismo, se veía la necesidad de una ampliación de la cobertura en base a un solo organismo, que permitiera garantizar más plenamente el derecho a la salud. A su vez, frente a los primeros esbozos de lo que sería la formación del S.N.S., los médicos se estructuran en una nueva organización, el Colegio Médico, que estipularía las nuevas condiciones con el empleador estatal.

Si bien las razones aducidas anteriormente son válidas, existían otros elementos que pugnaban por la formación del SNS. Debe recordarse que una coyuntura en que emerge el Servicio tiene rasgos particulares. Es un momento de retroceso del desarrollo democrático en Chile, en que el movimiento obrero es perseguido y el Partido Comunista se encuentra en la ilegalidad. En esa medida aparecen como más nítidos los intereses que la burguesía tiene en la formación del Servicio aunque podría decirse en virtud de su desarrollo anterior, que también expresa los intereses de los trabajadores.

El cuidado de la fuerza de trabajo es uno de los elementos que más claramente se definen. Se requería de una estructura que se preocupara -en vez de los capitales individuales- del conjunto de la fuerza de trabajo, a fin de poder abaratar los costos que su cuidado implicaba. De esa manera, solo era posible a través de la unificación de las formas de prácticas que el Estado poseía, es decir, concentrando y racionalizando la atención médica, lo que efectivamente tendería a un descenso de los costos. (14).

Por otro lado, los médicos no se oponían a esta iniciativa, por cuanto ello no significaba restarles clientela de la consulta privada, sino, por el contrario podría incrementarse. De modo que la existencia del SNS significaba de alguna manera la continuidad a la existencia de la medicina liberal. (15)

El conjunto de instancias estatales existentes a la fecha de creación del S.N.S. confluyen en su conformación, abriéndose la nueva etapa de la Práctica Médica en Chile.

### 2.3. EL ESTADO CHILENO COMO PROPIACIADOR DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD.

Cuáles son las particularidades del Estado chileno que lo hacen participar directamente en la organización de formas fundamentales de respuesta ante los fenómenos de salud-enfermedad?

Qué importancia le atribuye a la salud para destinar una parte importante del Gasto Público a la mantención de esta particular estructura el S.N.S.?

Partiremos diciendo, que el Estado en Chile ha sido la viva expresión del juego de fuerzas antagónicas que se han desarrollado en el país en el presente siglo. En esa medida el decurrir de lo social en los marcos de una democracia burguesa -de desarrollo casi ininterrumpido- no solo está expre-

sando una particularidad de los sectores burgueses, sino también habla de la fuerte presencia de las clases dominadas, particularmente del proletariado.

El Estado ha dirimido los conflictos entre las clases y al mismo tiempo de las fracciones de la burguesía, a través de un gran desarrollo de su autonomía relativa, de un gran desarrollo institucional, a través del cual aparece efectivamente como representando al 'conjunto' de los intereses de clase. Ello no significa de manera alguna, la pérdida de su naturaleza clasista.

Por otro lado, como avanzar en esta tesis en relación a la autonomía relativa del Estado chileno cuando la historia del desarrollo económico a mostrado la intervención del Imperialismo, la que se ha traducido en su inserción en una estructura capitalista, débil y desigual, en una modalidad de dependencia que lo ha ubicado en la larga lista de países subdesarrollados y dependientes?

Zavaleta ubica el problema dentro de las reglas de la relación entre base y superestructura: "(...) la superestructura, en realidad solo prolonga la condición de la base; incluso cuando se independiza de ella, en cierta medida es solo para mejor expresarla (...) Se sabe en cambio que, si el análisis estanca su objeto en el momento de la coyuntura, (...) la superestructura no siempre está en el mismo nivel de desarrollo que la base económica. A veces está adelantada de ella y a veces detrás de ella. En el caso de Chile, tradicionalmente por delante de la base económica, falsamente más perfecta que la base a la que debía corresponder, por la excepcionalidad de su formación social" (16).

Indudablemente y coincidiendo con esta postura interpretativa, esta particular relación entre la base y la superestructura, está indicando que las contradicciones propias de las fuerzas sociales, condicionan al Estado y lo desvían de presentar una respuesta lineal a las clases y a la base económica.



De hecho, y aquí nos referimos fundamentalmente al desarrollo de las fuerzas subalternas, la presencia del movimiento obrero en la historia de este siglo ha sido fundamental en Chile. Esto se puede vislumbrar señalando sólo algunos de sus aspectos y que sin duda guardan estrecha relación con el carácter que ha asumido nuestro objeto de estudio, la Práctica Médica.

Desde sus inicios, el movimiento obrero chileno representó una fuerza de enfrentamiento a la burguesía en los distintos planos de la vida social; en el sindicato, a través de sus partidos independientes, en los poderes del Estado, las Cámaras de Diputados y Senadores, donde tempranamente tiene representación.

Por entregar algunos elementos en perspectiva histórica, diremos que a los albores del presente siglo los trabajadores se presentan en organizaciones en tránsito de clase 'en sí' a clase 'para sí', las cuales irán nucleando a través de los años cada vez más al conjunto de los trabajadores, adquiriendo de modo progresivo una mayor presencia a nivel nacional.

Así se crea la Federación Obrera de Chile (FOCH) antecedida por otras experiencias, la que en su Declaración de Principios ya planteaba los siguientes propósitos: "Defender la vida, la salud y los intereses morales y materiales de toda la clase trabajadora de ambos sexos." (17). De alguna manera su presencia se expresa en la década siguiente en el estallido de 293 huelgas. La FOCH llega a contar en 1920 con alrededor de ochenta mil adherentes (18).

La confederación de Trabajadores de Chile (CTCH) emerge en 1936 como instancia organizativa superior a la FOCH y posteriormente la Central Única de Trabajadores. Representan una fuerza de gran desarrollo, un contingente proletario que junto a sus vanguardias políticas, logran en 1970 constituirse como Gobierno. Debe destacarse aquí, que el Movimiento Obrero Chi

leno mantiene su autonomía a través de toda su historia tanto de los partidos como de los gobiernos. Movimiento en el cual la cooptación no se dió jamás.

Uno de los elementos que influye decididamente la orientación de las organizaciones de clase, es la presencia de los partidos obreros. Fundamentalmente, la presencia del Partido Comunista que ya desde 1922 va a tener un importante papel en la dirección del proletariado. Posteriormente, en marco de la crisis de los '30 se dio la formación del Partido Socialista, que además del componente proletario contiene fuerzas de la pequeña burguesía, profesionales, etc., que adhieren a los fundamentos del proletariado. Entre sus formadores se encuentra el Dr. Salvador Allende que impulsará también, entre muchas otras iniciativas de orden nacional, iniciativas en relación a la causa de la medicina social en Chile.

La unidad Comunista-Socialista orienta la lucha política y presenta en las distintas coyunturas alternativas populares, en alianza gran parte de las veces con otras fuerzas progresistas. Existen las experiencias del '38, en que participan con los radicales en el Frente Popular y cuyo Ministro de Salud será Allende; en el '41 en que Comunistas y Socialistas logran un tercio en las elecciones; con posterioridad a los diez años de vigencia de la denominada Ley "Maldita", de Defensa de la Democracia, se presentan en 1958 a elecciones presidenciales; luego en 1964, hasta que el producto de ese largo proceso de lucha y acumulación de fuerzas por la conquista democrática de las clases populares, culmina en 1970 con el triunfo de la Unidad Popular.(19).

Es indudable pues que la incidencia de las fuerzas populares en Chile, han marcado también el carácter de su Estado.

Volvamos a nuestro problema después de estas necesarias disgreccionés; necesarias por cuanto señalan el contexto en el cual emergen las formas estatales de práctica médica. Esto es, en el marco de una interrelación económico-política de fuerzas, complejas, que se expresan también en el ámbito de lo médico a través del Estado, adquiriendo a este nivel su propio 'lenguaje'. La existencia del S.N.S., como aparato estatal a través del cual se preserva la salud de la población, es uno de estos 'lenguajes'.

La magnitud del S.N.S. y el alto costo que ello implica, está en relación con el tipo de proyecto social que el Estado plantea para la salud. En líneas generales, podría decirse que se enmarca en la Constitución de 1925, vigente hasta 1973, que establece el derecho a la salud de todos los ciudadanos y la responsabilidad que el Estado tiene en esta materia. No obstante, no tenía porqué haberse plasmado si a ello no hubieran concurrido los distintos intereses de clase, no al interior de los servicios, sino en la sociedad. Pero -y he aquí un paso difícil-, si en el quehacer de lo médico estos intereses no se manifiestan directamente, el conjunto de la práctica responde a ellos articuladamente. Si bien esta práctica en último término participa en la reproducción del modo de producción capitalista, la especificidad que cobra en el marco de la lucha de clases, hace que se desarrollen a través de ella, otros intereses.

En este sentido Gaete y Castañón, en un interesante trabajo sobre práctica médica en Chile y procesos políticos, plantean la subordinación del S.N.S. a la burguesía y a sus intereses (20).

En parte sus planteamientos son razonables, ya que de hecho el S.N.S. plasma intereses de la burguesía. Efectivamente, a través de esta práctica se logra el 'cuidado' de la salud de un importante contingente de la fuerza de trabajo y que su existencia podría ser la resultante de las exigencias que esta clase hace a su aparato de poder y dominación. No obstante, la burguesía no es un bloque monolítico ni mucho menos. La burguesía industrial comparte su aparato con la pequeña burguesía, con la burguesía ligada a la

tierra, con la fracción comercial o la vinculada al capital transnacional, cada una de las cuales privilegia naturalmente sus propios intereses. Es por ello que el Estado se 'eleva' por sobre sus diferencias, para mejor utilizar su poder -en función del conjunto burgués- en dirimir los embates del enemigo fundamental, la clase obrera, la cual como hemos visto, ha ido ganando posiciones y aprovechando profundamente los avances democráticos, de los cuales es el principal artífice.

En esa medida, no sólo se recupera y se mantiene la fuerza de trabajo en función de la producción y reproducción acumulativa, sino al mismo tiempo su poseedor, el obrero, logra arrancar beneficios para sí y su prole.

También es posible analizar al S.N.S. desde la vertiente de la mantención del Estado burgués. De hecho el S.N. S. aparece, producto de la mistificación ideológica de que es objeto, como un aparato técnico, de ninguna manera político. Sin embargo, es indudable que a través de su acción media la resolución de antagonismos no fundamentales, predisponiendo de alguna manera una concepción en la población respecto al quehacer estatal. A su vez, esto también se convierte en arma de doble filo, ya que la tradicional participación del Estado en salud, pasa a ser concebida como obligatoriedad y en tanto tal, posible de ser exigida y ampliada.

De modo que así como el S.N.S. nace producto de las contradicciones de la sociedad, no es posible atribuir su existencia en forma directa y mecánica a los intereses de una u otra clase, sino que expresa la síntesis articulada y especificada de los intereses y contradicciones sociales condensados a ese nivel. La forma de 'hacer salud' en Chile a través de esta práctica supone una tendencia, que adquiere modalidades específicas a lo largo de su desarrollo.

Esta tendencia ha significado, que la política de salud de los distintos gobiernos se base, en primera instancia para su realización, en la existencia del SNS.

Los dos últimos gobiernos por ejemplo, aunque suponen momentos diferentes en términos de los intereses que expresan, al menos indican la reafirmación de esta tendencia. Es más, parecieran profundizar el carácter estatal de la práctica médica chilena a partir de la existencia de este servicio de salud.

Para el caso del Gobierno de la Democracia Cristiana de Frei (1964-1970), se trata de llevar a cabo la alternativa 'revolucionaria' que los cristianos presentan para la transformación social, denominada 'revolución en libertad'. (21).

A reserva de comentar en otro momento este período de la historia de Chile, el proyecto en salud mantiene una visión desarrollista del problema. Esto es, la concepción de la salud en función del desarrollo económico. "El gasto en salud constituía una inversión en capital humano de tanta trascendencia como las inversiones denominadas reproductivas pues genera un incremento de la capacidad creadora, productiva y consumidora de la población"(22).

A nivel de discurso, se plantea la necesidad de homogeneizar el acceso a la salud del conjunto de la población. "La verdadera solución del problema debe consistir en hacer del S.N.S. un servicio de dimensión efectivamente nacional, que abarque todos los sectores de la población. Cualquiera solución que no sea ésa debe ser mirada como transitoria, por cuanto estimamos que no puede haber dos clases distintas de medicina, una para el obrero y otra para el empleado. Esto implica la creación de un Sistema Nacional de Salud que permita otorgar a todos los individuos una medicina integral ..."(23) No interesa analizar aquí el carácter de estos lineamientos que más bien en los hechos parecieran haber quedado en la etapa de lo 'transitorio'. Enunciado demagógico o no, indica al menos la validez de una forma de práctica médica

posible de ser mantenida o profundizada pero de ninguna manera clausurada.

El marco en que se desarrolla la política de salud de la Unidad Popular (1970-1973), es parte esencial de la concepción social y política de este gobierno. Ello se revela no solo a nivel del proyecto, sino fundamentalmente de la composición social a la cual expresa.

En esa medida, la 'administración' del Estado, cargada de contradicciones desde sus inicios, refleja no obstante una idea y un proyecto cualitativamente diferente a la de los gobiernos precedentes. Así la concepción de salud decía que, "Estamos en contra de las concepciones economicistas que consideran la salud como un medio para desarrollar las fuerzas productivas. La relación existe, pero su sentido debe ser inverso: el desarrollo de las fuerzas productivas debe encontrarse al servicio de la salud de la población. En consecuencia, el logro de un alto nivel de salud es componente, pero (además, y) principalmente, finalidad del desarrollo. Así, la función de dar salud no consiste en reincorporar individuos al mercado de fuerza de trabajo, sino que, por el contrario, se define en términos de desalienación, de humanización, de liberación plena y verdadera." (24). Empero, ello no implica una ruptura en la continuidad histórica de los procesos fundamentales de la Práctica Médica chilena, sino una profundización de las bases ya existentes. Se acentúa el carácter estatal de 'lo médico' que era justamente el carácter antagónico pero forzosamente necesario dentro de la unidad estatal. Desde allí mismo, es decir desde el S.N.S., se proyecta el Servicio Unico de Salud, una de las ideas que a nuestro juicio es la fundamental.

En esa línea, sus implicaciones trastocaban de manera directa los conceptos de democracia y participación, conceptos que en los hechos empiezan a abrirse paso tanto a nivel interno del S.N.S., a través de un proceso de democratización, como a nivel de los usuarios, a través de una mayor y más real participación. Estos aspectos en su planteamiento y desarrollo coadyuvarán a la agudización de la lucha de clases a partir del conjunto de transformaciones que simultáneamente se abrían paso en la sociedad chilena.

En todo caso y a modo de conclusión, si bien la Práctica Médica adquiere modalidades particulares de acuerdo a la coyuntura de que se trate, su historia hasta 1973 está marcada por su rasgo inequívocamente estatal.

## 3.- NOTAS.

- (1) Rodríguez Fdo. Estructura y características del sector salud en Chile, en Livingstone, Et. Al., Salud Pública y Binestar Social, Ceplan, U.C., Stgo, 1976, p. 82.
- (2) Ibid, p. 72.
- (3) Gutiérrez, R., Acceso de Obreros..., en, Ibid., p. 97.
- (4) Ct. Ibid., p. 96 y S.S.
- (5) Ct. Rodríguez, Ibid. p. 71.
- (6) Véase, Ruíz Troncoso, Jorge, "La Seguridad Social, su repercusión en la Ec. Nac., memoria de prueba para optar al Grado de Licenciado en CS. Jurídicas y Soc. de la U. de CH. Esc. de Derecho. Ed. Univ. S. A., STGO, Chile 1958, Cáp. II, p. 437 y ss.
- (7) Ct. Medina Lois, E., et. al., Med. Soc. en Chile. Ed. Aconcagua, la ed., Stgo, 1977, p. 31.
- (8) Estudio de la Historia de Chile, Galdamez, L., 8a. ed. Ed. Nacimiento, Stgo, 1938, p. 450 y ss.
- (9) Ct. Medina. Lois, Op. Cit, p. 37.
- (10) Véase en relación a la Legislación sobre Seguridad Soc. en Chile, Ruíz Troncoso, J., Op. Cit. Cáp. II.
- (11) Citado en Gaete y Castañón, El Desarrollo de las Inst. de At. Médica en Chile durante este Siglo, Mimeo, p. 18.
- (12) Rodríguez, F., Op. Cit., p. 67.



- (13) Rodríguez, F., Op. Cit., p. 68
- (14) Cf. Gaete, Op. Cit., p. 20
- (15) Cf. Ibid, p. 20 y ss.
- (16) Cf. Zavaleta, R., El Poder Dual, S. XXI Col. Mín/65, 2a. Ed., 1977, p. 154 y 155.
- (17) Citado en Witker, A., Los Trabajos y los Días de Recabarren, Ed. Nuestro Tiempo, 1a. Ed., La Haba 1977 p. 82.
- (18) Cf. Cueva, A., Teoría Social y procesos Pol. en América Lat. Ed. Edicol., 1a. Ed., 1979, Mé. p. 98.
- (19) Cf. IBID. p. 97 y ss.
- (20) Cf. Gaete y Castañón, Op. Cit.
- (21) Cf. Cueva, Op. Cit., p. 101 y ss.
- (22) Cf. IBID. p. 33., y Ochoa C., F., La Salud Pública en Chile. Análisis de su evolución en el período de 1958-1976. Memoria de Grado para la Lic. en Cs. Ec., Stgo. 1978. p. 12 y ss.
- (23) Mensaje Presidencial, 1970, p. 417, citado en, IBID, p. 15.
- (24) Cf. Ochoa. Op. Cit. p. 16 y ss.  
Cf. Godoy, Eduardo, La Planificación de la Salud en la Planificación Global del Desarrollo Chileno, bajo el Gobierno de la Unidad Popular. University of Glasgow, 1977.

CAPITULO III. LA NUEVA TENDENCIA DE LA PRACTICA MEDICA EN CHILE  
1973-1979.

INTRODUCCION.

La Práctica Médica en Chile inicia una nueva etapa con posterioridad a 1973, la cual está marcada por la ruptura en la continuidad histórica de la tendencia a través de la cual se había desenvuelto este fenómeno y cuyo rasgo esencial se constituía por una fuerte participación estatal en su gestión.

Múltiples son los aspectos que a primera vista podrían indicar dicha ruptura. Sin embargo, ella se verifica en primera instancia respecto de una de estas prácticas, el Servicio Nacional de Salud (S.N.S.), que se constituía hasta ese momento, incluso posteriormente en la forma de Práctica Médica fundamental en el país, y en torno a la cual se estructuraban el resto de ellas. En esa medida, en función a los cambios que se le imprimen a esta particular forma, que por su naturaleza estatal es la que recibe el mayor impacto, y en virtud de su dominancia y articulación con las demás, podría decirse cambia el cuadro global de la Práctica Médica en el país. En esa medida, cada una de ellas sufrirá un proceso de necesaria rearticulación, al mismo tiempo que se desarrollará tendencialmente un proceso de generación de nuevas formas. Unas, que emergen producto de la intencionalidad directa de los nuevos sectores de poder y fundamentalmente sobre las bases del S.N.S., y otras, que emergerán como un ámbito de respuesta al vacío que empiezan a generar los procesos de destrucción y posteriormente de desaparición del S.N.S.

Sin embargo, el proceso de transformaciones está lejos de responder a las determinaciones internas a la propia dinámica de la Práctica Médica. Los cambios a su interior constituyen la especificación para este ámbito del nuevo proyecto de poder emergente. En esa medida, su transformación

responde al remozón que sufre el conjunto de la sociedad con posterioridad al Golpe de Estado de 1973.

Profundamente influenciado por la magnitud de los procesos desatados en el conjunto de la sociedad, pero particularmente por la forma que asume el Estado chileno del cual es parte, el S.N.S. reciente la incongruencia de su existencia en las nuevas condiciones. Se trata de un aparato de salud 'pensado' al interior de un estado democrático burgués y que no se corresponde a la lógica del nuevo Estado. En efecto, no tarda este en plantear la nueva concepción que le asigna a la salud de la población y por lo tanto, a definir su participación en ella.

La nueva concepción, en particular respecto de la salud, pero en general respecto del quehacer social del Estado, se orienta a hacer converger la práctica médica -tradicionalmente desarrollada al interior de su propio seno- a una nueva racionalidad, la del 'libre mercado'.

La búsqueda a la nueva alternativa que permita hacer confluir la atención médica a los marcos de esta nueva racionalidad, se verifica a través de un proceso no sin dificultades, a pesar de las condiciones prácticamente ideales. Es decir, al no tener que hacerse en base a la convocatoria de los distintos sectores sociales como lo hubiera sido una discusión de tal envergadura en cualquier otro momento de la vida nacional. Confluyen en la discusión del futuro de 'lo médico', en particular sobre el futuro del S.N.S., los sectores militares y técnicos representantes de nuevo bloque en el poder. En un primer momento los médicos también se abocan a la tarea en virtud de la larga tradición de participación en las decisiones del sector, pero ante la forma que toman los hechos pasarán a constituirse posteriormente en un cuerpo antagónico y en conflicto con el Estado. El Colegio Médico hacia mediados del período se erigirá en el defensor de las conquistas obtenidas en este campo por la sociedad chilena a través de los años, lo cual pasa básicamente por la defensa del S.N.S.

La existencia misma del S.N.S. es uno de los principales impedimentos para la puesta-en marcha de las nuevas intenciones. Su presencia en la vida nacional a partir de su extensión, cobertura y por último por expresar en su seno la plasmación del conjunto de intereses que convergieron a su conformación, impondrá además de los conflictos políticos que su planteamiento conlleva -un recorrido largo y no siempre claro en el planteamiento de las políticas que del Estado emanan para su transformación.

En el presente capítulo se intentará dar cuenta de este proceso. No obstante, se requiere para ello hacer algunas consideraciones previas en relación a las transformaciones globales de la sociedad chilena, particularmente aquellas que indican los cambios en la forma que asume el Estado, en función al desarrollo del nuevo modelo económico y las consecuencias sociales que este ha involucrado.

#### PRIMERA PARTE.

##### 1.- LOS RASGOS DE LA NUEVA FORMA QUE ASUME EL ESTADO. ELEMENTOS DEL PROYECTO ECONOMICO.

La resolución de la crisis política por medio del Golpe de Estado de 1973, pone fin a una etapa de exacerbación de las contradicciones de clase las que se habían agudizado intensamente a través del proceso de la Unidad Popular. Dicha forma de resolución supone, no solo el corte abrupto de las transformaciones globales a partir de una etapa que iniciaba la ruptura de las amarras con el Imperialismo y de cambio en la faz socio-económica chilena en un proceso de transición al socialismo, sino que también entraña la ruptura en la continuidad del proceso democrático de larga tradición en el país.

La discusión en torno a la forma que asume el Estado chileno a dado pie a un importante debate en los últimos años.(1) No nos detendremos

aquí en su discusión, aunque debemos dejar sentado que las distintas aproximaciones teóricas tienen profundas implicancias en el quehacer político de la sociedad chilena. No obstante, como dice Cueva, lo importante para su caracterización consiste en desentrañar "quién ejerce el dominio sobre quién y de qué manera lo hace" (2). Intentaremos a través de esta exposición esbozar sintéticamente los rasgos que asume y la política económica que avala, esperando al menos poder entregar algunos de los elementos requeridos para el análisis posterior.

El curso de los acontecimientos en los días posteriores al Golpe han sido descritos profusa e intensamente. No obstante, no sobra decir que la brutalidad que entraña, responde al último recurso al que recurre el gran capital en defensa de sus intereses. Las Fuerzas Armadas asumen la representación de la fracción monopolica de la burguesía nacional vinculada al capital transnacional, demostrando su carácter incondicional de clase. Se constituye así un nuevo bloque en el poder, que asumiendo el control del conjunto del Estado iniciará un proceso violento de cambios en el desarrollo económico-social del país. Se trata no sólo de garantizar la acumulación capitalista, sino de instaurar una nueva modalidad de ella.

Los nuevos rasgos que adquiere el Estado chileno post Golpe, podría caracterizarse por una estrecha articulación entre quienes poseen el poder político y los sectores que concentran el poder económico. Esta particular nucleación, se traducirá en una distinta forma de ejercer el poder. Uno de sus rasgos fundamentales, está dado por una cada vez menor participación económica directa en la gestión social, pero simultáneamente -en virtud a la disminución ostensible de su autonomía relativa- un mayor control social, un mayor papel ordenador de la sociedad, a través de una nueva forma de dominación. Su centro se ubica en un intensivo uso de los métodos de coerción y un marcado repliegue de las formas consensuales de ejercicio del poder. Ello explica la brutal e intensiva represión fundamentalmente contra la clase obrera y sus organizaciones de clase, así

como hacia aquellos sectores que constituían en alianza al proletariado, una alternativa de poder que ponía en juego la existencia de las bases capitalistas.

La coerción directa constituye pues, la condición necesaria para la ejecución del nuevo modelo de acumulación. De esta manera es posible no solo retomar la conducción del conjunto del Estado, sino además imprimirle un importante giro al desarrollo capitalista del país. Se trata de incrementar la tasa de plusvalía aumentando la explotación, para lo cual la fracción monopólica que detenta el poder debe desentenderse no solo de los compromisos con las clases dominadas, particularmente del proletariado (v. g. los acuerdos entre el capital y el trabajo), sino además con las fracciones de su propia clase, aquellas estructuradas en torno al capital nativo no monopólico fundamentalmente.

El proyecto económico del régimen instaurado en las condiciones ya conocidas, se basa en los planteamientos de la Escuela de Chicago de Milton Friedman. De ninguna manera constituye como lo afirma el gobierno una alternativa que tienda a apuntalar las bases de desarrollo nacional. Por el contrario, como se verá mas adelante, se estructura en función de acelerar la entrega del país "a la voracidad del capital extranjero, de la oligarquía financiera interna y de los grandes dueños de la tierra "(3).

La concepción ideológica que pretende irradiar el Estado en las nuevas condiciones, se basa en la concepción de la sociedad como un lugar de igualdad entre los hombres, principio político en tanto cada uno de los componentes de la población es responsable por los destinos de la 'Patria' y de su recuperación. Ello supone la negación a la existencia de diferencias de clases y la negación por lo tanto al motor objetivo que genera las luchas entre las mismas. Bajo este principio de igualdad se habrá de estructurar para el conjunto de la sociedad la nueva política económica, así como el concepto de la seguridad nacional permitirá garantizar la viabilidad del modelo. Ello intenta disolver la homogeneidad entre los dis-

tintos grupos sociales y sus intereses, difundiendo y profundizando una concepción individualista del devenir social.

Una economía social de mercado como la que se adopta se asienta en la concepción ideológica arriba expuesta. Se trata del funcionamiento de la sociedad según la capacidad del funcionamiento de las partes del todo. Es decir, 'independizar' a las partes, para que entre las mismas se gaste la competencia que determinará la preferencia de los consumidores, orientada a privilegiar una mejor calidad y los mas bajos precios. Se explicitan incluso medidas en contra de aquellos productores que violando las normas, intenten acuerdos en la fijación de precios. Los consumidores podrán tener acceso de esa manera a un variado conjunto de productos entre los que podrán optar según su poder adquisitivo. Este principio será válido para todos los bienes y servicios que circulan en la sociedad.

Esta situación supone, en un país donde la participación del Estado cobraba un importante papel, la necesidad de un abandono de buena parte de su quehacer. Como lo plantea Friedman para el caso de Chile, "... la necesidad real es reducir el tamaño, ámbito y función del gobierno y aumentar, mejorar y fortalecer el mercado libre, la empresa privada y la economía fundada en ellos" (4).

En los hechos, como el modelo exige condiciones de competencia entre los capitales, el Estado debe desatender aspectos que los constituían como el elemento central en el desarrollo del conjunto de intereses burgueses, abandonando así el proteccionismo a la industria nacional, liberando las tasas arancelarias a las importaciones, dejando de subsidiar la producción privada con la consecuente desarticulación del área social de la economía, liberando de impuestos a la ganancia, etc., es decir, readaptando los mecanismos estatales a la lógica de las nuevas exigencias.

En esa medida, la mentada igualdad en los hechos se orienta a facilitar un agudo proceso de concentración y centralización del capital sin

precedentes en el país. Así, en Chile en los años siguientes al Golpe es posible indentificar fundamentalmente seis grandes grupos económicos (5) en estrecha articulación con el capital transnacional. Estos operan en base principalmente al capital financiero, controlando de esa manera gradualmente al capital comercial, industrial y bancario. En los hechos, no se ha visto un incremento de las inversiones directas como lo esperaba el propio Gobierno. Por lo visto pareciera aún insuficientes las medidas sociales adoptadas para atraer capitales que se tradujeran en una ampliación de la capacidad instalada del país. Así, estos capitales se han orientado hacia inversiones en la Gran Minería del Cobre, a la compra de la capacidad instalada existente o fundamentalmente a actividades propiamente especulativas a nivel del mercado de capitales.

Por otro lado, simultáneamente el proceso adquiere los rasgos de una cada vez mayor desnacionalización de la economía. Además de los aspectos señalados anteriormente, el Estado vende a los grandes monopolios sus empresas, alguna de las cuales de ninguna manera se encuentran en deficit. Además las condiciones en que estas son traspasadas se realiza por un valor inferior al real y en condiciones de créditos inconvenientes para el erario fiscal (6). También, estos grupos monopólicos van captando las empresas o los capitales de aquellas que van sucumbiendo en el proceso de la competencia y para cuya mantención sus propietarios han debido recurrir a una de las dos alternativas posibles; la quiebra o el endeudamiento a los préstamos que a través de distintos medios ofrecen los mismos grandes capitales a altísimas tasas de interés.

En este proceso van entrando gradualmente todas aquellas actividades estatales que son factibles de ofrecer ciertas posibilidades de rentabilidad. Por el contrario, aquellas que no la tienen, tienden a mantenerse supuestamente bajo la férula estatal, lo que en las condiciones en que se encuentra el Estado de ninguna manera garantiza un desarrollo adecuado en todo sentido de las mismas.



## 2.- IMPLICANCIAS SOCIALES EN EL MARCO DE LA NUEVA SITUACION.

2.1.- Las implicancias del proceso descrito anteriormente se ha traducido en un gran deterioro de las condiciones de vida de la población. A continuación entregaremos algunas cifras que indican dicho deterioro, no obstante que la real dimensión que adquiere como fenómeno social guarda extrema gravedad.

Las transformaciones del aparato económico en Chile han generado un proceso de redefinición de los sectores de clase a partir de su inserción en la producción o en los servicios. Las cifras del siguiente cuadro indican un aumento progresivo de las tasas de cesantía en el Gran Santiago.

Tasa de desocupación en el Gran Santiago.

AÑO	Marzo	Junio	Septiembre	Diciembre
1970	6.8	7.0	6.4	8.3
1971	8.2	5.2	4.8	3.8
1972	4.8	3.7	3.0	3.6
1973	3.8	3.1	s/d	7.0
1974	9.2	10.3	9.4	9.7
1975	13.3	16.1	16.6	18.7
1976	19.9	18.0	15.7	13.6
1977	13.9	13.0	12.8	13.2
1978	14.7	12.8	13.7	14.2

Fuente: Departamento de Economía, Universidad de Chile. en Comercio Exterior, vol.29, num. 10, México. Oct. 1979, p. 1074.

No obstante, en provincia el proceso se acentúa "mientras que en Junio de 1975 la tasa de desocupación en Santiago era de 16.1%, en Concepción fue de 18.1% en Diciembre de 1975, en Santiago alcanzó 18.7% y en Valparaíso a 19.1%; en Noviembre de 1976 en Santiago fue del 13.6% y en la IV Región de 15.1% por ciento". (7).

La caída de los salarios reales también se ha visto profundamente menguada en los últimos años. Presentamos en el siguiente cuadro una aproximación

realizada según "evolución de los ingresos de una familia que percibe el ingreso mínimo (mas asignaciones legales y cargas familiares) y los precios de una canasta de artículos básicos" (8).

Ingreso real de una familia que percibe salario mínimo. %	
1972	100.0 %
1976	50.1
1977	57.5
1978	61.4

Fuente: Aldunate, J., El éxito económico., en Mensaje, núm.275, Santiago, Dic. 1978. Citado en Bitar en Comercio Exterior, vol. 29, núm.10, México, Oct., 1979, p. 1075.

Esta situación de desmedro del poder adquisitivo de la población no se trata de una situación generalizada como se podría pensar a partir del tan frecuente argumento de 'apretarse el cinturón' o de la 'cuota de sacrificio para todos'. Por el contrario, los datos existentes indican que el proceso tiene su doble dimensión; mientras los salarios se reducen, la masa de la ganancia aumenta.

Chile: Participaciones de salarios y ganancias en el producto.

	1972	1973	1974	1975
Sueldos y Salarios	52.16	30.88	28.49	33.22
Ganancia interna bruta.	47.84	69.12	71.51	66.78
Total	100.00	100.00	100.00	100.00
Indice del PIB <sub>cf</sub> (1972 = 100)	100.00	96.93	98.79	82.03

Fuente: Oficina de Planificación Nacional. En Aceituno et. al. Chile 1973-1977. Comercio Exterior, vol. 27, núm. 9, México, Sept.1977, p.1078.

En conjunto, los datos entregados anteriormente indican el proceso de deterioro de las condiciones de existencia de la población, con excepción de sectores de la burguesía en el poder, y su plana de técnicos y militares. Esta situación que acusa extrema gravedad en sectores de la población que se encuentran sin expectativas de acceder al trabajo regular, y que se traduce

en un proceso depauperante en rigor, se manifiesta también en aquellos que lo tienen, pero que en las actuales condiciones es insuficiente para sa tis fac er las necesidades elementales de reproducción de la fuerza de tra ba jo. Hay que hacer mención además a los sectores de las capas medias que en función del modelo, han visto igualmente reducidas sus posibilidades de trabajo (empleados, profesionales, etc., ) así como gran parte de ellos han debido disminuir su habitual 'modelo de vida' e incluso adoptar, para la ma nt en ci o n del 'status', el camino del préstamo y la venta de sus bie ne s pe rs o na le s. Por otro lado, se trata de un reducido sector de la po bl a ci o n donde conviven distintos elementos sociales. Nos referimos a los sec to res t é c n i c o s del Gobierno, de una capa pequeño burguesa que pasa a te ne r en algunos casos acceso a excelentes salarios y en menos aun, po si bi li da de s de entrar a participar mas directamente en los sectores de ca pi ta l is m o; los militares que, diferenciándose profundamente de los sectores ca pi ta l is t as han tenido un incremento nunca visto en su poder adquisitivo. Esto lo g i c a m e n te para la oficialidad; y finalmente, un particular y reducido sec to r que podría decirse concentra como fracción burguesa las po si bi li da de s de riqueza nunca vistas en la sociedad chilena, para lo cual adaptan el me rc a do a las mas sofisticados productos como los propios a países de gran desarrollo capitalista.

En esa medida, lo anterior también indica que el carácter clasista de la sociedad chilena a decurrido en un proceso de una cada vez mayor po la ri z a ci o n. El mercado también indica esta realidad; mientras un selecto gr upo de la población tiene amplio acceso a la gran variedad de bienes y se r vi ci o s, exacerbado por la existencia de mercancías importadas de todo ti po no fundamentales, otros sectores ven restringidas las posibilidades del co ns u m o diario. Esto se ha traducido a su vez en un cambio en los pa tr o ne s de consumo, estimulando por un lado las aspiraciones hacia bienes su pe r flu o s, pero por otro lado im po r ta n te s sectores de la población ha n re tr a i do sus expectativas hacia el techo y la alimentación, re du ci e n do de importante manera sus necesidades.

2.2.- La situación de gran parte de la población se ha hecho aún mas insostenible si se considera el abandono por parte del Estado de su gestión habitual. Este reorienta su acción a partir de una nueva concepción de lo social, redefiniendo su papel en relación a lo público y lo privado.

Los grandes cambios en el sector público, se podría decir que apuntan a las siguientes características. En primer lugar, al decir del gobierno se realiza una 'limpieza' del sector en concomitancia a la que se lleva a cabo en todos y cada uno de los ámbitos de la vida nacional- con el objetivo de 'depurar' y 'despolitizar' la estructura estatal. Esto se traduce en el despido masivo de importantes contingentes de trabajadores, acompañado de los métodos represivos vigentes. Para ese momento, no existen ámbitos y ámbitos. Lo público e igualmente lo privado, son permeados por una misma realidad. No es raro entonces que incluso en el Ejército se de con fuerza también este proceso de 'selección y depuración'.

Al imponerse las reglas del juego através de la coerción, se abren de ese modo las posibilidades de asiento de las medidas que impulsará la Junta, de sus nuevos criterios, concepciones e interpretaciones de la realidad.

Una vez cumplidas las tareas de reducción de los trabajadores en los meses posteriores al Golpe, se inician las medidas tendientes a rearticular la estructura estatal en función de su nuevo papel.

A partir de la intencionalidad subyacente en el nuevo proyecto, el Estado restringe profundamente el presupuesto destinado a actividades sociales, que se traduce para los trabajadores en restricción del empleo, así como para los usuarios, en la franca disminución de la cobertura de los distintos aspectos como educación, salud, vivienda, etc., así como un deterioro de su calidad. Las nuevas prioridades indican un volcamiento de los recursos financieros hacia aquello que constituye la base a la

existencia del nuevo poder. De esa manera se dosifican importantemente los recursos en el aparato armado y de seguridad, en desmedro de la participación social estatal. El argumento esgrimido para justificar esta disminución, se atribuye a las condiciones en que el gobierno 'recibió' el erario público de la administración 'marxista'.

Los cuadros siguientes son elocuentes para visualizar las nuevas tendencias del gasto público.

Gasto social del gobierno central (millones de dólares)

Sectores	1970	1972	1974	1976	1977
Salud	154.4	253.2	199.0	133.4	145.1
Vivienda	107.7	229.0	180.9	71.6	85.2
Seguridad Social	228.9	380.3	198.6	210.1	252.0
Educación	362.4	525.7	398.9	315.8	349.3

Fuente: Dirección de Presupuesto, Ministerio de Hacienda, citado por Bitar, en Comercio Exterior, vol. 29, núm. 10, México, Oct. 1979, p. 1077.

Presupuesto Ministerio de Defensa del Gasto Público %

1970	1972	1977	1978
9.9%	9.5%	19.9%	21.9%

Fuente: Construido con datos publicados por Fazio, H., El "Plan Kelly". en Rev. Comercio Exterior, vol. 28, núm. 9, México, Sept. 1978, p. 1080.

Los datos recién presentados hablan por sí solos, además que avalan la característica de dominación coercitiva en base al cual se ejerce básicamente el poder.

La disminución del gasto público para los sectores tradicionalmente financiados por el Estado, se traducirá en distintas políticas que tienen a 'racionalizar' el uso de los recursos existentes. De esa manera,

se agrega a la disminución del personal por razones 'políticas', una nueva ola de despidos, mecanismo que adapta el número de trabajadores del Estado a la disminución del nuevo papel de éste.

La racionalización también es emprendida bajo el supuesto tratamiento de lo estatal, tanto de empresas como servicios a través de una administración de tipo 'empresarial', que redunde en una mayor eficiencia de las mismas.

No obstante las medidas señaladas, el criterio de fondo es otro. La nueva situación se inscribe en una etapa en la cual el Estado abandona decididamente el papel solventador de las actividades sociales que tradicionalmente había cubierto por no ser directa o inmediatamente rentables, o que habían constituido logros de las distintas clases expresadas a ese nivel. Es decir, el Estado se desentiende de su papel dinámico habitual en el desarrollo económico social del país. La posición es enfática en definir el nuevo papel como subsidiador de algunos de los aspectos, pero que, de acuerdo a los nuevos criterios no signifiquen perjuicio a la actividad privada. Se tratará de ir adaptando una a una aquellas actividades estatales posibles de ser penetradas por el interés privado. Aquellos aspectos sociales que no son transferibles porque de ninguna manera, podrán ser solventados por la población, y a los que seguramente se les llama 'fundamentales', quedan en manos del Estado pero a través de todo un cambio en su contenido. En otras palabras, lo público empieza a ser desplazado hacia lo privado.

Este proceso tiende a restringir estos servicios a una población, cuya única vía de acceso prácticamente era ésta. Por otro lado, aunque ligado al señalamiento anterior, se inicia un proceso de elitización de estos ámbitos sociales, fundamentalmente salud y educación donde se puede adivinar a la larga un aumento del analfabetismo y de un cada vez menor acceso a satisfacer las necesidades de atención médica de la población.

## SEGUNDA PARTE.

MECANISMOS ARTICULADORES PARA LA EJECUCION DEL NUEVO PROYECTO EN EL  
AMBITO DE LA SALUD Y LA DIRECCION DE LAS TRANSFORMACIONES.

## 1.- PROPOSICIONES CENTRALES.

La investigación que se expone en esta segunda parte se ha guiado sobre la base de las siguientes proposiciones hipotetizadas en relación a las características que presenta el proceso de la Práctica Médica a partir de la resolución de la crisis de 1973:

- El nuevo concepto de 'lo social' que acuña el régimen instaurado en 1973 se traduce para la salud, en tanto ámbito social de la preocupación estatal, en una negación de la concepción anterior vigente hasta ese momento y que al mismo tiempo, prefigura una idea alternativa. Esta es, la idea fundada en una supuesta igualdad, en virtud de la cual los individuos pueden optar libremente el lugar y el modo para el acceso de este bien que se cristaliza en la atención sanitaria.

- El nuevo papel que asume el Estado se desarrolla a través de una doble perspectiva. Por un lado, establece las medidas que le permita desentenderse de su quehacer directo en relación a la salud de la población, en tanto que por otro, inicia la tarea de propiciar las transformaciones del sector. Estas se orientan a un proceso que tiene por fin hacer converger la atención de la salud a los marcos de la racionalidad de la 'libre empresa', y en tanto tal, a generalizar su consumo como una mercancía más.

- La puesta en marcha de los elementos configurados en la nueva concepción deberá considerar, como centro de su preocupación, a la Práctica Médica fundamental de la sociedad chilena constituida por el Servicio Nacional de Salud, cuya estructura iniciará un proceso de abruptas transformaciones.

- La formulación de las políticas, en cuanto a sus elementos delineadores, atraviesa por un proceso de sesgos zigzagueantes hasta lograr su configuración definitiva. Esto no implica la inexistencia de elementos recurrentes, que a la larga revelarán un denominador común y su verdadera naturaleza.

- Finalmente, los habituales mecanismos de poder y de decisión atingentes a la dinámica de la Práctica Médica, sufren significativas alteraciones a partir de la rearticulación de las cuestiones de poder en la sociedad chilena.

## 2.- POLITICAS.

### 2.1. HACIA UN INTENTO INICIAL DE CONCEPTUALIZACION DE LAS POLITICAS.

En los últimos años el tema de la política estatal ha sido lugar común en la preocupación de diferentes enfoques. El énfasis parece desplegarse generalmente y de modo particular para el ámbito de la salud (9) desde un punto de vista meramente instrumental, o si se quiere como un mecanismo administrativo, burocrático o técnico.

Nosotros pensamos que ello efectivamente es así. Las políticas están orientadas justamente hacia la operacionalización y ejecución de ciertos proyectos sociales. Sin embargo este tipo de consideración es insuficiente para la comprensión del carácter que ellas asumen, de los componentes ideológicos que conllevan, de las contradicciones que contienen y en definitiva de los elementos no siempre explícitos de los proyectos que se tratan de ejecutar.

No parece descabellado pensar que donde hay Estado, existirán siempre políticas. Es un mecanismo más del poder estatal. En efecto, la articulación de las mismas y sus modalidades, constituirán desprendimientos operativos racionalizados de la máquina estatal, que condensa y proyecta



su propósito, y cuyos elementos subyacentes no siempre se evidencian explícitamente. En este sentido, las políticas se despliegan como estructuras de mediación.

Ahora bien, las políticas no pueden ser consideradas como propósitos estatales en abstracto. No es lo mismo una política que emana en el contexto de una democracia burguesa, la cual tenderá a expresar en su formulación las huellas del juego de negociaciones entre las clases o fracciones, que aquella que se genera en una situación de 'excepción'. En este caso sí, la política emergerá de un modo más 'puro', es decir tenderá a expresar cada vez más la ideología interna del Estado, y en tanto tal, solo posible de ser acatada porque la coerción no solo antecedió, sino que además habrá creado las condiciones para una eficacia más directa. Es decir, habrá creado las condiciones del acatamiento.

Después de los sucesos de 1973, o si se quiere desde ese mismo instante, el principal sostén de la estructura de poder emergente, se funda básicamente en el uso de los mecanismos coercitivos del Estado. Poca o nula ha sido la eficacia ideológica hegemónica de la supuesta 'salvación de la Patria', 'la reconstrucción nacional', el 'reencuentro nacional', etc. Pero la sociedad chilena bajo el impulso del nuevo bloque y los nuevos intereses incrustados en el aparato estatal, necesitaban proyectarse. Desde luego esto era imposible con el solo uso de los mecanismos coercitivos. La represión no tiene capacidad convocatoria, en cambio el esbozo de las políticas, planes y programas sí contenían una propuesta y una racionalidad a diferencia de la atrocidad bestial de la simple fuerza, aunque no por ello menos atroz y menos bestial. En otras palabras, en este contexto lo que sucede en el plano de la coerción, se dosifica y cualifica a través de las políticas en tanto componentes de la mediación estatal. Así por ejemplo, se puede pensar en un correlato entre la represión a la clase obrera y la política económica en materia salarial. Por eso pensamos que la política es también una forma de violencia.

## 2.2. ELEMENTOS GENERALES DE LA POLITICA DE SALUD EN CHILE. 1973-1979.

La política de salud de la Junta tiene por objeto encauzar el desarrollo de la Práctica Médica chilena, hacia su convergencia al interior del proyecto global que se impulsa a partir de 1973. En esa medida, no es válido cuestionar los intentos del Gobierno para este ámbito con la misma racionalidad anterior, sino por el contrario, realizar un intento de introducirse en su propia racionalidad. De este modo es advertible que, lo que en un inicio pareció ser el centro de la discusión en salud, la disyuntiva entre privatización o estatización de la atención médica, muestra una incongruencia en la nueva lógica.

Desde un comienzo el proyecto para salud del nuevo bloque en el poder plantea, en forma más o menos explícita, la necesidad de grandes cambios para el ámbito social de la salud. El contenido de los mismos se orienta a una disminución del papel del Estado en salud, para de esta manera facilitar el despliegue de la nueva concepción de la Práctica Médica; esta es, aquella que se dinamiza bajo los parámetros de la privatización. En tal sentido, la supuesta disyuntiva emergente entre estatización versus privatización, está dilucidada desde un primer momento. Se define así, que "es función irrenunciable del Estado garantizar a todas las personas el acceso libre e igualitario a las acciones de salud, respetando el principio de libre elección y asumiendo para ello un rol subsidiario" (10).

La nueva empresa, sin embargo, no es tarea fácil dada la magnitud que cobraba la presencia estatal en salud, manifestada fundamentalmente en la existencia del S.N.S. La preocupación se centrará en buscar los mecanismos que permitieran la adecuación de este servicio a la nueva lógica.

Los argumentos presentados para justificar dichas acciones se basan, en congruencia a los criterios aplicados al conjunto del quehacer estatal, en la necesidad de hacer más 'eficiente' las acciones sanitarias, lo que conlleva una crítica a la tradicional participación estatal en ella.

Esto ya empieza a perfilar la idea de que la participación de lo privado en el sector garantizaría una nueva eficacia en las acciones de la salud. En esa medida el centro sobre el cual se inicia la rearticulación del sector salud, se basa en primera instancia en el S.N.S.

Si bien se reconoce -en el nuevo discurso oficial- el papel desarrollado por esta institución en el pasado, el conjunto de inconvenientes que habría arrastrado por años y que nunca fueron resueltos, impone la necesidad de cambios drásticos. De esa manera se dice respecto al S.N.S., "sabemos que toda iniciativa nacida de la mente humana (como si hubieran otras isic!) lleva en sí el germen de su propia destrucción y de su propio fracaso si no se renueva y revitaliza" (11).

Un examen más detallado de las causas que se exponen como los principales inconvenientes, a saber, su estructura monopólica, su excesivo centralismo el que se habría traducido en un poder que "lo convirtió en una fuerza política (...) ajena a la salud" (12) y su deficiente relación entre costo-efecto manifestado en ineficiencia, entregan muchos otros elementos interesantes de considerar.

En primer lugar, lo ya apuntado en relación a la necesidad de hacer algo con el S.N.S. Achicarlo, destruirlo, etc. Ya se veía su destino. Pero ello, en tanto su existencia realmente presentaba una incongruencia a la nueva situación.

Esta estructura en los hechos representaba el carácter de una sociedad que hoy deja de ser tal. En esa medida, esta particular forma de Práctica Médica plantea por varios lados problemas al interior de los nuevos marcos sociales.

Puede decirse en primer lugar, que en las condiciones actuales, la permanencia de un tan importante contingente de trabajadores, sesenta mil según cifras oficiales (13), bajo el mismo empleador estatal, no es sólo

un problema de presupuesto. También constituye un elemento atentatorio -a pesar de las características tan particulares de los trabajadores de la salud- contra la doctrina de la seguridad nacional. Tal contingente se constituye en un peligro potencial en una sociedad excluyente como la chilena, donde su proyecto económico-político tiende a la polarización de amplios sectores en contra del régimen.

La tendencia a descentralizar la estructura del S.N.S. pues, también tiene su importancia en tanto que, 'aparentemente', una medida de esta naturaleza permitiría dividir el número de trabajadores en distintos empleadores individuales, proceso que evitaría posibles problemas políticos.

Por otro lado, se trata de un lugar de destino de importantes fondos del Estado, cuyo gasto deja de interesar por no estar dentro de los objetivos actuales.

El objetivo de fondo de los cambios, por el contrario a lo explicitado, obedece a la necesidad de hacer converger el sector a un ámbito más rentable y al cual los individuos deberían, a través de distintos medios, pagar para obtener dicho bien. De esa manera el financiamiento del Estado para salud no sólo disminuiría, sino que además podría ser canalizado hacia el sector privado. Como se verá en el último capítulo, la privatización en los hechos esconde un proceso mucho más oscuro todavía, que este enunciado.

Al interior de la nueva racionalidad se piensa en efecto que la administración de salud es factible de ser convertida en un elemento más regido por la libre empresa. La ampliación del crédito a través del manejo por el capital financiero, 'ofrecería' la posibilidad de que los distintos sectores de la población pudieran entrar en esta lógica, reservándose el Estado aquellos que de ninguna manera parecen poder contribuir a su costeabilidad.

Se estima que en Chile se movilizan alrededor de US\$ 1.300.000.000 anualmente en salud (incluyendo farmacia). De esto, una parte no desprecia

ble corresponde a la participación del Estado. La canalización de esos recursos hacia lo privado permitiría una gran rentabilidad de los mismos, habitualmente no manejados con criterios capitalistas. Otra parte se distribuye en el sector privado, de la cual un porcentaje importante es manejado por la industria farmacéutica y de equipos. El resto se diluye en la práctica liberal de la medicina. La existencia en Chile hasta los inicios del período de empresas monopólicas en salud, era desconocida. Sólo habían algunos grupos de salud pero de los cuales no podría decirse tuvieron este carácter monopólico (14).

La misma lógica supone, que una administración racional de los recursos en salud, permitiría un acceso a toda la población. Ello contiene una concepción elitista y clasista del tipo de respuesta que requiere cada sector en tanto se caracterizan de diferente manera y se distinguirán notablemente las atenciones otorgadas en el nivel primario, respecto al secundario y terciario. En esa medida es posible que el criterio sea otorgar a todos atención, pero el tipo de ella dependerá del monto que permitan los ingresos individuales. Así se establece una clara distancia entre quienes no cuentan con que solventar los gastos de salud, que si tienen acceso a un tipo de medicina será a una muy simplificada, mientras que para los sectores pudientes se verificará a través de una cada vez más sofisticada.

A la vez, la mantención del S.N.S. significa un impedimento para la realización de los proyectos estatales. Su sola presencia y sus costos subvencionados, significarían una distorsión a la llamada 'libre empresa'; lógicamente en las condiciones actuales de Chile y dadas las consecuencias sociales que genera el modelo -no ignoradas por los sectores de poder- se traducirían en una desviación de los usuarios hacia el S.N.S., restando posibles clientes a las nuevas formas.

Todos estos aspectos son del manejo de quienes formulan la política de salud e influyen, además de la carencia de una alternativa coherente desde el comienzo, en la presentación de los lineamientos generales a tra

vés de un proceso contradictorio en sus inicios. Mientras no se converge hasta alrededor de 1976 en los grandes parámetros a través de los cuales se realizará el proceso de transformación de la Práctica Médica chilena, se mantiene la tendencia privatizadora en la búsqueda a la nueva alternativa, cuya plasmación definitiva recién ocurrirá hacia 1979.

### 2.3. LA FORMULACION DE LA POLITICA DE SALUD. EL PROCESO ZIGZAGUEANTE.

La formulación de la política de salud por los inconvenientes antes expuestos, se fue formulando a través de un complejo proceso gradual, lejos de presentarse como un proyecto definido desde sus inicios.

También se debe hacer notar que en un primer momento las intenciones estatales son develadas al desnudo, como explicitadas inmediatamente de ser concebidas sin mayores matices ideológicos y justificadores, habituales en el manejo estatal. Sólo posterior y gradualmente la política se irá mistificando de manera que si bien se mantienen las primeras intenciones, estas se van envolviendo cada vez más de un ropaje cuya formulación puede esconder la verdadera intencionalidad de la tendencia de los cambios.

Intentaremos a continuación entregar el proceso de la formulación de la política, interpretando el contenido de las declaraciones oficiales vertidas en su decurrir.

Una de las primeras declaraciones del Gobierno respecto a salud en diciembre de 1973, dice que esta "no es un bien que se entregue sino que es adquirido por la población" (15). Ella indica inequívocamente la claridad y brutalidad que entraña el nuevo planteamiento y la nueva concepción que regirá para 'lo social'. Se trata de un planteamiento inédito al interior del tradicionalmente existente en el sector, en el cual el papel del Estado aparecía como el fundamental para otorgar dicho bien. Meses después, en julio de '74, el Director General del S.N.S. opinaba que, "el sector salud no se ha puesto a tono con la política básica del actual Gobierno,

cual es la economía social de mercado (...) si es oportuno y se cumplen estas reglas del juego en S.N.S. puede traspasar sus hospitales al área privada" (16).

Según se deduce de ambas declaraciones entregadas, se concebía la aplicación de las intenciones privatizadoras en un período brevísimo de tiempo; sin embargo ello indudablemente debe haberse imposibilitado más que por falta de ganas, por el desarrollo mismo de la Práctica Médica que hacía imposible un paso ágil en la superación a la anterior situación. En todo caso en estas declaraciones es posible mostrar el deseo casi compulsivo por hacer realidad el nuevo proyecto. Incluso el Colegio Médico se muestra partidario en un primer momento con esta tendencia, aunque posteriormente se polarizarán las opiniones entre aquellos que mantienen una visión al interior de la estructura de poder, y los que inician un proceso de repliegue al apoyo dado a los planteamientos de salud de la Junta.

Ante los inconvenientes que presenta la desarticulación del S.N.S. y ante la carencia aún de una concepción articulada de la nueva alternativa, las declaraciones se dan un compás de espera, tiempo necesario a través del cual se van produciendo una serie de procesos simultáneos. Estos implicarán la transformación de una serie de aspectos del quehacer y de la estructura del S.N.S. a partir de lineamientos de políticas concretas, cuyo objetivo se orienta a un lento proceso de desarticulación. A pesar de ello, en las declaraciones pareciera aflorar nuevamente su reconocimiento y su vigencia, aunque ello sólo en la medida que permita afinar aspectos de la nueva alternativa, como son por ejemplo la aparición de mecanismos financieros que empiezan a organizar formas de prestaciones para el cuidado de la salud (17).

Así, las declaraciones dejarán de mantener la tajante orientación inicial tendiente a finiquitar la presencia del Estado a través del S.N.S. a cambio de una especie de articulación entre lo público y lo privado, planteamiento que permanecerá hasta la resolución definitiva. En octubre

de 1974, se decía que "...el Servicio Nacional de Salud debe mantenerse y perfeccionar sus funciones. Ellas se irán adaptando a las circunstancias (...) y cediendo el paso a aquellas estructuras privadas que puedan reemplazarlas con eficiencia" (18).

Hasta aquí, de alguna manera el discurso mostraba un evidente abandono del papel del Estado en salud. Pero, hemos visto que esta posición radical se cambia por otra en la cual su presencia debe ser mantenida, al menos durante el proceso de tránsito. Así se dirá que el Estado debe "contribuir al desarrollo socio-económico del país, a través de un mejor nivel de salud de la población, mejorando las prestaciones y extendiendo la cobertura de los servicios para aumentar las expectativas de vida al nacer, romper el círculo vicioso de la pobreza-enfermedad y alcanzar una vida más plena y feliz" (19).

Significa este reaparecer del interés del Estado una vuelta a la situación pasada? De ninguna manera. Se trata esta vez de una redefinición del papel del Estado en salud, aunque ello supone una importante distancia a su quehacer habitual.

El deterioro creciente de la gestión del Estado tanto a nivel de la opinión pública interna como internacional, exigen un manejo más cuidadoso de sus pasos. Ello también se empieza a advertir por un mayor contenido de envoltura ideológica en sus propuestas. Pero existe más aún. El proyecto estatal que persiste en tener como centro la necesidad de terminar con el S.N.S., le implica un grave riesgo político, en tanto su desaparición supone un deterioro de las condiciones de la población (20).

La superación del esquema sanitario vigente en Chile, cuyo elemento fundamental lo constituye el S.N.S., significa a falta de una alternativa más efectiva, la posibilidad de hacer variar las condiciones de salud de los chilenos. Especialmente, cuando sobre estos se ciernen las drásticas consecuencias sociales que del modelo global se generan.



En las condiciones actuales de Chile, su población se encuentra más expuesta al riesgo de que los procesos de salud-enfermedad se polaricen hacia el último de los términos de esta relación. Esto debería traducirse -a falta de mejores indicadores- en un deterioro de los índices de morbilidad, lo cual daría cuenta de la incapacidad y de los reales alcances de la política socio-económica de la Junta como promotora de bienestar general. En los hechos, dichos índices no han mostrado un significativo deterioro según los datos oficiales (ver anexo ), cuestión que ha provocado una profunda polémica que no ha logrado una explicación aún coherente, y en la que no nos detendremos por ser esta objeto de la necesidad de una muy particular y puntual investigación. Sin embargo, las posibles interpretaciones se orientan a señalar al menos a dos aspectos. Uno, que cuestiona la veracidad de los datos oficiales (21), en tanto otras apuntan que, si bien existe algún nivel de manipulación de los mismos, en los hechos se mantiene una tendencia decreciente de los índices a partir de una política adecuada por parte de la Junta (22). Si así fuera -tomando esta última opinión- podría interpretarse que además de una manipulación de los datos, existe al mismo tiempo una manipulación de los mecanismos que de alguna manera inducen la caída de algunos de ellos.

De hecho, tal como se formula en la declaración arriba citada, es posible interpretar la tendencia que se opera en el quehacer estatal. Extrañando de ella los elementos que configuran la mistificación del discurso, dice : "... mejorando las prestaciones y extendiendo la cobertura de los servicios para aumentar las expectativas de vida al nacer..." (23). Creemos que este punto involucra un importante elemento a considerar. Se tratará en efecto de evitar que al menos los índices de mortalidad infantil particularmente -los más sensibles y lábiles de todos los grupos etarios- aumenten. De esta manera, existe un correlato entre esta hipótesis y la orientación de los recursos ya restringidos para salud hacia aquellas acciones que permitan el paso difícil de la primera infancia. Se trata en esta etapa de tránsito, de mantener la presencia del S.N.S. a través de una extensión de cobertura, aunque no de tipo universal, sino reforzada hacia este grupo

prioritario de la población. Prioritario en todo caso, bajo una concepción diferente a la que podría tenerse en cualquier otra situación, que privilegie al niño por su valor como individuo integral (las acciones que se realizan en otros ámbitos dan cuenta de esta intención). Se trata por el contrario sólo de aquellas medidas que permitan su subsistencia, no importa en qué condiciones. En efecto algunos datos existentes en relación al nivel que cobra la desnutrición infantil, parecieran corroborar esta tendencia (24). Además, la extensión de cobertura es concebida como aquella a través de la cual "por lo menos a todos los chilenos les llegue algo" (25).

En cuanto al tipo de medicina que se utiliza para estos objetivos, las estadísticas y las propias declaraciones del Gobierno muestran que dichas acciones se otorgan a través de una muy simplificada, con un personal de más baja calificación al anterior y con un fuerte apoyo en actividades de fomento, leche y vacunas fundamentalmente. En esa medida, la mantención del S.N.S. se constituye en un pivote importante a la nueva política e incluso podría decirse que hacia ello se centra su quehacer, en tanto el resto de sus actividades van mostrando un franco deterioro.

Por otro lado, ya para estos momentos empieza a emerger una nueva etapa en la utilización de los mecanismos mediadores de la política. Esta ya no se presenta 'pura' como en los inicios, sino sus lineamientos o sus elementos fundamentales se manifiestan a través de un cada vez mayor contenido ideologizador. Ello puede entenderse en el proceso chileno en el que se mantienen los rasgos coercitivos de dominación, como una etapa en la cual debe reiniciarse la obtención de consenso a través de la misma formulación de las proposiciones, dado que las bases de apoyo existentes al momento inmediato del Golpe, se han empezado a resquebrajar profundamente. Esto de ninguna manera entraña una negación a los objetivos finales de la política, ni de dejar de ser en el fondo agresivas al conjunto de intereses, a excepción de los del sector de poder.

Hemos dicho que hacia 1976 se encuentra delineado más o menos defini-

damente el esquema alternativo de atención del Gobierno; sin embargo este está aún lejos de su plasmación definitiva, como un todo congruente. Además, se explicitan a través de una cuota no despreciable de mistificación, conteniendo el enunciado cuestiones que, en virtud a las nuevas tendencias, de ninguna manera forman parte de los planes reales del Gobierno. Indudablemente hay un proceso de aprendizaje de las cuestiones del poder.

En las declaraciones que a continuación exponemos todas ellas correspondientes a 1976, se indica la orientación de las transformaciones en la organización de la Práctica Médica a partir de lo público:

"...el Servicio Nacional de Salud debe continuar siendo el eje alrededor del cual se estructura la salud y al que deben adscribirse los servicios privados" (26).

"Si antes se pretendió crear un servicio estatal único de salud, después se cree que la panacea es irse al otro extremo, a entregar todo a manos privadas. El Servicio Nacional de Salud tiene serios defectos, pero no se vende ni se liquida: se le corrigen los defectos" (27).

"No porque este organismo sea estatal o nacional, es sinónimo de necesaria ineficiencia" (28).

"No hay razones para que el sector público no se administre con los ágiles métodos de la actividad privada" (29).

Aparece definitivamente aquí una postura en relación a cómo efectuar las transformaciones al interior del sector. Se cambian los términos del planteamiento, sin que éste altere los objetivos claramente delineados desde los comienzos y en los cuales indudablemente hay un gran proceso mistificador.

El discurso aparece como reafirmando la permanencia del S.N.S. como expresión de la preocupación estatal. No obstante ello, se integra al que-

hacer de lo público, lo privado, justificado a través del argumento eficientista. De esa manera, se permite la posibilidad de una conversión gradual y a través del cual de alguna manera se dilata la polémica que generaría la mantención del planteamiento drástico anterior, de su desaparición.

El centro del problema para este momento es adecuar las transformaciones a un discurso que coherentemente plantee la permanencia de las actuales formas de prácticas vigentes, pero en una estrecha articulación. De esa manera la concepción habitual del sector salud dividida en lo público y lo privado, se transforma en una de Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S.), siendo este proyecto el aceptado frente a otro que según las autoridades, incluso para el propio Pinochet, "convertía la salud en una actividad de lucro y que el Estado perdía el control de los recursos humanos y físicos" (30) (ODEPLAN), y frente al cual el Gobierno declara "que el Estado reconoce la salud como patrimonio nacional" (31). Indudablemente se trata de una polémica al interior de los grupos de poder existentes, en la cual la forma de resolución del problema pasa por una alternativa que proponía la disolución del S.N.S.S., cuya permanencia aún en condiciones de regionalización mantendría las deficiencias del criterio estatista. La otra en cambio, proponía la autonomía regional en base a la actividad privada con "la ventaja de dar participación a los particulares y premiar la eficiencia y la libre competencia (...) motor del nuevo sistema" (32).

De esa manera, la concepción del S.N.S.S. permite un paso gradual, a partir de la existencia fundamentalmente del S.N.S.S., hacia la actividad privada. Este proyecto no se plantea como un traspaso lineal a ella, sino procesualmente. En esa medida, ambos proyectos, que posteriormente serán articulados, en definitiva se distinguen por la modalidad a través de la cual se debería operar el traspaso a la actividad privada.

La opción elegida en este momento permite a través de la unificación entre el S.N.S. y el SERMENA, en 12 regiones y bajo la tuición del

Ministerio de Salud, el fortalecimiento de los mismos como entes regionales que permitan posteriormente, en la medida que se organicen las formas privadas, un traspaso más efectivo y a un menor costo social. Sin embargo, eso se opera a través de una progresiva mutación en la estructura básica de salud del S.N.S. que aunque mantiene su nombre, en los hechos vive un profundo proceso de transformación.

Posteriormente, persiste este mismo esquema regionalizador de fusión de los servicios bajo el concepto de S.N.S.S., en el cual interactuaban el S.N.S. y el SERMENA con la actividad privada, los que se relacionarían a través de diferentes convenios. Sin embargo aún están sin amarrar distintos aspectos como el financiamiento que asegure el interés de los particulares por hacerse cargo de las acciones que habitualmente desempeñaba el Estado, así como la escasa especificación aún del grado de relación entre las distintas instancias regionales, el Ministerio y las fuentes de financiamiento.

De alguna manera una etapa superior en la formulación de la reestructuración del sector, lo supone la idea de creación de 38 Unidades Operativas de Salud, las cuales contarían con una gran autonomía, financiadas por el Fondo Nacional y con las directivas emanadas del Ministerio de Salud. Sin embargo esta tampoco constituirá la alternativa definitiva, sino tan solo un paso hacia ella.

Recién para 1979 se encuentran en trabajo los últimos ajustes a la formulación definitiva del Decreto Ley de Reestructuración del Sector Salud, el cual efectivamente logra presentar un proyecto coherente a las necesidades actuales del nuevo bloque en el poder, ya que de ninguna manera beneficiará a otros intereses fuera de estos.

### 3.- EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD.

Los cambios que se perfilan en el S. N.S a partir de las políticas y lineamientos de políticas emanados por las nuevas autoridades, apuntan tendencialmente a su desaparición. Su existencia a dado pié a todo tipo de conjeturas, modalidades y experiencias en base a las cuales quienes participan actualmente en las desiciones del 'sector', han ido conformando la alternativa que se plasmará en Ley hacia 1979 y en la que el S.N.S. deja de aparecer como entidad vigente, mas que para referir su quehacer y sus recursos a las nuevas formas de Práctica Médica emergentes.

Haremos referencia aquí a este proceso en sus generalidades, mostrando como se lleva a cabo la desarticulación de tan fundamental forma de Práctica Médica estatal en un proceso al que llamaremos de jibarización y asficción progresiva, cuyo objetivo podría sintetizarse en los siguientes elementos:

- Mantenerlo en la medida en que sobre él se vayan conformando las nuevas formas de Práctica Médica;
- Evitando de esta manera un drástico efecto sobre las condiciones de salud de la población;
- Ir creando gradualmente, en concomitancia al desarrollo de este proceso, una 'corroboración' por parte de la población al diagnóstico del Gobierno en el sentido de justificar la emergencia de alternativas, ante la supuesta inoperancia e ineficiencia que muestra la administración estatal.
- Mantener supuestamente su acción en tanto quehacer estatal, como elemento de subsidiaridad hacia aquellos que ven imposibilitado el acceso a la medicina de mercado, a costa de un gran deterioro progresivo de la misma. Esta se orienta fundamentalmente hacia grupos particulares de la población.

Las intenciones en relación al S.N.S., que por las razones recién aludidas no podrían haberse intentado en un período inmediato, se basan en primera instancia en una justificación de tipo eficientista. A partir de ello se proponen una serie de transformaciones a las cuales nos referiremos aunque no apegándonos a un criterio temporal de ocurrencia, las que se traducirán tendencialmente en un cambio en su carácter.

Para la obtención de una mayor eficiencia de las estructuras de salud estatales, se plantean varios pasos: una regionalización, que permitiría una mayor autonomía de todo tipo para disponer de un financiamiento y administración acorde a las necesidades regionales; esto se acompaña de un proceso de optimización de los recursos que implican cambios al interior de los mecanismos técnico-administrativos de la institución.

La regionalización propuesta tenía por objetivo descentralizar la estructura del S.N.S. Un obstáculo importante lo constituía su Dirección General, órgano central de normación y planificación nacional que, una vez decretada su desaparición en enero de 1977, el papel que desarrollaba es asumido por cada región bajo la tuición directa del Ministerio de Salud. Si existía un centralismo, éste se transforma ahora, en uno ejercido directamente por el Estado a través del Ministerio correspondiente, aunque esta vez, para el conjunto del 'sector'.

Tal situación, generada con la desaparición de la Dirección General del S.N.S., que de acuerdo a la lógica de las disposiciones oficiales superaba los problemas entorno a su estructura centralizada y por tanto burocrática, en los hechos implica el descabezamiento de esta institución como ente nacional de salud. Con ello, naturalmente, se atenta a la posibilidad de mantener su actividad coordinada y planificada, preocupada de los distintos aspectos que hacen a la salud de la población y a su existencia misma en tanto institución particular específica.

El desplazamiento de su dirección centralizada y autónoma hacia la tutela directa del Ministerio de Salud desde el punto de vista administrativo, pasará a constituir una preocupación mas, entre las tantas que caen en su ámbito de gestión. Pero no debería verse sólo como un simple cambio administrativo. El hecho indica en la práctica, que el S.N.S. ha empezado a transitar por un camino 'nuevo', que no es el suyo de acuerdo a su propia configuración estructural, lo que a la postre deviene en la posibilidad de que en él se ejerzan -allanado este camino- las transformaciones, que por otro lado ya se vienen ejecutando, de acuerdo al nuevo criterio estatal en lo que respecta a los asuntos atinentes a salud.

De esa manera, se integra regionalmente su quehacer en términos formales a un proceso de Sistemas de Servicios de Salud que intenta hacer aparecer su existencia como rearticulada a otras formas de Práctica Médica (Sermena, Med. privada, etc.) pero cumpliendo supuestamente sus mismas funciones. El objetivo a este cambio regionalizador sería, además de solucionar los problemas detectados por el Gobierno, hacer factible la oportunidad a los usuarios del servicio (S.N.S.) para optar libremente al lugar en el que quieren ser atendidos -igualmente los empleados, poniendo fin a los límites que estipulan las leyes de seguridad social. De esa manera -se supone- habría una mayor descarga de las formas estatales hacia las privadas o semiprivadas, a través del pago de un bono de compensación y se daría cumplimiento así a la mentada 'igualdad' para acudir a los servicios de salud.

Sin embargo, toda esta nueva rearticulación tiene como fin la desaparición de la actividad del Estado en salud llevada a cabo por el S.N.S. Al mismo tiempo propiciar la adecuación de los recursos a las nuevas orientaciones, aquellas que se inscriben en la óptica de la economía social de mercado. De manera pues que, como lo expordremos mas adelante, no se trata solo de hacer converger lo privado hacia lo público sino re-adaptar los mecanismos para que éste se ponga en función de aquel.



Además de los mecanismos jurídicos que establece el criterio de la regionalización, se verifican sobre el S.N.S. desde los inicios del período en cuestión, una serie de otras manifestaciones producto de las nuevas transformaciones en este proceso de asficción gradual, y que en conjunto llevarán consecuentemente a realizar cada vez en peores condiciones su papel. Cuestión en todo caso mas que planificada, cuyo objetivo, además de su desarticulación gradual, se centra en la búsqueda de un desprestigio de su tradicional papel, elemento coadyuvante a las tareas en marcha.

A.- Presupuesto. El presupuesto habitual del S.N.S. nunca se caracterizó por ser suficiente para desarrollar su quehacer, no obstante lo cual, su importancia era indiscutible. A partir de los nuevos planes para la gestión social, éste se ve profundamente deteriorado en congruencia al criterio de reducción del Gasto Público.

La evolución del aporte total del Gasto Fiscal en Salud sufre un serio decremento a partir de 1974, alcanzando su momento mas bajo en 1976. Posteriormente pareciera repuntar aunque sin embargo no logra alcanzar los niveles que se asignaban para 1970, como se puede apreciar en el cuadro siguiente:

Gasto Fiscal en Salud 1970-1977 (Mill US/76).

ANO	Gasto Total (Mill US)	Gasto por Habitante US
1970	154	16.4
1971	212	22.2
1972	253	26.0
1973	244	24.6
1974	198	19.7
1975	134	13.1
1976	133	12.8
1977	145	13.0

Fuente: La Salud en Chile. Centro de Asuntos Universitarios

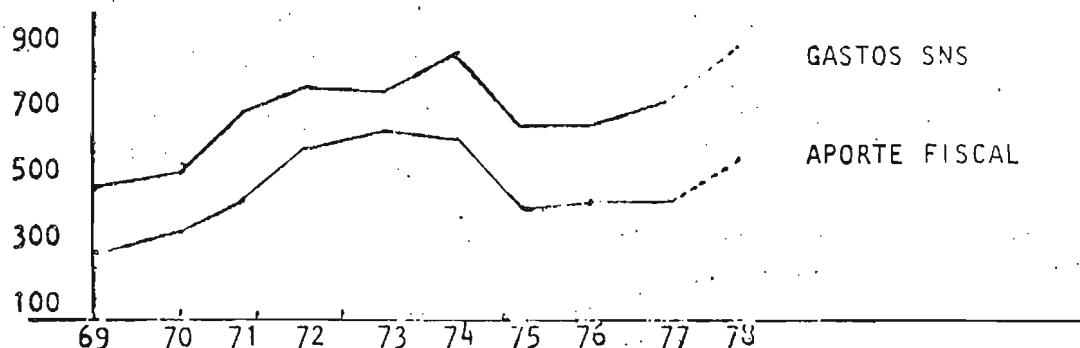
También ello se traduce en una disminución del monto por cápita que corresponde a cada habitante, que de 24.6 dólares en 1973, descendió en 1977 a 13.0 dólares.

Si se considera la participación que tiene salud al interior del Gasto total, las cifras indican también un descenso importante. Así, mientras en 1970 representaba un 7.6% del Gasto total; en 1972 un 8.4% para 1975 alcanzaba tan solo un 4.2%. (34).

Esta situación en términos del financiamiento del sector público de salud, además de constituir un grave riesgo para todas aquellas actividades financiadas por el Estado en materia de acciones sanitarias, adquieren particular gravedad para el S.N.S. quien recibe la mayor parte de los recursos que del Estado se disponen para las mismas. Según datos oficiales el aporte fiscal al financiamiento del S.N.S. "en 1969 fue de 2.414 millones de pesos (base 100) y en 1966 alcanzó los 4.169.9 millones de pesos (172.7). (35) Un 55.19% y un 58.9% respectivamente. Sin embargo, de esta lectura se podría deducir que la elevación desde 1969 ha ido desarrollándose a través de un progresivo aumento tal como se vé en algunos informes oficiales (36). Tal cosa no es así, las cifras intermedias muestran indudablemente un proceso de importante ascenso especialmente a partir de 1970 y una caída brusca a partir de 1974. Aunque no contamos con las cifras exactas, esto puede apreciarse en el gráfico que a continuación se presenta, cuya fuente es oficial.

#### GASTO Y APOORTE FISCAL EN EL PRESUPUESTO DEL S.N.S. (en moneda fija 1977)

miles de pesos



Fuente: Chile: Situación de salud. Ministerio de Salud. Chile 1978: p. 35

En relación al Gasto del S.N.S. a través de estos años, y que puede apreciarse en el mismo gráfico, se observa una gran disminución del mismo a partir de 1974 en estrecha relación a la disminución presupuestaria. Debe hacerse notar que los datos de 1978, tanto de Gastos como del aporte fiscal, eran las expectativas a alcanzar. Sin embargo, otros datos indican que esta disminución en el aporte fiscal ha cambiado la relación con que participaban los distintos componentes que concurren a su financiamiento tal como se ve en el cuadro siguiente:

INGRESOS DEL SECTOR SALUD %

	1974% (SNS)	1977(Ministerio de Salud)
Gasto Fiscal	60%	43%
Aporte directo personas	10%	13%
Cajas de Provisión	20%	26%
Aporte de personas y empresas	-	16%
Otros	10%	2%
Total	100%	100%

Fuente: La Salud en Chile. Centro de Estudios Universitarios, Santiago p.4.

Este cuadro además de dar cuenta de los distintos aportes hacia el sector salud, indica el proceso de reestructuración de él. Como primera cuestión, los aportes que se canalizaban del Gasto Fiscal directamente al S.N.S. por medio de su Dirección General, para 1977, con posterioridad a su desaparición, se canalizan a través del Ministerio de Salud. Esta nueva situación confunde una real apreciación de la reducción del presupuesto que aporta el Estado, ya que el 43% del aporte del Gasto Fiscal vía Ministerio, integra el presupuesto para el S.N.S. así como para otros organismos, en tanto que el 60% del año 1974, es solo el aporte que el S.N.S. recibía del fisco. Por otro lado, la disminución del aporte fiscal se ha traducido en una mayor participación directa en el total, de las personas y de las cajas de previsión.

Los datos entregados muestran inequívocamente, un deterioro importante de los ingresos con que debería desarrollar su quehacer el conjunto del sector público, particularmente el S.N.S. La interpretación oficial en tanto difiere notablemente de esta apreciación y dice: "El análisis de estas cifras demuestra que (sin incluir los tres años de excepción (37), los Gobiernos de Chile, en los financiero, han mantenido para con salud un trato bastante homogéneo y regular" (38).

Sin embargo, esta situación a la que también por otro lado los argumentos oficiales han tratado de explicar en función al deterioro de la Hacienda Pública como ya lo dijéramos, corrobora claramente los nuevos objetivos para salud. En definitiva podría decirse que apunta a contraer la actividad del S.N.S.

Una vez planteada la restricción presupuestaria para el S.N.S., se irá produciendo gradualmente una adaptación de sus recursos dirigida a una redistribución de los mismos a su interior, según los nuevos criterios normadores; es decir los pocos recursos financieros con que cuenta el S.N.S. se reordenarán a su interior de ahora en adelante, en función de las nuevas prioridades.

#### B.- Recursos físicos.

Según los argumentos vigentes en torno a las prioridades de atención, a saber, extensión de cobertura en base fundamentalmente al nivel primario de atención, analizaremos los datos siguientes. Si así fuera, podría esperarse un incremento de las instalaciones físicas de tipo policlínicos o postas rurales. Sin embargo, según los datos de que disponemos, hasta 1975 al menos no se había producido un incremento de los mismos.

#### Consultorios y Postas

	1970	1973	1975
Consultorios y Policlínicos	134	152	149
Postas y enfermerías	771	724	846

Fuente: Ochoa, F., La Salud Pública en Chile. Análisis de su evolución en período 1958-1976. Universidad de Chile, Stgo. 1978.

Para todo aquello que forme parte de los otros niveles de atención, secundaria o terciaria, se plantean 'efectuar labores de conservación, reparación y recuperación de estructuras'( 39). En efecto, según los datos disponibles hasta 1975, no existe un incremento de hospitales, ya que para 1973 se estimaba su número en 232, cifra que para 1975 es de 230.(40).

En cuanto al número de camas, centraremos nuestra atención en la población que involucra mayor preocupación según el Gobierno, como son el niño y la mujer en edad fértil.

Camas S.N.S.	65-70 Promedio	70	70-73 Promedio	73	75	74-75 Promedio
Habitantes por cama	272.6	287.7	283.9	293.3	303.6	297.7
Niños 0-4 años Por cama pediátrica	215.3	-	188.0	183.9	173.6	174.4
Nacidos vivos por cama obstétrica	77.2	68.0	67.5	65.6	56.2	58.0
Mujeres en edad fértil (15 a 40 años) por cama obstétrica	605.4	-	-	607.5	-	598.3

Fuente: Ochoa, F. La Salud Pública en Chile. Análisis de su evolución en período 1958-1976. Universidad de Chile, Stgo., 1978.

Aunque las cifras solo dan cuenta hasta 1975, en ellas hasta ese momento no se aprecia un incremento en el número de camas aun considerando que el recurso tomado se refiere aquella población particularmente protegida según la política oficial. Por el contrario, en todas ellas se evidencia una disminución para el último año en relación al promedio 1970-1973.

En todo caso, las apreciaciones que se pueden obtener de estos aspectos, muestran indudablemente un estancamiento y un deterioro de los recursos del S.N.S, lo cual guarda estrecha congruencia al presupuesto con

que cuenta este servicio y con la disminución de sus gastos a partir de 1974 especialmente.

Otro elemento interesante lo constituye el deterioro y poca actualización de la capacidad tecnológica del S.N.S. (41).

Lo mismo ocurre con la existencia de los elementos fundamentales para una adecuada dotación de los insumos de la atención médica como medicamentos, ropa, exámenes de laboratorio, etc., (42).

### C.- Recursos Humanos.

El análisis de este particular rubro, da cuenta y reafirma la tendencia que hemos venido mostrando en relación al proceso de deterioro o de jibarización del S.N.S. y en relación al abandono del papel del Estado en salud.

Como lo dijéramos en el capítulo anterior, el S.N.S. representaba el principal empleador en todo el sector salud. Con posterioridad a 1973, se produce paralización de las nuevas contrataciones en función a la restricción del gasto público. Proceso que pasa mas o menos inadvertido en los primeros años, pero que en los posteriores y particularmente en relación a los profesionales de la salud, empieza a cobrar fuerza cuando se acogen a la cesantía mas de una promoción. En el caso de los médicos que ha sido el mas publicitado en los últimos años, se trata de un importante contingente de profesionales recién egresados que no encuentran ubicación al interior de las estructuras de salud chilena. Es mas aún, según declaraciones de personeros del Gobierno, el Estado no tiene la obligación de asegurar cupo a su interior a los mismos. Según cifras del Colegio Médico, habitualmente el Estado captaba un 90% de estas nuevas promociones, en tanto actualmente dicha cifra ha disminuido a un 50% (43). Otro tanto ocurre a nivel de las profesiones denominadas para médicas; aunque no podemos precisar la fuente, ya en 1975 las matronas

Pedían a su respectivo Colegio que exigiera ante las autoridades del S.N.S. trabajo a las recién egresadas. Sin embargo, los cupos existentes en provincias eran absolutamente insuficientes, para absorber a las promociones egresadas con posterioridad a 1974. Lo mismo ocurría con las enfermeras, tecnólogos médicos, kinesiólogos, etc.

De hecho, estos aspectos indican un importante deterioro en el progresivo y necesario aumento de los recursos humanos existentes a nivel nacional, para la satisfacción de los requerimientos de salud de la población. En ese sentido es elocuente la queja de los médicos egresados cesantes, quienes en un análisis de las necesidades de recursos médicos que el país requiere, muestran una evidente carencia de los mismos (44).

Además de la situación anterior, otro punto de gran preocupación lo constituye el masivo proceso de despidos que se ha producido en el S.N.S. a partir de los primeros momentos.

Al igual que en todos y cada uno de los sectores sociales, el S.N.S. fué objeto de la requerida 'limpieza despolitizadora', proceso que se llevó a cabo con la misma intensidad que en los otros sectores. De ello dan cuenta las innumerables listas de personal de la salud que se encuentran muertos, desaparecidos o que fueron encarcelados (45).

Posteriormente, la 'sed racionalizadora' se extiende a una disminución del personal administrativo y de servicio con que cuenta el S.N.S. el cual según cifras oficiales era para 1976 de 57.117, reduciéndose en 1978 a 54.844 (46). Estas medidas habrían tenido por objeto "substituir el personal no calificado por recursos profesionales y técnicos" (47). Cabe detenerse un momento en este punto. Como primera cuestión se hace interesante advertir que el personal que ingresaba a formar parte del S.N.S. lo hacía en base a concurso cualquiera fuera su nivel de capacitación o formación. Para el caso concreto de los auxiliares, estos eran

previamente entrenados e integrados a la rutina de trabajo, antes de su contratación, a fin de que pudieran adquirir los elementos de formación necesarios a su desempeño. Sin embargo en la actualidad varias fuentes refieren la existencia, a cambio de este personal con algún grado de formación, de trabajadores del empleo mínimo (48). Además como se verá mas adelante, mientras se disminuye el personal auxiliar aparecen aumentadas sus acciones, lo cual podría indicar el nivel de explotación al que están sometidos y graficar las condiciones de trabajo particularmente de esta parte del personal, aunque ello de alguna manera pareciera regir para el conjunto de los trabajadores del S.N.S. (49).

Múltiples son las experiencias que parecen avalar nuestra afirmación en relación a las condiciones de trabajo, aunque ellas probablemente no queden aquí lo suficientemente corroboradas. Por ejemplo los salarios al interior del S.N.S. han sufrido un deterioro peligroso. En los hechos, el personal en general se mantiene ligado al Servicio -entre otras causas entre las cuales no sería raro encontrar aquellas de fidelidad a un Servicio como este- el válido argumento de la imposibilidad de encontrar trabajo fuera de él. Al decir de las autoridades, porque 'aun' las alternativas de trabajo en el extrasistema son escasas, argumento particularmente esgrimido para los médicos (50). Sin embargo, existen otros atenuantes que perjudican aun mas la situación de los trabajadores de él, como son las postergaciones frecuentes en los pagos de horas extraordinarias y los bajos sueldos, condiciones de trabajo con control directo militar particularmente en los primeros tiempos posteriores al Golpe, escasez de recursos clínicos, la imposibilidad de expresión, etc.

También hay que hacer referencia que no pocos de los recursos humanos de salud formados en Chile, han debido salir del país o por condiciones políticas o por la búsqueda a la solución de la problemática económica. También ello implica una pérdida de recursos nacionales si se considera que -según se estima- la formación de un médico ha costado alrededor de US \$ 30.000. (51)



La participación de los salarios al interior del Gasto del S.N.S., ha decrecido notablemente. Según el Gobierno, la disminución del gasto de esta institución, corresponde a las nuevas condiciones salariales en las que trabaja su personal, además de la disminución de las contrataciones. Eso al menos es lo que se puede inferir del siguiente argumento: "Cuando se desglosa el gasto del S.N.S. por ítems se puede observar que lo anotado respecto a los años 1972, 1973 y 1974 (52), tiene su explicación en un incremento del gasto en remuneraciones ya que los otros ítems, (...) mantienen una tendencia sostenida" (53). No sería rara esta interpretación, que por lo demás muestra gran congruencia con la participación que actualmente tienen los salarios al interior del Producto Interno Bruto, cuyo monto ha disminuido en relación al que tenía antes de 1973 como se vió en la primera parte de este capítulo.

En relación al personal, además de los fenómenos expuestos anteriormente, se plantea una redefinición de sus funciones. Esta se efectúa en función a necesidades que emanan del concepto de atención de diversos niveles, que ya hemos discutido. De esa manera se trata de adaptar la formación de recursos en base a este criterio y que supone no solo la rearticulación con el personal existente, (con los correspondientes despidos), sino además integrar elementos humanos no tradicionales en las acciones de salud. En efecto, uno de los únicos criterios en los que se menciona la participación de la comunidad, guarda relación con la integración de la misma a los planes de extensión de cobertura. Así, en los llamados Centro de Desarrollo Rural Integral, lo correspondiente a Salud Rural es realizado por personas de la misma comunidad. "Después de un aprendizaje teórico y práctico el egresado obtiene su título de auxiliar de enfermería y es contratado por el S.N.S. en el último grado de la escala única de remuneraciones (54). De esa manera se hace la extensión de cobertura en las zonas rurales aunque no es solo privativo de estas. También en zonas urbanas, se desarrolla igualmente la atención primaria con un personal de escasa capacitación, lo cual tiene su impacto último en las condiciones de salud de la población probable-

mente, aunque esto sería objeto de una particular investigación. Sin embargo, las consecuencias también pueden ser vistas desde otro punto de vista. Se trata de reemplazar y despedir, fuerza de trabajo del S. N.S. por aquella que salga mas barata para el Estado, lo cual indudablemente forma parte de las intenciones últimas que se tienen respecto a salud; es decir mantener lo estatal a cambio de una atención de última calidad.

D.- En cuanto a las acciones de salud las hemos agrupado en aquellas que han mostrado un aumento, y las que en virtud de su disminución indican mayor derivación de recursos, entendiendo que la evolución en cada caso indica las prioridades que se otorga a cada una de ellas. Para ello, comparamos las mismas acciones con anterioridad a 1973.

Aquellas acciones en las que advierte un incremento, coinciden con algunas de las prioridades que plantea la actual administración, como son las que se indican en el cuadro siguiente:

Acciones de Salud:

	60-64	65-70	71-73	74-75
Inmunización X por habitante menor de 15 años	0.96	1.38	1.13	1.3
Toneladas de leche entregadas por con sultorio.	7 503.8	13 170.3	19 513.0	22 195.0
Consultas maternas por nacido vivo	1.6	1.7	2.2	2.7
Atenciones, de urgencia por 1.000 habitantes	136.0	184.0	281.0	284.0
Consultas maternas por mujeres en edad fértil (15-49) años	0.24	0.22	0.25	0.27

Fuente: Ochoa, F. La Salud Pública en Chile. Análisis de su evolución en período 1958-1976. Universidad de Chile, Stgo., 1978.

El énfasis de las acciones guardan relación con los lineamientos de la política de salud de la Junta, siendo estas orientadas a aquellos aspectos que tienden a mantener o a descender los índices de morbilidad, fundamentalmente aquellos que dicen relación al niño en la primera infancia. Un ejemplo de ello es la formación del Consejo Nacional para alimentación y la Nutrición (CONPAN) que se forma para este objetivo y planifica las daciones de leche por grupos de edad, así como otras medidas entre las cuales existen programas de estímulo a la lactancia natural, el aumento del control de embarazos, etc. Esto no sería reprochable visto puntualmente, aunque en el marco de transformaciones globales da cuenta de una intencionalidad diferente al solo hecho de garantizar mejores niveles de salud en tanto bienestar general a este grupo particular. Sin embargo, estas buenas intenciones puntuales quedan al desnudo cuando se hacen aparecer como una intención globalizada de todos los aspectos que afectan a estos grupos. Así, se dice, "...pensamos que la verdadera y sostenida protección del niño, en sus diferentes aspectos, se logra cuando se alcanza también un adecuado nivel de desarrollo económico y social, con una amplia distribución de sus frutos, que penetre a todos los niveles de la estructura social.

Sin embargo, mientras esto no se alcance, se hace imperativo desarrollar intervenciones dirigidas a los grupos más vulnerables. Sin lugar a dudas, el grupo más vulnerable es el niño y especialmente el niño perteneciente a familias de extrema pobreza. Los éxitos alcanzados, tanto en Chile como en otros países, demuestran que es perfectamente posible mejorar programas que, cualitativa y cuantitativamente, sean adecuados" (55).

En esa medida, la preocupación integral del niño chileno, deberá esperarse por muchos años, ya que el carácter que conlleva el desarrollo nacional, muestra la exclusión de las mayorías, a aspirar mejores condiciones de vida. En esa medida, planteábamos que -tal vez también en los

datos- se manipulan finamente las acciones que impulsan la caída de índices fundamentales como la mortalidad infantil.

Las acciones que han sufrido un decremento, son como se aprecia a continuación:

Acciones de Salud.	60-64	65-70	71-73	74-75
Consultas Ext. med. $\bar{X}$ por habitante	0.93	1.0	1.0	0.9
Consultas $\bar{X}$ anual por niño de 0-4 años.	2.6	3.1	3.2	3.0
Egresos hospitalarios por 1.000 habitante.	80.7	86.4	90.5	88.3

Fuente: Ochoa.F. La Salud en Chile. Análisis de su evolución en período 1958-1976. Universidad de Chile, Stgo., 1978.

Por el contrario, aquellas acciones hacia otros sectores de la población quedan más expuestas. Cada vez cuesta más la obtención para las hospitalizaciones, cada vez más aumenta el rechazo en la consulta que se traduce en un aumento el número de consultas de urgencia. Las autoridades de Gobierno incluso interpretan este medio como 'la demanda no satisfecha en los sitios habituales de atención y su derivación provocada o espontánea a los servicios de urgencia (56).

De hecho resulta congruente en cuanto a las consultas externas médicas por habitantes y a los egresos hospitalarios. La reducción del supuesto en los hechos se ha traducido en la incapacidad de mantener o ampliar estas acciones, que además son acciones cuyo desarrollo no incrementa las intenciones de la junta a no ser porque contribuyen a crear el clima de insatisfacción y de inoperancia del S.N.S. Lo que sí llama la atención, es el descenso de aquellas que guardan relación al cuidado de los menores de 0 a 4 años. Hemos hecho referencia anteriormente que este grupo cobra vital importancia para los fines de demostración de la Junta. Tal vez si

el dato fuera mas desagregado, tal vez mostraría que el grupo mas beneficiado con estas acciones es el de 0 a 3 años, con una mayor caída de las consultas para el de 2 a 4 años.

El conjunto de los hechos expuesto anteriormente entonces, se traducen en una nueva forma de hacer salud en Chile.

En primer lugar, hay una transformación de las estructuras formales habitualmente preocupadas de la salud de los chilenos. En lo que respecta al S.N.S. en su propio ámbito se inician experiencias de nuevas formas de prácticas médicas en base a la administración privada. Muestra de ello son las experiencias del consultorio de Maipú, que a pesar de haberse demostrado en una evaluación realizada por la Universidad de Chile su ineficiencia, el experimento se amplió a otros policlínicos del S.N.S. Otro caso en este mismo sentido, lo constituye la experiencia de transformar el Hospital San Borja en una empresa. Este ha sido "seleccionado por el Ministerio de Salud y el S.N.S. para ensayar en él una revolucionaria fórmula de dirección (57). Se trata de un hospital que da cobertura a 365 mil personas. Se dice: "Un Hospital y sus dependencias es una empresa como cualquier otra y debe tener una organización piramidal y lógica para poder funcionar con eficiencia", y continúa la nueva lógica mostrándonos las maravillas de la organización. "La reorganización del Hospital comenzó por la puerta. Allí el paciente pide información y se lo clasifica -mediante una moderna máquina registradora- según que tipo de beneficiario es y la atención médica deseada (¡SIC!) Si debe pagar, lo hace de inmediato, y a los individuos sin previsión que declaran no poder pagar se les invita a la oficina de asistencia social donde se comprueba su condición de indigente. Al lado, recibe hora de atención para un día determinado y su ficha médica se saca del tarjetero y se envía al escritorio del médico en la fecha correspondiente. (...) Seis azafatas vestidas de rosado, se ofrecen gentilmente a guiar a quienes se encuentran desorientados (...) El sistema de admisión ha significado ingresos insospechados ya que nadie sin derecho o sin pagar

puede actualmente traspasar el umbral" (58). De esta trascripción casi sobran los comentarios. No está en la mente de nadie criticar la eficiencia. El problema surge cuando esta tiene por fin clasificar el tipo de atención que debe recibir cada individuo según sus ingresos, y cuando el que no está en condiciones de pagar ve impedido su acceso a la atención médica.

Sin embargo, estas transformaciones eficientistas deben verse como una etapa de transitoriedad, en relación a la etapa posterior que planteará la posibilidad del traspaso de las instalaciones públicas a lo privado. Se trata de mejorar su aspecto, y la posibilidad de aumentar sus ingresos directos para que de esa manera pueda interesar una vez formulada la ley a los particulares y tomarlas bajo su dirección.

Donde no se practican estas medidas 'salvadoras', el S.N.S. ve deteriorarse aún más las atenciones, aumentando la insatisfacción tanto para los usuarios como para el personal, el cual además de sus malas condiciones laborales, no es ajeno a las transformaciones que se están operando a su interior. Múltiples declaraciones corroboran el estado de deterioro progresivo. Por citar solo una declaración: el "deterioro en la atención ambulatoria de los policlínicos periféricos reflejada en un rechazo creciente de consultas, junto a la inquietud pública por la aparición de brotes epidémicos de parasitosis como la sarna y la pediculosis (piojos), y también la justa inquietud de los miembros del gremio médico y los beneficiarios ante la virtual liquidación de las estructuras de salud del país (59).

La nueva situación se orienta a presentar un panorama tal de desolación en relación a la existencia del S.N.S., que cualquier medida correctora o alternativa a esta situación creada, tiene ahora mayor factibilidad de ser aceptada por la población. Además, parecieran corroborar los planteamientos oficiales de la incapacidad estatal de administrar eficientemente la salud.

#### 4.- LAS CUESTIONES DEL PODER AL INTERIOR DE LA PRACTICA MEDICA. EL COLEGIO MEDICO.

4.1. A partir de la nueva forma con que se empieza a ejercer el poder en la sociedad chilena desde 1973, se producirá una rearticulación de las cuestiones del poder al interior del ámbito de la salud. Esta implicará otra manera de expresarse los distintos intereses que tradicionalmente participaban en sus decisiones.

Habitualmente la política de salud, contenía la expresión- a diferentes niveles o instancia de decisión-, del conjunto social. De esa manera por ejemplo, los grandes parámetros eran definidos a nivel de las Cámaras del poder legislativo, en tanto al interior del S.N.S confluían los distintos sectores que aportaban a su financiamiento; el Estado, los trabajadores imponentes y los empleadores. Ello no quiere decir de ninguna manera que esta participación fuera óptima ni mucho menos, tal vez porque la importancia que se le daba al sector por parte de los trabajadores como instancia política no fuera la adecuada. Sin embargo existían las bases para su profundización. También en el estaba representada la posición de los gremios de la salud. Por otro lado, la población, en tanto objeto central de 'lo médico', iniciaba con la Unidad Popular un proceso de activa participación en la determinación de las necesidades reales existentes en salud.

La nueva configuración que adquiere la formulación de la política de salud en el período posterior al Golpe, es expresión directa del nuevo sector en el poder, de sus propios y únicos intereses, y producto de la discusión restringida al interior de los mismos.

Así el siguiente párrafo indica que a la polémica en torno a la reestructuración en salud, han concurrido 'numerosas personas aportando ideas, sugerencias, críticas constructivas y -desde luego innumerables horas de esforzado trabajo-. Enumerarlas a todas sería imposible. Sin embargo, la responsabilidad última de la labor cumplida radica en las autoridades

(...)" (60). En efecto, se trata de un grupo de 'autoridades' que a nombre de sus propias personas pero no en representación de grupos nacionales, quienes hoy formulan los grandes lineamientos para la salud. Indudablemente el denominador que las ubica en una misma perspectiva, es su estrecha vinculación a los actuales sectores de poder.

El Colegio Médico siempre fué una expresión de poder político en el marco del proceso de desarrollo de la Práctica Médica chilena. Sin embargo, su incidencia actualmente ha disminuido notoriamente a pesar de su importante participación en los sucesos previos al Golpe. Este es un problema que debe ser enfocado desde un punto de vista clasista y al mismo tiempo histórico. Desde el punto de vista clasista, la expresión política del Colegio Médico, en tanto gremio político, no dista mucho de las vacilaciones propias de la conducta social de las clases medias de Chile. Sus variantes están en función del modo como se han polarizado las clases fundamentales en las distintas coyunturas del proceso político del país. De ahí, las características que presenta en esta etapa.

4.2.- En este apartado se pretenden enunciar algunos de los rasgos más significativos que ha mostrado el Colegio Médico de Chile, en los últimos años.

La base de nuestro análisis, parte de la consideración del papel jugado por esta institución durante el Gobierno de la Unidad Popular, ya descrito en trabajos como "Una perspectiva Internacional sobre Huelgas y Amenazas de Huelgas Médicas: El Caso de Chile" (61), en el cual se demuestra el carácter netamente político de dichos movimientos.

Las acciones desplegadas a través del período de la Unidad Popular, especialmente en sus últimos meses, erigen al gremio como uno de los grupos políticos de poder que participaron en el derrocamiento del Presidente Constitucional Dr. Salvador Allende. Esto no significa que al interior del Colegio no existieran quienes no solo se oponían a tales maniobras,



sino que jugaron importante papel en la constitución del bloque de médicos que mantuvo, junto al resto del personal, los servicios de salud en funcionamiento durante las huelgas médicas. Sin embargo, el peso de las decisiones dentro de la estructura de poder, se encontraba en manos de quienes en nombre de la defensa de los derechos no solo de la salud, sino del "curso legal a la conducción del Estado y una estricta adherencia a la Constitución y las leyes contenidas allí, legítimo derecho de todos los ciudadanos de Chile..."(62), pedían en un primer momento, el cambio de rumbo o del Ejecutivo para pasar finalmente a acoplarse junto a quienes exigían la renuncia del Presidente.

Justamente su conducta política, opositora y ofensiva, lógicamente debería ubicar al Colegio Médico en una condición privilegiada frente a las nuevas autoridades. Sin embargo, la lógica del proceso político emergente empieza a generar condiciones, aunque no inmediatamente, que al desarrollarse debilitará procesualmente las expectativas alimentadas por este gremio. Esto ha permitido que con el correr de los años o más bien de los acontecimientos, el Colegio Médico haya pasado a ser en los hechos -de un modo general- contestatario y fiscalizador de la política que el gobierno ha desarrollado en el área de la salud. Es decir, han pasado del apoyo incondicional en un comienzo, a ubicarse junto al amplio sector que a nivel nacional empieza a vislumbrar la necesidad de una nueva alternativa de poder.

Este viraje no supone como pudiera creerse, una autocrítica a su anterior posición, pero sí puede ser entendida y sugerir la escasa visibilidad del gremio, que no previó que el papel que había jugado al interior de la sociedad chilena y que implicaba una no despreciable cuota de poder, en la nueva coyuntura fuera a cambiar. Falta de visión histórica que los imposibilitaba a entender que la emergencia del Gobierno Militar no ocurría para garantizar y mantener los privilegios del conjunto de la burguesía nacional. Se trataba de un movimiento tendiente a erradicar cualquier forma de dirección o ingerencia en el país, -en primer

lugar el "marxismo"- cualquier proyecto que no se contemplara dentro de los esquemas y necesidades del nuevo modelo de acumulación.

De ahí que los cambios que se empiezan a delinear respecto a salud por el nuevo gobierno, así como también las políticas estatales que afectaban en mayor o menor grado a todos aquellos que no participaban directamente de las nuevas condiciones del poder, van generando la desarticulación de la unidad, entre las autoridades y el Colegio.

Parece necesario explicar, que históricamente la participación del gremio médico en la vida social de Chile, estaba determinada por las condiciones en que se desarrollaron las instituciones de salud. Como elemento fundamental en este proceso -tal como lo hemos referido con anterioridad- cabe subrayar la relevancia que se perfila en el peso de las formas estatales, y que convergieron hacia 1952 con la formación del Servicio Nacional de Salud (S.N.S.).

Este carácter estatal de la Práctica Médica, más que ser conquista del gremio médico, aunque sin negar su participación en ella, son efecto de la presión que otros sectores sociales mayoritarios tuvieron con el objeto de garantizar ciertos derechos de la población. Esto debe ser entendido de acuerdo con la complejidad, pero al mismo tiempo con la gran amplitud, que el desarrollo institucional y democrático logró plasmar en el proceso político de la sociedad chilena. Vale decir, el Estado a través de sus políticas sociales -para este caso las atinentes a salud- se expresó en términos de concesiones, pero en tanto las mismas conllevaban un juego de negociaciones, también involucraban conquistas de los sectores populares.

Lo importante a destacar para este caso, es que la existencia del S.N.S. -en tanto 'penetración' de lo estatal en los médicos generó un fenómeno muy particular en relación a estos profesionales. A partir de una práctica funcionarizada, los médicos sufrieron un proceso de agluti-

nación ante un patrón estatal que homogeneizó, al menos intra servicio, el tipo de inquietudes y problemas, favoreciendo una mayor unidad que permitía a su vez un mayor poder de decisión dentro del sector. Es este un fenómeno interesante, ya que rompe con el habitual aislamiento de las profesiones liberales, aunque en nuestro caso siempre persistió la práctica privada junto a la estatal. Este fenómeno de aglutinación de los médicos frente a un 'contratador' único, dueño de las instalaciones, equipos, etc., es decir de la infraestructura requerida para el ejercicio profesional, no se tradujo en un carácter, al menos ideológicamente, 'proletarizado'. Por el contrario, el caso chileno indica que tal situación no devino en una conciencia socializada de los problemas de la salud y de sus soluciones, sino que los fuertes rasgos del gremialismo, no eran mas que una fuerte posición clasista, de envoltura profesionalizante.

En definitiva pues, el interés de los médicos en el período actual por el destino bastante incierto del S.N.S., se traduce en una defensa, mas que por la existencia del servicio mismo en virtud de su importancia como organismo fundamental de la salud de amplios sectores de la población chilena, por lo que significa dicho servicio y las transformaciones globales que se operan en la P.M., en términos de los intereses médicos en primera instancia. Esto no se contrapone sin embargo con la preocupación a nivel mas colectivo, ya que el S.N.S. no solo les es motivo de orgullo como resolución en alto grado de los problemas de salud de Chile, sino además su existencia era fundamental para su desarrollo al interior de la práctica liberal.

Todos estos factores debe ser barajados pues, en el tratamiento de las posturas médicas frente a la zigzagueante política que ha mantenido el gobierno militar respecto a la salud, y que para 1979, a seis años del Golpe y tras múltiples intentos, aparece como cada vez más evidente que la fórmula concebida por ...

parte de las autoridades de Gobierno, se inscriben en un proyecto según el cual debe superarse el esquema 'paternalista' de la atención médica; es decir el que tenía por objetivo "velar por la salud de todos los chilenos" (63) y dar paso a un nuevo papel del Estado en salud, garantizando exclusivamente la cobertura a aquellos sectores de 'escasos recursos económicos'.

4.3. Trataremos a continuación de esbozar las principales líneas advertidas tanto en el comportamiento del Colegio Médico, como en sus fundamentales discrepancias con las propuestas y actitud de las autoridades respecto al sector y a ellos mismos. Ello, visto en los seis últimos años, de acuerdo a las nuevas condiciones derivadas del proceso político y en particular de las políticas estatales orientadas a moldear y definir la nueva estrategia del sector salud.

Las distintas directivas del Colegio Médico a partir del Golpe han presentado diferentes actitudes respecto de los puntos que nos interesan resaltar. Así la primera de ellas podría ser caracterizada -muy congruentemente por lo demás- como de total sometimiento a los planteamientos del nuevo Gobierno, y altamente comprometida con la nueva gestión. Esto hace que su actitud frente a los emergentes intentos de privatización de los servicios de salud cuenten con su total aprobación, además de su absoluta colaboración en todos los planos. Prueba de ello es la conducta política asumida para con no pocos de sus colegiados, ante las duras condiciones que asume la represión. Muestra elocuente la constituye la negativa de un grupo de médicos a recibir en 1978 por parte del Colegio las tradicionales medallas de Conmemoración de sus 50 años de profesión, en respuesta a la actitud del gremio en los difíciles momentos después del Golpe (64). Por otro lado, existen múltiples denuncias respecto a la participación de médicos en las torturas a presos políticos (65).

Sin embargo, a la luz de la cada vez mayor definición del proceso impulsado por los militares, el deterioro en las condiciones de existencia de la población empiezan a manifestarse, y dentro de ellas también la de los médicos. Además, el mismo proceso iniciado al interior de la Práctica Médica contiene elementos atentatorios a sus intereses. Se inicia así la separación y enfrentamiento procesual entre el Colegio y las autoridades. Enfrentamiento, sin embargo, con rasgos distintos a los que habían practicado con anterioridad al Golpe.

A diferencia de las formas de presión utilizadas contra el Gobierno Popular, con toda la soberbia de un sector que se sabía poderoso, se transforman hoy en educadas peticiones y absolutamente enmarcadas dentro del campo de la salud. Paradojicamente acusaban al gobierno de Allende de ser poco democrático. Pero hoy, los mecanismos que utilizaban contra la "antidemocracia" no solo se dejan a un lado, sino el Colegio tiene capacidad de esperar 'pacientemente' respuestas a sus peticiones que no llegan después de años (66). Otro ejemplo que indica la pérdida de la soberbia médica, que no es otra cosa que el debilitamiento ostensible de su poder en las nuevas condiciones, es que la reestructuración del sector salud en 1979 es promulgado sin que el Colegio haya conocido su texto in extenso (67). Fenómeno inusual en la historia médica del país.

A partir de las directivas posteriores del Colegio, se empieza a visualizar con mas claridad la oposición médica. La directiva que dirige el Dr. Medina, podría ser caracterizada como defensora de la tradición médica chilena, tanto desde el punto de vista del gremio y sus intereses, como de las repercusiones que los cambios podrían tener en el deterioro de las condiciones de salud de la población chilena. Ello pasaba por el planteamiento de la necesidad de mantención del S.N.S. mientras no se encontrara otra alternativa mejor a ella y que respetara los aspectos socializados de la medicina obtenidos por la experiencia chilena.

Posteriormente esta Institución y ante la inminencia de los cambios en el sector, pasa a ser en los hechos un grupo combativo y en oposición frente a las alternativas que despliega el Gobierno, catalogándolas como la instauración del Sistema Unico de Salud que -aunque con otra modalidad- tanto 'malestar' causara durante el período de la Unidad Popular y que habría justificado la actuación del gremio en ese momento. Así caracterizan los cambios al interior de la Práctica Médica, es decir como un proceso estatizante (67). Sin embargo, si bien ello de alguna manera ese da, es solo en términos de la capacidad de control y transformación sobre las estructuras de salud, pero con una intención que difiere notablemente de esto. Se trata como lo hemos apuntado reiteradamente de una concentración del poder en el sector, que permita hacerlo converger hacia la privatización, abandonando tendencialmente el Estado su papel. En un esfuerzo por entender el significado de esta interpretación en la lógica de los médicos, se advierte que por sobre todo, ella involucra la pérdida del control en aspectos en los cuales antes tenían plena capacidad de dirección y que actualmente han sido copados por el Estado; específicamente, apunta a los cambios que se han producido a nivel del SERMENA cuyo desarrollo anteriormente era controlada por este gremio.

Otro de los elementos que se manifiesta en conflicto entre las autoridades y el Colegio, tiene relación con la pérdida cada vez mayor sobre el control que como gremio, ejercía sobre los médicos. Existen una serie de aspectos que han sido ciertamente modificados en este sentido y los cuales tienden fundamentalmente -como bien lo apunta el Colegio- a restar y disminuir su capacidad de dirección. Entre estas nuevas medidas, y por lo demás en estrecha funcionalidad a los nuevos cambios, se encuentra el Decreto sobre Colegios Profesionales, el cual establece que deja de ser obligatoriedad la inscripción en el Colegio respectivo para poder ejercer la profesión. Duro golpe ya que de esa manera se posibilitaba no solo el financiamiento de estas entidades, sino además se controlaba el ejercicio profesional, tanto ética, técnica como

científicamente, pero sobre todo, políticamente.

También es punto de gran resentimiento y ello en función del papel tradicionalmente desarrollado por este gremio, la discusión y aprobación de las transformaciones del sector salud, 'en el secreto de cuatro paredes (...) El secreto, sigilo, y a veces oscuridad de procedimientos, que ha caracterizado esta reestructuración, son lamentables y frustrantes para dirigentes y miembros de nuestro Gremio' (68).

En definitiva, el Colegio se opone a las intenciones del Gobierno fundamentalmente porque debilita sus posibilidades de existencia no solo en tanto gremio, sino al mismo tiempo como profesionales. Ello, dado que la nueva política afecta duramente sus posibilidades de mantener su ejercicio liberal ante la emergencia de nuevas alternativas, donde pasarán a ocupar el papel de contratados por empresas de salud, perdiendo su tradicional papel de gestores y beneficiarios directos de las acciones de salud.

La desarticulación del S.N.S. supone a su vez un deterioro importante del desarrollo técnico-científico de los médicos, una restricción del campo de trabajo, etc. En esa medida su defensa es fundamental, aunque ello se haga a través de un discurso social que si bien, también es una justa preocupación, se presenta como el elemento fundamental las mas de las veces, escondiendo el raciocinio interno de fondo del gremio.

La acción estatal y con ello el desplazamiento gradual hacia el plano de los intereses financieros, ha generado en importantes sectores de la población un deterioro ostensible en cada uno de los ámbitos del que hacer social del país.

El Colegio Médico ante tal situación y a partir de las transformaciones cualitativas de que ha sido objeto su habitat profesional, se ha erigido como un componente fundamental -dentro de los parámetros que hoy es posible concebir en Chile- de denuncia de la situación de salud. Esta posición, producto de la situación socio-política y económica chilena, los ubica hoy en los hechos al interior de un creciente contingente que busca reabrir los cauces democráticos en el país.

## 5.- NOTAS

- (1) En torno al debate sobre el problema mencionado, podemos señalar, por lo menos, los siguientes trabajos: Borón, A., El Fascismo como Categoría Histórica, en torno al problema de las dictaduras en América Latina, en Rev. Mexicana de Sociología, Abril-Junio, 1977; Cueva, A., La Cuestión del Fascismo, en Rev. Mexicana de Sociología, Abril-Junio, 1977. De este último, véase también La política económica del Fascismo, y Elementos y niveles de conceptualización del Fascismo, ambos trabajos en Teoría Social y Procesos Políticos en América Latina, Edicol, México, Noviembre de 1979.
- (2) Cueva, A., Teoría Social y Procesos Políticos en América Latina, Edicol.
- (3) Fazio, H., El "Plan Kelly" y la inestabilidad de la economía chilena, en Rev. Comercio Exterior, Vol. 28, No. 9, México, Septiembre de 1978, p. 1077.
- (4) Citado en Bitar, S., Libertad Económica y Dictadura Política. La Junta Militar Chilena 1973-1978, en Rev. Comercio Exterior, Vol. 29, No. 10, México, Octubre de 1977, p. 1072.
- (5) Ibid. p. 1077. Al respecto véase también la acuciosa investigación de Fernando Dahse, El Mana de la Extrema Riqueza. Los grupos económicos y el proceso de concentración de capitales, Editorial Aconcagua, Santiago, Chile, Diciembre de 1979.
- (6) Cf. Fazio, H., op. cit., p. 1081.
- (7) Bitar, S., op. cit., p. 1074.
- (8) Ibid. p. 1075.
- (9) Véase, Bravo, Leonardo, Sistema Nacional de Salud. Publicación científica O.P.S., No. 234. También, Formulación de Políticas de Salud, ILPES, Santiago de Chile, mimeo, 1972.



- (10) Fragmento de una declaración oficial transcrita por Jaime Ruiz-Tagle, La Nueva Política de Salud. ¿Sólo un conflicto gremial?, en Rev. Mensaje, No. 260, Santiago de Chile, Julio de 1979, p. 357.
- (11) Políticas de Salud, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 1977, p. 13.
- (12) Ibid.
- (13) Ibid., p. 14.
- (14) Cf. Informe Preliminar sobre Política de Salud en Chile, Vicaría de la Solidaridad, Santiago, Agosto de 1979, p.6.
- (15) Declaraciones del Cor. Alberto Sneider, Ministro de Salud, en El Mercurio, Santiago de Chile, 1973.
- (16) Revista 'Que Pasa', No. 169, Santiago de Chile, 1974.
- (17) Véase, Informe Preliminar sobre Política de Salud en Chile, op. cit., p. 5.
- (18) Revista Mensaje, No. 233, Santiago, Octubre de 1974.
- (19) Revista Mensaje, No. , Santiago, , p. 274.
- (20) Cf., Revista Ercilla, Santiago, 14 de Julio de 1976, p. 13.
- (21) Si bien no contamos con un estudio al respecto, esta tendencia se insinúa indirectamente en trabajos que analizan los procesos actuales de salud en Chile, y en relación a los distintos datos que entrega el Gobierno. Ejemplos lo constituyen los documentos elaborados por la Comisión organizadora de la Convención de Capítulos Médicos de Santiago, Agosto, 1979, especialmente en la página 21 y 22. También hace relación a este hecho el artículo de José Carlos Escudero, Sobre mentiras y estadísticas de salud en América Latina, en prensa para la publicación de la Revista Salud y Sociedad, Nueva Imagen, México.

- (22) Sabemos que existen algunos trabajos del interior que sostienen esta idea; no obstante, no hemos podido obtener el acceso a ellos.
- (23) Parte de la cita cuya referencia se entregó en la nota número 19.
- (24) Al respecto consúltese, entre otros, Fernández Flores, Eduardo, Análisis del funcionamiento de los comedores infantiles y del estado nutricional en los niños controlados por los equipos de salud de la Vicaría de la Solidaridad. 1977; Atalah, Eduardo, Encuesta Nutricional Área Norte Santiago; González, Nicolás, Rol de los programas de alimentación complementaria y su impacto en la salud del país. Todos estos fueron presentados en el Seminario "Nutrición y Salud" en el Círculo de Salud de la Academia de Humanismo Cristiano, Santiago, 26 de Agosto de 1978. Sobre los mismo véase, Peter Hakim and Giorgio Solimano, Nutrición and National Development. Establishing the connection, Food Policy, May 1976, pp. 249-259.
- (25) Revista Ercilla, 14 de Julio de 1976, p.21.
- (26) Declaración de un personero de Gobierno, en Rev. Ercilla, Santiago, 14 de Julio de 1976, p. 18.
- (27) Ibid.
- (28) Ibid.
- (29) Ibid.
- (30) Revista 'Qué Pasa', No. 249, Santiago, 29 de Enero de 1976 p. 31.
- (31) Ibid., p. 32.
- (32) Ibid., p. 33.
- (33) Para este momento se inicia "extinción" de la Dirección General del S.N.S. La reestructuración en Salud, República de Chile, Ministerio de Salud, Febrero de 1979.

- (34) Cf. Ochoa, F., *La Salud Pública en Chile. Análisis de su evolución en el período 1958-1976*. Universidad de Chile, Santiago, 1978.
- (35) Chile: situación de salud. Ministerio de Salud. Chile, 1979, pp. 34-35.
- (36) Eso dejan entrever no pocas declaraciones oficiales, por ejemplo, en el Informe del Gobierno de Chile a la VII Conferencia Sanitaria Panamericana, p. 30.
- (37) Refiérese esta excepción a los años de la Unidad Popular que habitualmente son tratados como si no hubieran existido, y a 1974 por tratar de no discriminar y ser justos.
- (38) Chile: Situación de salud, op. cit., p. 37.
- (39) Ibid., p. 32.
- (40) Gnecco, G., *Política de Salud y Recursos*, trabajo presentado en el Círculo de Salud de la Academia de Humanismo Cristiano, p. 1.
- (41) Goic, A., *Visión Crítica del Servicio Nacional de Salud*, en Rev. Mensaje, No. 273, Octubre de 1978, Santiago, p. 629.
- (42) Ibid., p. 627.
- (43) Cf. Convención de Capítulos Médicos, Asociación de Capítulos, Consejo Regional Santiago, Colegio Médico de Chile. Documentos preparatorios, Santiago, Agosto, 1979, p. 35.
- (44) Del Documento entregado en la "Conferencia de Prensa de Promoción de Médicos Egresados, 1978", mimeo, Santiago de Chile, p. 1.
- (45) Véase, Rodríguez, J. L., *La Salud antes y después del Golpe*, Doc. No. 56, La Habana.
- (46) Cf. Goic, A., op. cit., p. 627.
- (47) Chile:... op. cit., p. 30.
- (48) Goic, A., op. cit.

- (49) Chile:... op. cit. p. 40.
- (50) Ibid., p. 57.
- (51) Cf. Gnecco, G., op. cit. p. 10.
- (52) Se refiere a los años calificados como de excepción, por los altos niveles alcanzados, tanto en cuanto a aporte fiscal como a gasto del S.N.S.
- (53) Chile:... op. cit. p. 35.
- (54) Rev. Ercilla, Santiago de Chile, 14 de Julio de 1976, p.22.
- (55) Nivel de Vida: Salud, Nutrición, Población. El caso de Chile. República de Chile, Ministerio de Salud. COMPA, p. 15.
- (56) Chile:..... op. cit. p. 62.
- (57) Rev. Ercilla, op. cit. p. 21.
- (58) Ibid.
- (59) Jiménez de la Jara, J., Salud: orientaciones y realidades en los últimos tres años, en Rev. Mensaje, No. 254, Santiago de Chile, 1976, p. 574.
- (60) La reestructuración en Salud, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 1979, Prólogo.
- (61) Belmar, R. y Sidel, V., mimeo.
- (62) Ibid. p. 12.
- (63) "Polémica en Salud", en Revista Hoy, Santiago de Chile, Mayo de 1979, p. 13.
- (64) Cf. Revista Hoy, Diciembre de 1978, p. 21.
- (65) "Muchos Médicos Participan en las Sesiones de Torturas en Chile, Uruguay y Grecia, Dice Amnistía Internacional", cable de AP precedente de Copenhagen, 2 de Mayo de 1977, Excelsior, México, 3 de Mayo de 1977.

- (66) Cf. Declaración Oficial del Colegio Médico aparecida en La Tercera de la Hora, Santiago de Chile, 2 de Abril de 1978.
- (67) Las últimas declaraciones del Colegio Médico indican esta afirmación: "No debe descartarse el hecho de que la fusión SNS-SEPREMA, junto al traspaso de los fondos de Medicina Curativa (FAM) del segundo al Fondo Nacional de Salud, conduzca a la estatización total del sector. De no aclararse este punto, y teniendo presente el manejo político económico que se ha realizado, puede temerse un Servicio Unico de Salud con todos sus inconvenientes". Convención de Capítulos Médicos, Colegio Médico de Chile, Santiago, Agosto de 1979, p. 32.
- (68) Ibid., p. 18.

## CAPITULO IV.- MOMENTOS DE CONCRECIÓN DEL NUEVO MODELO. PERSPECTIVAS.

## 1.- INTRODUCCIÓN.

Los procesos de transformación de la Práctica Médica que se han llevado a cabo en el país, tienden a ser confirmados con la fuerza de la legalidad. 1979 podría decirse es el momento en el que ya se encuentra articulado coherentemente el proyecto de salud del régimen. En todo caso, tal como apuntan los acontecimientos, pareciera que de ninguna manera es la cristalización definitiva de este, sino el momento de la desarticulación de lo estatal hacia lo privado, que dará paso posteriormente a un proceso de profundas consecuencias al desarrollo de la Práctica Médica del país.

El ambiente en el que se formula el Decreto Ley 2763, que "Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud; el Fondo Nacional de Salud; el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud" (1), en Santiago el 11 de Julio de 1979, supone un importante grado de ebullición social, al menos en los sectores directamente relacionados a este ámbito por la profundidad de las transformaciones que habilita dicha medida.

Así, se realizan una serie de eventos tanto a nivel del Colegio Médico en reuniones especiales para analizar el desarrollo de los últimos acontecimientos, como a nivel de otros organismos de tipo universitarios, donde incluso se tuvo la presencia de personalidades internacionales para su discusión. Igualmente, la polémica alcanzaba a los distintos servicios del S.N.S., donde ya se empezaba a hacer sentir la zozobra ante lo que traía la -aunque no nueva- ya decretada resolución. No obstante estas discusiones no alcanzan el impacto necesario para variar el proceso.

## 2.- Características de la nueva reestructuración.

De esta manera, la desaparición del S.N.S. es inminente. Se da paso

a la tan mentada regionalización, pero ella implica la desarticulación de las formas de práctica médica fundamentales en el país. En los hechos, se estructuran 27 Servicios de Salud con personalidad jurídica y patrimonio propio, que pertenecían al S.N.S. y al SERMENA y cuya función consiste en llevar a cabo los objetivos que plantea la política de salud elaborada ya, a nivel del Ministerio de Salud. El financiamiento se reorganiza a nivel de un Fondo Nacional de Salud, dependiente del Ministerio, que concentra los fondos que percibían habitualmente estos dos servicios de salud encargándose de su administración y distribución, a través de un sistema de pago por actos médicos realizados a nivel de los distintos Servicios, aunque el fondo parezca estatal su carácter se enmarca dentro de la dinámica propia del capital financiero, en la medida que su reactivación dependerá del juego que se establezca entre las entidades privadas del sistema, y él.

Esta forma orgánica es la que da en conjunto la existencia a un Sistema Nacional de Servicios de Salud. (S.N.S.S.)

3.- La penetración de lo privado en lo público. En estas condiciones de reestructuración del sector, se da paso a la posibilidad de penetración de lo privado en lo público. Anteriormente se estipulaba por ejemplo que las entidades privadas no tenían derecho a percibir fondos estatales. De alguna manera esto explica los cambios últimos que ha introducido la nueva ley en relación al planteamiento anterior, donde se habían definido claramente un Sistema y un extrasistema. Los inconvenientes que ello planteaba eran fundamentalmente la imposibilidad de hacer accesible al interés privado, lo público, al menos en lo que ha financiamiento se refería. Aspecto fundamental, por cuanto su no solución impedía a los capitales privados tomar en sus manos la atención médica. Las nuevas estipulaciones de la Ley en cambio, dejan de hablar del extrasistema para mantener solamente la denominación de Sistema y de un sector privado.

De ahora en adelante -así se justifica en el discurso oficial- todo aquello que cumpla los objetivos que define el Ministerio, se contemplan

dentro del Sistema, con lo cual -y he aquí el verdadero objetivo- se abre paso al acceso de una parte de la estructura estatal bajo el directa jurisdicción del interés privado. Paso de enorme importancia en la cristalización de la nueva tendencia, avalado por las disposiciones decretadas. Así se estipulará que el Director de cada Servicio, en el marco del Sistema, está facultado por encargo expreso del Presidente de la República para "ejecutar y celebrar en conformidad al reglamento toda clase de actos y contratos sobre bienes muebles e inmuebles y sobre cosas corporales o incorporales, incluso aquello que permitan enajenar y transferir el dominio pero en este caso sólo a título oneroso, y transigir respecto de derechos, acciones y obligaciones, sean contractuales o extracontractuales" (2).

En esa medida, se prevé que aquellas áreas del Sistema a nivel regional que constituyen la posibilidad de ser rentables, pasarán a manos privadas, en tanto que aquellas que no lo sean, permanecerán en manos del Estado. Probablemente la atención primaria -que por lo demás ha sufrido un proceso de rearticulación como hemos visto y que tiende a su desarrollo como medicina muy simplificada- siga manteniéndose a nivel de la gestión estatal. A nadie le interesa un sector de la población que no es capaz de aspirar a una mejor calidad de la atención médica, por carecer de los medios que involucra su adquisición.

Esto es el primer momento hacia el traspaso de lo público a lo privado, que significa la entrega de no solamente una parte del financiamiento del Estado a apoyar la actividad privada, sino además el traspaso de los bienes materiales del S.N.S y SERMENA a los mismos.

De esa manera organizada la salud, los chilenos se supone tendrían plena libertad a acceder al tipo de atención que deseen, supuesto falso que ha sido el argumento central para rearticular 'lo médico' a la esfera del libre mercado.



#### 4.- La monopolización de la atención médica.

Ahora este proceso inicial a partir de la formulación de la Ley al que hemos definido como un primer momento, en los hechos constituye la condición para que el desarrollo del proceso converja hacia su segundo momento. Esto será lo que se prefigura como la tendencia hacia la monopolización privada de la atención médica en Chile.

El intento de que la atención médica se rija por las leyes del libre mercado, significa que con posterioridad a la formación de pequeñas empresas de salud, la competitividad habrá de traducirse en un fortalecimiento de aquellas que son capaces de ofrecer sus servicios a un mas bajo costo.

Ante la emergencia en Chile en los últimos años de no pocos intentos de creación de seguros médicos o de las experiencias que indican un aumento del interés de los capitales en la incursión en este ámbito, -y siguiendo las modalidades que ha asumido el gran capital en el país- puede esperarse sin ninguna sorpresa que en los hechos se produzca un traspaso de la atención médica hacia los mismos grandes capitales que controlan la actividad económica nacional. De esa manera las intenciones iniciales habrán podido, por fin, converger a su plasmación definitiva. Es decir, volver a nuclear lo recién dispersado de naturaleza estatal, pero esta vez bajo el interés del gran capital.

#### 5.- Apariencia y contenido de la Práctica Médica en sus nuevas tendencias:

Cuáles son las implicancias que se pueden derivar de las nuevas condiciones?. Indudablemente estas son múltiples y en conjunto creemos que rompen y se separan definitivamente de la apariencia y de la esencia que constituía la forma de Práctica Médica anterior.

Actualmente podría decirse, aunque aún es precoz en manifestaciones que puedan corroborar estos hechos, que la Práctica Médica en Chile podría caracterizarse como la mantención de las formas estatales y las privadas, pero a partir de un reordenamiento cualitativamente opuesto al anterior.

La práctica estatal deja de ser definitivamente la fundamental al interior de ellas. Por el contrario estas se mantienen desplazadas de poder influir en el desarrollo de este fenómeno a nivel nacional. Incluso su permanencia como atención primaria, por su escasa calidad y por la gran restricción de que es objeto, formará, una vez afianzado el proceso, una medicina otorgada en condiciones de gran simplificación, con personal por lo tanto de baja calificación técnica, desarticulado a nivel nacional.

Sin embargo, aquellas que emergen de las formas estatales vigentes hasta ese momento y que pasan a integrar el Sistema, quedan a cargo probablemente de la atención secundaria y terciaria, habiendo obtenido la infraestructura requerida a precios módicos y en los cuales se procede a realizar una serie de transformaciones que hagan mas atractiva su elección. Esto corrobora un elemento esencial de la tendencia; el capital no fija su atención sino en aquellas instancias en las cuales se asegura máximo beneficio. La medicina chilena ha caído definitivamente al terreno de la especulación del capital.

Hablamos en rigor de la penetración de las formas privadas. De esta manera ante una evidente restricción del sector estatal, se verifica un gran despliegue de estas formas. De ellas, las mas importantes en esta etapa las constituyen aquellas formas de medicina de grupo, las cuales pueden tomar el carácter de empresas de salud con contratación de personal médico o aquellas que son formadas por un grupo de profesionales de la salud. Indiscutiblemente, las primeras de estas suponen una mayor posibilidad, dado que son capitales que se integran a lo médico desde otras esferas, como son el mercado de capitales.

La medicina liberal en las nuevas condiciones pierde vigencia, ya que sus altos costos le hacen imposible su subsistencia en las condiciones de competencia actuales. En esa medida, la clientela migrará hacia aquellas formas que, a partir de seguros o a través de su adscripción al SERMENA como imponente, cuestión estipulada en la nueva ley, le permitan la satisfac

ción de las necesidades de salud en forma mas 'barata', lo cual no quiere decir -con rigor- que en sí, sea mas barata.

#### 6.- Algunas consecuencias de la rearticulación de la Práctica Médica.

a) Merece la pena detenerse en las implicancias del modelo en relación a la satisfacción de los requerimientos de atención médica por parte de la población.

Hemos visto en el transcurso del trabajo que uno de los supuestos básicos a partir de los cuales se procede a la reestructuración del sector, vale decir a la creación de los Servicios de Salud, es posibilitar 'el efectivo acceso de la población a las acciones' (3).

Curiosa preocupación, cuando a su discusión se ha marginado absolutamente la misma y posiblemente su consulta hubiera manifestado una negativa absoluta a los nuevos lineamientos. En efecto, la política de salud solo podía ser planteada en este marco de exclusión de las opiniones del conjunto.

De manera pues, que lo que constituye el centro de la supuesta preocupación del gobierno, la población, en los hechos es el objeto de la formulación de intereses totalmente opuestos a sus propias necesidades. En el marco histórico en el que se debate la población a partir de 1973, la formulación de esta política va en contra de sus mas elementales necesidades. Fuera de hacer los cambios a su nombre, la población no es considerada mas que a través de ser el centro del cual emergerán condiciones de pago a la atención médica. Es ese pues el objetivo único en que se la toma en cuenta. Es decir en tanto pueda expresar la compra de un servicio que en rigor es concebido como mercancía.

Pero cabe preguntarse, es posible que una población tan deprimida en términos de su poder adquisitivo sea capaz de costear su atención médi

ca? En líneas generales es obvio que no, aunque ello debe ser visto en relación a su pertenencia de clase.

En virtud de las transformaciones implantadas, se supone que estas permiten una real elección del lugar donde se quiere ser atendido. En los hechos, se produce la posibilidad de que los imponentes del Servicio Seguro Social, los cuales por derecho se acogían a la atención en el S.N.S., hoy puedan también acceder a una atención 'superior' (que otro móvil podría impulsarlos a preferir esta forma sino algún elemento que haga a una supuesta mejor calidad) como la del SERMENA, si cuentan con lo necesario para pagar la diferencia que esta 'mejor calidad' supone. A su vez, los usuarios del SERMENA, podrían también combinar su atención en los recintos del S.N.S., aunque pagando su atención.

A nuestro juicio, creemos que se trata de elitizar cada vez mas la atención en términos de la capacidad adquisitiva de la población, en que a medida que aumente este poder, es posible tener derecho a una atención que, alejándose de las que se mantienen como formas estatales, permitan una satisfacción realmente de mejor calidad, mas humana, etc. Sin embargo este supuesto indica la idea de que la población es capaz de aumentar su gasto en salud. Pensamos que por el contrario, esto -por las condiciones socio-económicas actuales- está lejos de ocurrir. Así se estima que "la atención mínima requerida por una familia promedio chilena, constituida por dos adultos y tres niños, tendría un costo anual aproximadamente de 433 dólares. Como el sueldo actual de un trabajador calificado es de aproximadamente de (...) 1.200 dólares al año, el gasto en salud le significaría prácticamente un tercio de sus ingresos" (4). En esa medida, los que tradicionalmente tenían acceso a las atenciones del S.N.S. seguirán a su amparo, mientras que probablemente los sectores empleados también se orienten en alguna medida hacia esta forma. Sin embargo existe algo no totalmente clarificado. La atención a la que concurrirán, tendencialmente no será ya la del S.N.S., sino aquella forma a través de la cual para este

momento se expresa lo estatal. Se trata esta vez de una medicina que, por las transformaciones que se verificaron en el S.N.S., previa a su extinción, de muy bajo nivel y lejos de asemejarse a la que tradicionalmente otorgaba este servicio, ahora conformando los llamados 'sistemas de salud'.

De esta manera, a través de todo un artificioso juego de explicitación y cambio de estructuras, el Estado mantiene su preocupación, pero a través de un reducido costo.

También puede pensarse en la situación actual de Chile y de reestructuración de las clases y fracciones, en un aumento en rigor de quienes pueden ser considerados en situación de indigencia. También estos deben ser atendidos por las estructuras estatales.

Sin embargo, el objetivo está destinado a aquellos sectores que habiendo mantenido fundamentalmente su inserción al trabajo, pueden contribuir al pago de sus atenciones y que a través de cualquier esfuerzo puedan aspirar a una mejor atención. Para ellos toda clase de apoyos se prestan y la medicina entra -como en las mejores capitales del mundo a la esfera de los Seguros y de las financieras, que a cómodos pero altísimos intereses, proporcionan una ayuda para llevar a cabo la aspiración de una atención más expedita y tal vez de mejor calidad a la que se otorga a través del Estado. Aún así, se margina de esa atención a no pocos grupos a través de una serie de subterfugios. "Se cobra por la atención e incluso a beneficiarios, se exige excesivamente probatorios de su calidad de beneficiarios, el horario de atención es inadecuado, etc." (5).

b) Otro aspecto interesante de analizar, es la situación del personal de salud y sus perspectivas en relación a este Decreto Ley de Reestructuración de los Servicios de Salud.

El proceso de desarticulación del S.N.S. fundamentalmente, así como también el que se lleva a cabo en el SERMENA ante la reorganización al in-

terior de los Servicios de Salud regionales, supone un importante movimiento de su personal. En lo fundamental, ello consiste en una adecuación del mismo a las nuevas estructuras, cuya característica podría sintetizarse en un importante proceso de despedidos ante su no encasillamiento en las nuevas estructuras de salud. El criterio que se trasluce en la selección, parece apuntar los siguientes elementos.

En virtud a la forma en que se ha estado manejando la contratación de personal a partir de 1973 en la administración pública, y que ha significado criterios de confianza mas que idoneidad (como lo prueba la anulación de los tradicionales concursos para optar a los cargos), puede esperarse que persista esta norma para la selección de quienes se mantendrán en los servicios y quienes deban salir. De ahí que no es raro pensar que se trata de una nueva fase de 'depuración' que practica el Estado, para garantizar que la entrega de los servicios al área privada se efectuará en condiciones tales, que permitan disminuir los riesgos políticos.

Por otro lado, se estipulan claramente en las orientaciones en materias previsionales para el personal bajo la Ley 15.076 (Médicos cirujanos, químicos y cirujanos dentistas) aunque las mismas en la mayoría de los casos se extiende también al resto del personal, de la situación que les corresponde a quienes no sean encasillados en los nuevos servicios de salud o no deseen continuar dando sus servicios. Por la extensión que alcanza el tratamiento del punto jubilaciones, pareciera que la tendencia es a facilitar la salida de los funcionarios mas viejos, los cuales además después de 20 o 30 años de servicio, no son capaces de resistir el conjunto de transformaciones que se producen en la actualidad. De esa manera se tenderá posiblemente a aumentar el contingente joven, cuya preferencia se determina además de otros factores por la posibilidad de deprimir los salarios, situación que es aceptada ante la falta de cualquier otra alternativa (6). Dentro de ella se estipula cierta protección al personal de planta, en tanto aquel que prestaba su servicio en condiciones de 'contrato' o a 'honorarios' no tienen derecho a acogerse a ningún beneficio. Sim

plemente quedan despedidos, sin derecho ni a desahucio ni indemnización especial, y con escasa posibilidad de integrarse en un período mas o menos cercano al trabajo.

Todo ello se explicita en las normas complementarias al proceso de encasillamiento, que indica que "los encasillamientos en las nuevas plantas de esos servicios y las designaciones en cargos a contrato podrán efectuarse en forma discrecional. Le Ley no obliga a ceñirse a un orden específico de antigüedad o de mérito en el traspaso de los actuales funcionarios del Ministerio, Servicio Nacional de Salud y Servicio Médico Nacional de Empleados, a las nuevas entidades creadas por el mencionado cuerpo legal; ni que exista obligación de incorporar a la totalidad de los actuales servidores en las futuras plantas, ni asignarlos a los cupos de contratos ni que los empleados que sean encasillados o contratados tengan recurso de reclamación por la ubicación que eventualmente pueda corresponderles".(7). Se trata, como se puede ver en el propio reglamento, de un 'pleno derecho de los trabajadores' que en función a su vez de 'beneficiar' la libre elección del lugar de atención de la población, se constituye en la forma mas antidemocrática en la cual se extiende a este ámbito con sus especificaciones el conjunto de modalidades que ejerce hoy el Código del Trabajo para el conjunto de trabajadores del país.

Por otro lado, se trata de asegurar la ubicación de personal de confianza en los niveles superiores, los cuales no se acogen a estas indicaciones, especificándose para ellos la posibilidad de no cumplir con los requisitos de capacitación (8). A la inversa los cargos de jefatura en caso de que "por razones fundadas se desee excluirlos" (9) quedarán al margen del encasillamiento.

La planta esquemática (esto es la dotación que deben contener los servicios de salud), es la que se ve a continuación:

## Para la "Estructura Escalafonaria" y "Asistencial"

ESCALAFON	DOTACION TOTAL	
	% Planta	% Contrato
Asistentes Sociales	50	50
Auxiliares Paramédicos	70	30
Auxiliares	50	50
Choferes	60	40
Contadores	60	40
Enfermeras	70	30
Educadores de Párvulos	50	50
Estadísticos	50	50
Inspectores	--	100
Kinesiólogos	70	30
Laboratoristas Dentales	--	100
Matronas	70	30
Nutricionistas	60	40
Oficiales Administrativos	50	50
Profesionales Ley 15.076	70	30
Profesionales y Técnicos Universitarios	60	40
Psicólogos	60	40
Técnicos Universitarios	60	40
Tecnólogos Médicos	70	30
Terapeutas Ocupacionales	70	30

Fuente: Comisión Central de reestructuración. República de Chile, Ministerio de Salud 1979.

La dotación de personal para los Servicios de Salud, se estipula, deben contemplar, dependiendo del tipo de personal de que se trate, una relación entre el de 'planta' y el de 'contrato'. El de planta no debe sobrepasar el 70%, de manera que la evolución del proceso que se augura -en virtud de las posibilidades discrecionales de las autoridades- como mas



eficiente en manos privadas, pareciera que se traducirá en la posibilidad de despidos del personal a contrato sin mayores indemnizaciones.

El poder a nivel de los Servicios de Salud al interior de cada Sistema se ejercerá por parte del Director de los Servicios, que entre otras funciones, puede "Designar a los funcionarios, poner término a sus servicios y, en general, ejercer respecto del personal todas las facultades que correspondan a un jefe superior de servicio descentralizado; sin perjuicio de las atribuciones del Presidente de la República, respecto de los funcionarios de su exclusiva confianza (10).

7.- A modo de conclusión, se puede advertir que el conjunto de transformaciones ocurridas en la Práctica Médica chilena, han cambiado su cuadro global. Su otrora carácter estatal manifestado a través del S.N.S., deja definitivamente de tener vigencia para pasar a constituirse en base a la existencia de nuevas prácticas. Mismas que por un lado mantienen su rasgo estatal pero a través de un nuevo carácter de ninguna manera superior al anterior, en tanto otras emergen al amparo de la 'iniciativa privada'. Sin embargo, en virtud del proceso desatado, es posible inferir que tendencialmente mostrará su congruencia final. Efectivamente la Junta chilena ha logrado, como un ámbito más, convertir a la Práctica Médica en función a sus intereses. En tanto representantes de la fracción burguesa monopolista su interés en el sector se funda en objetivos diferentes a los existentes en una sociedad democrático-burguesa; no se trata ya de una preocupación por la fuerza de trabajo, sino por el contrario, del ingreso del gran capital a la esfera de los servicios, para de esa manera aumentar por este -como una vía más-, la concentración del capital. Esta vez, extrayendo los recursos disminuidos ya, de un pueblo, mediante las necesidades vitales de la atención de la salud.

Por ello, y no hay que engañarse, los hechos que provoca actualmente la reestructuración no son ni momentáneos ni casuales. Se trata por el

contrario de un problema estructural, sin resolución al interior de los marcos del poder vigentes.

Nuevos rumbos al sentido actual del desarrollo de la Práctica Médica solo se avizoran en el marco de una sociedad distinta, posible de lograr a través de un masivo movimiento social que contenga la expresión del conjunto y en tanto tal, democrática.

## 8.-NOTAS.

- (1) Decreto Ley No. 2763, Reestructuración Sector Salud, Ministerio de Salud, República de Chile. Para nuestro caso, nos centraremos fundamentalmente en aquellos aspectos que guardan relación con los Servicios de Salud, Ministerio y Fondo Nacional de Salud. Sin embargo la creación de las restantes entidades se funda en los mismos principios que para los tratados.
- (2) IBID., p. 17.
- (3) IBID., p. 1.
- (4) Documento de circulación restringida preparado para una Comisión Internacional. s/f.
- (5) IBID. (El documento menciona los resultados de una investigación realizada por el Departamento de Salud Pública y Medicina Social de la Universidad de Chile en 1977, sobre las experiencias de traspaso de consultorios del S.N.S a una a la Corporación Nacional Privada de Desarrollo Social a partir de 1975 en la Comuna de Maipú).
- (6) Cf. Documento oficial sobre Orientaciones en materias previsionales para personal Ley No.15.076, Ministerio de Salud, Comisión de Encasillamiento, Chile, 1979.
- (7) Normas Complementarias proceso de encasillamiento, Oficio No.1524, Ministerio de Salud, Comisión Central de Reestructuración, inciso 2.2, Santiago de Chile, Septiembre de 1979, p. 4.
- (8) IBID.
- (9) IBID. pp. 18-19.
- (10) Decreto Ley No. 2763, op. cit., p. 16.

## BIBLIOGRAFIA

Ariza, Julián et. al., Cambio Social y Crisis Sanitaria, Editorial Ayuso, Madrid, 1975.

Atria, Raúl, Anotaciones para el análisis de las políticas de población: la relación entre la estructura de poder y la acción pública, en Atria, R. et. al., Estructura Política y Políticas de Población, PISPAL, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, Comisión de Población y Desarrollo, Santiago de Chile, 1977.

Berlinguer, Giovanni, Aloisi, Massimo et. al., Medicina y Sociedad, Editorial Fontanella, Barcelona, 1972.

Basaglia, Franco et. al., La Salud de los Trabajadores. Aportes para una política de la salud, Editorial Nueva Imagen, México, 1978.

Bitar, Sergio, Libertad económica y dictadura política. La Junta Militar chilena, 1973-1978, en Revista Comercio Exterior, Vol. 29, No. 10, México, Octubre de 1979.

Caputo, O. y Briones, A., Hacia una nueva modalidad de acumulación en América Latina, en Rev. de Investigaciones Económicas, No. 2, 1977.

Cueva, Agustín, Teoría Social y Procesos Políticos en América Latina, Edicol, México, 1977.

Cochrane, Archibald L., L'inflation médicale. Réflexions sur l'efficacité de la médecine, Editions Galilée, Paris, 1977.

Castañeda, Digna, Luis Emilio Recabarren, Casa de las Américas, Cuba, 1976.

Dahse, Fernando, Mapa de la Extrema Riquessa, Editorial Aconcagua, Santiago de Chile, 1979.

Dubos, René, El Espejismo de la Salud, F.C.E., México, 1975.

Fazio, Hugo, El "Plan Kelly" y la inestabilidad de la economía chilena, en Rev. Comercio Exterior, Vol. 28, No. 9, México, Septiembre de 1978.

Foucault, Michel, El Nacimiento de la Clínica, Siglo XXI Editores, México, 1979.

Funck-Brentano, Jean Louis, Le Paradoxe du Médecin, Gallimard, France, 1976.

Gaete, Jorge y Castañón, Rolando, El desarrollo de las instituciones de atención médica en Chile durante este siglo, mimeo, Santiago de Chile, s/f.

Galdames, Luis, Estudio de la Historia de Chile, Editorial Nascimento, Santiago de Chile, 1938.

García, Jesús y Paoli, Francisco, El surgimiento de la perspectiva sociológica, Universidad Iberoamericana, México, 1978.

García, Juan César, Medicina y Sociedad, mimeo, UAM-X, s/f.

García, Juan César, La articulación de la medicina y de la educación en la estructura social, mimeo, AUM-X, s/f.

Giménez, Gilberto, Apuntes para una sociología de las ideologías, Universidad Iberoamericana, México, 1978.

Giménez, Gilberto, Cultura Popular y Religión en el Anahuac, Centro de Estudios Ecuménicos, México, 1978.

Godoy, Eduardo, La Planificación de la Salud en la Planificación Global del Desarrollo Chileno, bajo el Gobierno de la Unidad Popular, mimeo, University of Glasgow, Institute of Latin American Studies, Glasgow, 1977.

Goic, Alejandro, Visión Crítica del S.N.S., en Rev. Mensaje, No. 273, Santiago de Chile, 1978.

González Dagnino, Alfonso, El genocidio, en Rev. Araucaria de Chile, No. 1, Madrid, 1978.

Caro, Guy, La medicina impugnada; La práctica social de la medicina en la sociedad capitalista, Barcelona, Editorial Laia, 1972.

Ipinza, Manuel, Fascismo y Desnutrición en Chile, en Rev. Araucaria de Chile, No. 4, Madrid, 1978.

Donnangelo, Cecilia, Saúde y Sociedade, Livraria Duas Cidades,

Sao Paulo, 1976.

Belmar, R. et. al., Evaluation of Chile's Health Care System, 1973-1976: A communique from health workers of Chilean resistance, mimeo, s/f.

Lenin, V. I., Acerca del Estado, Editorial Progreso, Moscú, 19

Lenin, V. I., El Estado y la Revolución, Ediciones en lenguas extranjeras, Edit. del Pueblo, Pekín, 1974.

Livingstone, Mario y Raczyński, Dagmar, Salud Pública y Bienestar Social, CEPILAN, Universidad Católica de Chile, Santiago, 1976.

Laurell, Cristina, Notas para un marco teórico para la investigación en sociología médica, mimeo, UAM-X.

Luporini, Cesare et. al., El Concepto de Formación Económico-Social, Cuadernos de Pasado y Presente, Siglo XXI Editores, México, 1976.

Luz, Madel T., As Instituições Médicas no Brasil. Instituições e Estratégia de Hegemonia, Edições Graal, Brasil, 1979.

Macciocchi, María Antonieta, Gramsci y la Revolución de Occidente, Edit. Siglo XXI, México, 1975.

Marx, C., Introducción General a la Crítica de la Economía Política/1857, Pasado y Presente No. 1, Argentina, 1968.

Medina, Ernesto et. al., Medicina Social en Chile, Ediciones Aconcagua, Santiago de Chile, Diciembre de 1977.

Mercer, Hugo., La Práctica Médica, Rev. Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales, No. 84, UNAM, MEXICO, 1976.

Navarro, Vicente, Clases Sociales, Poder político, el Estado y sus implicaciones en la medicina, mimeo, UAM-X, 1977.

Navarro, Vicente, La Medicina bajo el Capitalismo, Editorial Crítica, Barcelona, 1978.

Ochoa Castillo, Fernando, La salud Pública en Chile. Análisis de su evolución en el período 1958-1976, mimeo, Santiago de Chile, 1978.

Portelli, Hugues, Gramsci y el Bloque Histórico, Siglo XXI Editores, México, 1976.

Ramirez Necochea, Hernán, Historia del Imperialismo en Chile, Editorial Austral, Santiago de Chile, 1960.

Ruiz Troncoso, Jorge, La Seguridad Social y su repercusión en la economía nacional, Editorial Universitaria, S.A., Santiago de Chile, 1958.

Sonntag, Heinz Rudolf y Valecillos, Héctor, El Estado en el Capitalismo Contemporáneo, Siglo XXI, México, 1977.

Timio, Mario, Clases Sociales y Enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial., Editorial Nueva Imagen, México, 1979.



Vasco Uribe, Alberto, Salud, Medicina y Clases Sociales, Editorial La Pulga, Colombia, 1975.

Varela, Andrés et. al., Chile 1973-1977: balance de cuatro años, en Rev. Comercio Exterior, Vol. 27, No. 9, México, 1977.

Witker, Alejandro, Los trabajos y los días de Recabarren, Editorial Nuestro Tiempo, México, 1977.

Zavaleta Mercado, René, El Poder Dual, Siglo XXI, México, 1977.

Zavaleta Mercado, René, Las formaciones aparentes en Marx, en Rev. Historia y Sociedad, No. 18, México, 1978.

A N E X O S .

TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL TARDIA\*

AÑO	1960 - 1976		TASA
1958	31.914		116.1
1959	31.043		115.2
1960	34.003		120.3
1961	31.638		108.9
1962	32.920		108.0
1963	31.044		100.2
1964	31.495		102.9
1965	29.394		95.4
1966	28.909		97.7
1967	26.127		94.3
1968	22.807		83.5
1969	21.156		78.7
1970	20.750		79.3
1971	19.271		70.5
1972	19.752		71.1
1973	18.029		65.2
1974	16.951		63.3
1975	14.217		55.4
1976	13.374		54.7

\* Tasa por cada 1.000 nacidos vivos.

FUENTE: Servicio Nacional de Salud: "Indicadores Biodemográficos: Chile 1960 -1976".

TASAS DE MORTALIDAD NEONATAL E INFANTIL TARDIA\*

<u>AÑO</u>	<u>TASA NEONATAL</u>	<u>TASA INF. TARDIA</u>
1958		
1959		
1960	35.2	85.1
1961	35.7	73.2
1962	33.9	74.1
1963	35.7	64.5
1964	34.0	68.9
1965	33.5	61.9
1966	34.8	62.9
1967	34.3	60.0
1968	31.6	51.9
1969	31.1	47.6
1970	31.3	48.0
1971	28.3	42.2
1972	29.0	42.1
1973	27.0	38.2
1974	25.8	37.5
1975	24.8	30.6
1976	23.9	30.8

\* Tasa por cada 1.000 nacidos vivos.

FUENTE: Servicio Nacional de Salud: "Indicadores Biodemográficos:  
Chile 1960 - 1976".

NATALIDAD EN CHILE

1960 - 1976

<u>AÑO</u>	<u>TOTAL</u>	<u>TASA</u> *	<u>CRECIMIENTO VEGETATIVO</u>
1960	282.681	37.0	2.47
1961	290.412	37.0	2.54
1962	304.930	38.0	2.62
1963	309.908	37.7	2.57
1964	306.050	36.2	2.52
1965	308.014	36.3	2.55
1966	295.761	34.1	2.37
1967	277.009	31.3	2.15
1968	273.296	30.3	2.09
1969	268.807	29.2	2.00
1970	261.609	27.9	1.90
1971	273.518	28.7	2.00
1972	277.891	28.6	1.95
1973	276.650	27.9	1.89
1974	267.977	26.6	1.88
1975	256.543	25.0	1.78
1976	244.598	23.4 **	1.58

\* Por 1.000 habitantes

\*\* Cifra estimada

FUENTE : Servicio Nacional de Salud : "Indicadores Biodemográficos : Chile 1960 - 1976".

MORTALIDAD GENERAL

1960 - 1976

<u>AÑO</u>	<u>TOTAL</u>	<u>TASA</u> *
1958	88.611	12.1
1959	93.292	
1960	93.625	12.3
1961	91.551	11.6
1962	94.569	11.8
1963	98.901	12.0
1964	94.111	11.0
1965	91.491	10.8
1966	90.488	10.4
1967	86.987	9.8
1968	84.560	9.4
1969	84.680	9.2
1970	83.166	8.9
1971	83.240	8.7
1972	88.658	9.1
1973	82.988	8.4
1974	78.284	7.8
1975	74.182	7.2
1976	79.389	7.6

\* Por 1.000 habitantes.

FUENTE : Servicio Nacional de Salud : "Indicadores  
Biodemográficos : Chile 1960 - 1976".

