

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA



**LA PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD EN
CHILE:
DISCURSOS Y ACCIONES EN CUARENTA AÑOS
DE
HISTORIA (1970- 2010).**

Que para obtener el grado de Doctor en Ciencias en Salud Colectiva

PRESENTA
Mtra. Carmen Gloria Muñoz Muñoz

Directora
Dra. Carolina Tetelboin Henrion.

México-Distrito Federal, Septiembre 2012.

A Mariana y René, mis padres.

A mi hermano Luis y a su familia, especialmente a Ignacio y Cristobal, cuya aparición en mi vida coincidió con este largo camino y de quienes espero, algún día comprendan que los frutos de este trabajo son parte de mi legado.

A mi familia mexicana y valdiviana.

A cada uno de los protagonistas de esta historia, de un país que no debe olvidar nunca su pasado para velar por el respeto a sus vivos y a sus muertos.

Indice

| | |
|--|-----------|
| Introducción | 6 |
| <u>I PARTE: El problema de estudio y sus alcances teóricos metodológicos.</u> | 10 |
| Capítulo 1. La participación social en salud como problema de investigación para la salud colectiva. | 11 |
| Capítulo 2. Las formas de organización en torno a la asociatividad y participación en la historia de Chile (1850-1950). | 16 |
| 2.1 Sociedad de la Igualdad. | 18 |
| 2.2 Sociedades de Socorro Mutuo. | 20 |
| 2.3 El tránsito del mutualismo al sindicalismo. | 23 |
| Capítulo 3. La organización de acciones y dispositivos sanitarios estatales ante la demanda social (1939-1970). | 29 |
| 3.1 El impacto de la medicina social en la organización y acción sanitaria. | 29 |
| 3.2 Efectos de la organización política y administrativa de la salud en la expresión de la participación. | 34 |
| 3.3 La movilización social por la igualdad en salud. | 37 |
| Capítulo 4. Una conceptualización de la participación social para su estudio desde la salud colectiva. | 39 |
| 4.1 La participación social desde la evolución histórica del concepto. | 40 |
| 4.2 El concepto de participación social en el ámbito de la salud. | 45 |
| 4.3 El “Estado del Arte” sobre la participación social en salud. | 53 |
| 4.4 Caracterización contemporánea de la participación social en salud. | 59 |
| 4.5 El concepto de participación social en salud necesario para la investigación que se presenta. | 65 |
| Capítulo 5. La comprensión teórica para la participación social en salud. | 67 |
| 5.1 La contraposición entre Marx, Weber y Foucault en el estudio del Estado y poder. | 67 |
| 5.2 Las concepciones neomarxistas sobre el Estado, el poder y hegemonía. | 71 |
| 5.3 Las formas modernas del Estado en el marco del neocapitalismo. | 74 |
| 5.4 La administración del Estado y las instituciones bajo regímenes militares. | 76 |
| 5.5 La Sociedad Civil como alternativa para la transformación social. | 78 |

| | |
|--|----|
| 5.6 Movimientos sociales como una forma de organización de la sociedad civil. | 81 |
| 5.7 El Estado, las instituciones y las políticas sociales en el marco de los procesos socio-políticos. | 85 |

Capítulo 6. Posicionamiento epistemológico y metodológico de la investigación. **88**

| | |
|--|-----|
| 6.1 Descripción de los “ojos con que se mira”: la historia, memoria y salud colectiva. | 88 |
| 6.2 Dimensiones de análisis: sociedad, tiempo y coyuntura. | 94 |
| 6.3 Objetos de análisis: Discursos y acciones. | 97 |
| 6.4 Herramientas: análisis de contenido, político y entrevistas. | 99 |
| 6.5 Estrategia metodológica. | 101 |

II PARTE. La participación social en salud en Chile durante los gobiernos de la Unidad Popular, Dictadura Militar y los de la Concertación de Partidos por la Democracia. **111**

Capítulo 7. La participación social en salud en el período de la Unidad Popular (1970-1973). **112**

| | |
|--|-----|
| 7.1. Análisis cronológico del contexto socio-político. | 112 |
| 7.2 El lugar de la participación en el “proyecto país” a partir del reporte de prensa. | 117 |
| 7.3 La situación de salud desde el discurso de prensa escrita. | 125 |
| 7.4 Consejos locales de salud como expresión coyuntural de participación en salud. | 132 |
| 7.5 El conflicto entre Gobierno v/s Colegio Médico pre-golpe. | 137 |

Capítulo 8. El impacto de la Dictadura Militar en la participación social en salud (1973-1990). **141**

| | |
|--|-----|
| 8.1 Chile en el contexto de la Dictadura: una cronología socio-política. | 142 |
| 8.2 Las consecuencias de la Dictadura en la participación social y su rol en el re-establecimiento de “la democracia”. | 148 |
| 8.3 La política de salud y las condiciones de salud de la población reconstruidas cronológicamente desde el reporte de prensa escrita. | 157 |
| 8.4 La movilización en salud por conflicto de la Universidad de Chile. | 169 |
| 8.5 La demanda de trabajadores y profesionales de la Atención Primaria por la municipalización. | 172 |
| 8.6 Las estrategias ante la detección de los primeros casos de VIH- Sida. | 176 |

| | |
|---|------------|
| Capítulo 9. El comportamiento y alcances de la participación social en salud durante los Gobiernos de la Concertación (1990-2010). | 181 |
| 9.1 El contexto socio-político y económico post-dictadura. | 182 |
| 9.2 La participación social para los gobierno concertacionistas. | 189 |
| 9.3 Los discursos en prensa escrita sobre los problemas de salud. | 198 |
| 9.4 El informe Massad y sus repercusiones. | 207 |
| 9.5 Primera fase de tramitación AUGE. | 210 |
| 9.6 La confrontación por la “píldora del día después”. | 215 |
| | |
| Capítulo 10. Análisis sobre la participación social en salud en Chile. | 221 |
| 10.1 La participación social en salud como eje en el período de gobierno de la Unidad Popular (1970-1973). | 221 |
| 10.2 El fenómeno de la participación social en salud durante los 17 años de dictadura militar (1973-1990). | 225 |
| 10.3 El “re-establecimiento” de la participación social en salud en los últimos veinte años (1990-2010). | 229 |
| | |
| Capítulo 11. | |
| La participación social como fenómeno en las posibilidades del contexto chileno. | 234 |
| | |
| Bibliografía | 240 |
| | |
| Anexo 1. Caracterización de la prensa escrita de Chile para el período 1970-2010. | 254 |
| | |
| Anexo 2. Selección de notas de prensa para los momentos coyunturales de estudio. | 263 |
| | |
| Índice de tablas y esquemas. | 104 |
| Tabla 1. | 104 |
| Tabla 2. | 195 |
| Esquema 1. | |

Introducción.

La creciente expresión de disconformidad en las calles de múltiples partes del mundo y con diversas demandas han puesto sobre la mesa, los micrófonos y las cámaras el análisis y las preguntas sobre el lugar que la sociedad civil ha de ocupar en la definición de los caminos que los gobiernos locales y globales están llevando a cabo y cómo esta se proyecta a futuro.

La clarificación acerca de estas interrogantes pasa por entender que principios como la democracia y el valor del lugar que ciertos sujetos ocupan en instituciones representativas (electas y/o electos por sufragio) no acaba con procesos participativos como el voto en elecciones populares, sino que este constituye tan sólo un eslabón en la amplia esfera de la injerencia ciudadana.

Los procesos democráticos reales son más complejos que “la elección”; requieren de representación plural, en donde una diversidad de organizaciones asociativas por la defensa de derechos de representación específica -no necesariamente gubernamentales- cumplen un rol de vital importancia.

Esto, torna fundamental la capacidad de evidenciar los tipos de mecanismos y actos representativos que la sociedad usa para la representatividad. Requiere, que seamos capaces de distinguir la diversidad para la injerencia en una política de Estado; sea cual sea el tipo de dicha injerencia: acompañamiento, guía, dirección u otra, que designe mayor o menos grado de autonomía de sus protagonistas.

Un análisis de tamaña envergadura no puede por lo tanto, eludir la reflexión sobre la injerencia o el espacio que permite el Estado a formas y mecanismos de representatividad en variados temas de la política pública, ya sea a través de la consulta, la planificación y/o la evaluación de estas; los alcances que tienen los espacios de representatividad otorgados a la sociedad civil y las formas que esta adopta fuera de los estatalmente otorgado; así como las capacidades realmente estimuladas y permitidas por quienes las promueven en el discurso; en fin, una serie de aspectos que pasan por conocer el lugar que ocupa el sujeto o un colectivo dentro de un proceso democrático y por lo tanto,

en la estructura social y que significa la confrontación de fuerzas en una arena política, habitualmente desde lo contra-hegemónico.

Atendiendo a esto, es que consideramos que la participación en un ámbito y en una realidad nacional específica, como en este caso de la salud en Chile, sobrepasa los límites de un fenómeno particular y que esta debe ser entendida como un proceso social dinámico, que permite la interacción entre actores; que significa un ejercicio en que se pone en juego la atribución de poder para la transformación o conservación y que no es posible entender a plenitud sino desde el análisis del contexto que adquiere forma y sitúa los procesos en la historia.

Así, el objetivo de esta investigación es identificar y analizar las características y alcances de la participación social en salud en Chile entre los años 1970 y 2010, usando una periodización de tres momentos, determinada por los distintos gobiernos en los últimos cuarenta años. Este análisis se plantea como una forma de proyectar el futuro a partir de la reconstrucción y análisis del pasado, que indique el lugar de la participación, como cuestión pública, a partir de la discusión y toma de acuerdos en el terreno de la salud.

Para eso, se visibilizan los lineamientos gubernamentales para su promoción y para su prohibición; los roles protagónicos y secundarios en la discusión y la aglutinación de fuerzas que se expresa en discursos y acciones de políticos, empresarios, representante de gobierno, líderes sindicales, gremiales, y organizaciones sociales, que se confrontan para tomar un lugar de poder en la materia, en las condiciones dadas por contextos específicos y aspectos coyunturales de cada uno de los momentos y circunstancias analizadas.

A partir del enfoque teórico socio-histórico, usado por la salud colectiva, presentamos el comportamiento en torno a temas de salud en la discusión pública, que en primer lugar, toma forma de análisis diacrónico, al reconstruir sucesos cronológicamente para interpretar el fenómeno de estudio en su contexto particular.

Esta primera forma de análisis nos permite en una segunda fase, la selección de momentos coyunturales, que expresan concentración de fuerzas en que la participación social adquiere especial relevancia a partir de acciones sindicales, gremiales y de organizaciones sociales ya sea propiciadas por el Estado o no gubernamentales.

Como señalábamos, el estudio se lleva a cabo a partir de una subdivisión de la historia de los últimos cuarenta años, en tres períodos, establecidos de acuerdo a distintos momentos de predominancia política-ideológica que permite un análisis al interior de cada

uno de ellos en torno a la coherencia entre discursos y acciones gubernamentales así como también de aquellas que se dan al margen del aparato estatal.

Describimos y analizamos así en el primero de los períodos (1970-1973), el del gobierno de la Unidad Popular, como la salud se cifra como un tema prioritario de transformación en el país y la participación social en términos amplios, como herramienta para la democratización del poder, que tuvo en la organización poblacional en terrenos pequeños, a los trabajadores como protagonista de las acciones y a un gremio médico dividido que cuestionó y expresó mediante acciones concretas de fuerza la contraposición de ideas.

En el segundo de ellos, y en concordancia con su lógica, durante la dictadura y el autoritarismo (1973-1990), analizamos cómo la participación democrática y la participación social fueron eliminadas y las consecuencias de ello para el área de la salud: donde el derecho a la salud es transado en un mercado dominado por un sistema de servicios de salud privatizado; en la eliminación de la organización y la participación en las acciones de salud y en un distanciamiento de las instituciones con respecto a las prioridades de la población. No obstante también al finalizar este período, ponemos énfasis en el rol que la movilización social juega en el re-establecimiento de la elección por voto en plebiscito; en que aún cuando la organización en torno a salud no tuvo un rol protagónico, se vio fortalecida del proceso de movilización general.

Finalmente, el tercer período de estudio (1990-2010), comprende cuatro gobiernos de la coalición denominada “Concertación de Partidos por la Democracia”, que tras el acuerdo político con las Fuerzas Armadas y la influencia norteamericana para una “salida concertada” estableció la re-apertura de los sistemas democráticos de votación y re-instaló la participación social en el discurso y agenda política. Esta, especialmente en el ámbito de la salud, vio primeramente resurgir con fuerza el sindicalismo / gremialismo y la visibilización de movimientos sociales que se sumaron en los últimos años del período.

El documento que se presenta a continuación está dividido en dos partes; la primera de ellas comprende seis capítulos, que presentan en términos amplios, los elementos necesarios para la construcción del objeto investigación: problematización, una revisión de antecedentes de la participación social en la historia de Chile y de la forma en que este concepto se introduce al ámbito de salud a nivel nacional e internacional.

Los ejes para la construcción del marco teórico (capítulo cinco) se desprenden de

una definición del concepto de participación social en salud, levantado para fines de la investigación y que se presenta al final del capítulo cuatro. Esta definición, incluye diversas formas de entender la relación entre Estado y sociedad, el poder, las instituciones, la sociedad civil y el movimiento social.

Se presenta además, una revisión de los más recientes trabajos publicados sobre la materia, incluyendo libros, capítulos específicos y artículos indexados en revistas científicas del área de la salud en América Latina; para dar cuenta no sólo del “estado del arte” sino también de una caracterización contemporánea del concepto y sus alcances.

El sexto capítulo de la primera parte y cerrando la misma, se desarrolla el abordaje epistemológico y metodológico de la investigación, centrado en la salud colectiva como disciplina de estudio, la historia, la reconstrucción del pasado y la memoria como fuentes para interpretar los acontecimientos en salud acaecido en los cuarenta años analizados y del espacio de la participación social en salud en ella; con una descripción de la estrategia usada para la recolección de información y patrones de análisis, guiados por el análisis de contenido y discurso como herramientas.

La segunda parte del texto comprende cuatro capítulos, en que se exponen los resultados y las conclusiones.

La revisión cronológica y temática de los principales aspectos en torno a los cuales gira la discusión en salud se realizó a partir de la revisión documental y de prensa escrita, que es complementado para el análisis de momentos coyunturales, con entrevistas a actores claves de los mismos.

Finalmente, consideramos que a la luz de las mismas se abre nuevas interrogantes y formas de abordar este tema para nuevas investigaciones.

I PARTE.
**EL PROBLEMA DE ESTUDIO Y SUS ALCANCES TEÓRICOS-
METODOLÓGICOS.**

Los seis capítulos contenidos en esta primera parte, presentan el trabajo previo al desarrollo de trabajo de campo de la investigación, contextualizan históricamente el período de estudio seleccionado en torno al fenómeno de la participación social y sus primeros antecedentes en el ámbito de la salud.

Se argumenta el problema de investigación y los objetivos de la misma, donde se cifra la participación social como una arista relevante para entender los procesos democráticos en salud y a la salud colectiva como una disciplina para la comprensión de los mismos.

Los resultados analíticos de la revisión conceptual, histórica y de la literatura en el ámbito, muestran tal polisemia, que torna pertinente la construcción de una definición que guíe los aspectos teóricos y metodológicos, a partir de los principales hallazgos.

Hacia el final de esta primera parte, se presenta la estrategia metodológica empleada durante el trabajo de campo.

CAPÍTULO 1.

La participación social en salud en Chile como problema de investigación para la salud colectiva.

El análisis de la participación social en salud en Chile, desde la perspectiva de la salud colectiva, requiere de un abordaje que permita mirar y asentar la discusión sobre elementos que van más allá del exclusivo ámbito de la salud, esto no sólo por las características transdisciplinarias de la salud colectiva como disciplina en si misma, sino por la complejidad del objeto de estudio, construido desde epistemias diversas y no precisamente cercanas a la salud como ya hemos revisado.

Desde hace aproximadamente setenta años en la región, el uso de este concepto en las políticas sociales nos induce a diversos propósitos, objetivos y metas esperadas ya sea como una estrategia o como un resultado esperado. Independientemente de la escasa unificación de criterios para referirse a ella, tiende a plantearse como un instrumento, que en mayor o menor medida, potencia la democratización del sistema de salud, puede mejorar la calidad de los servicio y/o el control en la gestión; engloba la determinación de espacios, formas de expresión y prácticas de la misma.

Actualmente, la participación social en salud (en adelante PSS) es argumento frecuentemente encontrado en los discursos oficiales. Con mayor o menor énfasis explícitos es descrito como un elemento del ejercicio democrático, en la medida que permite la expresión de la sociedad. No obstante, la forma que adquiere este ejercicio transita por diversos modos de comprensión del concepto de *participación* a partir del cual devienen sus formas de ejecución y expresión, es decir, las prácticas en terrenos concretos. Por otro lado, sabemos que la sociedad organizada en torno a organizaciones gubernamentales o no gubernamentales, se ha apropiado históricamente de la PS como uno de sus ejes básicos, en respuesta o no a los discursos institucionales, la concibe como estrategia o fin de acciones.

En la experiencia del ejercicio profesional en el área de la salud y en la revisión de las evaluaciones de programas de PSS en la actualidad, no es extraño encontrar resultados

que dicen relación con escasa convocatoria, interpretado muchas veces como mínimo interés de la población por participar en la solución de sus problemas de salud; experiencias que hablan de altas expectativas generadas y escasamente cumplidas; y un índice de adherencia por lo general bajo de parte de la población. Por otro lado, encontramos críticas a la calidad técnica de los planeadores, ejecutores y al soporte institucional, que se pasea entre la sobre protección a organizaciones, líderes sociales y la utilización con fines políticos partidistas, déficit financieros y de infraestructura que no facilitarían el cumplimiento de las propuestas.

Consideramos que el éxito y/o fracaso de las iniciativas de PSS responden a algo más que la determinación estatal y voluntad de la población; tiene que ver con una lógica de encuentros y desencuentros entre discursos y acciones ejecutadas, ideológicamente concebidas por sus actores, principalmente cuando la PSS no escapa a la forma tradicional de relación entre el Estado y la sociedad: el primero define principios y líneas de acción, las plasma en cuerpos normativos jurídicos y políticos, que al incluir leyes y normas técnicas, delinean el funcionamiento y ejecución de estos. Las políticas sociales, de esta manera definen y dan mayor o menor espacio de participación a la comunidad organizada, delimitando acciones y esperando resultados.

En una relación dialéctica, también la sociedad es reconocida como una unidad con la posibilidad de respuesta y acción, que de forma obediente o reaccionaria a lo dispuesto desde el Estado, concibe la organización y ejecución, bajo lógicas e intereses diversos. Se requiere por lo tanto, del análisis de las expresiones e interpretaciones de sectores no gubernamentales, que con objetivos muchas veces distintos a los institucionales, planifica y ejecuta acciones en el terreno de la PSS. La mayor parte de ellas no han sido objeto directo de sistematizaciones ni evaluaciones oficiales, quedando en el anonimato o en la sub-interpretación.

Consideramos que la PSS deviene de una estructura ideológica, que incluye la forma en que el Estado concibe su rol a la sociedad y los mecanismos de vinculación con ésta; estableciendo, desde esta perspectiva, los medios y espacios de expresión, administración y decisión con respecto a los ejes y prioridades de gobernabilidad. La asociación entre las formas de relación del Estado y las de PSS; el encuentro y/o desencuentro entre discursos y acciones concretas; el espacio otorgado a esta en la formulación de políticas de salud y la influencia que estas han tenido en el comportamiento

de la salud en Chile es lo que buscamos conocer mediante la investigación que se presenta, como una forma de caracterizar este vínculo Estado-Sociedad a la luz de una historia que ha transitado en los últimos cuarenta años, por drásticas transformaciones políticas-sociales y económicas que permiten entender las diversas formas y alcances de la PSS en Chile.

El análisis crítico de ambos elementos (discursos y acciones) puesto a la luz de un contexto que como hemos señalado, sobrepasa lo estrictamente sanitario -en el marco de la historia de Chile de los últimos 40 años- podría develar claves para entender no sólo su funcionamiento pasado sino proyectar ideas para su futuro en la medida que comprendemos la viabilidad histórica o lo “históricamente posible” acerca de la dominación y la legitimación de la acción social.

Esta historia se divide en períodos heterogéneos en cuanto a tiempo, determinados según el proceso político para su análisis: desde un gobierno socialista con énfasis en la participación política y de los trabajadores como pilar de las transformaciones económicas y de democratización del Estado (1970 a 1973), que fue interrumpido por un pronunciamiento militar que desarrolla a lo largo de 17 años una agresiva represión de formas de participación e instala un modelo económico neoliberal con importantes repercusiones para el ámbito de la salud (1973-1990); seguido por 20 años de gobiernos electos por voto directo de la población, que tras acuerdo político permitió el término de la dictadura y que en sus lineamientos globales, ha retomado el discurso de la PS (1990-2010).

A partir de lo conocido acerca de la PSS en este período de la historia, la lógica que guía el propósito de la investigación es que: 1) cada uno de estos períodos ha determinado diferentes formas de expresión normativo-jurídicas y de prácticas en PS, tanto de las instituciones en salud dependientes del Estado, organizaciones no gubernamentales y organizaciones sociales independientes, ¿Cómo estas distintas formas han impactado entonces las transiciones y cambios en salud?; 2) en cada período que se propone analizar, se encuentran discursos y prácticas que recogen y adhieren a un discurso oficial, así como otros que, independiente de los lineamientos oficiales, significaron una expresión de movimientos sociales reaccionarios a la hegemonía en salud, ¿qué peso tuvieron esas formas desde la hegemonía y contrahegemonía de PSS?; 3) los cambios en la estructura política-económica y social de cada uno de estos períodos son el marco, -dadas las distintas perspectivas ideológicas- de la participación social en general y en salud en particular,

¿qué perspectivas ideológicas se enfrentaron y que formas adquirieron?; 4) la relación Estado-salud puede ser comprendida no sólo a partir de un bagaje teórico, sino desde el análisis de los procesos concretos que se viven en un país con desarrollo capitalista y dependiente, ¿Cómo se articuló el movimiento y organización social para generar cambios y/o mantener situaciones de base?.

Si la participación social es una forma de ejercicio de poder, y no solamente la colaboración en el desarrollo de actividades organizadas y decididas por la clase dominante o estructuras de poder, la PSS debiera entenderse como una forma de hacer política en la sociedad, democratizando los mecanismos de diálogo y de decisiones que afectan el proceso salud-enfermedad-atención en la medida en que se pone en juego la estructura del Estado y la forma en que este se relaciona con la sociedad a partir de ciertos principios políticos e ideológicos que incluyen y administran el saber médico, los medios de producción, la movilización y organización.

Finalmente, y ante lo expuesto surge la necesidad de comprender la PSS a la luz de los procesos históricos y sociales ocurridos en Chile, toda vez que esta ha estado presente, en la formulación normativo-jurídica y ha formado parte de la acción social como estrategia o resultado, para identificar sus diversos énfasis, -con mayor o menor trascendencia- pero con un aparente afán democratizador que tienda a un sistema de salud inclusivo y equitativo. Conocer el fenómeno contextualmente, significa confrontar un discurso hegemónico en salud y encontrar elementos que lo proyecten incluyendo a la salud colectiva como enfoque para su discusión y abordaje.

Propósito y Objetivos.

El propósito de la presente investigación -que toma forma de análisis histórico del caso chileno- es dar cuenta, desde la perspectiva crítica de la salud colectiva, de la significación de los procesos de participación social en este ámbito, como forma de pensar y actuar.

El problema que se nos presenta, como una dificultad conceptual para instrumentalizarla y analizarla tiene a la raíz formas ideológicas diversas que sobrepasan lo teórico, que tienen que ver con los contextos históricamente determinados y la construcción de actores sociales diversos de los que nos proponemos dar cuenta como un

ejercicio de reconstrucción del pasado, para entender el presente y proyectar el futuro.

Sostenemos, apriorísticamente, que por sobre el poder de una semblanza técnica o normativa, como fenómeno, la participación dice relación con su dinámica interna y con cómo esta se ha construido en referencia al entorno socio político y por sobre todo, al ideológico.

Nos planteamos así, como objetivo general de la investigación, analizar las características y alcances de la participación social en salud en Chile, a partir de discursos y acciones históricamente construidos a lo largo de cuarenta años y que adquieren énfasis en momentos particulares que permiten un análisis en profundidad, ordenados y divididos estos, según las macro corrientes gobernantes: Unidad Popular, Dictadura Militar y post-dictadura o de “partidos por la democracia”.

Para el cumplimiento de este objetivo general, se persiguen a su vez tres específicos:

- Identificar la trascendencia de las posturas socio-políticas e ideológicas a la base de los discursos y acciones sobre de participación social en salud de actores oficiales y no oficiales.
- Analizar el correlato de fuerzas puestas en juego en la planificación, implementación y ejecución de estrategias de participación social en salud.
- Analizar el resultado de la participación social en salud en cada contexto y entre sí.

CAPÍTULO 2

Primeras formas de organización en torno a la asociatividad y participación en la historia de Chile (1850-1950).

En este primer capítulo, revisamos cómo, a la luz de la historia de Chile, han surgido y desarrollado las diversas formas de asociatividad y de participación. Para este análisis, fue necesario remontarse en el tiempo y rastrear así antecedentes relevantes que van desde 1850 hasta la fecha en que se sitúa esta investigación (1973-2010). La revisión, permite asentar de mejor manera el fenómeno en el período de estudio seleccionado.

El apartado se encuentra dividido en dos períodos, según fases de desarrollo económico en la historia de Chile, por cuanto estos nos permiten comprender en una cronología de hechos, la evolución de las formas de organización social: pre-capitalista y capitalista.

Resulta importante consignar porqué iniciamos estos antecedentes desde la perspectiva de la asociatividad y no desde la participación social en si misma; al respecto, Gazmuri señala que:

“una forma de sociabilidad es la manera en que los hombre se relacionan entre sí en un tiempo y espacio determinado. Tomando sólo la dimensión temporal, hay formas de sociabilidad que parecen estar adscritas a un proceso histórico (más o menos largo) determinado y único, hasta el punto de ser considerados el correlato natural de este. (...) Otras formas de asociatividad parecen estar conectadas a una época.” (1998:110).

La asociatividad estaría así, a la base del concepto y acción de la participación. Como idea, es parte del lenguaje rescatado del relato de los mismo protagonistas y es reflejo de la acción conjunta en la búsqueda de objetivos construidos colectivamente. Si bien podemos hablar de asociativismo desde épocas pre-colombinas, es a partir de 1840

(en marco de la historia republicana) que adquiere dimensiones relevantes para la presente investigación.

A nivel global, la influencia europea tras la revolución del año 1848 en Francia puso el tema en la agenda social, que luego se matizó con las realidades locales, particulares en América Latina.

Con una población que en 1835 alcanzaba aproximadamente un millón diez mil habitantes, Chile era un país primordialmente agrícola, con una estructura de clase oligárquica-campesina que respondía a una distribución de veinte por ciento la primera y ochenta por ciento la segunda.

Situado en el rango de país pobre (comparado con otros de América Latina), con escasez de explotación de recursos naturales y geográficamente aislado, la economía del país dio un vuelco entre 1830 y 1840 con el inicio formal de la extracción y exportación de minerales. La plata y el cobre en el norte y el carbón en el sur, generaron una leve y progresiva modernización que impactó en la industria (de fundición), en el transporte (construcción del primer ferrocarril en 1851) y en la administración (primer Banco).

La burguesía mercantil de esta época -principalmente formada por inmigrantes y sus hijos- no tuvo la suficiente fuerza para generar una nueva forma de organización de clases que en términos generales mantuvo sus características, con un incremento progresivo del analfabetismo y pobreza de quienes vivían en el campo. Así, la pequeña minería y el mercantilismo no produjeron gran impacto en la población, cambio que sí acaeció con la explotación del salitre a fines del siglo XIX (Gazmuri, 1998).

En términos políticos, los aires de la Revolución francesa y la independencia de EEUU no cobraron la suficiente fuerza como para modificar el pasado monárquico y colonial; con el poder concentrado en la clase oligárquica que se afianzó con la Constitución Política de 1833, en estos primeros cincuenta años que revisaremos se encuentran las primeras influencias para la participación social en salud, rastreables en la historia por la acción de la Sociedad de la Igualdad y las Sociedades de Socorro Mutuo, ambas, constituyen las primeras formas de orgánicas de participación y asociativismo.

2.1 La Sociedad de la Igualdad.

Las ideas de intelectuales progresista como Francisco Bilbao y Santiago Arcos, jóvenes aristócratas llegados desde Europa, con alta preparación intelectual y sensibilidad por la lucha de clases, encuentran terreno fértil para la creación del movimiento, bautizado en 1850 como “Sociedad de la Igualdad” (en adelante SI).

La idea, estuvo en la lucha por formar una organización que sentara bases de un nuevo estilo de relación entre los trabajadores, de estos con la sociedad y principalmente, con el sistema de poder imperante.

Mediante el reconocimiento del obrero “como ser humano pensante, autónomo, capaz de incidir y construir su historia”, sus principios fundantes estuvieron en: *“Reconocer la soberanía de la razón como autoridad de autoridades: la soberanía del pueblo como base de toda política, i el amor i fraternidad universal como vida moral”* (Zapiola, 1902: 10). En una primera instancia, quedan excluidos así de sus intereses explícitos la participación política contingente.

El despertar de ideales “ciudadanos”, hizo que se revolucionara la concepción de participación conocida hasta entonces: la política electoral, como privilegio *de y para* pocos (el oficialismo), se volvió sensible a la autonomía del acto cívico ante medidas anti-intervencionistas, la ampliación del derecho a sufragio y la transparencia del proceso entre otras. Se quiebra así uno de los pilares de la relación patrón- asalariado tradicional en la historia de Chile hasta esa época, que en buena parte, era un instrumento electoral conveniente y controlado mediante la cooptación y manipulación del sufragio (Nanzer y Rosemblit, 2000).

Bajo la lógica de organización barrial (con semi-independencia), cada grupo se fusionaba con sus representantes en una junta directiva a nivel capitalino; sus ideas se difundían en el periódico *El Amigo del Pueblo*, a cargo de Eusebio Lillo y los *Boletines del Espíritu*, a cargo de Francisco Bilbao (Gazmuri,1998).

Su funcionamiento cayó en un semi-clandestinaje y secretismo a los pocos meses, como consecuencia de la persecución de la que fueron objeto por parte del Gobierno, que les acusaba de vandalismo y de la incitación a la guerra civil para desestabilizar la democracia incipiente en Chile.

El derecho constitucional de asociación y libre pensamiento fue su lucha principal; el primer pronunciamiento político ocurre contra la candidatura presidencial de Montt en

1901 y evidencia sus ideales:

“La Sociedad de la Igualdad rechaza la candidatura de Montt, porque representa los estados de sitio, las deportaciones, los destierros, los tribunales militares, la corrupción judicial, el asesinato del pueblo, el fomento en los procedimientos de la justicia criminal, la lei de imprenta, la usura, la represión en todas las cosas a que puede entenderse con perjuicio de los intereses nacionales i especialmente con respecto al derecho de asociación.”
(Zapiola, 1902: 44)

La Sociedad de la Igualdad significó la oportunidad de un tímido despertar del mundo laboral ante las condiciones de vida y en ese marco, la necesidad de una disputa con las clases oligárquicas. Este movimiento contó con la activa -aunque no numerosa- participación de los artesanos que, principalmente llegados desde el extranjero, estaban inspirados en el movimiento francés y europeo de 1948 (Nanzer y Rosembli, 2000).

La clase de artesanos estaba concentrada en la capital y no alcanzaba a diez mil hacia 1850. A las especialidades de criollos (sastres, carpinteros, zapateros, herreros y panaderos, asumidos exclusivamente a hombres y costureras e hiladoras, a mujeres) se sumaron los inmigrantes en labores más específicas como la maquinaria y la joyería. Se estima que alrededor de un tercio de los potenciales participantes (hombres), se sumaron a las acciones de la SI (Gazmuri, 1998).

El enfrentamiento abierto con la Iglesia católica y el involucramiento en política contingente generó controversia interna ya que confrontó los ideales de socialismo utópico y del liberalismo progresista contra la oligarquía. En noviembre de 1850, la tensión terminó con la prohibición de la SI por parte del Gobierno. Tras pequeños pero significativos motines armados en la capital y alrededores, no les fue posible sobreponerse, tras aproximadamente siete meses de existencia (Gazmuri, 1998).

La SI fue la organización de base para el surgimiento de las Sociedades de Socorro Mutuo y continuará siendo referente, hasta muchos años después para el movimiento popular organizado. Aunque vaga en términos políticos, pero cargada de misticismo y emoción, la búsqueda de la incorporación plena y soberana del pueblo a la sociedad republicana, dejó sembrada la necesidad de la organización social.

Si bien al término legal de la SI se formaron nuevas iniciativas en el terreno

político, como el Club de la Reforma y el Partido Radical; así como en el terreno social el Cuerpo de Bomberos Voluntarios; y en el filosófico-filantrópico, la Masonería; impulsadas principalmente por ex-igualitarios, continuaremos la revisión de antecedentes con aquellas que comienzan a vincularse más estrechamente con las reivindicaciones sociales y específicamente de salud.

2.2 Las Sociedades de Socorro Mutuo.

La corta historia de la SI y sus ideas fuerza de igualdad y asociatividad, dieron pie a la formación de la primera Sociedad de Socorro Mutuo (en adelante SSM) por la Unión de Tipógrafos en 1853. Cinco años después (1858) se estructuró la Sociedad de Artesanos y progresivamente, hacia 1870, existían en el país un total de trece “sociedades” legalmente reconocidas. En su conjunto, configuraron un grupo fuerza que paralelamente a su importante labor de asistencia, luchaba por cambios sociales y políticos, especialmente en las crisis de los años 1858 y 1859 (Illanes, 1993).

Las sociedades obreras y artesanas de socorro mutuo surgen como una forma de sobre vivencia a las condiciones de vida y logran, con el paso de los años, subsistencia propia, con un sentido que va más allá de la “caridad”, principio con el cual era asociada la actividad de cuidado de la salud hasta entonces. Las SSM se propagan a lo largo del país y arraigan lentamente el ideario de solidaridad entre los trabajadores, en la medida que muestran efectividad de la acción protectora hacia la misma.

A juicio de Illanes , con las SSM nace el concepto de *Salud Social*: “*basada en el humanismo popular y la organización solidaria como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad*” (1993:.35) y en respuesta a la deficiente labor del Estado en la materia.

Previo a la creación y masificación de las SSM, el cuidado de la salud de la población estaba en manos casi exclusivamente de la caridad privada, a través de la Iglesia; quedaban desprovisto de dignidad, responsabilidad y derechos; la salud era mendigada, no objeto de derecho.

Las SSM se centraron en proveer de protección ante la enfermedad y muerte de las cabezas de familia (trabajador y proveedor), financiado a través del aporte económico de sus miembros, en modalidad de ahorro con una base solidaria (fondo común con

administración centralizada). No obstante este constituyó su objetivo principal, también estimulaban el bienestar global, organizando sesiones educativas y culturales (Illanes,1993).

Para el artesano y el obrero, las SSM constituyeron una instancia de respuesta a sus demandas de protección y ayuda. No obstante, más allá de la atención al cuerpo enfermo y el apoyo económico, el proyecto tendía a formar conciencia sobre la importancia de la apropiación de la vida y de la injerencia de circunstancias en su destino. Una especie de solidaridad carnal -como lo denomina Illanes- de donde emerge la solidaridad popular durable, resistente y profunda que se asienta sobre el socorro mutuo y cotidiano.

Desde finales del siglo XIX, la situación de salud de Chile estuvo marcada por el auge de enfermedades infecto-contagiosas, especialmente a la clase trabajadora de la época: mineros, obreros y campesinos. Estas tenían fuerte anclaje en las precarias condiciones de vida de la época: hacinamientos en las viviendas, problemas de higiene y déficit alimentarios.

Hacia 1885, la tasa de mortalidad infantil sobrepasaba la de natalidad, esta era atribuida a las fiebres y a la sífilis además de condiciones sociales como la delincuencia, prostitución y alcoholismo (Illanes, 2003).

La infraestructura para dar soluciones en este escenario era precaria: en 1886, el país contaba con una casa de orates, con quinientos ochenta enfermos; catorce asilos y casas de expósitos; nueve hospicios con mil enfermos; dieciséis lazaretos; cuarenta y nueve hospitales que atendieron ese año a cincuenta y tres mil pacientes y treinta y nueve dispensarios que atendieron docientos cuarenta y ocho mil adultos y setenta y seis mil niños (Illanes, 1993).

Epidemias como el cólera, sobrepasaron ampliamente la capacidad de respuesta, expusieron a gran parte de la población y dejó en evidencia la necesidad de políticas sanitarias estatales. Además de las repercusiones de la pobreza en la alimentación, las malas condiciones higiénicas en todas las ciudades del país, con organismos municipales y de beneficencia incapaces de hacerse cargo, se agravó el escenario:

“la peste, especialmente el cólera, jugó el papel histórico de cuestionar el sistema sanitario en Chile, abriendo las puertas hacia la formulación de políticas centrales y hacia la participación política y administrativa del cuerpo médico en función de dichas políticas. Estas, en general, consistieron en la

puesta es marcha de medidas de saneamiento urbanas ya impostergables.”

(Illanes, 1993: 68)

No obstante las estrategias en la línea de “policía médica”¹ impulsadas, como la desinfección, aislamiento, asistencia médica hospitalaria, domiciliaria y publicidad; la epidemia cobraba a diario cerca de ciento cincuenta víctimas. Los cordones sanitarios, especialmente en el norte del país agudizaron el desabastecimiento y encarecieron los alimentos, además de dejar sin fuente de ingresos a parte importante de quienes comercializaban con estos (Illanes, 1993).

En este complejo escenario de situación de salud y bajo el ideario y la figura de Fermín Vivaceta, la Sociedad Unión de Artesanos, una de las primeras SSM declaraba: “(...) *el objeto es el ahorro y socorro mutuo de los asociados, teniendo en vista favorecer su instrucción, moralidad y bienestar.*” (La Voz de Chile, 1862; citado en Illanes, 1993: 297). Una vez más, la declaración de acción a-política se evidencia como una estrategia para el otorgamiento de derecho de funcionamiento legal que una declaración de principios de la misma.

A su vez, el rol de los médicos y la medicina en la época se presentó como una herramienta para pensar y actuar, en las condiciones de vida de la sociedad. Un número importante de ellos encabezó la auto crítica que dio pie posteriormente al surgimiento de la medicina social como línea de trabajo y pensamiento.

La evolución del pensamiento médico se acopla en muchas ocasiones a iniciativas que se llevaban a cabo en el marco de la historia del país para generar procesos de transformación social, no obstante, a juicio de la historiadora Illanes (1993), una de las primeras evidencias de contraposición entre “lo privado” y “lo público” en salud surge en esta época como una forma de permitir la administración de recursos económicos destinados a cubrir necesidades de salud con apoyo del Estado, pero bajo la figura de la beneficencia pública y de otros representantes civiles: frente a un escenario de salud poblacional alarmante, el Estado tiende sólo a reforzar su rol de control y de policía médica, invisibilizando la necesidad de generar soportes que permitieran atacar la base del problema.

Los acontecimientos políticos de 1891 terminaron en una guerra civil interna, que

¹ Como “policía médica” o “policía sanitaria” se conoció hasta finales del siglo XIX e inicios del XX las estrategias usadas para el control de la enfermedades transmisibles y el saneamiento del medio ambiente.

agudizó la grave situación general de salud de la población. La preocupación del Estado por las condiciones de salud de la población se centró en la estrategia de responsabilizar a la población de sus propias situaciones de pobreza y malas condiciones de salud. El sistema estatal de control, a través de los inspectores sanitarios, se transformó en espectador de la realidad social, mientras la difteria, la tuberculosis y la viruela hacían mella de la población y por ende, en las fuerzas productivas. Paralelamente, la voz de los trabajadores puso en alerta a la sociedad acerca de la importancia de las condiciones de salud, enarbolándola como una de sus banderas de lucha (Illanes, 1993).

En este escenario, las SSM contrataban servicio médico y para médico además de gestionar compra de medicamentos a bajo costo; los honorarios de médicos, visitadoras y técnicos eran bajos.

Transcurridos 50 años desde las primeras SSM fundadas y post-guerra civil de 1891, muchas de ellas iniciaron un serio deterioro económico que a pesar de la demanda de apoyo presentada, no es acogida por el Estado. Lejos de decaer en su labor, esta actitud dio impulso a la creación en Santiago de la “Confederación Obrera de las Sociedades Unidas”, que ampliaron su campo de acción, fundando la primera instancia de ahorro social obrero, con el objetivo de velar ya no solo ante la enfermedad y muerte de sus asociados, sino también ante la vida y la salud. Este esquema fue combatido por un Estado que intentaba imponer la idea de un sistema de ahorro forzoso de los trabajadores vía descuento obligatorio de las planillas de salarios, pero que entregaba menos cobertura y beneficios que el sistema ofrecido por las SSM y por lo tanto, fue resistido por los socios mientras pudieron (Illanes, 1993).

Según Claude Heller (1973), este tipo de organizaciones alcanzaba en 1900 a ciento cincuenta asociados y docientos, veinticinco años después.

2.3 El tránsito del mutualismo al sindicalismo.

Este período “capitalista” en la historia de Chile -comprendido entre aproximadamente los años 1900 y 1950-, marca el inicio de los intentos de la clase campesina por generar respuesta a su desmejorada situación social producto de la lógica de auto-subsistencia de la vida en las haciendas (Gazmuri, 1998).

A la luz de la revisión histórica de Molina (2010), en 1880 surge lo que él

denomina “la cuestión social”², esto significó el aumento de movilización reivindicativa:

“(…) el conjunto creciente de amplios sectores excluidos y marginados de los beneficios del crecimiento, asumió el carácter organizado del movimiento obrero y popular, con dimensiones y alcances de protagonismo político. El nuevo perfil de esta forma de modernidad presentó, con sus aristas de polarización social y política, la fractura de la sociedad chilena de antaño y con ello, en un sentido amplio, los gérmenes de las desigualdades y exclusiones que se arrastraban de tiempos pretéritos (...).” (2010: 19).

La necesidad de transformar las formas de asociatividad (de mutualismo a sindicalismo) reflejan de alguna manera el tránsito desde el modelo pre-capitalista al capitalista. Las ideas fuerzas para la solución de los problemas, sufren en este período de cincuenta años una fuerte modificación; de la recuperación del “cuerpo” de los trabajadores, entendidos como principales herramientas para la prosperidad y progresos del país, que estaba a cargo de “la caridad y la beneficencia”, en donde las instituciones privadas de beneficencia pública, educacionales y la Iglesia era el soporte ante la carencia labor del Estado, se pasa a la re-configuración de la relación Estado-Pueblo, en donde el objeto de cuidado ya no es el cuerpo del obrero (o del asegurado) sino el del pueblo, independiente de su edad y por lo tanto de su fuerza productiva inmediata.

Es importante consignar que la evolución y transformaciones del aparato sanitario chileno no parece responder a elementos exclusivamente nacionales, sino que están inscritos en la historia de América Latina y Europa al desarrollo del capitalismo en ambas. La masacre de la Escuela Santa María de Iquique (ocurrida en 1907) termina con la relación “inocente” entre las clase oligárquica-minera, en que predominaban ciertas lealtades mutuas entre “rotos y patrones”³.

La emergente “clase media” a inicio de siglo, jugó un rol progresivamente desestabilizador de esa polaridad:

² Morris (1967, p.80), citado en Molina, 2010, p.20 como: conjunto de “consecuencias sociales, laborales e ideológicas de la industrialización y urbanización (...) una nueva forma dependiente del sistema de salarios, la aparición de problemas cada vez más complejos pertinentes a vivienda obrera, atención médica y salubridad; la constitución de organizaciones destinadas a defender los intereses de la nueva clase trabajadora (...)”

³ Molina (2010) se refiere a “inocente” a aquella caracterizada por la sumisión y conformismo en la aceptación de condiciones de vida y trabajo, determinada por a posición de clase de trabajador sin mayor juicio acerca de la relación de dominación.

“(…) los sectores medios que adquirirían conciencia de clase y el proletariado que iniciaba su organización, chocaban en sus aspiraciones con las barreras infranqueables del sistema vigente, lo que determinó que cundiera un sentimiento anti-oligárquico compartido por las nuevas generaciones que desde la arena política e intelectual, se convirtieron en los principales críticos de la clase social dirigente, del régimen político y del sistema económico.” (Mariana Alywin, 1990; citada en Molina, 2010: 23).

El sujeto social, protagonista de esta época, habría vivido un proceso de concientización poderoso:

“(…) la mentalidad de la conciencia histórica del sujeto social popular parece radicar en el propio origen de su condición sustantiva, es decir, en el hecho que su propia realidad de actor de los acontecimientos políticos concretos e inmediatos le abre 'su propia capacidad de transformarse en proyecto, es esto, de convertir a la utopía en historia.’” (Zemelman, 1989:36-37; citado en Molina, 2010: 31).

Este proceso de concientización se evidencia fuertemente en el surgimiento del sindicalismo como expresión de asociatividad, de cuya historia -extensa y compleja-, sólo daremos cuenta de dos aspectos puntuales: la lucha por el derecho de formación y funcionamiento como organización y la cuestión de las condiciones de salud como un argumento de su discurso para la mejora de las condiciones de vida de los trabajadores⁴.

Hacia 1923, las SSM agrupaban a cerca de cien mil asociados en todo Chile. La demanda por mejoras en las condiciones de vida y trabajo para la clase trabajadora chilena se expresaba a través de éstas. El contexto social de los asociados, el deterioro económico de las SSM y la falta de apoyo del Estado son elementos que contribuyeron a afianzar la idea del sindicalismo en Chile como forma de protección al trabajador (Illanes, 1993; Ulloa, 2003).

Las SSM correspondieron a una primera necesidad de organización de los trabajadores pero la “modernidad” llamó a transformarlas, con un discurso agresivo en organizaciones sindicales, cuya bandera de lucha fuera algo más que el bienestar de la

⁴ En la historia del sindicalismo en Chile se encuentran de manera destacada descritos su origen, vinculado a la gran minería del norte, sus episodios de represión y la formación de la Central Única de Trabajadores en 1953, entre otros relevantes.

salud a través del control de sus procesos y recursos.

Esto significó una fuerte disputa entre representantes de cada una de las corrientes. La forma de trabajo se había “modernizado” y las necesidades eran ahora distintas, el mutualismo respondía a la necesidad de artesanos y pequeños productores por seguridad, mientras que el sindicalismo apuntaba a la mejora de salario para alcanzar mejores condiciones de vida de la clase obrera; pasar de la atención a la muerte y la enfermedad a velar por la salud y bienestar.

Este tránsito generó un álgido debate entre quienes defendían uno y otro tipo de organizaciones, que significó el enfrentamiento entre un modelo tradicional y una propuesta moderna, anti capitalista. A juicio de Illanes, “*se estaba concibiendo la separación histórica entre lo particular y lo general, lo individual y lo colectivo, el rostro y el cuerpo, la figura y la forma, lo fenoménico y lo absoluto.*” (1993:154).

En el primer período del gobierno de Alessandri (1922), se generaron altas expectativas de cambio social en la clase trabajadora; la inevitable asociación de sindicatos con la actividad política partidista de esa época -primero al Partido Socialista y posteriormente al Partido Comunista-, hizo que la actividad sindical fuera fuertemente combatida y reprimida ante las protestas constantes por incumplimiento de promesas y expectativas generadas.

No obstante la Constitución Política de la República de 1925 imponía restricciones para la ejecución de reuniones y mítines, el número de organizaciones sindicales crecía: en 1931, el número de sindicatos industriales era de ciento setenta y siete (dieciséis en 1925) y veintiocho de profesionales (cinco en 1925) (Illanes, 1993: 293).

La Confederación de Trabajadores de Chile fue creada en 1936, con una demanda integral por el mejoramiento económico y cultural de la clase obrera, el cumplimiento y mejora de la legislación social y por el término de las restricciones a la organización. El crecimiento era sostenido: de tener en 1938 nueve mil miembros, alcanzaron los cuarenta mil en 1940, pertenecientes a mil docientos sindicatos distintos (Heller, 1973).

La disputa entre ambas posturas significó la coexistencia de formas durante aproximadamente veinte años. Actualmente el mutualismo es entendido como una de las formas organizativas de trabajadores (Ulloa, 2003).

En medio de las infructuosas medidas para detener el avance de las enfermedades entonces denominadas “*de trascendencia social*”, en 1923 se crea la Liga Chilena de

Higiene Social, que con un accionar dentro de grupos de obrero, difunde un pensamiento centrado en la educación del pueblo y de la opinión pública, como mecanismo que propicie la salud. Anteponiendo el valor nacionalista a pensamientos partidistas o religiosos, lograron convocar pensamientos ideológicos muy diversos. En este contexto, por ejemplo, se ejecutó la que es considerada por algunos la primera campaña de educación sexual en el país al apuntar contra la propagación de las enfermedades venéreas mediante la difusión y educación a pacientes y a grupos de trabajadores.

Hacia 1925, similares esquemas de prevención eran ejecutados por tenencias y capitanías, escuelas de medicina, normales y el Instituto Pedagógico. Si bien se rescata el sentido del trabajo colectivo para la ejecución y como objetivo, la militarización y centralización de la iniciativa era propia del Estado, con estrategias basadas en el control y el temor (Molina, 2010).

La población del territorio nacional hacia 1926 alcanzaba los 4 millones de habitantes. Las tasas de mortalidad continuaban altas, especialmente la infantil que llegaba al 300 por mil, mientras que la general, era de 29,2 por mil (Illanes, 1993: 232).

En este estado de la situación de salud poblacional, se creó durante el gobierno de Ibáñez, (1927) el Ministerio de Bienestar Social y en ese mismo marco, “La Casa del Pueblo”, como espacio de reunión, cultura, distracción y ayuda social de obreros sindicalizados, miembros de cooperativas y el Congreso Social Obrero (quien además tenía a cargo su administración). Este se proponía dignificar, a través de actividades de esparcimiento y desarrollo moral, a la clase trabajadora. La sección de *higiene social* del Ministerio recién creado, se encargó de una serie de enfermedades y costumbres que “atentaban contra la raza”: tuberculosis, sífilis y otras venéreas; así como del alcoholismo y la prostitución.

Junto a la represión a la Federación Obrera de Chile, que en plena época de crisis económica mundial (1930) adquiría fuerza especialmente en el norte del país; el gremio médico que había conformado la “Asociación de Médicos de Chile” fue protagonista de una serie de manifestaciones y huelgas que llevaron finalmente a la salida del poder al presidente Carlos Ibáñez, mientras en 1933, mientras la mortalidad infantil alcanzaba a docientos treinta y dos mil nacidos vivos:

“(…) hijos casi todos de padres enfermos, alcohólicos y mal nutridos. La ciudad de Concepción tenía un récord mundial occidental: 328 por mil. La

tuberculosis mataba anualmente, según estadísticas del Seguro Obrero, a 18 mil personas, alcanzando una tasa anual de 308/1000 muertos por tuberculosis. El consumo medio anual de vino por habitante era de sesenta y un litros y catorce litros de cerveza. De un censo realizado en Santiago por médicos inspectoras, enfermeras sociales y sanitarias se deducía que los 1531 conventillos, vivía un término medio de 5 personas en estado de promiscuidad, aire viciado y desaseo. De un censo realizado en 106 poblaciones (en ciudades y aldeas), se encontró que en 321.318 viviendas-ranchos, con piso de tierra y techados sin cielo raso habitaban 1.719.000 personas, sin alcantarillado ni agua potable. Únicamente 908 mil personas en todo el país gozaban de alcantarillado.”(Guzmán, citado en Illanes, 1993: 260)

Los proyectos de Código del Trabajo y de Seguro Social Obligatorio fueron ambas medidas impulsadas durante el gobierno de Alessandri (y aprobadas en el período presidencial siguiente), y causaron gran conflicto entre Estado-clase trabajadora e industriales de la época. Entre los argumentos de rechazo a la segunda de estas iniciativas se encontraba que esta mermaba el salario de los obreros y que la especulación de precios al que recurrirían las empresas para resarcir el costo de pago del seguro, elevaría aún más el costo de vida y la subsistencia del pueblo, escenario que dio pie también a múltiples debate sobre los posibles efectos para la salud.

CAPÍTULO 3.

La organización de acciones y dispositivos sanitarios estatales ante la demanda social (1939-1970).

El precario escenario dado por la situación de salud de la población y su relación con la condición de explotación a los trabajadores de la minería en el país; hacia finales de la década de los años treinta se vuelve insostenible mantener a la población silenciada y el descontento se estructura en la amalgama de varios segmentos de la población: estudiantes, mineros, pobladores organizados en lo que Molina (2010) ha referido como “el despertar del sujeto social chileno”⁵.

De la mano de un proceso político de izquierda y liberal, el Estado se vuelve a estrategias proteccionistas, propias del modelo de Bienestar y en ese marco, inicia el lento proceso para asumir el impacto de las malas condiciones de vida de la población y la estructura de las primeras alternativas de tratamiento y organización sanitaria.

Este período, cronológicamente anterior a los años de estudio, constituyen un paso importante para comprender lo que ocurrió en 1970.

3.1 El impacto de la medicina social en la organización y acción sanitaria.

Hacia finales de la década del treinta, surge dentro del estamento médico el concepto de medicina social. Este, hacía referencia a la necesidad de comunicación entre técnica, ciencia y convivencia social como forma de entender para resolver los problemas de salud de la población; Illanes parafrasea el pensamiento de la época: “*los grandes*

⁵ En Molina, 2010, p.30-31 señala que en la conformación del sujeto social chileno: “(...) es posible advertir e identificar su voluntad individual y colectiva de construirse como sujeto social, a través de su propio proceso de concientización, en tanto concientizarse”; incluyendo la capacidad de criticar, criticarse, preguntarse, tomar decisiones y voluntad de actuar en torno a ellas.

problemas de la salud en Chile más que médicos son sociales” (1993: 205), se inicia así un período de nuevo pensamiento en salud.

Las condiciones de vida, que se encontraban a la base de los problemas de salud de la población pasan a ser necesidades sentidas para el Estado, la asistencia y la medicina: una triada que toma la historia de marginación y miseria de un pueblo sometido a la relación de dominación en la producción y que debe ser cuidado como única forma de mantener la base económica (Molina, 2010).

El modelo del Frente Popular, conjugado en 1939, se propuso usar la participación social como herramienta de transformación de las condiciones sociales y de salud; el uso de campañas educativas y preventivas “puerta a puerta” son ejemplo de ello; así como la creación del “Frente Nacional de la Vivienda” y la “Asamblea Popular de Alimentación Nacional”, todas medidas inmediatas tras el triunfo de Pedro A. Cerda a la presidencia del país. Otras iniciativas tendientes a mejorar las condiciones de vida fueron la reducción del precio del pan, la devolución de prendas de vestir y herramientas empeñadas en la Caja de Crédito Popular, como una forma de fomentar el reintegro a actividades laborales en forma autónoma, además de la supresión de pago de derecho a matrícula en escuelas (Illanes, 1993).

La situación de salud de la población era grave, tanto o más que en la década anterior: de los cuatro millones y medios de habitantes del país, veinte mil muertos se producían anualmente por tuberculosis, cincuenta y cinco diarios. A veinte mil también llegaba el número de niños que vagaba, quinientos mil no iban a la escuela. Directamente vinculado a las condiciones de trabajo, en el sur del país arreciaba la anquilostomiasis y en el norte el paludismo; además de las enfermedades venéreas a lo largo del país, con mayor presencia en ciudades puerto y de producción minera (Illanes, 1993).

La irrupción del concepto de medicina preventiva al lenguaje y a la estrategia en salud, desplazó el de caridad, impuso el “deber-derecho” del Estado hacia la comunidad. Salvador Allende, hacia 1939 Ministro de Salubridad Pública, llamaba en su discurso a reestructurar las condiciones de producción, que generaban efectos sobre la mala calidad de la vivienda, las condiciones de higiene urbanas, el vestuario y la alimentación. En contraposición, el discurso de industriales y empleadores promovía la idea de que el problema se asentaba en los estilos de vida fuera del mundo del trabajo y el Gobierno, con la idea de la medicina preventiva instalaba un modelo de Estado que velase por la

seguridad de la población, con afán humanizador a través de las condiciones de trato digno hacia el enfermo (Illanes, 1993).

El principal afán de la política de Allende en el Ministerio fue la salud en la infancia, asegurados o no: señalaba que debía integrarse una acción que velara por ellos y las madres. No obstante la demanda superaba la capacidad de respuesta, se instalaron en las cercanías de fábricas centros de atención integral al niño y sus madres, donde estos podían permanecer mientras ellas trabajaban, cubriendo de manera integral sus necesidades de salud, especialmente aquellas asociadas a la nutrición, punto de inicio de mala salud en edad adulta.

En *“La realidad médico-social de Chile”*, texto publicado por Allende el año 1939, este desglosa como problemas de salud: el binomio madre-hijo; la tuberculosis (2º tasa más alta de mortalidad nacional en la época); las enfermedades venéreas; las comunicables (tifus); las de origen hídrico; toxicomanias y enfermedades profesionales. Define la *“enfermedad social”* como *“aquella que en su gestación y desenvolvimiento está íntimamente ligada al estándar de vida y las condiciones de trabajo.”* (Allende, 1939: 7).

Las medidas implementadas a este respecto por el Ministerio tuvieron tres estrategias fundamentales para la política social del país: rebaja del precio de los arriendo, prestamos a propietarios para refaccionar casas en mal estado y la construcción de habitaciones de emergencia, estandarizadas y racionalizadas, además de aquellas directamente enfocadas a restablecer el estado biológico (Allende, 1939).

En el discurso de Salvador Allende (1939) se evidencia la crítica al excesivo individualismo de las instituciones de salud, asociándolo a una mal entendida autonomía y a un apego innecesario al proceso y condiciones históricas en que cada una había surgido. Su llamado estuvo puesto en que con el aumento del gasto en salud, aumentara también la eficiencia con un trabajo colaborativo y centrado en la prevención de la enfermedad; donde las *“masas populares”* se movilizaran para *“sanear el país”* y alcanzar un mayor desarrollo colectivo.

Criticó la Ley de Medicina Preventiva⁶ ya que esta no consideraba a la familia, cubría sólo a los asegurados activos, no situaba el salario ni la higiene ambiental como claves para la mantención de la salud y desconocía las enfermedades profesionales, quedando estas sólo *“como arma”* para *“patrones”* que podían eliminar al candidato

⁶ Dictada en 1937, promovía el examen periódico del trabajador para la detección precoz de enfermedades, especialmente infecto-contagiosas.

enfermo en la búsqueda de empleo.

Las fuentes de financiamiento de estas iniciativas (principalmente descontada de las ganancias de la empresa privada) generaron ola de descontentos y estrategias de sabotaje, entre otros, el desabastecimiento de alimentos y el alza de precios, no obstante las cuales, se mantuvieron las iniciativas. Se autorizó el uso de baños públicos y entrega de alimentos; se creó el “Patronato de la Infancia” (orfanato); las medidas contra las epidemias (y específicamente contra el piojo exantemático) que por esos años, causaban alta mortandad, impusieron la necesidad de dar a las medidas profilácticas de las Brigadas Sanitarias un enfoque de respeto a la dignidad a las personas ante la acción sobre el cuerpo⁷ (Illanes,1993).

El nuevo rol del Estado, hicieron despertar la ilusión del mutualismo de revivir mediante aporte estatal: a fines de 1939 habían quinientas sesenta y una SSM en el país con ciento veinte mil afiliados; ya no sumaban nuevos trabajadores ante la existencia del Seguro Obrero Obligatorio y existía una notable distancia política con los principales aliados del sindicalismo (PS y PC). La búsqueda de consolidación del Estado benefactor hicieron inviable entonces el aporte económico para su resurgimiento (Illanes, 1993).

El costo de la vida había subido entre 1932 y 1942 un ciento sesenta y nueve por ciento, identificado como causa directa de la alta tasa de suicidios de la época, que aumentaba el desolador panorama de la salud pública; de muertes por enfermedades infecto-contagiosas y laborales, que si bien disminuían, la tasa anual de 1944 de mil trescientas personas indicaba que este descenso era lento (Illanes, 1993).

Hacia 1943, la segunda causa de muerte en el país era la Tuberculosis (12,5 por ciento) tras las gripes y neumonías de los niños que no alcanzaban a tener TBC (21,1por ciento). No obstante esto, la tasa de mortalidad infantil disminuyó de treientos cuarenta y dos mil a principios de siglo a ciento ochenta y cuatro por mil en 1945 (Molina, 2010).

El período de post-II Guerra mundial dio pie a dos fenómenos con amplia repercusión en la salud: el inicio formal de la estrategia “proteccionista” de EEUU hacia América Latina y el aumento del costo de la vida, no obstante el cual, se vivía en Chile un enriquecimiento de las clases asociadas a la propiedad de la empresa minera, consecuencia directa de la venta de materia prima en período bélico mundial (Illanes 1993).

La Agrupación Nacional de Empleados Fiscales (ANEF), particulares, sindicatos

⁷ La acción de las brigadas sanitarias hasta ese momento se había caracterizado por un afán persecutorio y trato denigrante hacia el sujeto enfermo; el predominio de una relación de poder militarizada.

obreros y organizaciones mutualistas levantó en 1946 incendiarios discursos sobre las consecuencias del alza del costo de la vida en el país; estas propiciaron a lo largo del territorio las acciones de descontento popular con movilizaciones y huelgas consecutivas que terminaron con fuertes actos represivo del Gobierno. Illanes (1993) señala al respecto, que Chile vivía la post-guerra como cualquier otro de los protagonistas vencidos⁸.

Gonzalez Videla asume la presidencia en 1947 en un clima de sumo descontento popular y efervescencia organizativa de trabajadores; implementa fuertes medidas represivas hacia las asociaciones de campesinos, militarización de zonas en huelga (especialmente de la minería carbonífera en el sur del país), la clausura de partidos políticos y la detención de dirigentes claves. La expulsión del Partido Comunista del Gobierno agudizó el clima de confrontación interna y el sector sanitario no quedó al margen:

“Nuevos movimientos sociales entraron en la arena huelguística. Se agitaba el personal de los hospitales de beneficencia ante el atraso reiterado en el pago de sus sueldos. La Confederación de los Sindicatos de la Beneficencia fue a la huelga. Se sacaron las voces del descontento: era el personal más mal pagado de los servicios asistenciales públicos.” (Illanes,1993: 374).

Los Médicos culparon a la política social de salud (implementada por el Estado) de la crítica situación económica y social del país; argumentaban que la “funcionalización” de su rol, en el marco de la previsión social que otorgaba atención médica gratuita a casi todos los sectores de la población les había quitado parte importante de sus ganancias en la práctica privada y que éste gesto “altruista ejemplar”, no estaba siendo valorado en su real dimensión (Illanes, 1993: 375).

En el fuerte contenido de su discurso, los médicos reivindicaron una situación de clase con derechos a condiciones de trabajo dignas, aún a costa del proyecto social del que formaban parte ya que se sentían ignorados y no reconocidos en su labor. El 15 de enero de 1948 se crea el Colegio Médico de Chile.

⁸ Este período de movilización fue encabezado principalmente por Clotario Blest quien estuvo a la cabeza, años después de la Central Única de Trabajadores (CUT)

3.2 Efectos de la organización política y administrativa de la salud en la expresión de la participación.

En 1952, se creó el Servicio Nacional de Salud (en adelante SNS), que como organismo centralizado del Estado, unificó los servicios de atención y de salud pública del país, desde atención primaria a la de especialidades; esto terminó con la dispersión existente hasta la fecha (beneficencia y protección social) y estableció un espacio formal para la toma de decisiones, llamado Consejo Nacional de Salud.

Con financiamiento principalmente estatal y aportes de las cajas de previsión, significó *“uno de los esfuerzos institucionales más importantes en la búsqueda de un sistema nacional para enfrentar las necesidades individuales y colectivas de salud.”* (Tetelboin, 2003: 20).

Proveyó de cuidado médico y hospitalario al setenta y cinco por ciento de la población, exceptuando sólo a las fuerzas uniformadas, fusionando el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero (1924), el Servicio Nacional de Salubridad (1925), la Junta Central de Beneficia y Asistencia Social, la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (1942), los servicios médicos de las municipalidades y el Instituto Bacteriológico de Chile (1929) (Livingston y Dagmar, 1976).

El SNS coexistió así con el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) hasta la disolución de ambos en 1979. Este último estaba orientado a la atención médica y dental de empleados públicos y privados bajo modalidad de “libre elección” pero facultado para el uso de infraestructura del SNS.

El período está marcado por el fuerte enfrentamiento entre organizaciones sindicales y gremiales con la política del gobierno en el ámbito de salud, la modalidad de “libre elección” significaba la legitimación de la medicina liberal, el co-pago por el acto médico y un modelo de gestión influido por el gremio médico, por lo tanto, parcial en la administración política y financiera.

En especial, la seguridad social no cumplía con las expectativas de los trabajadores. El SNS, recientemente formado, vivió contradicciones internas producto de la sucesivas legislaciones que propiciaron su desarrollo: fue paulatinamente apartándose de sus principios inspiradores que decían relación con la “unificación” técnica y administrativa

ante los vaivenes políticos, que a juicio de Molina (2010), son propios de una fase de consolidación de la economía capitalista en el marco de un Estado de Bienestar, con una sociedad activada y demandante a través de la organización.

Desglosaremos someramente los principales conflictos en torno a este organismo para apreciar la movilización gremial, sindical y social que paulatinamente aumentó en este período y en el que son distinguibles dos fases: la primera comprendida entre 1952 y 1960 y una segunda, en la década siguiente y que sin duda es clave para entender el triunfo de la Unidad Popular en 1970, que en el ámbito de la salud persiguió un “Sistema Único de Salud”.

Como señalábamos, la década de los años cincuenta constituye un momento decisivo en cuanto a la capacidad del pueblo de resistir y de demandar el derecho de organización libre al Estado. La fuerza productiva del país se moviliza decididamente en post de reformas económicas, políticas y sociales que ya no puede ser contenidas. La Central Única de Trabajadores (CUT) es creada en 1953 con el apoyo político de diversas fuerzas de izquierda, especialmente los partidos socialista y comunista. Los despidos en el SNS en 1955 alcanzaron a mil funcionarios y el desahucio de otros seis mil a nivel hospitalario. No obstante, los logros alcanzados en temas de mortalidad infantil, gracias al despliegue de los consultorios externos y la educación para la consulta periódica fueron notables: la tasa de mortalidad había descendido desde 1917 a 1955 en un 53,1 por ciento (Illanes, 2003).

Pero la implementación y puesta en marcha del SNS evidenció una serie de traspies; a partir de las ideas de Molina (2010) podemos decir que esto se debió a una vacilante voluntad política para hacer cumplir la ley; la inestabilidad y carácter cíclico de la economía, que impactó la asignación de recursos y remuneraciones; se vivió un desgaste de las relaciones entre corporación médica y Estado; y una pérdida de adhesión del grueso de profesionales al proyecto original de medicina socializada. Como explicación al fenómeno, Tetelboin (2003), atribuye este problema a cuatro aspectos: un presupuesto de salud que aunque mayor, resultó insuficiente; a la insolvencia de las Cajas de Previsión en la recolección y pago a sus acreedores (el SNS); a la lentitud y burocracia administrativa del mismo sistema y; a la incapacidad de llegar a cubrir necesidades de zonas rurales.

El segundo momento descrito, principios de la década de los sesenta está marcada por la visibilización de las fuerzas del campo: el proceso de Reforma agraria impulsado

durante el gobierno de Frei significó la polarización de este sector productivo ante la actitud defensiva y agresiva del sector de terratenientes, que apostaba por un *status-quo* y las expectativas creadas y no satisfechas desencadenan el descontento popular. En el marco de un claro declive del Estado-Asistencial, la medicina social (o socializada) daba pie a la denominada Medicina Comunitaria o Democrática.

En ese contexto, la salud es *uno* de los ámbitos de conflicto y reivindicaciones, encabezada por un fuerte Colegio Médico (en adelante CM) que se opone a las medidas que el ejecutivo puede introducir por ley, saltándose trámites legislativos. Entre otras, desatan la controversia por la creación de los cargos de Médicos Generales de Zona y la Ley de Medicina Curativa, presentada a tramitación en 1961 y promulgada siete años después. A juicio de Molina (2010) ésta -Ley de Medicina Curativa- es un ejemplo de cómo operó el poder gremial en el sector: desestabilizando la coherencia interna entre discursos y acciones, con su promulgación se instalaron las bases de medicina liberal, la libre elección, el co-pago por prestación de servicios y el pago por acto médico, que sin embargo no otorgaba a la orden, la cantidad de poder que demandaba para la co-administración del sistema.

¿Donde se evidencia entonces la contradicción de la que el Dr. Carlos Molina nos habla? Primero, el CM introdujo las prerrogativas que permitieron el inicio de la liberalización de la práctica no obstante su disconformidad con la ley en general; segundo, mientras el Gobierno propiciaba estas iniciativas, paralelamente discute por ejemplo el desarrollo de la “medicina funcionaria” que entre otros aspectos, aumentaba la jornada laboral de los médicos a 8 horas diarias. De alguna manera, otorgar y retirar privilegios sobre un mismo y delicado aspecto.

Segundo, se evidenció una grave y evidente confrontación CM-Gobierno: Frei pretendía mejorar el SNS a través de iniciativas resistidas por el CM y se iniciaba la tramitación del Seguro Obligatorio contra Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales y pretendía mejorar el funcionamiento del SNS con el reajuste salarial, la ampliación de la red de consultorio, postas rurales, redistribución de horas médicas, extensión de la asistencia médica a horario de tarde y noche, incremento del rendimiento de los hospitales aumentando el personal de colaboración médica y disminuir el gasto médico de la población. El reajuste salarial del 38,4 por ciento a la administración pública y un 51 a 58 por ciento a los profesionales de la salud fue interpretado como una forma de

apaciguar la demanda del gremio. Esta descripción que ahora nos puede resultar propia y natural de nuestro sistema, resultó muy conflictiva en la clase política de la época y fue argumento de la lucha social que criticaba el accionar errático del Gobierno.

3.3 La movilización social por la igualdad en salud.

Con una población que a nivel nacional alcanzaba a siete millones trescientos setenta y cinco mil habitantes, el setenta y dos por ciento de ellos estaba bajo el salario mínimo y era ésta la población atendida por el SNS. No obstante, el veinte por ciento de la asistencia privada usaba sus camas en caso de hospitalizaciones ante el escaso desarrollo de la medicina privada (Molina, 2010).

La situación habitacional vivió el esplendor de su propagación hacia territorios periféricos y baldíos de la ciudad, a través de la estrategia de “toma de terrenos”, lo que agudizó el precario estado de salubridad ante la escasez de redes de alcantarillado, luz y servicios.

Con un CM fuerte y la Federación de Trabajadores de Salud (FENATS, creada en 1947), que entonces contaba con cerca de treinta mil asociados, se inició la disputa con el Gobierno, junto a la ANEF y la Confederación de Empleados Particulares (CEPCH). En el marco de transformaciones sociales profundas, usaron la huelga y paralizaciones como estrategias que tensionaron el sistema capitalista nacional, en donde lo ocurrido con la ley de Medicina Curativa es indicador del resultado de esta tensión:

“(…) constituyó una trascendental reforma al sector de salud chileno, por cuanto se abrió camino a la generación de un sistema doble al interior del Servicio Nacional de Salud, usando sus mismos recursos; se privatizó la atención ambulatoria al situarla para los empleados en las consultas privadas de los médicos y se consagró con ello un régimen discriminatorio y desigual para los asalariados e indigentes.” (Molina, 2010: 142)

La reivindicación de trabajadores, si bien respondía a múltiples frentes políticos y estuvo impulsado fuertemente por idearios de la época (especialmente aquellos provenientes de la Revolución Cubana). Buscó defender la salud como derecho en el marco de la justicia social y en esa lógica, la unión congregó a gremios de profesionales

(especialmente el médico) a funcionarios de la salud, a los empleados particulares y públicos y a la clase trabajadora, articulados desde la Central Única de Trabajadores (CUT), más la movilización de estudiantes y partidos políticos de izquierda entre otros.

Interesante de revisar en este contexto, es que el anhelo de igualdad hizo pertinente la crítica a principios y estrategias básicas de la salud pública chilena de la época: la “promoción popular”, lema de Frei y el partido oficialista, por ejemplo no debía ser sólo para los pobres por el solo hecho de ser pobres. Bajo la lógica de auto-organización en torno a líderes poblacionales, el gobierno intentó mitigar la marginalidad introduciendo recursos y lineamientos verticalmente concebidos (pensados desde la burocracia institucional). María Angélica Illanes (2003) considera al respecto, que el objetivo fue cumplido justamente en aquellos reductos en donde el liderazgo natural permitió la utilización de recursos puestos a disposición, pero donde se mantuvo cierta independencia ideológica que permitió que se conformaran como piezas claves del mismo movimiento contestatario, con varios enclaves que evidencian la utilización política-partidaria.

A modo de conclusión, podemos señalar que esta última década está marcada por varios intentos de aumentar y mejorar la protección social de la salud de la población; la situación de salud, continuó una curva que indican sustantivas mejoras no obstante la precarización de algunos sectores, propios del crecimiento de la población en la ciudad que se encontraron con un período de efervescencia reivindicativa que florece con fuerza tras décadas de acopio de descontento y frustraciones; todo esto fuertemente influido por el movimiento global de revolución y que en Chile, además no hubiera visto frutos si no de la mano de los actores-líderes políticos y sociales de los que hemos intentado dar cuenta.

CAPÍTULO 4

Una conceptualización de la participación social para su estudio desde la salud colectiva.

La definición del concepto de participación social (en adelante PS) responde a necesidades particulares y se pasea por tantas perspectivas teóricas como autores escriben sobre ella. En gran medida y especialmente en el ámbito de la salud, es un concepto principalmente revisado desde su historia, desde sus prácticas y resultados, por sobre su estructura epistémica. Es habitual la referencia a la PSS como sinónimo de participación ciudadana, participación comunitaria o popular entre otras, también se encuentra a modo de sinónimos o como indicativo de niveles de complejidad creciente en su expresión. En otros muchos casos, la denominación responde al uso que el discurso oficial (planes, leyes, normas) hacen del concepto (Agencias Internacionales y los Estados mismos).

Consideramos que cualquier análisis crítico con respecto a la participación en salud es un ejercicio que requiere en primer término, de una delimitación conceptual o a lo menos un análisis de las formas de interpretación bajo los cuales se ha venido trabajando. A juicio de Eduardo Menéndez:

“Para algunas tendencias lo que es PS se define según los objetivo que se quieren lograr, el rol que los actores tienen en la toma de decisiones y/o el sentido que ellos le dan al problema y a sus acciones. Estos modos de definir la PS necesitan ser acotados, pues larvada o explícitamente proponen que no son las actividades, por más participativas que parezcan en lo fenoménico, las que definen lo que es PS, sino el papel y el sentido dado a dichas actividades por los actores que las realizan y/o impulsan, lo cual en la práctica conduce a excluir determinadas concepciones y sobre todo acciones de PS.” (2006: 82-

83).

La acotación -que no desconoce- la variedad de interpretaciones posibles supone entonces también la diversidad de acciones en el terreno de la salud, con dificultades por lo tanto para ser evaluadas y sistematizadas; y muchas veces por lo mismo ignoradas.

Sumado a lo que denominamos polisemia, aparece como causa o consecuencia de la misma el papel de los momentos históricos y su influencia en la misma. Esto es, las determinantes geográficas, políticas y sociales que propicien el surgimiento de la acepción y su desarrollo dentro de diversos campos disciplinares.

El concepto de participación social sobrepasa un ámbito de estudio o campo disciplinar; su incorporación al lenguaje de las políticas sociales y sus estrategias para el análisis se han ido progresivamente complejizando, y con ellos, enriqueciendo su nomenclatura conceptual, sin que eso, paradójicamente, redunde en una disminución de su polisemia.

Su comprensión sigue múltiples caminos, “o trayectorias”⁹. Independiente de la línea de pensamiento desde la cual sobre ella se hable, hay dos formas de análisis que para esta investigación se hacen imprescindibles: primero, un análisis longitudinal del concepto y su explicación desde la historia, que nos aproxime al entendimiento de cómo es que se incorpora éste al ámbito de la salud; segundo, un análisis derivado del primero, pero que profundiza en el aparato conceptual-teórico desarrollado a la luz de los acontecimientos históricos-cronológicos; y al finalizar un tercer análisis más bien transversal en el tiempo, que da cuenta de las formas contemporáneas de difusión del conocimiento sobre PSS especialmente en Iberoamérica.

4.1 La participación social desde la evolución histórica del concepto.

En la década de los años cuarenta encontramos los primeros antecedentes del concepto de “participación” en discursos oficiales; bajo el supuesto de que ésta propiciaba la democratización de conjuntos sociales, la movilización y organización en diversos

⁹ A juicio de Menéndez (2006), el hecho de la apropiación de la participación social (en adelante PS) como objetivo y método para propósitos tan diversos, explica que su desarrollo este construido en lo teórico y lo práctico, a partir de “trayectorias” tan diversas: la política, la académica, la técnica, la sindical, entre otras.

ámbitos de la vida. Si bien su utilización como estrategia de grupos organizados data del siglo XIX, (especialmente aquellos reivindicatorios de condiciones laborales) no es hasta en este período de post-II Guerra Mundial cuando se incorpora al lenguaje de los organismos internacionales para políticas de educación, salud, trabajo y cultura, como una estrategia para superar el subdesarrollo en países “dependientes y periféricos”¹⁰, especialmente en zonas rurales.

El lenguaje y forma de pensar sobre el tema estuvo influenciado por los trabajos de la antropología social, con énfasis en las características socioculturales que fueron identificadas como entorpecedores del cambio que llevaría al desarrollo (Menéndez, 2006).

Esta mirada colonialista, dejó fuera las limitaciones que las atribuciones del poder ejercían sobre ese tipo de procesos sustentándose en una relación causal de despliegue de habilidades. No es hasta la década de los cincuenta e incluso los sesenta, que este aspecto se transforma en el eje de la discusión sobre la participación, con la demanda por reivindicaciones de corte laboral-sindical, estudiantiles, étnicas, religiosas y políticas.

La década de los sesenta supuso, a nivel mundial, la participación en función de objetivos diversos; los ejes fueron económico-políticos, de género, religiosos, estudiantiles, étnicos y tuvieron una visibilización amplia con la crisis de las propuestas políticas mas bien radicales de una década caracterizada por transformaciones sociales profundas donde la idea de “empoderamiento” y poder en la toma de decisiones encontró terreno fértil, indisolublemente unido a movimientos sociales, articuladores y protagonistas de este período.

La incipiente y corta consideración del “poder” como eje de la PS se vio trastocada en la década de los setenta, cuando el concepto fue incorporado de forma heterogénea y disímil, tanto en los discursos como a la acción. La PS fue un instrumento para revertir las características de un mundo capitalista; Menéndez construye la siguiente explicación para este fenómeno desde una perspectiva teórico-ideológico del fenómeno:

“(…) el capital favorece el desarrollo de una sociedad individualista, competitiva, consumista, pasivo-receptiva, apática, donde los objetivos privados se imponen a las necesidades públicas. Una sociedad donde la caída de ideologías y prácticas comunitarias y/o socialistas favorecía la atomización y la indiferencia o el escepticismo hacia las acciones colectivas; y donde la

¹⁰ Denominación usada por Mario Testa para referirse a los países “en vías de desarrollo” o “subdesarrollados” en contraste a los “independientes”.

democracia aparecía cada vez más formal, ya que se habían generado o más frecuentemente profundizado la escisión entre la población y sus representantes políticos y/o sindicales aun en contextos donde funcionaba comparativamente la democracia representativa.” (2006: 58)

Este análisis de los años setenta no fue precisamente novedoso; la crítica a la acción colectiva y solidaria en la sociedad europea fueron centro de la discusión teórica ya de los años veinte y treinta, cuando -y desde- el enfoque marxista y materialista histórico, se explicaba la no participación como el resultado de sociedades individualistas, atomizadas y escépticas con respecto al valor por acciones colectivas.

La sociología norteamericana también en la década de los cincuenta y sesenta centró su atención sobre la identidad subjetiva y grupal, *“la caracterización de la vida como inauténtica, anónima, alienada, con el dominio creciente de la soledad, el aislamiento (...)”* (Menéndez, 2006: 58). Esta línea de análisis de las sociedades capitalistas, se extendió a los estados socialistas. Los teóricos de izquierda veían la PS excluida de los procesos de decisiones políticas, verticalizada y burocratizada en la organización para procesos de desarrollo sociocultural de las comunidades, en donde la participación autónoma estaba muchas veces anulada, dejando paso sólo a formas estructuradas, dirigidas y planificadas desde cúpulas políticas.

Mientras en los países centrales la PS se daba en torno a “movimientos globales”¹¹, varios países de América Latina vivían las fases más duras de represión con dictaduras militares. En ese contexto, finales de los años setenta e inicios de los ochenta fue etapa en que la PS se afianzó como estrategia para la lucha social; la lucha contra el poder hegemónico; la politización de los movimientos sociales latinoamericanos respondieron a la necesidad de gestionar recursos y fuerzas para el término de las dictaduras y como una válvula de apoyo mutuo para la acción, aunque en muchas quedó tan sólo en formas de sobre vivencia más que de transformación. Indistintamente, estos construyeron -a juicio de Menéndez- un híbrido que describe:

“Se generó una articulación de propuestas devenidas del granscianismo, la fenomenología, el cristianismo de base y otras tendencias, impulsando una

¹¹ De acuerdo a la clasificación usada por Wieviorka (2009) en “¿A dónde va el debate sobre los nuevos movimientos sociales?” en que describe tres fases en el desarrollo histórico de la movilización social, y que se describe en profundidad en el capítulo cinco.

perspectiva que superaba la significación del saber popular y su potencialidad de resistencia, así como el papel de la práctica y de la concientización, que se expresó a través de un intenso trabajo comunitario y barrial, y una de cuyas principales referencias fue la obra de P. Freire.” (2006: 64).

La izquierdización ideológica fue la tónica mayoritaria, al alero de la disputa del poder tanto en las esferas públicas como privadas; las ideas revolucionarias y la radicalización la acompañaron. Para algunos, la lucha no tuvo características colectivas como las de los movimientos obreros, sino más bien individual, estableciéndose como una especie de transición a las décadas siguientes. No obstante, esta izquierdización se asocia más a la adhesión de pensamientos políticos heredados ya que la postura ante la politización de los movimientos sindicales fue clave en el decaimiento del fenómeno.

Podemos decir que la validación del activismo, la movilización permanente e incluso el uso de la violencia fueron el resultado de un contexto histórico particular, que tuvo, en países centrales, su principal momento de expresión en la década de los años setenta y en América Latina, a fines de los setenta e inicios de los ochenta. El trabajo teórico de Foucault es reflejo de esta reflexión, ya que desde el análisis teórico en *Saber/Poder* explica cómo las instituciones no solo limitarían la participación sino que la transforma: el proceso autónomo en un instrumento para la reproducción de la dominación cualquiera sea el tipo de institución. No obstante, la PS es a su vez reconocida como una de las estrategias factibles de construir como herramienta para que los grupos subalternos, se opongan a lo estructurante. La PS parecía uno de los principales instrumentos para la visibilización del sujeto marginado, para la eliminación de la “exclusión y subalternidad”, posibilitaría el desarrollo de la autonomía, a la base del ejercicio de ciudadanía, democratización y por sobre todo, entregaría la posibilidad de transformación:

“(…); al involucrar al individuo en una actividad colectiva tendería a superar la atomización social y posibilitaría la constitución de una subjetividad no centrada en lo privado. Estas concepciones son fundamentadas teórica y empíricamente en el hecho de que el sujeto se constituye como tal a partir del /los otro/s; la constitución del sujeto no es un hecho individual sino un proceso de participación relacional.” (Menéndez, 2006: 62)

A juicio de este autor, esta premisa fue central en que las estrategias se tornaran colaborativas, superando la búsqueda de control de la población, recuperando el papel del actor dentro del escenario social, su subjetividad y el valor de lo cotidiano. A diferencia de lo ocurrido en países centrales, las estructuras económicas y de poder en el marco del Estado-Nación hizo inseparable la noción de sujeto social “dentro de una estructura” y por lo tanto, su PS en referencia a este marco.

Ramirez (2009) sitúa la organización de la sociedad civil intrínsecamente unido a la PS, con los movimientos en contestación a las dictaduras, defensa de los derechos humanos y los procesos de paz (entre 1970 y 1980) así como también la organización ciudadana en México de 1986 para la reconstrucción del entorno físico y social inmediato post-terremoto entre otros ejemplos. Entiende la sociedad civil como:

“Una esfera social distinta del Estado y del mercado en la que ciudadanos, asociaciones y movimientos sociales problematizan nuevas cuestiones, disputan sus derechos, buscan ampliar la participación y la incidencia pública en el proceso político desafiando así los límites de la política institucional” (Arditi, 2004; Cohen, Arato, 2000; Offe, 1992; en Ramirez, 2009: 48).¹²

El surgimiento y desarrollo de las organizaciones habría sido propiciado por la estructura del ciclo estatal desarrollista, mientras que su debilitamiento, con la primera época del neoliberalismo, para resurgir en los noventa con nueva fuerza en la región como una manera tardía de reacción ante la política económica y social al modelo económico. Esta nueva etapa asiste entonces a la presencia no sólo de trabajadores organizados, sino a pueblos originarios, jubilados, desempleados, estudiantes, discapacitados, consumidores y aquellos que se sienten discriminados por cualquier condición de sexo, raza o religión en pos de la defensa de derechos sociales.

Este tipo de organización, está en el marco de la iniciativa de gobiernos de izquierda, que centralizadamente, también habrían creado espacios de participación en la política local, con financiamiento y generación de espacios para la discusión; plantean la organización de la sociedad civil en un contexto real y no sólo utópico que resulta en la emergencia de un nuevo escenario político de izquierda, con renovación discursiva que incluye la participación social como eje básico que se enfrenta para su concreción en la

¹² Sobre el concepto de Sociedad Civil y Movimiento Social se profundiza en el capítulo cinco.

misma orgánica de las de movimientos y en los sentidos ambivalentes otorgados a la participación.

Tras las grandes demandas reivindicativas de los pueblos indígenas en años noventa, con un discurso-acción confrontacional y reivindicativo se asiste hoy a un abandono en la construcción de agendas colectivas, al predominio de formas conciliadoras, cooperativas y pragmáticas para con las instituciones del Estado; a la mayor profesionalización del activismo y la inclusión del discurso de responsabilidad social.

Desde 1995, la noción de sociedad civil comienza a vincularse estrechamente con el de participación social, adquiriendo casi el estatus de “*estado público no estatal, que es necesario distinguir de las formas de representación corporativa de intereses*” (Casas y Torres, 1999: 8).

En este contexto, el Estado, sector privado y la sociedad civil son entendidos como parte de un mismo entorno, con roles diferentes. El primero de ellos, crea el ambiente propicio y el marco legal para la existencia de los otros dos; el segundo (sector privado), crea el empleo y propicia ingresos económicos, mientras que la sociedad civil, facilita la interacción política y social al movilizar a sus agentes sociales para que participen en las actividades económicas, políticas y sociales.

4.2 El concepto de participación social en el ámbito de la salud.

La evolución del concepto de PS en la historia es transversal a su uso disciplinar, no obstante, dada la relevancia que se le otorga al estado de salud de la población, como un indicador de subdesarrollo es que se incluye tempranamente en los discursos de investigadores, evaluadores e interventores en salud como una estrategia para superarlo. No obstante lo anterior, Ugalde (2006) considera que su introducción es tardía comparada con ámbitos como el trabajo agrícola, educación y otros sectores.

Como señalábamos en los párrafos precedentes, en la década de los años cuarenta, se instalan dos tipos de abordajes salubristas/sanitarios cuyo centro fue la PS: en el primero de ellos, la participación fue visto como un mecanismo para traspasar a las personas, en calidad de sujetos particulares, la responsabilidad por la mantención de su estado de salud y la solución a sus problemas a través de actos voluntarios e individuales. En el segundo, existió la transferencia de responsabilidad mantención de la salud a terceros y la

superación de la enfermedad a de modo dependiente, surgiendo así los llamados “grupos de auto ayuda” en la intervención sanitaria (Ugalde, 2006).

Ambas perspectivas para la intervención fueron influenciadas por la antropología culturalista, que explicaba cómo los procesos de salud y enfermedad se veían influidos y hasta cierto punto determinados por estilos culturales como los ritos, las costumbres y las relaciones parentales particulares que debían erradicarse y/o modificarse para mediar su efecto sobre la salud.

En el marco de esta “forma” de entender una especie de “causalidad” de la salud y la enfermedad por parte de los estudiosos de la época, al término de la II Guerra Mundial, Estados Unidos generó la estrategia de “Alianza para el Progreso” como una forma de introducir una serie de profundas transformaciones al desarrollo agrícola y urbano de América Latina que tras la Revolución Cubana había levantado una serie de demandas sociales, dentro de las que destacó la reforma agraria.

Fue denominado “ingeniería social” el proceso mediante el cual se buscó “modernizar valores”, a través de la manipulación cultural y valórica de los pueblos, toda vez que la interpretación de conductas caracterizaban a los sujetos como incompatibles con “el desarrollo” e “(...) *individualistas, temerosos, desconfiados, no cooperadores, sin intereses por prosecución de logros, entre otros.*” (Menéndez, 2006: 16).

Programas implementados bajo esta lógica se encuentran principalmente en Centroamérica, que no obstante la inyección de recursos por parte de organizaciones internacionales, vieron fracasar paulatinamente sus objetivos. Esquemáticamente, los programas fueron muy semejantes en su estructura, debido al apoyo y monitoreo del mismo núcleo de agencias internacionales: OPS/OMS, AID, IDRC, Unicef, FAO, Milbank Foundation, Rockefeller Foundation, Kellogg Foundation, etc (Ugalde, 2006).

La responsabilidad de los magros resultados fue atribuida a las mismas características de la población que los programas buscaban revertir; en el proceso de implementación y ante la escasez de recursos de los gobiernos locales, la herramienta más usada fue la “auto ayuda”, como una forma de reducción de costos, vinculándola así erróneamente a la primera forma de participación comunitaria en esta área.

La incorporación de acciones del ámbito de la salud en el programa de “Alianza para el Progreso”, provino de las iniciativas implementadas desde 1965 por el Gobierno de EEUU destinados a las poblaciones de mayor vulnerabilidad: estas entregaban la

responsabilidad a los dispositivos de salud local para la movilización y coordinación, administración de recursos para proyectos sociales y educacionales, para el involucramiento del “pobre” en la planificación y administración con la lógica de la “auto ayuda” como la forma más efectiva para la superación de la pobreza (Donnangelo, 1994).

La participación se centró en objetivos educativos y promocionales para la conservación de los estados de buena salud de la población y no fue hasta décadas siguientes que se consideró el protagonismo que el sujeto puede tener para la curación y/o reducción de los efectos negativos del padecimiento. El concepto dejó de tener una implicancia netamente preventiva para ser concebido también desde lo terapéutico, al convertir a los sujetos en protagonistas que ya no sólo reproducen estructura, *“sino que contribuye a producirla y cambiarla”*, a través del proceso de “empoderamiento” (Menéndez, 2006: 61).

Resulta interesante revisar los motivos que llevaron a la implementación de políticas de salud centrada en la PS, no obstante el fracaso en el ámbito agrario y rural experimentando, Antonio Ugalde (2006), sugiere 3 explicaciones posibles para esto: primero, habría primado el interés por la introducción a través de ella de valores propios de la sociedad de consumo, la minimización de valores e instituciones indígenas así como la transformación de los campesinos en proletarios rurales y/o industriales; segundo, el resultado de la promoción de programas de auto ayuda, serían aprovechadas principalmente por fuerzas de poder y represión destinadas a las mismas organizaciones populares; y tercero, la cooptación de los líderes más capaces por parte de las organizaciones sociales también facilitarían el control social de los mismos. El resultado fue la explotación de los pobres, el empobrecimiento cultural de los pueblos, mediante la utilización de recursos económicos “frescos” provenientes de las organizaciones internacionales.

Tras lo que fue catalogado como un “fracaso relativo” por los planificadores, la PS igualmente se implementó en políticas de salud en gran parte de América Latina con el apoyo de organismos como la OMS, OPS y AID (Agency for International Development), a excepción de países como Cuba y Panamá donde su incorporación respondió a lógicas ideológicas, propias de los procesos revolucionarios y como estrategia democratizadora (Menéndez, 2006).

La ratificación final de la utilización de la participación social en salud y su

estrecha vinculación con la Atención Primaria en Salud se da en la Conferencia de Alma Ata en el año 1978, al establecer en el punto IV y como principio rector que: *“El pueblo tienen derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud”* (OPS). Fue además concebida como estrategia, al describir en el punto VII (5):

“(…) exige y fomenta en grado máximo la autor responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria en salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.” (OPS, 1978)

Previo a la Declaración de Alma Ata en 1978, las acepciones sobre el concepto de PSS se dividieron en dos: una referente a recursos y otra con respecto a la comunidad organizada que interviene en todas las etapas de los programas de salud. La primera de ellas centra la importancia en *“la capacitación de la gente de la comunidad para que resuelva sus problemas por sus propios medios, mejorando su calidad de vida...(se debe) estimular, movilizar y asesorar a los vecinos y líderes de la comunidad en el desarrollo de la ayuda mutua y el esfuerzo propio...”* (Ware, 1962:1; citado en Menéndez, 2006, p.85), a juicio de este autor, son estas las acciones en las que se centran mayoritariamente las ONG(s) en la actualidad y los dispositivos bio-médicos. Para la segunda acepción, Menéndez cita a Muller (1979), quien consideró la PS como:

“el proceso que permite el desarrollo de la población incorporando su capacidad creadora, expresando sus necesidades y demandas, defendiendo sus intereses, luchando por objetivos definidos, involucrando a la comunidad en su propio desarrollo y participando en el control compartido de decisiones.” (2006: 85).

Entre los antecedentes históricos también encontramos que en 1973, durante la XXII reunión del Consejo de Directores de OPS, fue sancionado el concepto de “participación comunitaria para los pobres”; dos años más tarde OPS publicó las pautas para organizarla. En 1976 el director de este organismo escogió la “participación

comunitaria” como tema de su discurso en la IX Conferencia Internacional sobre Educación para la Salud realizada en Ottawa (Ugalde, 2006).

La Carta de Ottawa, en 1986 es una respuesta a la necesidad de satisfacer la demanda por la conceptualización de salud pública desde una mirada que sobrepasara lo tradicional. Esta tomó como puntos de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma Atta (OPS, 1978) sobre atención primaria en salud y otras discusiones contemporáneas a nivel de la OMS-OPS. Centra su eje en la promoción de salud, acerca de lo que señala: *“consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”*; indica además que depende de ámbitos que sobrepasan lo sanitario, ya que la salud se percibe no como un objetivo sino como *“la fuente de riqueza cotidiana”* que para ser alcanzada, requiere del cumplimiento de condiciones como la paz, la educación, la vivienda, alimentación, renta, un ecosistema sustentable, la justicia social y la equidad. En ese marco, da un valor central a la equidad sanitaria como objetivo y asegura que *“las gentes no podrán alcanzar su pleno potencial a menos que sean capaces de asumir el control de todo lo que determina sus estados de salud”*. Señala que la coordinación de organizaciones corresponde tanto a gobierno, sectores sanitarios, medios de comunicación y a la industria entre otros, que deben otorgar las condiciones para su desarrollo, marco en que los profesionales y demás personal sanitario han de cumplir un rol mediador (OMS, 1986).

Esta señala que la participación activa en la promoción de la salud implica: 1) la elaboración de una política pública sana; 2) la creación de ambientes favorables; 3) el reforzamiento de la acción comunitaria; 4) el desarrollo de aptitudes personales y 5) la reorientación de los servicios sanitarios. Explícitamente, la PS es señalada en el punto cuatro, haciendo notar que esta radica en un sistema de participación efectiva y concreta de la comunidad tanto en la fijación de prioridades, como en la planificación y puesta en marcha de estrategias que tiendan a alcanzar un mejor nivel de salud, identificando en el poder sobre sus propias iniciativas la fuerza motriz y garante de éxito de la misma.

No obstante las distinciones entre los indicadores de uno y otro documento en torno a la construcción y apropiación del concepto, en ambos está presente la interpretación de “lo local” v/s “lo general” (propio de la globalización) en el papel de los sujetos, que se torna relevante en el momento que algunos atribuyen la dificultad de participación a características de la comunidad (especialmente carencia de información necesaria para el

proceso) mientras otros en la concepción pasiva y netamente receptiva de esta. Independiente del motivo, el resultado es que desde estos lineamientos, se deberían tomar decisiones, cuando mucho consultando sobre implicancias locales, de manera que estas digan relación directa con los problemas sociales reales (estructuras sociales y políticas).

El análisis de María Cecilia Donnangelo (1994), nos permite profundizar en la importancia de este aspecto estructural al señalar que la medicina comunitaria correspondería a una especie de extensión de la práctica médica tradicional articulada como política de salud en el marco de sociedades capitalistas que determina ciertas formas de comprender la política social y la organización de servicios.

En el marco de las prácticas necesarias para enfrentar la declaración política-ideológica de “la salud como un derecho”, se evidencia la carencia de soluciones para quienes no pudiesen “consumir” salud a través de la cada vez más desarrollada medicalización y los avances tecnológicos que llevan a una práctica cada vez más costosa, en la medida que los profesionales se ven envueltos en la especialización interminable (Donnangelo, 1994).

Esta misma autora señala que la producción de servicios de salud por el Estado, bajo este escenario, propicia una práctica científico-tecnológica predominante, y como una forma de paliar las leyes del consumo en el área es que se abre espacios dentro de este radicalismo generalizado a proyectos como el de la medicina integral, la medicina preventiva y la comunitaria para enfrentar el problema.

En EEUU, cuna de la salud comunitaria propiamente tal, entendida como la necesidad del Gobierno de J.F. Kennedy de sobrellevar la demanda de grupos negros norteamericanos y otros movimientos sociales ante el desempleo, el sub-empleo y la marginación, llevaron a la creación de programas de acción comunitaria, que permitió la presencia del Estado en la esfera del consumo prohibitivo para parte importante de la población. Así, se crearon programas de educación elemental, entrenamiento profesional, asistencia jurídica y médica (Donnangelo, 1994).

La primera de ellas (medicina integral) correspondería a la confrontación del carácter fragmentario de la práctica médica contemporánea, que secciona al individuo y lo contempla separado de su entorno; la segunda (medicina preventiva), corresponde a una estrategia para superar el reducido espacio de la atención individual, la incorporación de “lo social” al ejercicio cotidiano y la contrastación de la hiper-especialización. Ninguna de

las dos permite atacar el punto fundamental que tiene que ver con la generación y venta de bienes de servicios de alto costo para una parte de la población. El surgimiento de la medicina comunitaria en EEUU, también pretende ser una alternativa al modelo dominante, una forma en que las poblaciones excluidas del cuidado médico y con necesidades generadas en la estructura social y las leyes del mercado pudiera acceder a cuidados médicos aunque éstos fuesen “simplificados”. La medicina comunitaria postula entonces: “(...) *la subordinación de la práctica médica a la dimensión social del proceso salud-enfermedad, imponiendo la superación del corte entre aspectos orgánicos y psicosociales, entre conductas preventivas y curativas. Entre práctica individual y efectos colectivos de la atención a la salud.*” (Donnangelo, 1994: 97)

La concepción norteamericana de “salud comunitaria” se asentó en las siguientes premisas: a) la delimitación de un espacio geográfico para la práctica, como una forma de reducir costos y aumentar la eficacia técnica y b) la identificación entre comunidad y sociedad local, como una forma de homogeneizar “lo social” que terminó siendo un reduccionismo para el diagnóstico y la intervención de “esa” realidad social; c) sugirió una forma de movilización grupal en torno a intereses y objetivos, que significó la participación social en torno a los evidentes puntos conflictivos y de tensión de la sociedad norteamericana de la segunda mitad de la década de los sesenta.

A juicio de Donnangelo, el aspecto de la PS incluido en los programas médicos de acción comunitaria rebasaron su campo particular, sumándose a otros movimientos por los derechos civiles, que evidenció que la estrategia respondía a “*la reproducción de la estructura social por mediación de lo político más que a una articulación con el momento inmediato de producción.*” (1994: 106). Este análisis permite entender porqué este tipo de práctica médica fue paulatinamente perdiendo fuerza en EEUU y encontró terreno fértil en la carencia y segmentación social de América Latina.

Ugalde señala que la vinculación de la PS y la atención primaria en salud no es casual, esta última fue diseñada para campesinos y la población más pobre a la que le correspondió la participación comunitaria, como una estrategia de legitimación ante los malos resultados obtenidos principalmente en cobertura de servicios para el cuidado de la salud. En muchos países y durante muchos años, los equipos destinados a estas labores eran aquellos con menor preparación técnica y en quienes se invertía la menor cantidad de recursos económicos para solventarlos. De esta manera, se considera que el tránsito entre

el discurso y la acción es más bien simbólico, con poco o nulo poder político y de decisión, donde los aspectos financieros, de administración, y de planificación quedaron en manos de la burocracia institucional, escenario que en muchos casos se mantienen hasta nuestros días.

Tanto la Unicef como la OMS publicaron profusos informes con análisis de experiencias exitosas de participación social en salud en América Latina por esa misma época, que luego, vistos a la luz del tiempo mostraron no ser todo lo exitosos que se suponía en un comienzo. Sumado a lo anterior, estaban asociados a la creencia que los valores de los “pobres” constituían la principal limitación para el cuidado y las mejoras de las condiciones de la salud y que además los “pueblos tradicionales” no contaban con las suficientes herramientas para organizarse a sí mismos.

La introducción de estrategias metodológicas como la investigación – acción, que se inicia a partir de los años sesenta, pero que en las dos décadas siguientes se normaliza como una herramienta propia de las ONG(s) sembró la crítica al positivismo en la forma de pensar y actuar con comunidades: integró a los sujetos no como objetos de intervención, sino como sujetos transformadores de su propia realidad social (Menéndez, 2006).¹³

Las iniciativas propiciadas por organismos internacionales para PS en salud (OMS y OPS) tuvieron un éxito relativo, explicados posteriormente por analistas dado el desconocimiento de las formas naturales de organización de las comunidades y en la lectura errónea de académicos, técnicos y planificadores al tratar de introducir “*formas organizativas 'modernas' que respaldaban el autoritarismo, la centralización y las desigualdades*” (Ugalde, 2006: 23).

Esta mirada, no hizo otra cosa que desarticular la organización comunitaria “natural”, la supresión de líderes y en muchos países, agudizó la explotación de los más pobres en pos de un trabajo no remunerado, obviando la discriminación que significó la imposición de la “auto gestión” de los pobres v/s la de los no pobres. No obstante todo lo señalado anteriormente, estas ideas fueron introducidas y siguieron un camino propio en el ámbito de la salud.¹⁴

La OMS, en 1990, funde la mayoría de estas acepciones en el trabajo de Peter

¹³ La influencia del modelo de ONG(s) serán revisados en el apartado siguiente en el marco de una caracterización contemporánea del concepto y sus alcances más próximos.

¹⁴ Mario Testa usa la irónica homologación de “atención primitiva” para referirse a “atención primaria”, como una forma de explicar el efecto que las malas condiciones de prestación y desarrollo han generado en la misma.

Oakley, *Intervención de la comunidad en el desarrollo sanitario* donde señala que todos los conceptos de participación social y quienes trabajan a partir de ellos coinciden en la importancia de consultar a la gente en la toma de decisiones sobre su desarrollo, incluso permitiéndole el acceso a los recursos y conocimientos necesarios para ese desarrollo y el disfrute de los beneficios conseguidos a partir de ella. La define entonces como:

“un proceso de adquisición de poder, en el sentido de acceso y control sobre los recursos considerados necesarios para proteger los medios de vida, y colocando el eje de las decisiones en el saber y poder locales. Por lo cual la población no sólo debe ser consultada, sino que debe intervenir en la toma de decisiones.” (Oakley 1990; citado en Menéndez, 2006: 11)

Uno de los más recientes documentos oficiales emanados de la OMS con lineamientos para la planificación regional es la *Agenda Salud para las Américas*, que entrega un marco de cuatro principios y valores a modo de lineamientos que han de seguir las organizaciones interesadas en la cooperación en salud. Uno de ellos corresponde a PS, definida como *“la oportunidad de toda sociedad de tomar parte en la definición y ejecución de políticas públicas de salud así como en la evaluación de sus resultados.”* (2007: 15)

La PS aparece como una estrategia que está a la base de la acción de la atención primaria y las políticas públicas en general para superar las brechas de desigualdades en salud. No obstante esto, señala que la participación de la comunidad en esta construcción y la conducción de las mismas debe quedar *“en manos de autoridades sanitarias sólidas y respetadas.”* (2007: 5). En sus líneas de acción, señala asimismo que la autoridad sanitaria es la encargada de propiciar la plena PS así como el fortalecimiento de la APS, junto al sector privado; triada estratégica para el fortalecimiento de la capacidad institucional, rectoría y liderazgo. No contempla la PS con un rol supervisor en el estilo de control de cuentas, que posteriormente vemos en otros lineamientos regionales.

4.3 El “Estado del Arte” sobre la participación social en salud.

Una vez entendida la génesis del concepto en salud, es necesario revisar transversalmente las principales perspectivas que rondan el análisis en la materia. Como

señalábamos al inicio del capítulo, la PSS ha adquirido una relevancia creciente en los discursos de las políticas sociales y largamente rebasa un ámbito en particular como el de salud.

De esta manera, adquiere tantas formas teóricas como autores se refieren a ella o perspectivas de estudio son utilizadas para su análisis; no siempre guiados por la reflexión acerca del significado perseguido para su evaluación y/o implementación; es común encontrarla como sinónimo de participación “ciudadana”, “comunitaria” o “popular”; como indicativa de distintos niveles de complejidad en su expresión práctica que va desde el acceso a la información por parte de la población, a la instauración de mecanismos para la toma de decisiones.

Incluso dentro de uso disciplinar, es un concepto polisémico, que se establece a partir de diversas perspectivas de análisis y que se ve influido por perspectivas disciplinares y por las definiciones conceptuales que la estructuran como propósito.

Por lo mismo, la revisión de la literatura que se presenta, ordena la evidencia en seis ejes, contruidos a partir de la revisión de un total de veintidós artículos encontrados en bases de datos de revistas científicas: la historia como eje de análisis de la participación en salud; los análisis con énfasis en la revisión teórico-conceptual del concepto; aquellos que describen el rol de profesionales en el desarrollo de estrategias de participación social en salud, como una estrategia; aquellos referidos al análisis vinculados a programas de salud específicos en América Latina y el Caribe; evaluaciones de diversos actores con respecto al concepto y estrategias participativas, y finalmente; aquellos que evalúan la implementación de programas con participación social en salud como meta.

Refiriéndonos a la primera segmentación realizada, la reconstrucción de la historia sobre la participación social parece ser una de las formas más usadas para referirse al tema, dada la tendencia a ligarla a la re-construcción de experiencias. Estas muestran una vinculación progresiva en el tiempo, entre los principios de la participación social y el ejercicio democrático de sistemas administrativos generales y su paulatina integración con estrategias de seguridad social en países distintos; pasan revista a las posturas oficiales de organismos internacionales y a la importancia del contexto social para el logro de mayor o menor grado de desarrollo de la participación, que se vincula con las voluntades en estructuras de poder para la misma; sin profundizar en análisis políticos o ideológicos a la base que permitan explicar dicho aspecto.

Los análisis teórico-conceptuales son las comunicaciones más profusas en el área, sus énfasis están dados por la necesidad de clarificar el concepto para la interpretación de estrategias más bien políticas-discursivas y su vinculación con otros conceptos como el de control social y gubernamentalidad (Richer, 2005; Sanabria, 2004).

La modificación constitucional en Colombia en 1991, que incorporó la participación social como una estrategia para la toma de decisiones y que vio sus efectos en el régimen subsidiario en salud de ese país, guía a lo menos dos de los artículos revisados, en modalidad de ensayos críticos de reflexión que plantean como debates, los objetivos de la medida política para el abordaje de asuntos públicos; el predominio de las formas de organización social propuestas por el Estado por sobre el reconocimiento y validación de las autónomas y distingue el impacto de la medida en el terreno de la promoción de la PS por sobre el avance en control social, que se identifica como atomizado y disperso y que constituiría el principal entorpecedor de la real dimensión y alcance de la PSS, que debiera alcanzar la materialización en la toma de decisiones a niveles centrales (Arévalo, 2004; Martínez, 2007).

En este mismo tipo de análisis en el “caso chileno”, se pasa revista a los alcances actuales de la PSS en las políticas de salud y específicamente en aquellas derivadas de la implementación del más reciente proceso de reforma (iniciado el año 2002). En el primero de los ejes, se destaca la conclusión de los autores con respecto a que en nuestro país, esta no alcanza a convertirse en un mecanismo real de empoderamiento, aún cuando es evidente un proceso de complejización concepto/estrategia y un aumento en la democratización de los servicios de salud en función de la proximidad entre el Estado y a sociedad civil pero sólo en la medida que valida la relación consumidor/proveedor.

En el segundo, se muestra un análisis de la factibilidad, beneficio y rol de la incorporación de la PSS en el proceso de priorización de garantías explícitas en el entendido que la “participación ciudadana” fue propuesta como eje a potenciar en la medida que la reforma proveería instancias de fiscalización por parte de la comunidad de calidad, efectividad y uso de recursos. Ambos artículos muestran el tránsito en la utilización del concepto a lo largo de la historia y la importancia de insertarla en procesos democratizadores y de descentralización en la gestión, así como la apertura de los actores para propiciar injerencia en la toma de decisiones para la circulación de información, reclamos y sugerencias; proceso que requiere una apropiación del concepto, que sobrepase

las tecnicismos normativos, que aproxime a discursos de planificadores y pragmatismo de ejecutores de políticas (Méndez y Venegas 2010a; 2010b).

En esta línea, sólo uno de los trabajos revisados establece una relación directa en el análisis a partir de los procesos sociales y económicos diferenciales entre países europeos y latinoamericanos. Así mismo, advierte de los alcances que tendría permitir con políticas de Estado posicionar a los consumidores con una voz más activa para la provisión de servicios de salud (García, Ponte, et.al, 2006)

Las conclusiones sobre el rol de los profesionales de la salud en la ejecución de programas y estrategias de PSS giran en torno a la importancia de la comunión entre estos, usuarios, líderes locales y gestores de políticas, para lograr aumento de control social por parte de la población, coinciden en que estos procesos son de lenta implementación pues se ponen en juego concepciones arraigadas en la práctica profesional. Este mismo análisis es común a todos los trabajos revisados y concluyen con la relevancia de la formación de profesionales con una perspectiva que incluya el desarrollo de habilidades para pensar y ejecutar trabajo participativo conducente al control social y a la integración de la comunidad en la toma de decisiones en política (Dias, 2005; Arantes, 2009, Campos y Wandhausen, 2007).

Los programas implementados con PS como estrategia se refieren principalmente al control del dengue y a las condiciones para el parto en sectores rurales. Si bien la comunicación de los resultados indican mejoras en las condiciones de salud, atribuidas a las estrategias participativas, estas parecen poco definidas conceptualmente y asociadas a las formas más simples de asociatividad, como articulación de redes, entrega de información y capacitación en manejo sanitario, no obstante encontramos juicio crítico en torno a la necesidad de la discusión teórica sobre el objeto de estudio y de intervención (Orozco, Gonzalez et.al, 2009; Toledo, Baly et.al., 2006; Sánchez, Perez et.al 2008).

Sin duda los trabajos empíricos con estrategia cualitativa fueron de los revisados uno de los grupos de mayor aportación para efectos de la investigación que se presenta; con un mismo grupo de investigadores, analizando la realidad de salud y participación en Colombia contemporánea, indagan sobre sentidos, significado, oportunidades, conocimientos y opiniones de usuarios, líderes comunitarios, planificadores, formuladores y trabajadores de la salud (Delgado, Vásquez et.al, 2005; Delgado y Vásquez 2006a; 2006b; 2009; Puertas y Dover, 2007).

Teóricamente encontramos en ellos una reflexión en torno a conceptos como el de control social, teoría de la atribución y de la percepción además de la discusión sobre la falta de consensos conceptuales con respecto a la participación misma. Este grupo de artículos permite concluir a los autores, que no obstante las estrategias para avanzar en la promoción de formas organizativas de la comunidad a través de la participación social, se evidencian serios problemas en el ámbito de la comunicación institucional para concretarla; los distintos conceptos de participación muestran diferencias sustanciales entre lo que es entendido por los diversos agentes sociales al respecto; los actores parecen críticos hacia la importancia del fenómeno, con un alto potencial para configurarse como interlocutores entre instituciones y Estado, no obstante no existiría la misma actitud por parte de las instituciones. En general, evidenciaron un escaso uso de los mecanismos de participación.

Reuniendo los resultados y conclusiones de los tres artículos, encontramos que la interpretación de cada grupo de actores fue notoriamente distinta entre ellos en cuanto a sentidos y significados atribuidos a la participación social en salud; así, mientras usuarios vinculan el concepto más a la solidaridad y al uso de espacios sociales, los trabajadores de la salud lo hacen a las acciones de este segmento con la comunidad y al uso de sistemas de salud, mientras que los formuladores la vinculan al control y evaluación de servicios.

Igualmente, la diversidad se presenta al referirse a obstáculos y oportunidades: usuarios y líderes sociales identifican como obstáculos la falta de conocimiento, la apatía y el temor a las represalias y a la falta de respuesta institucional (entre otros aspectos) que también comparten los formuladores de políticas; mientras que el mayor número de personal de salud entrevistado atribuyó las barreras al conocimiento y actitud de los usuarios. Las oportunidades son señaladas como escenarios deseados, destacándose la capacidad percibida de usuarios para generar cambios.

En el ámbito del conocimiento y opiniones, el grupo de usuario es el que muestra el menor manejo de la normatividad y mecanismos asociados, mientras que en el grupo de profesionales, estos destacan la carencia de cultura participativa y recursos como principal obstaculizador de la política.

Los autores señalan a modo de conclusiones, la importancia de la consideración de las diferentes percepciones sobre el tema para hacer eficiente la vinculación entre diversos agentes sociales y los servicios; existiría un escaso conocimiento y uso de los mecanismos

de participación aún cuando tanto líderes como usuarios parecen disponer de potencial para configurarse como interlocutores entre instituciones y Estado, que de sumarse a una actitud institucional que la potencie, podría construir una cultura participativa permanente y efectiva. Consideran como relevante la influencia de la historia en la capacidad percibida de las poblaciones y su sensación de logro al respecto.

Aquellos trabajos que muestran la sistematización de programas institucionales, tienden a la narración sobre buenos resultados de los mismos; no obstante, dejan entrever la necesidad de mayor claridad conceptual, tanto para formuladores de políticas, ejecutores y beneficiarios; de manera de poner en juego realmente relaciones de poder que tiendan a la democratización de los procesos de salud (Mercer y Ruiz 2004; Trad, 2009; Romero, 2004; Wendhausen, 2006).

Sin duda, América Latina es territorialmente el lugar en donde la reflexión guiada por la teoría o la praxis en políticas públicas en salud encuentra a lo menos un mayor número de sistematizaciones en torno a la participación social; igualmente, cruza transversalmente a actores y necesidades diversas, la mayoría de las veces esta resulta ser guiada o motivada por la sugerencia técnica y/o política al respecto.

La revisión corrobora la dispersión semántica al respecto y deja sin cuestión la valoración positiva de la participación social en sí misma, no obstante, y en términos generales, las estrategias analizadas muestran un camino no acabado con resultados parciales. El cambio en la concepción recíproca de Estado y Sociedad como actores, parece indefectiblemente unido al éxito y avances de las estrategias, no obstante lo lento del proceso de cambio y la inversión en las atribuciones de poder que están a su base.

Teniendo como objeto la identificación de aportes para la comprensión del fenómeno de la participación en salud, podemos identificar que las formas de acercarse en la literatura al concepto y acción dicen relación más bien con la *narración de experiencias*, en menor medida con la *definición*, la *evaluación*, y en último término, el desarrollo de *tipologías*, probablemente consecuencia de un desarrollo conceptual aún escaso. Las primeras (definición y evaluación) resultan escasamente fructíferas, dada la gran cantidad de imprecisiones y falta de operatividad. Las dos últimas formas, parecen terreno exclusivo del análisis de experiencias, que no obstante el juicio crítico, al no poseer un constructo teórico claro o a lo menos sentar la implicancia de la carencia de este, parecen incompletas.

Por otro lado, la histórica asociación de la participación social a la carencia

estructural/económica de sus involucrados aún persiste, así como el desconocimiento o invisibilización de formas “naturales” de organización. La asociación sujeto/estructura aparece referida a contextos muy cercados a los programas de salud puntual evaluados y escasamente la reflexión teórica sobre el rol y forma de vinculación entre Estado y sociedad civil es indagado de manera empírica.

4.4 Caracterización contemporánea de la participación social en salud.

Desde las ciencias sociales y disciplinarmente desde el trabajo social, Chávez (2006) describe cinco categorías, calificadas como “fundamentales” de la PS: *involucramiento*, entendido como el compromiso y toma de rol activo en una dinámica social; *cooperación*, como tendencia a la colaboración; la *toma de decisiones*, como conjunto de acuerdos y resoluciones; compromiso, entendido como pactos no necesariamente conscientes; y la *conciencia social*, que dice relación con la toma de conciencia individual pero en el marco de un contexto social-histórico determinado.

Estas “categorías”, que responden a una caracterización de la participación, se complementan con una seriación para el análisis y estudio de la misma, que la autora desglosa en tres dimensiones: económico-social, liderazgo y credibilidad; y democracia y cultura participativa. En una lógica de complejidad creciente, la primera dimensión es la que predomina en las relaciones cotidianas y se despliega en la familia y otras instituciones cercanas; la segunda dimensión dice relación con la interacción entre representantes político-sociales, ante necesidades reconocidas para la injerencia y gestión para influir. La tercera dimensión tiene que ver con la implicación en el campo de la política, lo social y democrático, en un contexto histórico y contingente.

La distinción entre participación y organización social es otro de sus aporte, atendiendo a que el primero corresponde a un concepto socializante y el segundo, de ordenamiento; ambos se relacionan con el surgimiento del Estado e intereses sociales particulares que dependen de la vida en grupos y clases en un contexto histórico. Cada una de ellas presenta por tanto, enfoques y propósitos asociados a la “direccionalidad de lo social” (Chávez, 2006).

La revisión del tema en estos momento se hace indisoluble de conceptos como el de sociedad civil y en algunos otros casos del de ciudadanía, democracia y

gubernamentalidad. Así, para Fleury (2004; 2009), la participación aparece como clave en los procesos democratizadores de reformas, en específico la de salud en Brasil (desde 1988), y esta a su vez, como un peldaño para la justicia social. Las estrategias implementadas por movimientos sociales y actores políticos pasan entonces a ser consideradas como fundamentales para la transformación.

Pone atención a la necesidad de toma de conciencia con respecto a que los procesos democráticos latinoamericanos post-dictaduras, con su origen en pactos corporativos y arreglos políticos e institucionales han permitido a los Estados poner la “ciudadanía” como una estrategia de compensación para aquellos excluidos del mercado mediante la validación del sistema de compensaciones que se canaliza a través de la política social que refuerza la fragmentación y exclusión producto de una distribución inequitativa y discrecional de los recursos. Comprender el margen de este pacto corporativo-político, permiten entender el surgimiento de movimientos sociales, que escapando de la cooptación o inclusión en dicho pacto, reclaman verdaderas formas de gobernabilidad.

En este escenario, la participación aparece como uno de los derechos básicos para alcanzar la “ciudadanía”, entendida como la dimensión pública de los individuos (junto al derecho a la libertad, expresión y acceso a la información); y por lo tanto como estrategia para la integración y solidaridad que permita la superación de las “frágiles democracias latinoamericanas”¹⁵.

El análisis desde el rol de la sociedad civil y el movimiento social en América Latina es otro elemento que enriquece la reflexión sobre la participación; Ramirez señala que la sociedad civil es:

“(…) una esfera social distinta del Estado y el mercado, en la que ciudadanos, asociaciones y movimientos sociales problematizan nuevas cuestiones, disputan sus derechos, buscan ampliar la participación y la incidencia pública en el proceso político, desafiando así los límites de la política institucional (Arditi, 2004, Cohen; Arato, 2000; Offe, 1992)” (2009: 48).

Así, resulta necesario considerar la especificidad de la sociedad civil en términos

¹⁵ Responde a este concepto, la mirada crítica con respecto a la conjugación de tiempo, procesos y acuerdos que no han conducido a resultados verdaderamente democráticos y que guardan en su seno profundas inequidades.

territoriales; sus diversas trayectorias, como también las posibilidades de influencia social en los procesos políticos locales; aún cuando, es posible identificar ciertos factores homogéneos en la región que deben tenerse presentes: 1) la forma organizativa sindical vinculada a la clase obrera y a partidos políticos o corporativismo estatal ya no es la dominante, dando paso a lo que Ramirez denomina *pluralismo asociativo* en que “*una multiplicidad de intereses, identidades y valores son levantados y politizados en el espacio público (Dagnino, 2002)*” (2009: 52); 2) la fragmentación social, consecuencia del neoliberalismo, amplió e hizo sensible la base de necesidades a lo que se denomina “la nueva cuestión social” que incluye marginalidad, pobreza estructural, desempleo permanente entre otros, que son ahora la base de la demanda de la organización social; 3) la creciente ilegitimidad de las instituciones democráticas hicieron surgir la figura del “ciudadano” como ente distanciado de lo político, pero con propiedad de “control social” (vigilancia contra la corrupción, transparencia estatal, control de cuentas entre otros); 4) la reivindicación del “derecho a la diferencia” iniciado por comunidades de pueblos originarios, que en algunos casos, han llevado su lucha reivindicativa a espacios de autogobierno en territorios particulares, con los que el Estado ha debido lidiar; 5) la sociedad civil habría abandonado las agendas de acción colectiva “prioritariamente” centradas en la confrontación con el Estado, “*(...) algunos autores plantean que ello obedece a cambios en la cultura política de las sociedades latinoamericanas ahora más propensas a la colaboración pública 'con', y a la participación social 'en', el Estado (Lazarte, 2002; Avritzer, 2002)*” (Ramirez, 2009: 53) mientras que para otros operaría una desradicalización de los movimientos que ahora buscarían más bien cambios localizados a nivel de la agenda pública; 6) influidos por el financiamiento de órganos internacionales y ONG(s) se asiste a una cada vez mayor “profesionalización” de los líderes sociales; y 7) la sociedad civil se ve inmersa e impactada por el discurso cada vez más tendiente a la “responsabilidad social” de élites económicas y empresariales.

En conclusión, Ramirez nos recalca la necesidad de pensar la participación como una estrategia de la sociedad civil, en donde esta (la sociedad civil), no es homogénea ni unidimensional; a la que no deben atribuirse un potencial democratizador y por sobre todo, debe pensarse como un espacio de coexistencia de “*(...) actores, redes y tendencias asociativas de distinto signo, diversos propósitos políticos y diferenciados mecanismos organizativos y formas de incidir en la vida pública.*” (2009: 54).

En la expresión contemporánea de la sociedad civil así se evidencia una disminución de los intereses colectivamente contruidos, en una especie de lo que señala Dagnino (2002; citado en Ramirez 2009), como “perversa congruencia” entre sociedad y Estado para la construcción de una esfera pública que tienda a la democratización. Contraria a esta premisa, la “convergencia afortunada” sería el encuentro de estrategias comunes entre ambos actores en el marco de un modelo neoliberal para los mismos fines, solo que con una tendencia al individualismo y la despolitización creciente.

Esto pone en tensión la misión de la sociedad civil, e inevitablemente impacta la participación ya que se disuelve en la medida en identificamos diversas formas de organización de la sociedad civil, es relevante consignar que las clasificaciones de las mismas en cuanto al tipo de vínculo con el Estado, hacen referencia a cuatro tipos: 1) Organización de la sociedad civil que se relaciona *contra* el Estado, con el uso de la protesta y discurso crítico contestatario, que persigue autonomía organizativa; 2) Organización de sociedad civil y Estado, que sin entrar en confrontación directa, postulan una relación con límites claros donde prima la desconfianza de los primeros hacia los segundos en virtud del predominio discursivo neo-liberal, que es contrarrestado con una mayor inclusión de la actividad organizativa ciudadana; 3) Organización de la sociedad civil *con* Estado, los mecanismos de participación y los procesos organizativos entran aquí en coordinación con el Estado, en algunos casos de manera puntual, débil y con objetivos restringidos y en otras ocasiones, es fuerte y puede tender por ejemplo, a la consideración en la toma de decisiones en cuestiones políticas; 4) Organización de la sociedad civil *en el* Estado, en que se da la inclusión de determinados actores sociales, representativos de la sociedad civil en procesos políticos gerenciados desde y/o por el Estado.

En el texto *Gobernabilidad y Salud* de la OMS, se define el concepto de Gobernabilidad Democrática, otorgando igualmente a la participación de la sociedad civil el rol de estrategia para su logro:

*“(...) la **capacidad** de las sociedades para canalizar los diversos intereses de sus miembros y de articular y resolver adecuadamente la suma de tensiones que se producen en su entorno, así como los **complejos mecanismos, procesos e instituciones** por cuyo medio se articulan estos intereses, se median las diferencias y los ciudadanos ejercen sus legítimos derechos y sus obligaciones mediante el ejercicio de la autoridad política, económica y administrativa en*

la administración de los asuntos de un país en todos los niveles, con la efectiva participación de la sociedad civil, el sector privado y el mismo Estado.” (Casas y Torres, 1999: 2).

Así, la participación es entonces comprendida como un elemento necesario, irremplazable y fundamental del proceso para alcanzar algunos de los mecanismos que articulen la gobernabilidad democrática, comprendiéndola en el amplio espectro que comprende:

“(…) actividades de auto ayuda comunitaria y la conformación de redes sociales hasta la constitución de cuerpos formales representativos de las instancias del Estado, el sector privado y la sociedad civil que puedan asumir parcial o total responsabilidad por la gestión de los recursos públicos asignados a los servicios de salud.” (Casas y Torres, 1999: 9).

Una vez más, si bien la amplitud de formas posibles, atribuibles a un mismo principio lo transforma en un concepto “flexible” también lo torna menos aprehensible. La apropiación de estos conceptos para estrategias y políticas locales, resulta a lo menos, reduccionista.

Un ejemplo de ello es el estudio publicado por la OMS sobre la *Descentralización y Participación social en el derecho a la protección de la salud*, en donde específicamente para el caso de México, se le entiende como pilar fundamental para la construcción de ciudadanía, que permite a su vez acceder a los derechos y deberes que este estatus significa. Explícitamente aplicado a la salud, se la considera en diferentes niveles:

“(…) 1) como individuos en relación con su propia salud, 2) como comunidad que atiende la salud a través de servicios tipo “brigadas nacionales” o campañas preventivas” y 3) como comunidad política controlando el sistema de salud y a sus profesionales y la asignación de recursos.” (Gish, 1979 citado en Gutierrez, S/A: 9)

Es evidente que la construcción del concepto de ciudadanía, reconoce la importancia de la PSS para su formación y su importancia en la defensa de “la salud como derecho”, por cuanto es un medio para la democratización de la salud, no obstante es

trabajada a partir de antiguas caracterizaciones (en este caso el uso de niveles) y no desde una conceptualización que incluye una reflexión de praxis y teoría.

El informe técnico levantado por Restrepo (2000) para la OMS acerca de la *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud*, centra su atención en la construcción de la capacidad comunitaria (CC) y el empoderamiento de las comunidades para promover la salud. La participación es vista aquí como una estrategia o un medio para alcanzar la equidad. Así, el empoderamiento y la CC sería pasos previos para alcanzar la participación, que además ha de tener estímulos o incentivos, entendidos como la oportunidad de resolver situaciones que afectan la vida diaria de los individuos y comunidades. En este contexto,

“(...) el CC se basa en movimientos de abajo hacia arriba pero con apoyo político del gobierno de arriba hacia abajo; sin embargo, contar con el soporte de los gobiernos no es siempre posible, lo cual resulta en la frustración de los profesionales, líderes y miembros de la comunidad.”
(Restrepo, 2000: 7).

Actualmente, varias iniciativas en la salud con lógicas de participación y asociativismo se mantienen vinculados al modelo de las ONG(s), introducido como lo hemos mencionado, en la década de los años ochenta y que en la actualidad ha cambiado de perspectiva, desvinculándose de lo político y económico contingente, siendo reemplazado por vínculos moralistas y multi-culturales, que persiguen mas bien la cooperación y el voluntariado, constituyendo lo que Castel ha denominado “neo-comunitarismo difuso”, como reacción al modelo de flexibilización económica y de vulnerabilidad social (De Marinis, 2010).

La crítica a esta nueva forma de comunitarismo se asienta en el peligro de la instalación de una “ética mínima”, que termina por destruir el Estado de bienestar al atrincherar a grupos politizados en pos de defensas identitarias menores y débiles que pueden quedar sólo en la protesta o supervivencia en desmedro del cambio estructural, que persigue transformación social del tipo de las décadas de los años setenta y ochenta en el mundo.

Mientras que en la década de los setenta, dominaban en el área de la salud las concepciones referidas a asociaciones voluntarias destinadas a movilizar recursos para

mejorar condiciones de salud, en los ochenta y noventa predominan *“las definiciones en términos de control local sobre la toma de decisiones.”* (De Marinis, 2010: 15).

Los discursos a nivel salud no escapa al señalamiento de la importancia de la participación para la toma de decisiones. Algunas propuestas (especialmente desde la antropología médica) señalan que toda intervención participativa sobre problemas de salud debiera partir del reconocimiento de las consideraciones, ya sean negativas o positivas con respecto al problema mismo; mientras que otras, defienden el establecimiento de estrategias “desde fuera” de la comunidad y es insoslayable la inclusión de actores significativos de la realidad social particular.

4.5 El concepto de “participación social en salud” necesario para la investigación que se presenta.

Actualmente, la discusión acerca del significado de sujeto y estructura que caracterizó gran parte de este período en que se ha utilizado el concepto de participación social en el área de la salud parece no superada, no obstante tampoco es objeto de mayores discusiones.

Los organismos internacionales, como la OMS, la OPS y otras agencias están más centradas en la necesidad del logro de objetivos que la plantean como medio o como fin para la mejora de las condiciones de salud. Hay un mayor énfasis en la operativización que en un cuestionamiento de la definición, existente desde los años noventa. Así, la discusión conceptual parece haberse sobrepuesto a si misma, centrándose ahora en conceptos más complejos, aún cuando consideramos que la primera fase está inacabada.

Lógica similar siguen aquellos ejecutores que toman como referente los principio OMS, un ejercicio mayormente crítico lleva a cabo por parte de los ejecutores e investigadores que otorgan un papel más relevante a las ciencias sociales desde perspectivas críticas.

La evolución conceptual y operativa revisada previamente tanto desde la perspectiva histórica, como propiamente conceptual asentada en diversos tipos de discursos, denota las múltiples aproximaciones y usos de la PSS. Esto hace importante formular una definición de lo que entenderemos por participación social en salud en el marco de esta investigación y que permitan desprender los principales conceptos que

permitirán explicarla y analizarla desde la salud colectiva.

Atendiendo entonces a su complejidad, esta se compone primer de elemento “intensional” entendida como la descripción de aquellos elementos claves que le dan forma y una segunda parte “extensional”, que da cuenta de los elementos que esta contiene (formas y niveles).¹⁶

Entenderemos entonces participación social el salud como un:

proceso social, dinámico y complejo que plantea un tipo particular de interacción entre diversas posiciones en torno a los problemas de salud-enfermedad-atención, entre un Estado, Gobierno y sus instituciones con la sociedad civil en momentos particulares e históricamente determinados. Significa un ejercicio de poder en la sociedad por parte de actores y movimientos sociales que se da en una arena política en que estos luchan por la generación de una contra hegemonía en salud en relación con el Estado a través de la apropiación de medios de producción, el saber y la acción social en salud.

Así entendida, la participación social en salud distingue fases o cualidades que se relacionan con la apropiación de poder de quienes la plantean y la practican, con mayor o menor influencia social. Su expresión va desde modos de menor a mayor complejidad e incluye: información, consulta facultativa, elaboración y recomendación de propuestas (iniciativas), fiscalización, co-gestión, toma de decisiones y la auto gestión; así mismo, responde a dos formas de expresión: aquellas autónomas de organización y las promovidas por organismos gubernamentales.

¹⁶ Clasificación disponible en: [<http://elies.rediris.es>] al 20 de junio 2012.

CAPITULO 5

La comprensión teórica para la participación social en salud.

A partir de la revisión conceptual e histórica de las páginas anteriores, y de la definición elaborada para efectos de esta investigación, en el presente capítulo se presenta un análisis teórico de aquellos aspectos identificados como claves, que constituyen el fenómeno de estudio y que lo rodean.

5.1 La contraposición entre Marx, Weber y Foucault en el estudio del Estado y poder.

La revisión de las condiciones históricas que explican el surgimiento del Estado, rebasan los límites de este estudio, no obstante es importante situarlo en dos dimensiones: los cronológicos-territoriales y las condiciones sociales o realidades históricas que fundan el poder del Estado moderno. En primer término entonces, debemos señalar que este surge en la Europa de la Revolución Francesa,

“(...) con la vinculación que se establece entre la realidad nacional y un territorio determinado. La necesidad de un poder centralizado y unificador hizo posible la construcción del estado como tal. Así, el Estado-Nación implica desde el principio de existencia de una población que reforma una comunidad social sobre un mismo territorio y que reconoce y acepta un poder soberano que emana de la misma.” (Cf. Chatelet eta al.,1982,p.58; citado en Ramos, 1999: 220)

En cuanto a sus condiciones sociales o realidades históricas, este surgimiento y desarrollo se dio en el marco de la expansión de la economía capitalista, donde éste

defendió las iniciativas libertades individuales y/o privadas y combatió las intervenciones en la economía. A partir de las ideas de Bobbio, Ramos (1999) consigna la inevitable confrontación de liberalismo y democracia que se evidencia en la tensión entre las personas y la sociedad en el marco de este Estado burgués, siendo la participación de los ciudadanos en las comunidades políticas organizadas una forma encontrada por el capitalismo para resolver esta tensión fundamental, aún cuando las relaciones de fuerzas suelen inclinarse indefectiblemente hacia grupos oligárquicos, que además de cerrados, controlan los medios de explotación y producción económica a la par de ejercer dominación política.

En el análisis de René Zavaleta sobre el Estado en América Latina, este se denominó como “poder dual”, el debilitamiento del mismo y el desarrollo de la función social y política popular en el marco de democracias formales. El “poder dual” se entiende como *“la ruptura de la unidad de poder natural del estado moderno, el cual se caracteriza por esa capacidad de generación de estructura de dominación, no sólo institucional, sino también social y cultural, es decir, una estructura de poder completa.”* (Ruiz, 2009).

Ese “rompimiento”, que Zavaleta trabaja en torno al poder revolucionario de la clase obrera, es aplicable a otras experiencias políticas que incluye la organización en clases, como nuevos movimientos sociales, más amplios y con demanda diversificada que busca que formas participativas se impongan a las fascistas, entendiendo estos, como aquellas autoritarias, disfrazadas de democráticas.

En referencia a su amplio trabajo en torno a este tema, fijaremos para efectos de nuestro propósito, la ubicación que este autor le asigna al poder y a la SC en su vinculación con los Estados: *“El Estado mismo es un actor consciente (o se propone serlo) dentro de la sociedad civil, sea como productor, como emisor, ideólogo y aún como facción, según el momento del desarrollo de esa relación.”* (Zavaleta, 2009: 330)

Si bien el estudio del *poder* en la sociología del Estado realizado por Max Weber es prolifero y fundamental en el estudio politológico actual, el abordaje para esta investigación tomará la línea de la crítica de Marx y Engels al capitalismo y su efecto en la relación sociedad-Estado, y el subsecuente análisis Gramsciano que de ahí deriva; no sin antes asentar las ideas fuerza del pensamiento de Weber, que en buena medida enriquecen y anclan la discusión y nos permiten comprender de mejor manera sus alcances.

Para Weber, el *poder* es “*la probabilidad de imponer la propia voluntad dentro de una relación social, aun contra toda resistencia y cualquiera que sea el fundamento de esa probabilidad*” (1964, vol.I, p.43; citado en Ramos 1999: 233). La acción comunitaria que permitiría la posibilidad de imponer esta voluntad se ejecuta sobre tres elementos, primero sobre la estratificación social, o grupos sociales: *las clases*, entendiéndolos como grupos humanos que se fundan exclusivamente en intereses económicos, que derivan de las relaciones objetivas de mercado y cuyo terreno por lo tanto es la economía; *los grupos de status o estamentos*, que como comunidades se basan en criterios no económicos y que resultan de una apreciación social del honor, es decir, responden al “orden social” y; *los partidarios*, como grupos humanos que se orientan hacia la adquisición del poder o hacia el ejercicio de influencia sobre la “acción comunitaria” y que por lo tanto, se mueven en el terreno del poder propiamente tal (Ramos,1999).

La imposición del poder sobre comunidades constituidas sería un ejercicio de *dominación* que busca legitimidad; suma de la cual surge la *autoridad*, como reconocimiento y aceptación de la clase dominada ya sea por una vía de autoridad legal-racional o por aquella derivada de la tradición e imposición por la fuerza. Así también,

“en la definición weberiana del Estado el orden legítimo se apoya siempre en el uso o potencial uso de la fuerza y ésta aparece como la condición "sine qua non" del poder político. De acuerdo con Max Weber: 'una asociación de dominación debe llamarse asociación política cuando y en la medida en que su existencia y la validez de sus ordenaciones, dentro de un ámbito geográfico, estén determinados de un modo continuo por la amenaza y aplicación de la fuerza física por parte de un cuadro administrativo' (1964, p.43)” (Ramos, 1999: 233).

Llevado al contexto latinoamericano, Zabaleta (2009) hace referencia a lo infructuoso que puede resultar la clasificación de Estados en función de la movilidad de la sociedad que se robustece y activa en momentos particulares, tomando lugares distintos en la atribución de poder. Por lo mismo, asigna a la “mediación” (como fenómeno), a la sociedad civil y a los momentos políticos la propiedad de configurar los tipos de estaos.

Por otra parte, es ineludible al hablar de poder referirse a la concepción foucuniana del mismo, inspirada por Weber y que señala que este:

“sólo existe como ejercicio de estrategia y de 'tecnologías' complejas en situaciones determinadas. Los mecanismos de poder (vigilancia, disciplina y encierro) presuponen una capacidad correlativa que consiste en la disposición de determinados medios o aparatos (control de los medios de producción o de coacción, monopólicos de la información, etc), llamados 'recursos de poder' o 'potencial de poder'.” (Gimenez, 1989: 13)

Se distinguen entonces en esta corriente (Weber-Foucault) tres modalidades puras de poder: la *dominación*, que es la fuerza entendida como el uso de (o las amenazas) de la violencia; la *autoridad*, que es una modalidad de poder que se funda en un sistema de creencias compartidas que constituyen la legitimación de las jerarquías de decisión y de mando, así como de la obligación de someterse a reglas establecidas; y la *dirección*, como forma de poder ligada a las exigencias de la división técnica de trabajo, cuyo medio específico es la competencia. El poder presenta aquí la dificultad de ser una concepción netamente subjetiva, que se expresa en el plano de la voluntad, o en la asociación de formas como las sexuales, domésticas y otros componentes elementales que dificultan explicar el funcionamiento social, ya que remiten el análisis a elementos individuales y subjetivos. Es importante señalar que no los consideramos totalmente excluyentes, en la medida en que Foucault reconoce que este también se da en el plano de relaciones sociales estructurantes y en una jerarquización de roles institucionales que marca desigualdades y así lo deja entrever al señalar con respecto al rol de la resistencia al poder que:

“Donde hay poder, hay resistencia, y sin embargo o más bien por eso mismo, ésta no se encuentra jamás en posiciones de exterioridad con respecto al poder (...) Las relaciones de poder no pueden existir más que en función de una multiplicidad de puntos de resistencia: éstos desempeñan, dentro de las relaciones de poder, el papel del adversario, de blanco, de apoyo o de asiento para una ocupación (...) Es, sin duda, la codificación estratégica de estos puntos de resistencia lo que hace posible una revolución, un poco como el Estado reposa sobre la integración institucional de las relaciones de poder” (Foucault, 1976 p. 125-127; citado en Gimenez, 1989: 24)

En contraposición, la construcción de Marx y Engels versa sobre la idea de poder

entendida desde elementos objetivos y estructurantes del sistema social basado en relaciones disimétricas, (Gimenez,1989) y desde allí es de donde anclaremos nuestro análisis. Retomaremos las ideas de poder más adelante con Gramsci, uno de quienes lo desarrolla y analiza específicamente en el ámbito político.

La teoría marxista considera el Estado como un *“producto de de la clase económicamente dominante que justifica por autoridad de las leyes y por la utilización de sus aparatos coercitivos (fuerzas armadas y policía) su dominio sobre las demás clases”* en donde y por consiguiente,

“las doctrinas que se apoyan en el derecho natural e infieren del mismo un contrato fundador del Estado, no hacen sino expresar bajo el aspecto de un discurso universal, las reivindicaciones históricas de la burguesía que lucha por la instauración de un sistema jurídico-político que permita una organización de la producción favorable a sus intereses” (Cf.Châtelet y pissier-Kouchner, 1981, p.165; citado en Ramos,1999: 240)

La teoría política marxista se centró en la idea de que a cada sistema de producción le correspondía un tipo de estado, que en su calidad de sistema de dominación política, contiene la comprensión de un sistema económico, determina a la sociedad y sus diversas clases sociales, específicamente dos: *la burguesa y explotadores del trabajo asalariado*, que agrupa a los propietarios de los medios de producción ; *la clase proletaria*, encargados de acrecentar el capital de los primeros en función de trabajo asalariado.

En esta interpretación, el *Estado* y la *ideología* son los medios por los cuales la dominación de clases es posible; el Estado burgués constituye la organización política que asegura y mantiene su dominación sobre el proletariado, no representa a todas las clases sociales, sino que sólo a las dominantes y por tanto, no es “democrático”. La dominación política recurre al consenso, además de la cohesión y la violencia como recursos para su mantención. La ideología resulta ser entonces fundamental para la legitimación de la dominación y asegurar así su reproducción a través de las clases subordinadas.

5.2 Las concepciones neo-marxistas sobre el Estado, el poder y la hegemonía.

En este terreno en particular, destacamos las ideas de Ernesto Laclau y Poulantzas

en torno a la superación del Estado como mero instrumento de dominación y de Gramsci sobre las ideas de lucha de clases. Para el primero de los autores citados, las prácticas políticas como contenido de su acción ya no son interpretadas exclusivamente con objeto de dominación de ciertas clases sino como una visión estructuralista que tiende a la cohesión social determinado por las estructuras sociales, con capacidad de adaptarse a contextos sociales diversos. A su vez Poulantzas y otros, sitúan las transformaciones del Estado como más importantes que las que afectan a la base económica porque corresponde a éste la mediación ante intereses contrapuestos de la clases sociales (Ramos, 1999).

Gramsci desarrolla la concepción marxista del Estado engarzando la estructura (relaciones de producción) y la supra-estructura (comprende lo económico, político e ideológico ligados dialécticamente). En este marco, el Estado está constituido por el binomio sociedad política y sociedad civil, donde el primero de los elementos incluye al Estado y sus estructuras represivas: la policía, el ejército y la administración; mientras que el segundo, por formas de asociación como la iglesia, los sindicatos, entidades privadas - que incluye a las empresas- y los medios de comunicación entre otros.

El papel del Estado dice relación entonces, con la reproducción de las relaciones de producción, a través de la *coerción* y el *consenso social* o *hegemonía* (Gramsci, 1998).

Los aparatos ideológicos son la forma en que la clase dominante garantiza la dominación para la unificación social, impregnando las prácticas que son manifestación de la vida colectiva e individual; el Estado regula entonces los desequilibrios internos del bloque dominante y sus tensiones con las clases subalternas. Así, “*el Estado es el conjunto de actividades prácticas y teóricas con el que la clase dirigente no sólo justifica y mantiene su dominio, sino que llega a obtener el consenso de los gobernados.*” (Weidenmeyer, 2006: 2).

La forma en que la burguesía asegura la dominación y hace que esta sea asumida por la clase subalterna es la *hegemonía*, como una forma de aumentar su base social organizando el consenso en torno a sus propósitos políticos bajo la lógica de “sentido común” con el que se hace avanzar el conjunto de la sociedad hacia sus intereses.

Para Gramsci, la teoría de la crisis de la hegemonía es parte de la misma hegemonía y esta es en sí misma un fenómeno que puede tomar un forma revolucionaria si adquiere carácter histórico y orgánico, sobrepasando la “crisis económica” por ejemplo y afecta al Estado en su conjunto: sociedad civil y sociedad política.

En este escenario, surge la idea de *correlación de fuerza* como una estrategia para la contra-hegemonía, para lo cual primeros hemos de definir *estrategia* a partir de lo que Gimenez señala como: “*el arte de elaborar decisiones conforme a la promoción o defensa de un interés tomando en cuenta el sistema de intereses confrontados y las posibilidades de decisiones y de defensa de los demás intereses*” (1999: 26).

Las estrategias tienen carácter permanente, mientras que la movilidad está dada mas bien por la *táctica*, que responde a la lógica del corto plazo en momentos coyunturales. Ambos elementos son los que se ponen en la arena para las transformaciones de espacios sociales mediante la correlación de fuerzas políticas para la administración del poder ya sea en espacios locales o trans-nacionales.

La forma revolucionaria de las crisis orgánicas señalados por Gramsci se da si la correlación de fuerzas en la confrontación de las clases antagónicas es a favor de las clases subalternas o conduciendo un ajuste en los bloques de dominación por medio de la dirección de la crisis; el ajuste de los procesos productivos y los aparatos de dominación. Gramsci denomina a estas últimas, “revoluciones pasivas”.

La crisis revolucionaria requiere de movimientos en la supra-estructura, en la representatividad y en definitiva, que se remueva a fondo la base social con masas organizadas en torno a alianzas. De esta manera, la hegemonía “resulta” y depende tanto de las estructuras de clases como de las relaciones de fuerza. A diferencia de la revuelta o la rebelión, la revolución significa un proceso de destrucción-construcción: destrucción del poder de una clase para la construcción del poder de la clase oprimida a través de su propia hegemonía o contra-hegemonía.

La modernización pasiva de la sociedad, ha reproducido factores de orden, sin generar patrones con interés político, capacidad de presión y procesamiento de demandas, apartándose del Estado con mezcla de apatía y anarquía abandonando el espacio público que debía ocupar y que debía ser regulado por el Estado. Por otro lado, ve reducirse el poder del Estado en el marco de una política global que adhiere al neoliberalismo. El futuro de la disyunción de ambos actores tendría -a juicio de Nogueira (1999)- dos caminos: la “sociedad civil sin Estado” o el “Estado sin sociedad civil”, centrado -el primero- en sus poderes ejecutivos y administrativos, defensor de una democracia minimalista, sin poder actuar en procesos de “descentralización participativa” que rebase lo protocolar y genere realmente cambios sustanciales. La segunda forma, que incluye el

rol de la sociedad civil lo abordaremos en detalle en el punto subsiguiente.

5.3 Las formas modernas del Estado en el marco del neo-capitalismo.

El Estado de Bienestar, surgido tras la II Guerra Mundial -significó una reestructuración social en forma de intervencionismo estatal para la organización de la producción. El énfasis para su análisis se ha desplazado desde su rol conductor y regulador de producción a la *“expresión social de la organización de los intereses de las diversas fuerzas en pugna”* (Ramos,1999: 310) y como fuente para este análisis, aparecen las políticas públicas y los efectos de la política económica *keynesiana* para la seguridad social y la expansión, que debían proteger a la población menos favorecida en la fase de reconstrucción de las economías deterioradas por la guerra.

El llamado Estado de Bienestar, en los países periféricos adquirió la forma del *desarrollismo*, que no sólo estableció reglas para las actividades económicas, sino que también delineó sus parámetros de desarrollo (prioridades, estructura y contenido):

“Una élite desarrollista produce estabilidad política a largo plazo, mantienen suficiente igualdad en la distribución para evitar la explotación de una clase o de un sector (la reforma agraria es crítica), define objetivos y pautas nacionales de orientación internacional y basados en referentes externos no ideológicos, crea (o por lo menos reconoce) una élite burocrática capaz de administrar el sistema, y aísla a sus burócratas de las influencias políticas directas a fin de que puedan operar en forma tecnocrática. No monopoliza la administración económica ni la toma de decisiones, no permite el desarrollo de un pluralismo político capaz de desafiar sus objetivos ni desperdicia recursos valiosos eliminando sectores que no sean críticos (más bien discrimina contra ellos desincentivando, y luego los ignora).” (Smith, 1997: 77).

La combinación de estructura y función fue una de las principales dificultades de este modelo, en cuanto evidencia contradicciones entre ambas, es decir, sus características institucionales centralizadas y fuertes, mientras en su función, se refuerza lo privado como elemento cooperador.

El intervencionismo estatal en la cuestión pública, fortaleció su rol con un

crecimiento sostenido del gasto público y de la burocracia estatal, que fue minando paulatinamente la participación ciudadana en la toma de decisiones, llegando a una despolitización de la población. La disociación definitiva entre el ideal democrático y la lógica de acumulación del capitalismo ocurre en la década del setenta en Europa con el término definitivo de éste en la década siguiente. Por otro lado, Habermas (2002) señala que estas estrategias del modelo operaron como pacificación del antagonismo de clases en medio del crecimiento del capitalismo. La despolitización de la población habría ocurrido en un marco de respeto por los derechos cívicos y normalización de los trabajadores, la libertad de gobiernos democráticos y un bienestar creciente en manos del Estado.

La crisis a la que asiste el estado desarrollista en el marco de la crisis económica mundial significó que en la década de los ochenta, América Latina viviera un progreso económico y social mínimo, con dependencia de préstamos internacionales que aumentaron la deuda externa, un desempleo en alza sustantiva y un estancamiento y baja en los salarios. Así, la comunidad internacional (BM y FMI) considera pertinente la intervención económica del territorio aún cuando los motivos de la crisis económica mundial no respondía a factores internos. A partir de los lineamientos del *Consenso de Washington* se define que los Estados de América Latina debían iniciar el apoyo directo al sector privado, liberalizar la economía y reducir el papel económico de los Estados, iniciando así el período del modelo Neoliberal (Smith, 1997).

Habermas (2002), para dar cuenta de la complejidad moderna que impera en nuestros días, recurre a una caracterización de lo que él denomina neo-conservadurismo: en este, primero existe una política económica neoliberal orientada hacia la oferta, que mejora las condiciones de capitalización y de acumulación, con una marcada desigualdad en la distribución que va en desmedro de los pobres; segundo, se reducen los costos de legitimación de los sistemas políticos, aumentando la ingobernabilidad con base en la democracia y el fortalecimiento de los neo-corporativismos como medios de control y decisión; tercero, la política cultural tiende a la deslegitimación progresiva del juicio crítico de la clase ilustrada en pos del fortalecimiento de una ética convencional, la religión burguesa y la instalación de valores como el patriotismo, y de la cultura popular en desmedro de la tradicional.

Smith señala que la visión neoliberal, contuvo en su esencia una paradoja que contribuye a pensar sobre el amplio despliegue de dictaduras militares en América Latina

durante las décadas de los setenta y ochenta que tendieron terreno fértil para la legitimación del modelo: *“un elemento central del programa era la reducción del papel del estado, pero, al mismo tiempo, sólo un Estado fuerte podía llevar a la práctica esas políticas.”* (Smith, 1997: 97).

5.4 La administración del Estado y las instituciones bajo regímenes militares.

Hugo Zemelman (1986) trabaja en extenso el tema de las crisis de las democracias liberales a partir del análisis de las dictaduras militares de América Latina en las décadas de los setenta y ochenta. Señala que estas son el reflejo de las crisis de las hegemonías burguesas (clase dominante cada vez menos dirigente) producto del fracaso de proyectos históricos y desequilibrios de los sistemas económicos y/o al surgimiento de proyectos políticos antagónicos al de la burguesía.

El análisis de estos procesos debe centrarse en el marco de las formas de legitimación del capitalismo y la importancia que ellas tienen sobre la evolución de los sistemas de dominación a través del equilibrio entre coerción y consenso. Cuando las lógicas de consenso que construyen las organizaciones políticas y culturales de la hegemonía ya no resultan suficientes, se desplegarían formas de dominación puras dentro de cuyos mecanismos de coerción aparece la represión, la fuerza y la violencia como estrategia de dominación de las clases subalternas no sin antes el desarrollo de “formas éticas” (en lenguaje de Gramsci) que cubren la represión y permiten su legitimación.

Las formas de legitimación política entonces pasan a ser lo que permitiría la viabilidad histórica de dichos proyectos, en la medida que a través de la cooptación y del tránsito de clase dominante a clase hegemónica estas formas de gobierno buscan ampliar y perpetuar el poder. Esta es la premisa sobre la cual Zemelman busca responder a las interrogantes sobre la aspiración de fuerzas militares en el poder a transformarse en verdaderas clases políticas pero que sus mismas formas van en camino contrario de los procesos de legitimación:

“(…) el sistema político específico del fascismo está definido por un régimen unipartidista, donde el partido es el único responsable superior de las decisiones. De lo anterior se desprende el carácter de unidad monolítica del sistema, que exige la sumisión política de las masas, incluida la propia

burguesía. Bajo la invocación de que la unidad nacional es el único vehículo a través del cual se pueden canalizar las energías nacionales, que suprime toda manifestación de contradicciones entre clases.” (1986: 20)

Se asiste a una elevación del concepto de jefatura y jerarquía, el sentido de lealtad al Estado, una intervención directa del poder en la economía, en la cotidianidad de la vida nacional, que tiende a privilegiar el sector privado, en definitiva,

“(…) un ejecutivo fuerte, de aparente independencia frente a las clases y sostenido por vía del ejército”, donde “su rasgo más sobresaliente es la independencia del poder fascista frente a la antigua clase gobernante, provocando por ello una retirada parcial o total de la élite política tradicional” (Zemelman, 1986: 21).

Es una de estas clases políticas tradicionales de la burguesía, la que tiende a usar como herramienta coyuntural la forma fascista para reorganizar los bloques de poder e imponer la hegemonía de una fracción determinada, que en muchos casos, puede prescindir de las fuerzas del ejército y/o incluirlos.

Si bien el fascismo sería una de las formas de los estados de excepción, este tiene características claves interesantes para el análisis de la presente investigación y que provienen de la forma de organización de la clase dominante:

“Esta organización puede representar a la clase (o fracción) dominante que es, a la vez, hegemónica, o, exclusivamente, serlo de la fracción dominante que logra su hegemonía solamente a través de su alianza con el resto de las fracciones de la burguesía, por lo que tienen que enfrentarse no sólo con las clases subalternas, sino también con las demás fracciones burguesas con capacidad de alianza con las demás clases fundantes.” (Zemelman, 1986: 25-26).

Este tránsito entre momentos, en que se genera capacidad de la clase dominante de generar voluntad colectiva y formas completamente dictatoriales estaría fuertemente influenciado por los momentos de auge y declive económico respectivamente, transformándose así en regímenes militares-burocráticos que pueden devenir en fascistas .

5.5 La Sociedad Civil como alternativa para la transformación social.

En la teoría política de Marx, la idea de la extinción del Estado está asociada a la de revolución como resolución de los antagonismos entre dominados y dominantes; la *sociedad sin estado* es su expresión extrema. La forma violenta de transición -inevitable en las primeras ideas de Marx-, conoce una variable con el mismo Engels a través de la democracia representativa y se confronta con la idea de la “dictadura del proletariado” de Lenin.

Para De Sousa, el camino de reformulación del Estado tienen dos variantes, la primera de ellas de un “estado empresario” donde se “privatiza todas las funciones que el Estado no debe desempeñar con exclusividad y someter a administraciones públicas a los criterios de eficiencia, eficacia, creatividad, competitividad y servicio a los consumidores propios del mundo empresarial” (2006: 77) o la segunda, de “el Estado como novísimo movimiento social”, que propone una nueva y privilegiada articulación entre los principios del Estado y comunidad, bajo el predominio de esta última, como mediador entre el Estado y el mercado. Más que un debilitamiento del estado, esto significa un cambio en la naturaleza de su fuerza:

“El Estado pierde el control de la regulación social, pero gana el control de la meta-regulación, es decir, de la selección, coordinación, jerarquización y regulación de aquellos agentes no estatales que, por sub-contratación política, adquieren concesiones de poder estatal. La naturaleza, el perfil y la orientación política del control sobre la meta regulación se constituye así en el objeto de la actual lucha política. Esta lucha se produce en un espacio público mucho más amplio que el espacio público estatal: un espacio público no estatal del que el estado no es sino un componente.” (De Sousa, 2006: 79).

En el marco de una relación Estado-sociedad mediada por las políticas sociales, el modelo económico actual ha debilitado el rol ciudadano con derechos y obligaciones, en la medida que se han instalado las necesidades de adquirir y consumir; ha favorecido la despolitización de los procesos sociales en favor de la tendencia privatizadora en que la ciudadanía deja de preguntarse sobre el orden social global, limitando su ejercicio a los

derechos de los consumidores (Moulian,1997; citado en Salinas, 2000).

Nogueira (1999) considera que es la acción de los trabajadores la llamada a romper la cultura individualista impuesta por un modelo económico neoliberal, recuperando los sentidos de solidaridad y lucha por transformaciones sociales, haciendo una necesaria revisión de los acuerdos internacionales, que tiendan las bases para:

“alcanzar un desarrollo equitativo, que asegure que todos los grupos de la sociedad, y no sólo los de la cúspide, se beneficien de los frutos del desarrollo y procurarnos un desarrollo democrático, para que los ciudadanos puedan participar por múltiples vías en las decisiones que afectan sus vidas” (1999:3).

En otras palabras, una transformación que tienda a reparar las brechas de desigualdad en salud, educación, vivienda y especialmente en la distribución de la renta con un rol activo de la sociedad, revirtiendo el desinterés y aumentando la problematización no sólo desde las bases de lo individual, sino desde los cimientos de la solidaridad.

Según Nogueira (1999), las posibilidades de transformación del Estado pueden seguir dos caminos: una orientación gerencial o la de la sociedad civil. La primera de ellas, incluye el incremento de habilidades y conocimientos técnicos que permitan mejorar el desempeño del aparato público, sin embargo, deja fuera el punto fundamental de la crisis, que dice relación con la política y sus repercusiones a nivel de dominación y hegemonía. La segunda, incluye un cambio democrático basado en la movilidad social, que asegure mayor participación, acceso a la información y ruptura de jerarquías que es viable en la medida que son gestados y defendidos por la sociedad misma, con representación a nivel de participación política, con capacidad de decisión, de educación para la ciudadanía, la transparencia y la visibilidad que valla más allá de la participación partidista con la mira puesta en las grandes transformaciones económicas, sino que se respalde en una idea de desarrollo social y bienestar colectivo.

Boaventura De Sousa considera al Estado como el escenario político en que el que el capitalismo ha intentado desarrollar todas sus potencialidades, transitando en la línea del reformismo entre formas débiles y fuertes. En la capacidad de reformación de los Estados, De Sousa identifica la acción del “tercer sector” como clave con un rol intermediador entre Estado y sociedad. Este es delimitado como:

“todas aquellas organizaciones sociales que, siendo privadas, no tiene fines lucrativos y que aunque responden a unos objetivos sociales, públicos o colectivos, no son estatales: cooperativas, mutuas, asociaciones no lucrativas, ONG(s), organizaciones de voluntarios, comunitarias, de base,etc.” (2006:60).

Si bien la historia de este “tercer sector” encuentra su inicio y objetivos en los procesos de países centrales, en época de Revolución Industrial para la articulación de nuevas formas de producción y consumo, que tendieron a desafiar el sistema de economía burguesa bajo la idea de autonomía asociativa y principios de ayuda mutua, cooperación, solidaridad, confianza y educación para formas de producción, consumo y de la vida misma, este habría alcanzado -a su juicio- una forma propia en países periféricos. La visibilización de esta comunidad organizada, otorgaría cierta movilidad a la hegemonía Estado / Mercado (De Sousa, 2006).

Los distintos patrones que el surgimiento y desarrollo de este tercer sector ha tenido en países centrales y periféricos, tiene que ver con un punto clave a juicio de De Sousa: en los primeros producto de los lineamientos internacionales, que tras el aporte económico para su funcionamiento, ejerce presión directa en sus orientaciones.

Aunque retomando las ideas de Roisseaun y Montisqueu sobre el valor de la ciudadanía, es importante tener presente que De Sousa (2006) no identifica en ella la fuerza necesaria para generar únicamente por sí misma una nueva propuesta de regulación social que genere una crisis en los otros dos elementos de la triada (Estado y mercado) en buena parte, porque esta no surgiría de los principios mínimos de la vida en comunidad, sino ante la necesidad de mediación ante el conflicto. El análisis de su viabilidad requiere considerar la injerencia de organismos internacionales y la realidad histórica particular del territorio del que forma parte, considerando también la localización estructural entre lo público y lo privado es central a la hora de pensar en la contribución de sus organizaciones para la reformulación del Estado; la definición de los objetivos de trabajo, los objetos-sujetos de sus acciones y su afán o no de lucro; su organización interna, la transparencia y responsabilidad son fundamentales a la hora de considerar la gran diversidad de organizaciones existentes y el tipo de democracia interna a la cada una de ellas responde, para definir el tipo y grado de participación de los socios; las relaciones de redes entre las diversas organizaciones del sector debe construir el sentido de esta: como fuerza de

combate y resistencia o como instrumento benévolo ante las relaciones de poder ya existentes. La falta de definiciones y claridad sobre estos puntos, puede terminar en ejercicios paternalistas o despóticos centralizados.

5.6 Movimientos sociales como una forma de organización de la sociedad civil.

Los movimientos sociales en la salud responden a una *“acción colectiva que agrupa a individuos con ciertos intereses y que se definen frente a un actor singular que es el Estado, las más de las veces, sin articulación con partidos políticos”* (Boudon & Bourricaud, 1990; Castello, 1976; Boja, 1975; citado en Briceño, 2003: 93).

A diferencia de los movimientos sociales en otras partes del mundo, los de América Latina reuniría, a juicio de Briceño (2003), formas variadas de luchas, relacionando lo reivindicativo y lo político, que define su postura frente al Estado de manera particular y que depende mucho del momento y escenario territorial en que se les analiza.

Con el desarrollo del Estado de bienestar en América Latina, los servicios públicos fueron de responsabilidad de éste y la función re-distributiva de este se expresaba de manera privilegiada en la educación y salud (Briceño, 1992; citado en Briceño 2003), pasando el cuidado de la salud a la categoría de derecho sobre la caridad y a ser responsabilidad de los Estados.

A juicio de Briceño esto se vio motivado por la despreocupación creciente de los Estados de las condiciones de salud de la población, reflejado en los procesos de reforma, que disminuyó el gasto para prestaciones y propició la tendencia a la privatización en el área.

Los movimientos sociales motivados por el resultado de este tipo procesos tienen como denominador el enfrentamiento al Estado, que se expresa en dos dimensiones distintas: trabajadores de la salud y población desatendida, consumidores insatisfechos y pacientes, a veces incluso contraponiéndose. Para Briceño (2003) este tipo de manifestaciones tienden a construir identidad sobre un servicio, viendo a la salud como un bien de consumo y en otros, sobre un sentido más de participación ya sea territorial o en torno a diversas características (ejemplos de estas formas de participación en salud por movimientos sociales se encuentran en Venezuela, Bolivia y Brasil).

La escasa conciencia sobre derechos ciudadanos y la sensación de indefensión que domina a la población permite entender porque estos movimientos son escasos no obstante la magnitud de los problemas que se enfrentan en el área de la salud. Cuando estos grupos llegan a constituirse responden (en términos generales) a las siguientes características: apropiación de una visión holística de la salud, procuran ofrecer una respuesta (más allá de la demanda o protesta); definición no-partidista y no-política pero con acción política que tiende al reformismo (procuran la satisfacción social a través del mejoramiento del sistema, no su transformación) (Briceño, 2003).

A lo largo de la historia, los movimientos sociales del siglo XVIII tuvieron por ejemplo en época de la Revolución Francesa, la preocupación por el exterminio; la privación y violencia que para la sociología de Durkheim en la década de los cincuenta se explicó desde la desorganización social y siguen teniendo múltiples prismas para su análisis.

Bajo la línea teórica del sociólogo francesa Alain Touraine, Wieviorka (2009) trabaja de forma cronológica las principales características que en forma y contenido que permiten entender los movimientos sociales, cuyas modificaciones en la historia nos permitirán contrastar el caso chileno.

Identifica en los años cincuenta el paradigma fundador del estudio de los movimientos sociales con el movimiento obrero en pleno apogeo, inserto en un Estado-Nación y en el marco de las características locales de la relación con la industria y la producción; donde predominó un discurso anti-dominación hacia las clases que explota y oprime en una relación de dominación que si bien se busca revertir, paralelamente es defendida en el derecho a mantener la denominada “cultura obrera” y reivindicar las condiciones de trabajo del obrero como protagonista del movimiento. Señala que en este período, el obrero no es propiamente tal un actor político, es más, se declara orgullosamente independiente. El obrero es un sujeto social definido a partir de su existencia en las relaciones de producción de la época y en la organización de la que es parte, reacios a la subordinación partidista, en la que se subsumiera su realidad de miembro de clase obrera y sus intereses particulares.

Si tomamos la evolución del movimiento social como indicador de la sociología de Wieviorka, la cronología nos muestra que durante los sesenta y setenta, el movimiento obrero decae en el primer mundo como movimiento social predominante, la industria

propriadamente tal no era ya el origen y causa de los problemas sociales; la era post-industrial trajo consigo el levantamiento de las demandas estudiantiles, anti-bélicas, regionalistas de las mujeres entre otras. Algunos sociólogos llamaron a esta época como de “nuevos movimientos sociales”, que se continuaron definiendo y organizándose en el marco del Estado-Nación, aún cuando los motivos reivindicadores decían relación con otros mas bien globales: “la acción comienza a ser transnacional, a organizarse en espacios donde intenta burlar las fronteras.” (2009: 27); los adversarios son difusos, a diferencia del período descrito como de predominancia del movimiento obrero. Las demandas se enmarcan en una amplia crítica social, en donde el consumo de masas, la publicidad, la industria cultural y la manipulación de necesidades reinaba. Desde allí es de donde pugnan por cambios culturales y sociales y el actor, no es eminentemente social (como en la década pasado), ni político, sino cultural.

La participación social aparece a finales de los setenta alicaída, alicaída a nivel mundial; el movimiento obrero habían perdido la capacidad de universalizarse y los nuevos movimientos sociales en buena parte sucumbido ante el mismo objeto de su lucha: el individualismo y la dependencia. Los que persistían habían tendido a la institucionalización:

“las afirmaciones identitarias más visibles parecían conducir a un repliegue comunitarista, o se adscribían a unas lógicas de sectarismo, de nacionalismo, léase terrorismo, más que inscribirse, aún de lejos, en las líneas de los movimientos sociales. Y el individualismo progresaba, en ocasiones, de manera espectacular.” (Wieviorka, 2009: 30)

Los años ochenta trajeron el surgimiento de los llamados “movimientos globales”. Ante el innegable triunfo del individualismo social generalizado, y los enclaves más bien “comunitaristas” radicalizados a ideales nacionalistas y sectarios resguardando identidades en el primer mundo, el rol de las ONG(s) internacionales y la conciencia de problemas globales (tomando como centro el Estado-Nación) surgen como rechazo a las consecuencias de la globalización (Wieviorka, 2009). Si bien la adscripción a un movimiento es territorial, es el sentido y objetivo de la lucha que es globalmente convocante.

La movilización en torno a objetivos globales, hacen aún menos significativa la

vinculación con la política, al interesarse por ámbitos de acción fuera de los Estados-Naciones, no obstante la reivindicación anti-neoliberal aparece base de toda discusión global. En este marco, la posición, forma de acción, tiempo y alcances de la adhesión a la o las causas depende del sujeto. Los movimientos articulados dependen en buena parte de esta característica del sujeto, es decir, las transformaciones históricas, las características dominantes de los sujetos en los tipos de movimientos sociales descritos anteriormente han construido, a juicio de Wiewiorka (2009), la forma actual.

A juicio de Wiewiorka, el tránsito de los movimientos globales a los anti-movimientos sociales ocurre como una de las consecuencias de la globalización, en la década de los noventa. Como factor de “*fragmentación cultural y de reforzamiento de las desigualdades sociales.*” (2009: 36), la globalización puede explicar la formación de anti-movimientos, en la medida que descompone los movimientos clásicos, y radicaliza posturas como por ejemplo en los casos de terrorismo y antisemitismo.

Una interpretación distinta de los modos y motivaciones de los movimientos sociales presenta Tarrow (1998) con respecto a que estas responden a la necesidad de ejercer poder sobre estados u otros mediante acción colectiva, sin distinguir especificidad ni jerarquía en el “oponente”.

La intervención con forma de “acción política colectiva” se ve facilitada por contingencias que estimulan o propician la organización bajo estilos conocidos o generan nuevos medios para el enfrentamiento, que puede expresarse de forma mantenida o breve; institucionalizada o subversiva; monótona o dramática cuya existencia se explica desde la necesidad de cumplir con *desafíos colectivos*, que se buscan mediante *solidaridad* y requieren de *interacción mantenida* (Tarrow, 1998).

Las interpretaciones clásicas de Marx, Lenin y Gramsci sobre la génesis del movimiento social para Tarrow constituyen la base del pensamiento contemporáneo. Su revisión permite entender que para Marx, la capacidad de movilización provenía de la contradicción o división fundamentales de la sociedad capitalista; Lenin se centró en describir la movilización de recursos necesaria para dar estructura y mantener funcional los movimientos; mientras que Gramsci, lo hizo en la importancia de la identidad colectiva para unificar y no dispersar las fuerzas de los mismos.

Consecuentemente, con esta triada teórica hasta la década de los setenta, se mantuvo la idea de que la movilización se generaba *por* el “agravio”; asumiendo esta

premisa como cierta, la búsqueda de explicación se centró en el *cómo*.

A estos tres pilares teóricos claves para comprender los movimientos sociales, se han sumado interpretaciones más bien políticas sobre las oportunidades y restricciones que el Estado y otras instituciones plantean.

Así, por oportunidades políticas Tarrow entiende “las dimensiones del entorno político que fomentan la acción colectiva”, mientras que por restricciones políticas aquellas “que la desincentivan”, cuyo expresión máxima sería la represión (1998: 45).

La acción colectiva se inscribe así indisolublemente unida a las estructuras del Estado y sus instituciones, por mucho que esta se mantenga independiente de una confrontación, la arena de posibilidades para la acción está determinada por el mismo, pero mediada por las posibilidades de contacto con una red social amplia, como una posibilidad de generar acción y/o mantener bases de sustentación para cualquiera de sus formas de expresión: violenta, fácil de iniciar pero que suele estar limitada a pequeños grupos; la convencional, más numerosa y socialmente mejor aceptada; y finalmente aquella acción que toma la alteración del orden y que en función de la sorpresa, rompe rutinas sociales validadas, hace que se mantengan atenciones sobre ellas aunque por tiempo limitado a la “novedad”.

5.7 El Estado, las instituciones y las políticas sociales en el marco de los procesos socio-políticos.

El análisis de la política social debe darse necesariamente en el marco de la política general, del modelo de desarrollo y del tipo de democracia que esta busca proyectar: *“los objetivos y los instrumentos de la política para encarar los problemas sociales remite al tipo de acuerdos de la democracia acerca del bienestar socialmente necesario y las transformaciones requeridas para alcanzarlo”* (Salinas, 2000: 160-161).

Desde esta perspectiva, el abordaje de “lo social” se da en el marco de un modelo económico no distributivo, sino concentrado y consecuentemente con casi nulas modificaciones en la estructura social. En el terreno del “sentido común”, la cuestión de “lo social”, -especialmente asociado a la superación de la pobreza- tiene un espacio protagónico en la discusión política, junto al tema de la democratización y el crecimiento/desarrollo. Esta discusión alcanza reales alcances en las mesas de organismos

internacionales, que en el marco de un sistema económico globalizado, define, conceptualiza y operativiza las estrategias de superación de la pobreza mediante la mejora de la eficiencia de los servicios sociales a los que acceden los pobres, como una oportunidad de incremento de oportunidades. La salud, es una de las áreas entendidas como “servicios sociales” entre otras (Salinas, 2000).

El rol del Estado dentro de este escenario, es de *subsidiario* directo o focalizador de aquellos sectores en que el sector privado no desea o no puede participar y que les permita de esta manera a los no-beneficiados la oportunidad de acceder al mercado. Esto además de un apoyo en la gestión para fortalecer y alimentar el proceso privatizador que mediatiza el efecto del aumento del gasto público asociado a políticas sociales ya que este tiende a alimentarlo, proyectando un concepto de sociedad y ciudadano excluyente en la medida que está mediado por las posibilidades igualdad de oportunidades para el consumo.

Desagregadas de las políticas sociales (como elemento supra estructural), las políticas públicas pueden entenderse como “*el conjunto de iniciativas, decisiones y acciones socialmente problemáticas y que buscan la resolución de las mismas o llevarlos a niveles manejables*” (Martínez, 2007: 103) que implican un acto de poder de los tomadores de decisiones de una o varias instituciones estatales. Así y específicamente las políticas de salud, derivadas de las anteriores, debieran impulsar acciones colectivas para la apropiación de “lo social” de la salud, con espacio para la elaboración conjunta con la población a nivel de diagnóstico de las condiciones de la misma y tomando en consideración las formas y procesos organizativos locales que aseguren un desarrollo autónomo. No obstante este proceso no se da de forma tan compleja sino más bien pragmática, en donde se obvia la génesis social o se mercantiliza el *proceso y fin* en el marco de los procesos de reforma y privatización consecuentes emanada de las relaciones sociales de la globalización económica.

En el devenir de las políticas sociales es importante consignara que en los estados modernos, es posible diferenciar estructuralmente los elementos ejecutivos y legislativos, en donde el primero de ellos responde a proyectos de Gobierno y el segundo a responde a la lógica del sistema político local y de las fuerzas que lo movilizan y que “*pretenden afectar deliberadamente el sentido de las acciones de otros actores sociales o de la sociedad donde se encuentran.*” (Hernández, 2003: 231).

Las formas jurídicas (normas y decretos por ejemplo) que adquieren las decisiones y acciones de Estado se inscriben en una determinada forma de organización del poder, que adquiere forma autoritaria, territorial y centralizada con respecto justamente al territorio. Así, en el marco de los conflictos generados por diversas fuerzas sociales, estos adquieren carácter normativo, sustentados en relaciones sociales y económicos que dan pie a la generación de culturas políticas diversas, distintas a la tecnocracia estatal, como conjuntos de estructuras simbólicas y prácticas sociales mediante las cuales se ejerce poder, dando pie a confrontaciones permanentes entre fuerzas de conservación y de transformación, ejecutadas por actores sociales en lo que es denominado “proceso socio-político” de las sociedades (Hernández, 2003).

Las instituciones que dieron pie a las grandes transformaciones de la salud en América Latina en las últimas décadas, estaban inmersas en procesos de consolidación del capitalismo y los actores sociales y políticos que con ellas se vincularon generaron en la gran mayoría de los casos, procesos de tensión entre la conservación y transformación, entre dominación - resistencia y de-construcción – construcción que permite identificar las hegemonías específicas y las resistencias locales donde se asentó el debate político (Hernández, 2003).

CAPITULO 6.

Posicionamiento epistemológico y metodológico de la investigación.

El presente capítulo consta de cuatro partes, el posicionamiento epistemológico de la investigación; los ejes de análisis de la información y las herramientas usadas para el análisis de los hallazgos. En su parte final (punto 6.5), se reseña la estrategia metodológica, entendida como aquellos pasos seguidos y criterios usados en el trabajo de campo y análisis de los mismos.

6.1 La descripción de los “ojos con que se mira”: la historia, memoria y la salud colectiva.

Hay tres aspectos a considerar como posicionamiento epistemológico, que construyen la forma de acercarnos al objeto de estudio y que se desprenden desde la problematización planeada en el primer capítulo.

En primer lugar, el paradigma interpretativo de la realidad para darle sentido al campo empírico y el rol del investigador en él; en segundo, la reconstrucción del pasado como estrategia de acercamiento; y en tercero, la salud colectiva como marco interpretativo de análisis.

El paradigma interpretativo o interpretativista actúa como techo de la investigación que se presenta, en la medida que concibe la realidad como algo inacabado y que no puede ser alcanzada directamente si no es a través de la comprensión que los actores hacen de ella y de la construcción inter-subjetiva producto del diálogo entre el objeto de estudio e investigador en referencia a aspectos objetivos y a la interpretación subjetiva de la realidad social de ambos, al que estratégicamente nos aproximamos desde la reconstrucción del

pasado.

Organizar los hechos del pasado en forma de historia requiere primero que todo, distinguir entre ambos conceptos y luego atribuir sus implicancias. El *pasado* corresponde a una seguidilla de hechos, acontecimientos y situaciones ya ocurridos, que son organizados en forma de discurso por la *historia*. Además de enfrentarnos a los hechos mismos, también lo hacemos a la forma que adquieren las relaciones entre sus protagonistas en marcos social y temporalmente determinados. Por esto, el ejercicio de lectura del pasado es susceptible de múltiples interpretaciones dependiendo de quien narra y de quién o quienes son los destinatarios de la misma; es por tanto un ejercicio subjetivo, que depende de la posición que toma el investigador para la apropiación de los hechos y de los intereses particulares que persigue y que por lo tanto, está inscrita en una lucha de poder por el discurso dominante (Jenkins, 1991).

Este mismo autor refiere que son múltiples las historias posibles de construir a partir de la interpretación y organización del pasado, y esto tiene que ver con la fragilidad epistemológica, metodológica e ideológica presente en la misma disciplina, que se pueden enunciar primero, como la corroboración de la totalidad de acontecimientos de pasado es casi imposible dado su contenido prácticamente inacabado; segundo, el relato que se construye a partir de “recobrar” otros relatos es inexacto en la medida que no accedemos directamente al pasado, a sus situaciones y acontecimientos, sino al discurso construido por otros; tercero, la historia es siempre una construcción personal, una perspectiva de un narrador en particular, que ha diferencia de la memoria personal, se confía de las herramientas que un intérprete pone a disposición de acontecimientos pasados.

Tomando como cierta esta postura de Jenkins, las mencionadas debilidades pasan a constituirse en una fortaleza para la construcción del “lente con que miramos” nuestro propio objeto de estudio. Más que la obtención de “la verdad” sobre el pasado, (qué ocurrió, cómo ocurrió, sus significaciones y consecuencias) nos mueve la relevancia, la combinación de hechos, la posición y la relación entre estos, que se complementa entonces con la reconstrucción de la memoria.

La reconstrucción de la memoria es lo que entonces permitiría llegar a conocer esa parte que no se nos muestra claramente ante nuestros ojos, sino la que dice relación con eso que quiso llegar a ser y en el camino se malogró, que Walter Benjamin denomina “el presente como posibilidad” (Mate, 2006: 15).

A juicio de León (2009), la narratividad que plasma el pasado aún parcial y subjetivo, permite acercarnos a formas de pensar sobre la realidad, en sintonía con el presente social, lo que de alguna forma, impacta sobre la impredecibilidad del futuro. Por otra parte, Osorio señala que la comprensión de la historia desde la conjugación de la estructura y los sujetos permitiría identificar los movimientos y ciclos de la realidad social con énfasis en las características de las coyunturas identificadas y los cambios tanto *en* las estructuras como *de* las estructuras (2000: 72).

Las tesis sobre la memoria de Walter Benjamin señalan que la forma de pensar el futuro dice relación con la extensión y proyección del presente, para lo cual, es necesario analizar la sincronía existente entre la voz del presente y pasado. Esta permitiría traer al presente aspectos desconocidos del pasado y del presente, rompiendo una cadena causal de hechos.

Benjamin construye un proyecto de historia cuyos ingredientes son presente y pasado entendidos interactivamente. En ese contexto, el presente puede comprender el pasado porque es su prolongación; se establece por tanto, una especie de *complicidad* que se tiende como puente. Bajo esta lógica, propone la reconstrucción de aquellos hilos del puente que fueron interrumpidos y por el solo hecho de haber sido interrumpidos no son objeto de la historia convencional, sino de la memoria de sus protagonistas (Mate, 2006).

Podemos decir entonces, que el valor de la reconstrucción del pasado tiene que ver “*con la necesidad de las personas de enraizar su hoy y su mañana en el ayer*” (Jenkins, 1991: 24) en el marco de una lucha de poder que tiene como arma el discurso y la autobiografía construida colectivamente.

La historia y la reconstrucción del pasado nos permite aproximarnos a aquello que ocurrió, lo que llegó a ser; mientras que la reconstrucción de la memoria nos permite conocer aquello que como proyecto *no fue*, pero que forma parte de nuestro presente en la medida que era un *algo deseado* y que no deja de estar en la mente en la medida que son validadas las expectativas y la experiencia. De alguna forma conocer el pasado y proyectar el futuro a partir del presente que *es* y del que se hubiera querido que fuera.

Ambas formas de acercarnos al objeto de estudio (historia/pasado y memoria) nos permiten una aproximación que intenta doblegar el poder que establece la historia como re-construcción canónica de pensar la universalidad y por lo tanto, de hacer historia; en donde el presente es herencia del pasado y este, sello y garantía del presente. Por lo tanto,

el concepto de *construcción* supone, “*una ruptura de la continuidad histórica, destrucción, en una palabra de la ideología de los vencedores*” (Mate, 2006: 91-92).

La reflexión que se presenta lee el pasado como si fuera un texto, con participación activa y política de los intérpretes, poniendo la lectura canónica del pasado como un ingrediente susceptible de cuestionamiento como única autoridad.

Recapitulando, si el marco interpretativo es la forma de concebir la realidad y el rol del investigador en el campo empírico al que nos acercamos con la reconstrucción del pasado como estrategia, es necesario en este punto entonces señalar que el marco interpretativo de análisis está dado por la salud colectiva y la relevancia que el fenómeno particular de estudio tienen en su propia construcción conceptual y teórica.

Juan Samaja (2004) describe la “*operación de supresión, conservación y superación*” a partir de la cual explica el orden constitutivo de las jerarquías estructurales y funcionales, con una aproximación específica luego al ámbito de la salud, por cuanto considera que es un elemento útil respecto a los presupuestos de “*sociedad*” o “*relaciones sociales*” que en la medida que son abordados como generalidades, pierden u ocultan rasgos diferenciales fundamentales para entender la conducta humana.

Bajo este principio, considera que el conjunto de las relaciones sociales está configurada de manera estratigráfica, en tres niveles: 1) *las relaciones comunales*, configuradas primeramente desde las tramas de alianzas familiares y posteriores resignificaciones a partir de pertenencia a territorios y grupos (relaciones de dependencia mutua); 2) *las relaciones políticas*, que envisten a los sujetos de “*ciudadano*” por cuanto forman parte de “*macro-comunidades*”, en donde el Estado-Nación es la comunidad simbólica suprema y en donde los derechos de la gente se suprimen, conservan y superan en los derechos políticos que se consagran como miembro del Estado; y 3) *las relaciones societales*, que se constituirían a partir de movimientos explícitos de asociación a partir de contexto contractual individual (independencia de los individuos entre sí, pero dependencia del sistema de cosas) y donde emerge a sociedad civil.

Así, la sociedad civil, con su sujeto individual, aparece como posterior al sujeto estatal. Samaja atribuye a este funcionamiento y estructuración social e individual los cambios que se han dado en el marco del Estado capitalista, origen de la praxis mercantil, que asienta finalmente las bases de lo que caracteriza a uno de sus polos: la sociedad civil, con la persona individual y la libre disposición de su propiedad, a las relaciones de

intercambio entre productores diferenciados en donde los bienes dejan de transitar bajo principios propios de la vida comunal para hacerlo bajo la forma de valores de cambio.

Desde la superación histórica y bajo esta premisa, entonces, se establece un orden que va de: 1. la comunidad, 2. la sociedad política (o Estado) y 3. la sociedad civil. En donde la lectura ascendente da la constitución y en orden descendente la regulación en lo que se expresaría entonces el ordenamiento de supresión, conservación y superación. En su extrapolación hacia el ámbito de la salud, Juan Samaja señala:

*“(...) considero fundamental para la elaboración de **una teoría sobre la salud** el reconocimiento de que **las relaciones sociales no constituyen un fenómeno homogéneo** como el panorama que se aprecia al interior de cada población de una especie biológica, sino un plexo marcadamente heterogéneo de **formas de vida social**, como el que presenta al interior de un **ecosistema biológico** en donde coexisten (hablando metafóricamente) varios “reinos” y muchas “especies” de cada reino. Queda claro que acá (en esta versión analógica) el lugar de los “reinos” y de las “especies” animales lo ocupan acá los “tipos de solidaridad” y las “instituciones” pertenecientes a estos estratos diferentes de sociabilidad. A esa heterogeneidad he querido darle un lugar en el imaginario de la comunidad investigadora de la salud, denominándola, **“estratigrafía y modularidad de las relaciones sociales.”** (2004: 102-103).*

Esta forma de interpretar las estructuras sociales, permitía comprender la funcionalidad de las prácticas y creencias individuales o grupales sobre la salud y la enfermedad, y las instituciones en que se estabilizan y reproducen esas creencias y prácticas. Para un abordaje conceptual, define el objeto de estudio para las disciplinas de la salud como: *“las concepciones y prácticas médicas de las esferas del ser social: la bio-comunal, la cultura, la política y la societal, y, sobre todo, por el examen de las confrontaciones, desfases y transacciones entre unas y otras.”* (Samaja, 2004: 129). Es decir, la reproducción de la vida social, incluyendo sus problemas, representaciones y estrategias de acción.

De esta manera, la ciencia de la salud es constituyente de la vida social, *“hunden sus raíces en la vida biocomunal, pero florecen como saberes estatales y societales”* (Samaja, 2004: 119). Comprende la realidad como una totalidad, en que la que distintos

momentos o etapas de un desarrollo, tiene dimensiones principales que le dan sentido de conjunto a la totalidad problemática concreta. La salud entonces no está separada de los diferentes niveles de totalización social, sino que es resultado del orden mismo de esas totalizaciones y los actores sociales, son sostenedores de cada uno de los niveles de totalidad, mediante la actividad práctica.

Otra aproximación (complementaria) al objeto de estudio desde la salud colectiva es de Mario Testa, con su análisis crítico y propuesta a los sistemas de *planificación normativa*, que son señalados como forma y herramienta de acción política en salud. La define como:

“un procedimiento que tiende a fijar normas de contenido racional y consistentes entre sí que se refieren a un momento futuro, en que las metas cuantificadas y ubicadas temporal y espacialmente no son confrontadas con ninguna opinión (de peso) en su contra, que el plan en su conjunto no tiene oponentes y que el planificador es un técnico al servicio del político, que trabaja en una oficina de planificación que forma parte del gobierno, para la cual el objeto de la planificación es el sistema económico social.” (Testa, 1997: 87).

Para Testa, esta forma de planificación tiene que ver con el tipo de relación que se establece entre ciencia e historia y con la implicancia de la segunda sobre la primera: *“El reduccionismo y la ahistoricidad se unen así en un círculo vicioso cuyo resultado final es la trivialización de la ciencia por una parte, y la ineficiencia política por la otra”* (1997: 94).

Las decisiones del presente adquieren el carácter mediador entre acciones pasadas y las futuras, lo que torna a una ciencia aplicada como es la planificación, en una herramienta para intervenir en el proceso social.

La planificación debiese tornarse entonces en una ciencia aplicada histórica, y fundamentada en las determinaciones de la sociedad en la que se aplica.

La crítica a la planificación normativa, de Testa en los trabajos de Matus, incluye que: no hay categorías sociales de análisis; el gobierno planifica sus decisiones en base a conceptos económicos de la contabilidad nacional; no se considera a actores sociales mas que como categoría estadística abstracta; el único actor social reconocido es el gobierno

(que no consulta); hay una separación de la vida social “*comportamientos estancos aislados entre sí*”; el diagnóstico y las propuestas de un plan normativo son económicos, perdiéndose la interrelación (dialéctica) entre política y economía (Testa, 2006).

De esta manera, la planificación en salud resulta ser un intento de acumulación de fuerzas políticas que constituyen el Estado y no un privilegio de la fuerza social dominante.

Finalmente, Naomar Almeida y Jairnilson Paim publican en 1999 una definición y delimitación de la salud colectiva que por medio de la descripción de principios, hacen frente a la necesidad de avanzar en la construcción del campo teórico y conceptual. En ese trabajo, sitúan la *participación política* como principal estrategia de transformación de la realidad de salud y establecen seis principios orientadores y un marco conceptual de la salud colectiva atendiendo que las teorías de la salud existentes, no consiguen concretamente referirse al objeto salud. Dos de los principios enunciados, hacen referencia a la relevancia de la acción colectiva para la transformación de la realidad en salud:

“las acciones de salud constituyen una práctica social y traen consigo las influencias de las relaciones establecidas entre los grupos sociales”; y “el conocimiento no se genera por contacto con la realidad sino por la comprensión de sus leyes y por el compromiso con las fuerzas capaces de transformarlas.” (1999: 10).

6.2 Dimensiones para el análisis: la sociedad, el tiempo y la coyuntura.

El estudio de la participación social en salud desde una perspectiva socio-histórica requiere de la fundamentación que nos otorgan diversas perspectivas teóricas para la aproximación al objeto de estudio. De esta manera, se presentan dos dimensiones: el estudio de las sociedades; y el análisis del tiempo y coyunturas (en el marco de un estudio temporal-longitudinal).

La sociedad y el análisis temporal-coyuntural, en el marco de una investigación de corte cualitativo, permite la comprensión subjetiva de cómo la gente construye y vive su cotidianidad manteniendo y mediatizando las estructuras, en una relación dialéctica (Alonso, 1995).

Son estudiados de esta manera, la interpretación de los significados que el Estado y

los individuos a través de las formas que adquieren sus discursos le asignan a la realidad y como actúan en referencia a ella. Pretende desentrañar cómo los actores crean y modifican el orden social, mediante negociaciones inter-subjetivas que se inscriben en la relación dialéctica entre sucesos discursivos particulares y las situaciones, instituciones y estructuras sociales, en donde estas moldean el discurso pero donde también este a su vez, construye lo social (Fairclough & Wodak, 1997).

A partir de esta concepción preliminar, entendemos el estudio de la participación social en salud como un fenómeno que se da -en sus diversas dimensiones- en el marco de la sociedad; entendida ésta como una unidad compleja que se construye, que es histórica y que muta de acuerdo a la acción del hombre en ella, es decir, a lo que Marx denomina “construcción social” y que responde a especificidades de momentos y procesos particulares (Osorio, 2000).

Consideramos además la postura marxista con respecto al ser social, en cuanto a que *“no es la conciencia del hombre la que determina su ser sino, por el contrario, el ser social es lo que determina su conciencia”* (León, 2009, p.67) nos centramos entonces en el sujeto (por sobre el individuo), que se ve subordinado a los contextos políticos, económicos, ideológicos e influido por la tecnología y el devenir de la historia que todo esto determina. Sujetos cuyas potencialidades de re-definición, son aprehendibles en función de los criterios de tiempos y niveles de análisis, es decir, son protagonistas cambiantes y se configuran como una diversidad de actores.

Alcanzar la comprensión de la realidad social cuenta con la dificultad de su propia infinitud, no obstante, el hecho que esta esté estructurada y jerarquizada permite aprehenderla desentrañando sus ejes organizadores para entenderla como totalidad.

Estudiar la sociedad como una unidad compleja, requiere entender que no es posible “ver el todo” sin poner atención a sus partes, pero que tampoco es posible centrarse en lo particular, -sea este cotidiano o diverso- sin una integración a la totalidad. De esta manera, Osorio propone el estudio desde las rupturas y continuidades de la unidad-sociedad, asumiendo como ciertas las propiedades de movimiento de esta, que *“la producen y reproducen, propiciando la continuidad, pero en donde se gestan los de transformación y cambio.”* (2000: 26).

Este autor también señala que para el acercamiento al objeto de estudio desde esta perspectiva, deben ocurrir tres fases consecutivas que comienzan con el reconocimiento de

la *totalidad concreta* de estudio; para luego iniciar la fase de *abstracción*, proceso en que los diversos elementos que la constituyen son separados para determinar sus características, peso y rol dentro de la totalidad; cerrando el ciclo con la fase de *integración y reconstrucción*, donde los elementos se vuelven a articular para la interpretación final.

La realidad social puede descomponerse por lo tanto, en capas o espesores que van de un nivel superficial a uno profundo, pasando por uno medio. Las connotaciones que adquieren los procesos sociales y sus estructuras en cada uno de ellos, es un elemento para construir una visión final, aún cuando con esto no es posible obviar la infinitud y lo cambiante de los fenómenos sociales. Lo superficial y lo profundo dialogan y se retroalimentan mutuamente, independiente de que sus lógicas particulares, que hacen atingentes diversos métodos para su comprensión.

La dinámica de los movimientos y ciclos de las sociedades son heterogéneos y arítmicos, características que deben captarse a través del análisis de la categoría denominada *coyuntura* (Osorio, 2000).

Otra de las dimensiones usadas por Osorio (2000) para el estudio de la sociedad como totalidad compleja, (además de las capas o niveles de espesores) es el *tiempo social*. Este, es entendido como aquel que “es diferencial, heterogéneo y discontinuo”, (características que lo diferencian del tiempo cronológico), que se dilata y se condensa dependiendo de las condiciones de movimiento de los procesos sociales (por ejemplo de continuidad, ruptura o cambio). A juicio de Braudel (1960), este se divide en tres unidades: corto o acontecimiento; el tiempo medio o coyuntura; y el tiempo largo, o la larga duración. Todos forman parte del ciclo de tiempo largo y a pesar de sus diferencias, permiten descifrar los unos y los otros.

Esta clasificación de los tiempos, es una fórmula para el estudio del *tiempo social* por medio de la *coyunturas*, entendidas estas como “*condensación particular de espesores de la realidad y de tiempo social, en la que los procesos profundos y de larga duración están presentes más intensamente en la superficie y en el tiempo corto.*” (Braudel, 1960; citado en Osorio, 2000: 71-72).

Los momentos de mayor condensación de tiempo social se encuentran en aquellos de crisis, en que diversos conglomerados sociales se polarizan y confrontan, propiciando re-ordenamientos de fuerzas y que se hace evidente en expresiones públicas. La síntesis de estas múltiples y complejas situaciones que se expresan públicamente es el objetivo central

del análisis de coyuntura (Osorio, 2000: 73).

Los elementos que son puestos en cuestión dicen relación con la identificación y medición de fuerzas que se ponen en conflicto, que pueden reflejarse como luchas de poder político (ejercer poder político, de convertirse en poder político o incidir en él) y que reflejan a su vez en otros procesos de naturaleza distinta, como los económicos, culturales y sociales entre otros.

6.3 Objetos de análisis: discursos y acciones.

Abelardo León sostiene que la narratividad se da indisolublemente unida a la temporalidad: “*la narratividad es la manera en que el tiempo adquiere una forma específica dentro del lenguaje*” (2009: 14). La perspectiva narrativa por tanto, se constituye en una herramienta para conocer el pasado al estar posicionada en un tiempo específico.

El estudio del discurso y la narratividad, especialmente las perspectivas pragmáticas, introducidas por Foucault como “prácticas discursivas” incluye las dimensiones de tiempo, espacio, épocas, relaciones económicas, geográficas y lingüísticas, además del ejercicio de la función argumentativa (León, 2009).

Como lo señala Van Dijk en el prólogo de Iñiguez (2004), si bien no todos los problemas de la sociedad tienen origen en el discurso, el pensamiento, interpretaciones y comunicación de los problemas se expresa y reproduce, en gran parte, por medio del texto y el habla, influenciando de esta manera no sólo el pensar sino también el actuar en contextos concretos. De hecho, uno de los mayores valores de este tipo de herramienta teórica y metodológica es la sustitución de la comprensión de la realidad por la lógica “*idea/mundo*” por la de “*lenguaje/mundo*” (2004: 12).

La lengua es una de las formas en que nos podemos aproximar al mundo de los sujetos hablantes. Las palabras reflejan así por una parte el pensamiento y por otra, la intención comunicativa.

Específicamente, son objeto de análisis dos tipos de discursos a los que nos aproximaremos teóricamente en este apartado y será retomado en el punto siguiente con objeto de explicar las aproximaciones técnicas a cada uno de ellos: discurso del derecho y el discurso político (acerca de *la política* y sobre *lo político*).

Entender el discurso como un constructo complejo fue mérito principalmente de las ciencias de la comunicación, extendiendo su comprensión más allá del plano meramente lingüístico. Giménez (1989) cita la definición de Jakobson y Benviste para discurso, publicada en 1973, como muestra de integración de ambas ciencias, en donde:

“el discurso sería cualquier forma de actividad lingüística considerada en una situación de comunicación, es decir, en una determinada circunstancia de lugar y de tiempo en que un determinado sujeto de enunciación organiza su lenguaje en función de un determinado destinatario” (Giménez, 1989: 143)

Define discurso como *“toda práctica enunciativa considerada en función de sus condiciones sociales de producción, que son fundamentalmente condiciones institucionales, ideológico-culturales e histórico-coyunturales”*. Desde esta perspectiva, entenderlo como practica social significa considerar:

*“a) Todo discurso se inscribe dentro de un proceso social de producción discursiva y asume una posición determinada dentro del mismo y por referencia al mismo; b) Todo discurso remite implícita o explícitamente a una “premisa cultural” preexistente que se relaciona con el sistema de representaciones y de valores dominantes (o subalternos), cuya articulación compleja y contradictoria dentro de una sociedad define la **formación ideológica** de esa sociedad; c) Todo discurso se presenta como una práctica socialmente ritualizada y regulada por aparatos en el marco de una situación coyuntural determinada.”* (Giménez, 1989: 145).

En contextos comunicativos, el discurso cumple tres funciones: informativa, expresiva y argumentativa. Por el hecho de darse estas engarzadas, no es posible una clasificación a partir solamente de éstas, sino que se torna necesario, analizar los contextos institucionales en que este se produce. Así, entenderemos como *discurso político* “aquel que es producido dentro de la 'esfera política', es decir, dentro de los aparatos donde se desarrolla explícitamente el juego del poder” (Giménez, 1989: 148). Caben entonces en este grupo aquellos producidos “por autoridades” de distinto tipo y/o grado; los de medios de comunicación referidos al ámbito, ya sea a nivel de análisis y/o notificación y eventualmente, los de determinados actores sociales que pueden ubicarse en espacios con

estas características. La distinción necesaria en este terreno es entonces entre aquellos discursos que se producen “de la política” y otros “sobre lo político”, espacio ocupado por otros actores entonces que sin un espacio institucional, se refieren e impactan en ellos.

La función predominante en el discurso de tipo político dice relación con la *argumentación* y en ese marco suele ser polémico, usa una estrategia retórica-discursiva y cuenta con propiedades performativas en el sentido que va más allá de la transmisión de ideas, también produce actos, compromisos y asume posiciones.

En segundo término, es necesario referirnos al discurso del derecho. En primer lugar, es importante consignar que usaremos este concepto para referirnos al discurso de la ley y no al de sus protagonistas (o formuladores). Atenderemos, por tanto, a *“aquel que tienen carácter esencialmente preceptivo en el sentido de que se halla globalmente orientado ala prescripción de conductas y constituye un instrumento de dirección (autoritaria) de las mismas”* (Giménez, 1989: 81).

6.4 Herramientas para el análisis de discursos.

a. Análisis de contenido.

El análisis de contenido (en adelante AC) tiene múltiples definiciones, de las cuales, para objeto de este estudio hemos seleccionado dos por su claridad conceptual. Ascanio Guevara toma la definición de Piñuel y Gaitán al señalarlo como un: *“conjunto de procedimientos interpretativos y técnicas de comprobación y verificación de hipótesis, aplicados a los denominados productos comunicativos (mensajes, textos, discursos) o a las interacciones comunicativas, que previamente registradas constituyen un documento.”* (2000: 15). Por otro lado, Krippendorff lo define como *“una técnica de investigación destinada a formular, a partir de ciertos datos, inferencias reproducibles y válidas que puedan aplicarse a su contexto”* (1990: 28), para el cual señala además, algunos criterios a modo de referencias, que permiten la validez de su uso como estrategia en la medida que permitiría reproducción de resultados: la claridad de los datos a analizar; el contexto con respecto al cual se analizan los datos; la claridad de la enunciación de las inferencias que de ambos elementos se extraigan; y la explicación clara de las pruebas para la validación del resultado.

Concebido por muchos como una estrategia de corte cuantitativo para las ciencias

sociales y específicamente para la comunicación de masas, el AC entrega elementos metodológicos útiles para la presente investigación, especialmente porque permite el análisis de gran volumen de información. Dentro de la clasificación por tipos de AC que los metodólogos consignan, se encuentran aquellos del tipo *pragmático*, *semántico* y *análisis de vehículo-signos*. En este caso en particular, nos remitiremos al segundo de estos (semántico), en su variable de análisis de aseveraciones, que “*proporciona la frecuencia con que ciertos objetos son caracterizados de un modo particular, es decir, equivale aproximadamente a un análisis temático.*” (Krippendorff, 1990: 46).

Consecuente con la clasificación de Krippendorff, rescatamos la referencia de Guevara a dos de los precursores de esta técnica-teoría como son Harols D. Lasswell y Bernard Barelson, quienes señalan que una de las cuatro formas de aproximarse a documentos es el “*análisis de contenido de los mensajes manifiestos*”. Este, sigue una lógica sucesiva cuyos pasos son: primero atomizar la información en unidades de análisis; reagruparlas a modo de cápsulas informativas en un modelo de categorías previamente establecidas de acuerdo a lo teórico referencial del cuerpo de la investigación para la síntesis final que permita la discusión sobre las hipótesis o propósitos iniciales de la investigación. Este esquema fue denominado Paradigma de Lasswell que nemotécnicamente se puede describir como la aplicación de las siguientes preguntas al corpus de análisis: “¿quien dice a quien?”, “Cómo lo dice?”, “¿Con qué efecto?”; sumando posteriormente las condiciones de contexto (Guevara, 2000: 29-30).

b. Análisis político de discurso.

Propuesto por Ernesto Laclau, fija en la política como práctica social, una acercamiento a la comprensión de la realidad social. Laclau y Chantal Mouffe (León, 2009) señalan que el discurso el resultado de lo que definen como “*totalidad estructurada resultante de la práctica articuladora*”, refiriéndose a la serie de significantes en constante y permanente dinámica con algunos de ellos “nodales”.

Hill (citado en León, 2009) señala que las identidades se construyen dentro de un discurso que se sitúa histórica e institucionalmente a través de la construcción e interacción de significantes que es lo que la narratividad nos permite descubrir.

c. Entrevistas.

Los momentos de coyunturas se caracterizan, como ya fue mencionado anteriormente, por la visibilidad de los actores individuales, pero además suelen tornarse claves para entender las dinámicas de los procesos de transformación, cambio o continuidad del que son parte. Las entrevistas, por tanto son entendidas para este contexto como una forma en la que estos actores protagonistas “*muestren toda su capacidad de hacer historia, de recrear historia(...)*” (Osorio, 2000: 79), reconociendo en estos sujetos, la prevalencia por sobre las estructuras de las que forman o formaron parte en el pasado.

Las entrevistas serán utilizadas en esta investigación para el proceso de reconstrucción de la memoria de actores individuales que dan cuneta en su narrativa de significados de grupos más amplios.

6.5 Estrategia Metodológica.

El presente punto da cuenta de los pasos seguidos en el desarrollo de la investigación, incluyendo desde la fase de diseño y formulación del problema de investigación hasta los mecanismos de análisis usados de los momentos seleccionados como coyunturales y que son la parte más importante para enmarcar los resultados.

1) Fase de diseño de la investigación.

Para la delimitación del problema de investigación se realizó una revisión de antecedentes, tanto de la historia de Chile como del ámbito particular de la participación social en salud, desarrollados ampliamente en los capítulos 1 y 2 de este documento.

a) Selección del objeto de investigación.

Se realizó un análisis crítico de literatura (en extenso en el capítulo 2 del documento general) que sintetiza por una parte los lineamientos actuales de la planificación en salud en términos globales, principalmente dado por Agencias Internacionales, que consignan allí ampliamente la participación social en salud como una de las estrategias-pilares ya sea entendida como resultado o herramienta para el mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Por otra parte, se consideraron los análisis de experiencias de programas vinculados al tema, pero no necesariamente en respuesta a lineamientos oficiales.

Los análisis críticos al tema de la participación en Chile y la experiencia profesional en el terreno de trabajo con organizaciones sociales en Chile muestra una distancia considerable con respecto los objetivos deseables y múltiples dificultades en la implementación de las propuestas de participación en el país. Estas revisiones llevaron a la construcción del problema y preguntas de investigación (en extenso en el punto 3 del documento general), complementadas con una primera revisión de antecedentes sobre las grandes transformaciones políticas, económicas y sociales acaecidas en Chile en su historia reciente que permitieran contextualizar los escenarios diversos en que las políticas sociales y específicamente de salud se formulaban e implementaban.

b) Identificación del “tiempo” de estudio y criterios de clasificación.

En la investigación se identifican como “tiempo largo” 40 años de la historia de Chile, subdividido en 3 períodos, definidos a partir de acontecimientos de la historia socio-política de Chile que la organizan en torno a distintos Gobierno; siendo este el criterio de periodización usado.

De esta manera, los “tiempos cortos” de la investigación son tres: período comprendido entre 1970 y 1973, caracterizado por profundas transformaciones y confrontaciones en el terreno político, que tuvo consecuencias importantes para la generación e implementación de estrategias de salud; período 1973-1990, corresponde a los 17 años de dictadura militar en Chile, en que se gestaron e implementaron la mayoría de las medidas que en salud encontramos hasta nuestros días y; período 1990-2010, que denominaremos “post-dictadura”, en que se restableció el sistema electoral democrático en el país.

En cada uno de estos momentos de la historia de Chile, se buscó conocer el comportamiento del fenómeno de salud en términos longitudinales (análisis cronológico) y sus principales características, para posteriormente centrarnos en el estudio de la PSS en momentos coyunturales, que posteriormente se describen.

c) Delimitación conceptual.

Ante la diversidad conceptual de la PS en general y consecuentemente de la PSS, se consideró necesario la elaboración de una definición teórica del concepto a estudiar, basándonos en las aportaciones de diversos autores (en extenso en el punto 4.1 del

documento general). Previo al inicio del trabajo de campo, esta fue reducida a una definición operacional del objeto de estudio:

“Proceso que se plantea como una interacción, entre diversos actores de la sociedad civil y el Estado/Gobierno en torno a problemas de la salud-enfermedad-atención. Esta interacción se despliega en un abanico que va desde la inacción y silencio a niveles de máxima expresión, donde puede adquirir formas de colaboración y/o confrontación a través de discursos y acciones, que en contextos socio-político determinado buscan la continuidad y/o cambio.”

2) Primera fase de trabajo de campo: revisión de prensa escrita.

El trabajo de campo comprendió dos etapas, la primera de ellas se llevó a cabo entre los meses de mayo y agosto de 2010 en Santiago de Chile y su propósito fue la identificación y selección de notas de prensa escrita que permitiera recrear cronológicamente temas y acontecimientos sobre salud que tras un primer análisis de contenido, en “tiempo largo”, permitió la selección de momentos coyunturales, en que la PS tuvo un rol significativo y que detallamos en el punto siguiente.

a) Determinación de las unidades de estudio.

Para la selección de fuentes de prensa escrita, se elaboró una caracterización de esta, que resume y analiza las principales condiciones y rasgos de la prensa escrita en Chile entre los años 1970 y 2010 (Anexo 1). Así, los criterios para la selección de estas fueron:

- *Abanico informativo*, es decir, que cubra un amplio abanico de temas de interés nacional, política, economía, actualidad nacional, por ejemplo.
- *La contrastación* (entre dos periódicos) de posiciones de grupos representativos de la política y/u otros grupos de interés.

Se escogieron dos medios de prensa por año de estudio, como una forma de contrastar la información dada a conocer por cada uno de ellos.

| | Fuente 1 | Fuente 2 |
|------------------------------|-----------------|---|
| Período de estudio 1970-1973 | El Mercurio | El Siglo |
| Período de estudio 1973-1990 | El Mercurio | La Época (desde 1987) |
| Período de estudio 1990-2010 | El Mercurio | La Época (hasta 1997) La Nación (desde 1998) |

Tabla 1: Fuentes consultadas en 1º fase de trabajo de campo.

Se accedió a cada una de las unidades seleccionadas a través de cinco recursos:¹⁷

| | |
|---------------------------------|---|
| Sala de Investigadores ex-CN | Diario El Siglo entre 1970 y 1973 |
| Biblioteca periodismo UCH | Diario La Época entre 1987 y 1997 |
| Sala de periódico BN | Diario El Mercurio entre 2006 y 2010 Diario La Nación entre 1998 y 2000 Revistas de entre 1973 y 1990 |
| Sala micro-formatos BN | Diario El Mercurio entre 1970 y 1999 |
| Páginas de Internet disponibles | Diario La Nación entre 2001 y 2010 Diario El Mercurio entre 2000 y 2005 |

Tabla 2: Localización de fuentes consultadas

La información fue recolectada con colaboración de una ayudante, con disponibilidad de 15 horas semanales para el trabajo en bibliotecas. Tras un período de contextualización acerca del trabajo de investigación en general y de los indicadores a analizar en particular, se trabajó junto a ella durante una semana y posteriormente en forma independiente, con reunión semanal para revisión de la información levantada.

Como medio de confiabilidad, la ayudante revisó máximo un periódico por año, quedando la alternativa de contrastar la información seleccionada con el segundo medio de prensa correspondiente a ese año.

b) Muestreo y registro.

¹⁷ Frente al cierre temporal que sufrieron múltiples edificios públicos con ocasión de terremoto que afectó a la zona centro-sur de Chile el 27 de febrero de 2010 no fue posible utilizar desde un primer momento la totalidad de recursos disponible en la Biblioteca Nacional, sitio donde se concentra a nivel nacional el mayor centro de archivos y documentos históricos del país (sala micro-formatos). Ante la contingencia, fueron usadas la Sala de Investigadores del ex-Congreso Nacional, la Biblioteca de la Escuela de Periodismo de la Universidad de Chile y la sala de periódicos de la Biblioteca Nacional.

La selección de las notas de prensa de cada periódico seleccionado se sometió a los siguientes criterios de inclusión:

- Notas de prensa o reportajes en extenso acerca de tema o problema de salud tratado
- Notas de prensa o reportajes en extenso que dieran cuenta de declaraciones y/o acciones tomadas por organizaciones sociales y gremios del área de la salud (profesionales o no) en torno a temas contingentes.
- Insertos de prensa con referencia a temas de salud y/o participación de diversos actores en torno a ellos.
- Sección editorial con análisis en referencia a temas de salud y/o participación de diversos actores en torno a ellos.

La totalidad de la información seleccionada a partir de la revisión de notas de prensa fue grabada en formato fotográfico, fotocopiada (y posteriormente digitalizada) o guardado en formato de texto (PDF), clasificados por medio de prensa y año de publicación. Esta medida permitió la conformación de una base de datos que puede ser consultada en cualquier fase de la investigación además de la optimización del tiempo destinado al trabajo de campo.

c) Reducción de datos.

Las notas de prensa seleccionadas para el análisis de este período de estudio (1970-2010) fueron leídas poniendo atención a la estructura periodística: titulares; *Lead* (breve, pero destinado a captar la atención del lector); y cuerpo de la nota. Se obviaron los formatos tipográficos y fotografías entre otros aspectos, por no resultar trascendentes para el objetivo.

Junto a la primera lectura de los registros de prensa, se extrajo información relevante y pertinente en completo apego a la información entregada (sin análisis del investigador). Los criterios correspondieron a:

Tema de salud en discusión: conflicto, acuerdo, legislación, acciones de salud, situaciones de salud, otros.

Actores: quienes aparecen en la situación registrada en prensa. Representantes de instituciones gubernamentales, trabajadores del sector, organizaciones sociales (representantes), legisladores, políticos no legisladores, otros.

Posiciones en debate: que postura evidencian los hablantes en el registro de prensa escrita. Quienes se confrontan, quienes forman bloques de apoyo en torno a determinadas posturas.

Formas de expresión que adquiere la PS en el registro de prensa.

Resolución del tema: evidencia en prensa escrita de cierre del tema seguido por el reporte diario de prensa. Término de conflicto ya sea a través de la continuidad de la situación o cambio. En caso de cambio, que tipo (legislación, compromiso político/legisladores, acuerdo entre partes/actores en conflicto, otros)

Tiempo: fecha de inicio y término del conflicto en el reporte diario de prensa.

d) Inferencias.

La matriz mencionada sirvió como guía para la construcción de un resumen anual de los acontecimientos más relevantes, los actores involucrados y las diferentes posturas de los discursos políticos reflejados bajo criterios de AC.

Este análisis crítico del contenido anual fue ordenado en cinco categorías analíticas:

- Reformas o modificaciones a políticas de salud
- Situación de salud de la población
- Estrategias o acciones tomadas en función de 1 y 2 de los distintos actores u organizaciones sociales formales
- Otras referentes de participación, pero no de salud encontrados.

e) Análisis.

A partir de las inferencias, fue elaborado un resumen crítico de cada período, considerando para ello,

- extensión de discusión y/o conflicto en el tiempo
- cantidad, preponderancia y presencia de los actores involucrados de acuerdo a roles que estos cumplen en el medio social,
- trascendencia de temas de salud en conflicto, tipo, número y características de la participación social existente,
- discusión en el terreno de los discursos v/s acciones
- diferentes posturas de los medios de prensa escrito según línea editorial.

3) Selección de momentos coyunturales de estudio.

A partir de los hechos y acontecimientos encontrados en prensa y analizados con los criterios descritos, fueron seleccionados nueve momentos coyunturales para el análisis en profundidad o sincrónico, poniendo ahora énfasis en el fenómeno de la participación social en la salud y su alcance en el contexto particular dado.

Considerando las nociones y definiciones teóricas desarrolladas como ejes de análisis de la investigación para el análisis de coyuntura fueron seleccionados entre dos y tres momentos en cada período de estudio que reflejaron tensión política y social para la transformación o conservación de situaciones o temas de salud, con bloques que se polarizan y actores que buscan (directa o indirectamente) un re-ordenamiento de fuerzas y en que la heterogeneidad social tiende a ordenarse en sus expresiones públicas a través de mecanismos que significan participación social.

La enunciación de cada uno de ellos, se presenta en la introducción de cada uno de los puntos del capítulo de resultados contenidos en la segunda parte de este documento.

4) Segunda fase de trabajo de campo: revisión de prensa, leyes/normas y entrevistas.

La información para esta segunda fase fue trabajada durante mayo del año 2011 y consistió en revisión documentos de prensa escrita, esta vez con énfasis en el reportaje de prensa escrita; corpus legales y normativas técnicas emanadas de Gobierno y sus instituciones y entrevistas a actores definidos como principales y/o secundarios, que pudieran dar cuenta, de forma descriptiva y/o analítica del momento particular.

a) Revisión de prensa.

La revisión documental de prensa incluyó lo que desde la estructura periodística es denominado reportaje interpretativo, ensayos, columnas de opinión ya que en estas secciones, además de lo noticioso, se incluyen apreciaciones y juicios de valor que permiten identificar con mayor claridad la postura de los diferentes actores desde perspectivas ideológicas. Dado que los medios prensa igualmente dejan entrever su propia

ideología con respecto a los temas, el abanico de medios incluidos se abrió a más medios de comunicación, seleccionados según el análisis presentado en el Anexo 1.

La búsqueda y el registro de la información se realizó con la misma metodología usada para la primera fase del trabajo de campo descrita. Los criterios de selección de material respondieron a la delimitación del tiempo asignado a la coyuntura, y al tema específico que se analiza en ese momento en particular.

Para la organización de información y análisis se confeccionó una matriz de análisis con los siguientes ejes de análisis:

- Discurso de diversos actores según proyecto político al que responden.
- Acciones de diversos actores según proyecto político al que responden.
- Espacios que abre la coyuntura para actores y bloques de fuerza: oportunidades, amenazas y/o tendencias.
- Construcción de escenarios a los que aspiran las fuerzas: conservación y/o transformación.
- Alcance geográfico que tienen las fuerzas en confrontación y lugar que ocupan en la estructura social.
- Cantidad de personas aglutinadas y recursos de estos.
- Nivel de acción de los aglutinados (discurso, tipo de movilización, etc)
- Recursos jurídicos de los que disponen.

b) Revisión de normativas técnicas y legales.

La revisión de la legislación se realizó en la base de datos de la Biblioteca Nacional del Congreso, accesible por medio de Internet e incluyó igualmente aquellas disposiciones con carácter de “ley” y “decreto de ley” que señalan explícitamente indicaciones para la participación social/ciudadana en cualquier ámbito en general (incluido salud) vigentes para cada uno de los momentos coyunturales en estudio.

La organización de la información para el análisis de la información se estructuró bajo los siguientes parámetros (también en matriz):

- Lectura del contexto de la realidad que hace: motivo/justificación de la norma.
- Situación que aborda: objetivos explícitos.
- Estrategias propuestas: indicaciones declaradas.
- Consecuencias: sanción / beneficio.

- Roles asignados a actores en la normativa: principales y secundarios
- Recursos puestos a disposición para el cumplimiento de la normativa.
- Cambios con respecto al pasado.

c) Entrevistas

Las entrevistas fueron incorporadas en el análisis de cada momento coyuntural en calidad de “memoria” de las situaciones analizadas, más que como pilar del análisis mismo (que se asienta en los puntos a) y b) descritos). Esto, dado a que el total y características de entrevistados no representa cada uno de las fuerzas puestas en juego en la coyuntura y por lo tanto, no cumple con criterios de representatividad pero sí de validez en función a la ubicación de éstos en la realidad social.

Los ejes de las entrevistas estuvieron dadas por la descripción y opinión con respecto a actores y correlación de fuerzas dadas y por sobre todo, permitió obtener información no disponible en medios de prensa escrita: motivaciones, vinculación con la contingencia nacional, acciones y discursos no reporteadas ya sea por orientación editorial del medio de prensa (selección de contenidos) o por falta de cobertura de las mismas para uno o más períodos.

Las personas entrevistadas fueron:

- Dra. Danuta Rajs, médico general de zona entre 1971 y 1973.
- Dr. Jaime Sepúlveda, médico y director del Consultorio de Renca entre 1971 y 1973.
- Dr. Carlos Molina, médico y subsecretario de departamento de Salud de Salud Pública del Ministerio de Salud entre 1970 y 1973.
- Dr. Jorge Jimenez de la Jara, médico y Ministro de Salud entre 1990 y 1992.
- Sr. Paolo Berendsens, psicólogo y directivo de la Corporación Chilena de Prevención del Sida, AcciónGay.
- Dr. Osvaldo Artaza, médico y Ministro de Salud entre 2002 y 2003.
- Dra. María Soledad Barría, médico y Ministra de Salud entre 2006 y 2008.
- Sra. Rosa Yáñez, asistente social y miembro de Foro-Red Región Metropolitana.

5) Análisis de momentos coyunturales seleccionados.

A partir de las definiciones teóricas del estudio de coyunturas descrito en el punto

6.2 y considerando la guía metodológica de Bermudez (n.d), se siguieron los siguientes pasos para el análisis de cada una de los nueve momentos seleccionados como coyunturas:

- a) *delimitación del momento coyuntural* en una línea de tiempo, fijando límites de inicio y término del momento (distintos dependiendo de cada uno de ellos)
- b) *ubicación y mapeo de actores*, distinguiendo entre los centrales y secundarios y cómo estos contribuyen a la aglutinación de fuerzas, formación o destrucción de alianzas y las relaciones.
- c) *proyecto político e intereses de los actores*, y los respectivos bloques de los que son parte, así como el registro de las acciones y declaraciones que desarrollan en cada uno de los momentos de coyuntura seleccionados.
- d) *diagnóstico de la correlación de fuerzas*, tratando de identificar los recursos que tiene (y que puede o no utilizar) cada bloque para hacer efectiva y exitosa su contienda política. Entre otros, se consideraron, el alcance geográfico, la cantidad de personas que aglutinan, los recursos de las personas aglutinadas, el nivel de acción de los aglutinados (militantes, simpatizantes, dirigentes), los recursos jurídicos, políticos-militares, la forma de conciencia, el lugar en la estructura social.
- e) *oportunidades, amenazas y tendencias de los actores*, permite evaluar que espacios de abre la coyuntura para los actores y bloques de fuerza.
- f) *construcción de escenarios*, mediante la identificación de procesos de transformación o conservación de las relaciones que estructuran la sociedad en cada uno de los momentos seleccionados, considerando que transformación significa un cambio en la conformación de bloques de administración de poder y una des-estructuración del bloque dominación/hegemonía.

II PARTE.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES.

Esta segunda parte y final del documento, contiene tres capítulos de exposición de resultados, cada uno de ellos, da cuenta de los principales hallazgos del trabajo de campo desarrollado.

Avanzando de lo general a lo específico, que persigue el análisis de la totalidad a lo particular, se presenta para cada uno de los tres momentos, un primer punto de contextualización de la realidad socio-política y económica del país en términos amplios; seguido de una descripción del lugar ocupado por la participación social y la participación social en salud, inserto en ese mismo contexto.

Estos primeros dos aspectos mencionados, son tratados a modo de reconstrucción cronológica en una modalidad de análisis diacrónico, construido a partir de una revisión documental de la literatura apoyado por la revisión de prensa de la época, además del análisis de lineamientos de Gobierno a partir de leyes y normas técnicas.

En un tercer punto, que se encuentra en cada uno de los capítulos de resultados, se elabora una descripción cronológica de los principales acontecimientos y hechos sobre los temas descritos en salud que fueron identificados como relevantes a partir de análisis de contenido, y que permitió la selección de momentos coyunturales.

Para cada uno de los tres período, fueron seleccionados a lo menos dos momentos coyunturales, para un análisis en profundidad, que busca dar cuenta principalmente de la vinculación discurso-acción y la reconstrucción de hechos más específica que contrasta la versión históricamente narrada y el reporte de los medios de comunicación, con la reconstrucción de la memoria y testimonial de actores claves.

Hacia el final, se exponen las conclusiones, donde a la luz de los elementos teóricos revisados, ponemos en cuestión los reales alcances de la participación social en salud en el país, su evolución y la relación de esta con los logros de la misma.

CAPITULO 7.

La participación social en salud en Chile en el período de la Unidad Popular (1970-1973)

En este primer momento, revisamos las principales ideas del proyecto de la Unidad Popular del Gobierno de Salvador Allende, interrumpido casi en su tercer año, por el golpe militar, con especial énfasis en las medidas implementadas para la posicionar la participación como estrategia de apropiación de poder.

Sobre salud, damos cuenta con la revisión de la prensa de la época¹⁸ y con el análisis de dos momentos coyunturales: el primero de ellos, comprendido entre 1971 y 1973 y la implementación de los Consejos Locales de Salud a lo largo del territorio nacional, que significaron un alto compromiso y respuesta de la población en las estrategias y administración de la política de salud, con el consecuente embate opositor. En el segundo, exploramos las causas, explicaciones y consecuencias de la paralización de parte importante del gremio médico que se extiende por veinte días del mes de agosto de 1973 y termina dos días previos al golpe de estado.

7.1 Análisis cronológico del contexto socio-político.

Los casi tres años de Gobierno de la Unidad Popular (en adelante UP) tuvo a la base la alianza de un grupo de partidos políticos y movimientos sociales que reunió a gran parte del proletariado, campesinos y trabajadores de las clases asalariadas del país más una parte de la mediana y pequeña burguesía provenientes principalmente del sector industrial. En términos políticos partidistas, esta base se vio reflejada en el apoyo fundamentalmente

¹⁸ En este caso, periódicos El Siglo y El Mercurio. Especificaciones en caracterización de la prensa, en Anexo 1.

del Partido Comunista (en adelante PC) y el Partido Socialista (en adelante PSc); el primero de ellos conformado eminentemente por trabajadores y obreros, mientras que segundo incluía además una parte importante de la intelectualidad progresista y de la pequeña-mediana burguesía del país; al igual que el Partido Radical, con un importante número de empleados de la administración pública. A estos tres partidos, que pudiésemos considerar como los principales (producto del número de militantes), se sumaron el Movimiento de Acción Popular Unitaria (MAPU), con una base de intelectuales con pensamiento de raíz cristiana; el Partido Socialdemócrata y el Partido Acción Popular Independiente, el primero de ellos que reunía mayoritariamente a la pequeña burguesía agraria del sur del país y el segundo a los sectores empresariales medios del país (Valenzuela, 2003).

A juicio de Luis Corvalán (2003), el grupo político más cercano a Allende desde la conformación del proyecto estuvo dado por el Partido Comunista, en función de la distancia ideológica-teórica (más que en lo programático contingente) que el pensamiento de éste estableció con el Partido Socialista, al postular que la vía chilena no se encaminaba a la dictadura del proletariado, idea central del pensamiento ideológico mayoritario en el PS de la época (trotskista-leninista). Mientras, el PC apostaba a una transformación institucional amplia de la estructura económica como camino legal, con fuerza en la movilización social y política que permitiese este tipo de alcances, para lo cual operaban con posibilidad de amplitud de acuerdos políticos, que incluía a diversos sectores empresariales no monopólicos, proletariado, campesinado y pequeña burguesía.

El proyecto que encabezaba Salvador Allende buscó en términos macro, una vía al socialismo, resguardando la legalidad y la base democrática del país, es decir, una articulación entre socialismo y democracia que alcanzara las metas que se concentraron en resolver los problemas inmediatos de las grandes mayorías, con una modificación en la capacidad productiva del país; la garantía de la empleabilidad con nivel de remuneraciones adecuados; la liberación del país de la subordinación económica extranjera; propiciar un crecimiento económico rápido y descentralizado y la ejecución de una política de comercio exterior que tendiera a la diversificación y desarrollo de las exportaciones; medidas que permitieran una estabilidad monetaria y el control de la inflación (Valenzuela, 2003), con un rol protagónico de control progresivo de las fuerzas populares en el poder.

Este proyecto se instaló sobre una base social disconforme y movilizadora que se

manifestaba con fuerza creciente desde hacia aproximadamente diez años y que fue el principal grupo representado por la Unidad Popular; las demandas se justificaban principalmente en el sistema desigual y generador de inequidades profundas producto del avasallante desarrollo del capitalismo en Chile.

Hasta esa fecha, Chile se caracterizaba por disponer de un sistema de Gobierno y político que en general, se caracterizaba por un espíritu amplio de diálogo y acuerdos en el marco de una democracia estable, relativamente representativa, legitimada por la población y efectiva (en término de gobernanza).

Garretón (1995), al respecto, sitúa a la sociedad civil dentro de este escenario como un elemento más bien débil, que no obstante se visibilizaba de forma cada vez más fuerte, centraba sus demandas sobre problemas de la clase política y de las posiciones de cada uno de estos, determinando de esta manera una forma de actuar y sentir en torno a ellos. Es decir, que durante las décadas que precedieron a la UP se asistió a un período de sumo protagonismo de órganos (partidos políticos) que recurren al diálogo y acuerdo como herramienta fundamental (lo que mantuvo al margen hasta 1972 a la clase militar del poder ejecutivo), funcionando con una extrema ideologización en torno a proyectos amplios y radicales, fenómeno que se evidenció y agudizó en el desenlace del gobierno de Allende.

Es importante consignar que en términos políticos, durante el año 1966 y en el marco de los movimientos por la reforma agraria es encomendado al ejército labores de mantención del orden público como primer antecedentes de participación activa en la vida moderna del país (Valdivia, 2003).

En términos económicos, Valenzuela distingue dos etapas en el Gobierno de Allende: en la primera de ellas predominó la expansión de la demanda, especialmente por el consumo, que buscó la re-activación de la economía a través de una respuesta productiva (aumento significativo de salarios, política crediticia y monetaria permisiva y el crecimiento del gasto y déficit públicos), mientras se preparaba el escenario para los cambios estructurales mayores: *“crear y consolidar un nuevo sector estatal y, con cargo a ello, movilizar el excedente económico para impulsar la acumulación y el crecimiento.”* La segunda, desde 1972 en adelante, se caracterizó como una etapa *“conservadora, de agudización de los desequilibrios y de semi-estancamiento”* (2003: 293-294)

En esta segunda etapa y con el fracaso a costas de la primera, (producto del excesivo cargo al Estado en las medidas y el déficit productivo del sector privado) además

del descontento creciente de las capas medias, la pequeña burguesía independiente y la oposición del Partido Demócrata Cristiano (en adelante PDC) y el Partido Nacional aliados, se planteaba un escenario en que sus manifestaciones más evidentes y directas fueron la inflación, escasez y mercado negro entre otras. La estrategia entonces, en el plano económico fue la sugerida por el PC: *“un 'retroceso tácito', el que implicaba congelar el proceso de estatizaciones y 'consolidar' lo ya logrado e impulsar la expansión de la producción, elevar la productividad y la disciplina fabril”* (Valenzuela, 2003: 254)

En lo social, la población se presentaba segmentada por el poderío económico de ciertos grupos; ellos encabezan una movilización creciente y sistemática altamente partidista, que pretendía obtener mejoras económicas que remediaron la división de clases histórica y fuertes mejoras en la calidad de vida.

El conflicto que se asienta desde el mismo momento en que Allende gana las elecciones en 1970 y que fue "increscendo" hasta terminar el Golpe de Estado, fue justificado desde el sector golpista con el argumento de reparar una crisis de legitimidad del sistema democrático atribuido a la gestión del Gobierno, no obstante, la erosión de la institucionalidad se debió a varios actores: el Gobierno mismo de la UP y sus fuerzas de apoyo, Las Fuerzas Armadas, la derecha golpista y EEUU a través del intervencionismo de la CIA y otras agencias.

Como señalamos en el párrafo anterior, los partidos políticos se estructuraban en torno a proyectos ideológicos altamente polarizados y el de la UP socavaba los cimientos de la clase oligárquica chilena ya resentida con la implementación de la reforma agraria durante el gobierno de Eduardo Frei Montalva. Desde la perspectiva de Garretón (1995), la UP rompió con el estilo histórico de negociación y transacción parlamentaria, erosionando la legitimidad y deterioro del sistema anterior asentado en la falta de mayoría parlamentaria principalmente por la negativa de acuerdos con el PDC que no se sumó a las enormes transformaciones que se proponía la UP.

Por otro lado, los partidos de oposición, vivieron el auge de un proceso de metamorfosis ideológica y política hacia el nacionalismo extremo; encabezados por el Partido Nacional, quienes con el argumento de estar bajo el dominio de fuerzas políticas extranjeras, señalaban que la UP no era más que un instrumento que amenazaba a la Nación y que pretendía entre otras cosas, abolir todo tipo de propiedad. En función de este diagnóstico, éste sector político, asentó un sentimiento anticomunista al que también se

sumó la DC y parte importante de la clase media conservadora. Llevaron a cabo una contraofensiva política que incluyó no sólo la oposición a los proyectos legislativos y acusaciones constitucionales a ministros por ejemplo, sino también a la batalla franca en medios de comunicación, parte trascendente en la politización de la vida nacional (ver Anexo 1).

Los partidos de oposición tempranamente encontraron apoyo en los grandes grupos económicos para organizar el escenario intervencionista norteamericano y propiciar la insurrección. Claros opositores al establecimiento de un régimen socialista en América Latina, que amenazaba la inversión en el territorio y asentaba una peligrosa tendencia al anti-capitalismo en la línea revolucionaria cubana, con la más aún riesgosa vía de la democracia, que sentaba precedentes en la región.

El apoyo intervencionista norteamericano, a través de la CIA y otras agencias se concretó desde el triunfo de Allende, se intensificó con la toma de poder. Su rol se concretó en el apoyo logístico y económico para la estrategia desestabilizadora del orden, de la economía y la seguridad interior. Financiaron la paralización de gremios y grupos económicos, que desde antes de 1970 venían articulando estrategias para contrarrestar los aspectos de política económica del partido Demócrata Cristiano, (hasta entonces en el poder). Propiciaron la confrontación de fuerzas armamentistas organizadas para crear el clima de violencia y descontrol, que a juicio de Corvalán (2003), se acentuó con la movilización impulsada por la izquierda rupturista (que no pudo ser contenida por el Gobierno) y que se opuso a la negociación del gobierno con el PDC, mejorando así el escenario de ingobernabilidad que la derecha requería como justificación del golpe de estado.

La irrupción de las Fuerzas Armadas (en adelante FFAA) en este escenario, se dio tras un período de largas modificaciones en sus instituciones que incluyeron el tránsito de una administración enclaustrada, distante de la contingencia política y social, centrado en la defensa y preservación de la soberanía y el territorio, al llamado a la participación en la vida nacional desde 1972, cuando ingresan a cargos del Gobierno con un rol de defensa y de garante de la constitucionalidad y el orden público para defender al gobierno legítimo. La influencia de la formación norteamericana en la ética de la defensa ante la invasión extranjera y la atribución del poder de la fuerza para la resolución de una crisis de legitimidad extendida es uno de los elementos importantes a considerar en la división

acaecida, que generó una fragmentación y terminó con el apoyo al golpe. “Mandados” o “auto-destinados” a resolver el problema nacional en función de su valor principal; ser poseedores de *fuerza*, de ese tipo de fuerzas que se torna eficaz ante la ausencia de diálogo: las armas.

Para algunos, el partido Demócrata Cristiano no cumplió con su rol mediador entre posturas extremas y se sumó a la estrategia golpista como alternativa de salida a la ingobernabilidad, apostando al restablecimiento temprano de la democracia y con ello su vuelta al poder.

El desenlace del conflicto, el 11 de septiembre de 1973 involucró a juicio de Manuel Garretón una triada de aspectos que incluye “*a) la culminación de una crisis de la democracia y, por consiguiente del sistema político; b) un golpe de estado, esto es, una insurrección; y c) el inicio de un proceso revolucionario o contrarrevolucionario encabezado por el poder militar.*” (1995: 55).

Tras la irrupción de las Fuerzas Armadas, la labor de estabilización de la economía mediante la re-fundación del capitalismo recayó en grupos civiles ligados a la derecha extrema del Partido Nacional (excluyendo a grupos como por ejemplo de la Democracia Cristiana, pro golpistas), mientras que la contención y represión a los protagonistas y simpatizantes de la UP quedó en manos de las Fuerzas Armadas.

7.2 El lugar de la participación y la participación en el “proyecto país” a partir del reporte de prensa.

El diagnóstico de la realidad social que justifica el programa de Gobierno propuesto por la Unidad Popular para las elecciones de 1970 considera la necesidad de cambios estructurales y drásticos, que dejen atrás la dependencia del imperialismo y la dominación en manos de la burguesía ligada al capital extranjero; reconoce la voluntad, capacidad técnica - profesional y recursos naturales de Chile para llevar a cabo un proceso de tamaña envergadura. La necesidad de salud y educación específicamente son identificadas como claves e insuficientemente atendidas. Mientras que las condiciones económicas de la población de menores ingresos es identificada como directa responsable de la situación de mala alimentación y sus consecuencias: “*Según estadísticas oficiales, el 50% de los menores de 15 años de edad están desnutridos. La desnutrición afecta su crecimiento y*

limita su capacidad de aprender, de instruirse.” (Programa de Gobierno UP, 1970: 4).

Señala que la “unidad y la acción del pueblo organizado” para la movilización social se articulará a través de los Comités de la Unidad Popular para el combate de las reivindicaciones de las masas y como la base del Poder Popular que se ejerza de manera real y efectiva, única forma de llevar a cabo las transformaciones revolucionarias identificadas como necesarias.

Si bien la historia de grupos asociativos, se remonta hacia 1946, su máxima visibilización se alcanza durante los Gobierno de Frei Montalva y de Allende, con la consideración política y la relevancia de su acción social para el cambio. En los años setentas, esta acción ya no sólo estaba dirigida a la búsqueda de soluciones habitacionales (principal demanda) sino que en general, a la organización de la vida comunitaria que permitiera satisfacer necesidades como: abastecimiento, salud, sala cuna, educación, movilización colectiva, telefónicos, etc (Valdés,1986). Este máximo nivel de visibilización en la escena pública nacional fue ya imposible de ser ignorado hacia la década de los setenta, dado el espacio y preponderancia que ocupa en la vida cotidiana y en el ámbito político partidista de la época.

En este marco, se consideró necesario transformar las instituciones “*para instaurar un nuevo Estado, donde los trabajadores y el pueblo tengan el real ejercicio del poder*” (Programa Gobierno UP, 1970: 6). Desde la creación de la Asamblea del Pueblo, como medio de expresión de la soberanía y la incorporación de las organizaciones sociales en cada uno de los niveles del Estado Popular para el diagnóstico y solución de sus determinados radios de acción, fue llevado este principio a las tareas sociales. El programa de la UP contempló un plan de reajustes salariales, la unificación, mejora y extensión del sistema de seguridad social, aseguramiento de la atención médica y dental; un plan de edificación de viviendas y la transformación del sistema educacional. Establece una lógica de complementariedad entre los movimientos organizados de trabajadores, pobladores y otras organizaciones de base, para la ejecución de un proyecto político, social y económico (Valdés, 1986).

Dentro del programa referido a salud, se señala como compromiso:

“c) Asegurar la atención médica y dental, preventiva y curativa a todos los chilenos, financiada por el Estado, los patronos y las instituciones de previsión. Se incorporará la población a la tarea de proteger la salud pública.

Los medicamentos, sobre la base de un estricto control de costos en los laboratorios y la racionalización de la producción, se entregarán en cantidad suficiente y a bajo precio.” (Programa de Gobierno UP, 1970: 13)

A modo de contextualización del entorno, Valdés (1986) en un estudio realizado sobre el organización poblacional en FLACSO, señala que hacia 1973, las organizaciones comunitarias que incluían las Juntas de Vecinos, Centros de Madres, Centros Juveniles, de rehabilitación de alcohólicos, de padres y apoderados y las de corte más reivindicativos como los de la vivienda y de abastecimiento, alcanzaban a agrupar en el país alrededor de un millón de personas (Espinoza, 1982; citado en Valdés, 1986: 13).

Podemos decir, que la participación del pueblo cruzó transversalmente diversos sectores de la realidad nacional, que constituyó la estrategia fundamental en que se asentó el Plan de Gobierno y que este estaba destinado principalmente a la clase obrera, trabajadora y a los más desprotegidos social y económicamente teniendo como propósito final, la atribución de poder real y efectivo a mediano plazo.

Específicamente, la salud fue entendida por la UP como:

“(…) un estado de bienestar personal y de eficiencia material y social, que resulta de la relación entre el hombre y su medio ambiente. Si bien la salud depende en parte del potencial biológico con el cual nacen a la vida los seres humanos, el factor decisivo en determinar el nivel de salud de un pueblo es la calidad del ambiente que exista durante la gestación, en el hogar, en la escuela, en el trabajo y, en general, en toda la sociedad.” (Plan de salud, atención médica y medicina social Chile, 1964: 13)

Los lineamientos en extenso para el ámbito de la salud del Gobierno de la UP fueron desarrollados en el “Plan de salud, atención médica y medicina social Chile 1964” elaborado por la Oficina Central de Planificación, Grupo de Salud, donde se realiza un diagnóstico de las deterioradas condiciones de salud de la población y sus principales causas: condiciones de vida propias de un régimen capitalista; los defectos de la política y organización de los servicios médicos y de salud; el funcionamiento del Servicio Nacional de Salud (SNS); la situación de profesionales y trabajadores del área. Así y a partir de este diagnóstico, define los propósitos del gobierno de la UP para mejorar el nivel de salud mediante planes que tendieran a elevar el nivel de vida de la población y potenciar las

acciones médico-preventivas a través de atención integral a todos los chilenos con prioridad a los sectores más necesitados; define la participación del pueblo en la gestión y ejecución de las acciones de salud; nuevas políticas de personal, de racionalización de servicios, de formación de personal, de investigación científica y financiamiento; de democratización y descentralización ejecutiva de los servicios públicos de salud. La programación se organizó de acuerdo a grupos y/o aspectos específicos de la salud de la población (programa de la mujer, del niño y del adolescente, atención de salud de los ancianos, etc.); de igual manera, delinea las estrategias de prevención a nivel de la comunidad.

En términos de diagnóstico, señala que dada las condiciones de burocratización a la que es sometida la atención de salud y la acción de sus profesionales y técnicos:

“se desdeña el indispensable y valioso recurso que es la población misma, a la cual no se le da acceso a la gestión ni a las actividades de los servicios de salud. La clase dominante ha estado interesada en impedir la formación de una conciencia del pueblo sobre sus derechos y deberes sociales; con este fin, ha limitado los recursos para la educación y ha deformado sus contenidos. El resultado es una deficiente capacitación de los ciudadanos para el ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus deberes en materia de salud.” (Plan de salud, atención médica y medicina social Chile, 1964: 15)

Cada una de las estrategias propuestas, para cada uno de los problemas contenidos en el diagnóstico, respondieron a un macro-análisis: el país no contaba con una política nacional de salud: había que generarla y ésta debía ser parte integral de la política nacional de desarrollo que garantizara un nivel de vida económico y cultural satisfactorio del pueblo. En ese marco, los propósitos específicos en salud se refirieron a:

“La elevación del nivel de salud a través, primero, del aumento del nivel de vida de las masas y, segundo, de medidas preventivas mantenidas continuamente a nivel útil. Se propone el lema: “EL PUEBLO CONQUISTA SU DERECHO A LA SALUD”. b) La extensión de la atención médica al total de la población, con prioridad absoluta de parte del sector estatal para con aquellos sectores que actualmente carecen por completo de atención y que constituye mas de un tercio de la población (...) c) La progresiva aplicación de

los principios de atención médica (...)” (Plan de salud, atención médica y medicina social Chile, 1964: 18)

La realización de estos propósitos, también respondería a las siguientes disposiciones generales de la política de salud:

“a) La participación de las masas en la gestión y realización de las gestiones de salud a todo nivel; b) La democratización de los servicios públicos, es decir, la participación de todos los funcionarios en el conocimiento y la evaluación crítica de los objetivos y del funcionamiento de los servicios; c) La racionalización del sector salud, introduciendo una re orientación del gasto médico (...); d) Un trato justo al personal de todas las categorías, (...); e) Una adecuada formación del personal.” (Plan de salud, atención médica y medicina social Chile, 1964: 18-19)

La participación del pueblo en la gestión y ejecución de las acciones de salud, partía del reconocimiento de “propiedad” de los consultorios y demás dispositivos; asumía que la salud de cada persona era responsabilidad de cada uno y de todos. El involucramiento estaba mediado por la educación y esta se pretendía lograr en la intervención, en la preparación de acciones de salud y en la ejecución de las mismas.

Para la formalización de la participación se propuso la constitución de “Consejos Populares de Salud”, (tras un proceso de coordinación a nivel nacional de las organizaciones de masas) que integrando a los responsables de salud de las organizaciones y el personal directivo del respectivo servicio de salud local, permitiera generar una instancia de traspaso de información,

“(...) en el que los representante de la población aportarán lo que ésta siente como necesidades y como deficiencias en la atención, lo que ella sugiere y lo que ofrece aportar en la vía de las soluciones; y los técnicos de salud explicarán los programas del Servicio, las causas de las deficiencias, lo que proponen en cuanto a soluciones y darán la orientación para el mejor aprovechamiento de la colaboración de las masas. Las obligaciones que las organizaciones de masas contraigan aquí serán cumplidas por ellas de acuerdo a sus peculiares características y utilizando sus propios mecanismo.”

(Plan de salud, atención médica y medicina social Chile, 1964: 19)

En un segundo nivel, más descentralizado, inscribe a los “Comités Populares de Cuadra o de pequeño poblado campesino”, cuyos encargados o comisión de salud. Así también se determina que un encargado de salud existirá en cada escuela, sitio de trabajo, centro de madres, etc. En un mismo nivel de complejidad, todos se reunirían en los Consejos Populares de Salud con los equipos de atención médicas de los sectores en la ciudad y/o en el campo.

Esta estructura de organización era considerada fundamental para la definición central y para la implementación local de política y estrategias de salud. Este plan de salud refleja el pensamiento para el área hacia 1964, cuando fue elaborado por un completo equipo técnico el programa para la tercera presentación de Allende a la presidencia de la república.

Gran parte de él fue rescatado para el programa con que Allende asumió la presidencia en 1970 y algunos de estos principios pudieron ser ejecutados en sus casi tres años de mandato a través de los Consejos Locales y Paritarios de Salud, que como veremos, se complejizaron y adquirieron mayor importancia con respecto a la idea original (de 1964).

En particular, la forma de organización para la participación se vio reflejada en la conformación de los Consejos Locales y Paritarios de Salud, mediante DL N°602, publicado en 1971 y que revisaremos en profundidad en el punto 7.4 de este capítulo por cuanto forma parte del análisis del primer momento coyuntural.

Así, una vez en el poder, la UP definió dos líneas centrales para la ejecución de su plan de salud general: la primera de ellas centrada en revertir aquellos problemas definidos como *urgentes*, referidos a la situación de salud de la población; y la segunda, en los denominados problemas *estructurales*, que dicen relación con el sistema de administración y financiamiento del sistema de salud.

Las estrategias levantadas para el tratamiento de los problemas urgentes, incluyeron además de una fuerte inyección económica inicial, múltiples campañas de salud que reforzaran la educación para la prevención de las enfermedades estacionales (tanto respiratorias como digestivas), la cobertura y sensibilización de la población ante la vacunación preventiva de menores para combatir enfermedades como el sarampión y la

rubéola y una campaña que mejorase la nutrición de embarazadas, puérperas, lactantes, pre-escolares y escolares. Secundariamente, las medidas nutricionales incluyeron también a los adultos trabajadores de cada grupo familiar. Dentro de este grupo de medidas, el “programa de la leche” fue la más difundida y polémica: tenía un alcance de cobertura nacional, requería una inyección de recursos económicos significativa por parte del Estado, involucraba el compromiso de sectores extra-salud, como el agrarios a través del compromiso de niveles de producción y dirección de distribución (privilegiar venta en mercado interno ante el externo) y que se reconstruyen más en extenso en el punto 7.3 de este capítulo a partir del reporte de prensa de la época.

Con respecto a los denominados problemas *estructurales*, el plan de re-estructuración de los objetivos y forma de funcionamiento del sistema de salud partió del principio que la salud era un derecho de todos y que era deber del Estado proporcionarla. Planificó la creación de un Servicio Único de Salud, cuyos primeros pasos estaban dados por la descentralización y la democratización en la administración del sistema que consistía en la entrega organizada de recursos a trabajadores y usuarios en la toma de decisiones. El reflejo debería ser la mayor igualdad de acceso y calidad de las prestaciones a través por ejemplo de la creación de los Consejos Locales y Paritarios de Salud; ampliación de horarios y trato mas “humano” al paciente, entre otros.

Las medidas propuestas por el Gobierno pueden resumirse en:

- Democratización de la salud: delegación de funciones; impulsar la participación de organizaciones comunales y sindicales; elevar la educación en salud y estrategias de prevención en la población en general.
- Mejoras en la atención: implementación de normas, evaluación y control de los servicios entregados por los consultorios externos, que permitiera un trabajo más ordenado y de calidad; redistribución de horas profesionales de acuerdo a demandas y necesidades; asignación por atención en consultorios periféricos; mejora de las condiciones de recuperación de los jubilados; aumento de recursos humanos mediante la absorción por parte del SNS de la totalidad de los profesionales del área egresados anualmente; facilitar la incorporación de profesionales extranjeros; control sobre el cumplimiento de horarios; mejora en la coordinación de atención externa; extensión de horarios de atención de consultorios; privilegio de consultorios para plan de mejora de equipos médicos e

infraestructura.

- Optimizar la formación de profesionales de la salud: aumento progresivo de residentes a labores de atención de usuarios; aumento de matrículas en la Facultad de Medicina; disminución de extensión en los planes de estudio.

Volviendo al contexto general de participación, es importante consignar que el rol protagónico de los movimientos sociales de apoyo a la UP, tiene una importante variable a partir del año 1972, con la organización de similares tipos de fuerzas en la oposición a Allende, esto es: Partido Nacional, Democracia Cristiana y grupos de empresarios. Estos recuperan un discurso anti-estatista, teniendo detrás la convicción de un potencial liderazgo sin necesidad de mediadores, que posteriormente veremos desplegado en pleno durante la dictadura.

Aparecen con fuerza creciente las movilizaciones de grandes y medianos empresarios, los paros de transportistas y de los gremios profesionales (Salazar,1999). Para algunos historiadores, este protagonismo marca el hito de la movilización partidista; no obstante, este fenómeno no ha de verse desvinculado de la presión política de derecha del momento; lo que ocurre es la aparición de *nuevos* liderazgos que ponen la movilización de masas como una forma de presión y se *modifica* el objetivo, en la medida que se propone la defensa de intereses propios.

El Colegio Médico de Chile, fundado en 1948, fue protagonista en la discusión sobre la política de salud propuestas en el gobierno de la UP. Sufrió durante esos años un quiebre interno significativo; mientras dos terceras partes de sus integrantes se transformaron en férreos opositores de cada una de las estrategias propuestas, con discursos y acciones de paralizaciones y la huelga; un tercio de ellos se mantuvo leal al modelo propuesto por Allende y bajo la denominación de “Frente de médicos por el pueblo” abogó igualmente en discurso y acciones por aminorar los efectos de las huelgas y defender la ejecución de las medidas implementadas. Sobre el impacto del accionar del gremio médico, el de dentistas y de otros profesionales del área de la salud iremos más en extenso en el punto 7.5 de este capítulo de resultados, por cuanto son actores protagónicos de uno de los momentos de estudio seleccionados para análisis en profundidad.

La Confederación Nacional de los Trabajadores de la Salud (CONFENATS), existente en el país desde el año 1952, adquiere en la década de los 60' su mayor fuerza y

logros reivindicativos -especialmente en el plano salarial-, fueron pilar fundamental de la ejecución de las estrategias de democratización de los dispositivos de salud del país y del funcionamiento de los Consejos Locales y Paritarios, apoyando mayoritariamente el proceso de reforma de la UP.

También es esta “ala” de la participación social, se registra un fenómeno decisivo a partir de 1972, que tuvo que ver con la radicalización de las fuerzas de apoyo a la UP que registraron una actividad hasta cierto punto calificadas de incontenibles por el mismo Gobierno.

De esta forma, consignamos una participación social con a lo menos dos frentes organizados y actores definidos: por un lado el Gobierno con una política para salud que toma la participación social de organizaciones poblacionales y de trabajadores como una herramienta central de su estrategia, que contó con el apoyo de los trabajadores del área y el amplio interés de la población por ocupar los espacios generados; y por el otro, el Colegio Médico de Chile y otros gremios de profesionales con acciones de movilización en contra y enfrentamientos a la estrategia propuesta.

7.3 La situación de salud desde el discurso de prensa escrita.

En los casi tres años del período de Gobierno de la UP, la mitad del tiempo constitucional, se sucedieron en la cartera de salud cuatro ministros: Dr. Oscar Jiménez Pinochet (1970-1971), Dr. Juan Carlos Concha (1971), Dr. Arturo Jirón (1972) y Dr. Mario Lagos (1973); cada uno de ellos, protagonistas fundamentales del período, junto a los representantes del Colegio Médico de Chile (en adelante CM), con quienes se protagonizaron constantes y sucesivos enfrentamientos por la política de salud. Como actores secundarios, aparecen otras organizaciones, que actuaron en defensa del programa de salud de este período: Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS), y el “Frente Patriótico de Médicos”, movimiento organizado ante la contingencia por quienes apoyaban a Allende, entre otros.

De todos y cada uno de ellos son las voces con respecto a tres ejes que hemos identificado como preponderantes en este período: las estrategias levantadas para mejorar los indicadores de salud de la población y el proceso de atención; las políticas de salud como una forma que refleja el pensamiento y acción del sistema y la dinámica de la

relación entre la triada formada por: Gobierno y órganos de apoyo, colegios profesionales y organizaciones civiles.

Estos hechos se extraen de la discusión en prensa escrita sobre el tema de la salud, por lo tanto, muestran un comportamiento interpretativo que depende en buena parte, de la línea editorial de los periódicos seleccionados, que corresponden a dos de los más polarizados ideo-lógicamente en el período. Así, la interpretación de estos da cuenta también de énfasis interesantes de contrarrestar por cuanto son reflejo de la dinámica nacional de la época.

a) Estrategias levantadas para la mejora de los indicadores de salud de la población y del proceso de atención.

Hacia el año 1970, es profusa la información referente a los indicadores de salud de la población que indicaban que las tasas de mortalidad materna e infantil junto a las enfermedades estacionales, como la diarrea y cuadros respiratorios eran las principales causas de muerte. La mortalidad infantil anual alcanzaba a veinticinco mil menores de un año y la situación sanitaria general se veía reflejada en que cuatro de cada nueve millones de habitantes carecían de agua potable, así como el 40% no contaba con alcantarillado en las viviendas. La prensa de izquierda pone énfasis en la importancia de las condiciones de vida y su influencia en la salud (vivienda, alimentación y pobreza) (El Siglo, 12 diciembre 1970: 8-9).

Junto a la fuerte inyección de recursos económicos que estas medidas requirieron, el Gobierno también se enfrenta la demanda de recursos humanos para la implementación de cada una de ellas. Motor clave entonces resultó ser la organización de servicios de voluntariados para absorber la demanda a nivel nacional en períodos particulares del año. Se estimaba que el sistema tenía un déficit de médicos de aproximadamente cuatro mil quinientos profesionales, según datos entregados por el CM. La implementación de los trabajos voluntarios en salud fueron discutidos por la oposición política de la época, bajo la acusación de ser una estrategia para no aumentar el gasto en salud vía contratación de servicios profesionales y de constituir un modelo paternalista que no contribuiría a la solución real de los problemas.

La prensa de izquierda de la época, como el diario El Siglo, se centra en la notificación de los malos indicadores de salud y las principales estrategias implementadas:

planes de vacunación masiva, programa de la leche y control de enfermedades estacionales. En la primera de ellas, se resalta el rol cumplido por los equipos de salud y voluntarios, quienes, en muchos casos, poniendo a disposición horas de trabajo “extras” permitían cumplir con los planes de vacunación en puestos establecidos cercanos a la comunidad, que cercados de un discurso comunicacional respecto a la importancia de la prevención y con la intermediación de líderes comunitarios de salud, “monitores” y voluntarios cercanos a su realidad poblacional, permitieron cubrir en tiempos récords el número esperado en las campañas contra el sarampión, la rubéola y la poliomielitis.

El programa de la leche, que contemplaba la entrega de medio litro de leche diario por niño, estuvo destinado a las mejoras en la condición nutricional de la población; esta se acompañó de variada información sobre los efectos positivos para la salud y las múltiples formas de preparación de alimentos que permitieran su incorporación en la dieta. El programa, que tuvo una cobertura cercana al 80% se vio especialmente criticada por El Mercurio (principal medio de prensa opositor consultado) a través de dos puentes: uno el desaprovechamiento y/o mala utilización del alimento por parte importante de los beneficiarios y la insuficiente capacidad del sistema productivo lácteo nacional para abastecer la demanda que el plan establecía, sumado a la pérdida de ganancias de los productores al verse obligados a restringir el campo de exportaciones con el consecuente deterioro en los precios y ganancias. En términos generales, se buscó justificar lo inviable de la medida.

Finalmente, en este ámbito, la discusión sobre las estrategias para el control de las enfermedades estacionales (bronconeumonías en invierno y diarreas en verano), tuvieron una menor cobertura en ambos periódicos, consideramos que producto del tiempo en que se ejecutaban (extensión) y a que de cierta manera, incluían las dos medidas previas citadas. A inicios de marzo, El Mercurio da a conocer una reducción del 38% de muertes por estas causas en el primer año de implementación de las medidas; en general, da cuenta de las cifras “oficiales”.

Una de las estrategias profusamente cubiertas por EL Siglo fue la del Tren de la Salud, que organizaba el desplazamiento de grupos de profesionales del área y voluntarios (estudiantes de las escuelas de medicina de distintas universidades del país) a zonas rurales de regiones y escaso nivel de atención de salud dadas las condiciones geográficas y de recursos del sistema en términos de infraestructura y que funcionó específicamente en los

meses estivales (enero-febrero). Así por ejemplo, señala que el primer tren de la salud logró cuarenta mil atenciones, veinte mil personas atendidas en 35 días. También, y como avance en las estrategias generales de salud propuestas, se rescata el cumplimiento con el medio litro de leche (cuarenta y ocho millones de kilos en el año 1971); el programa sanitario de emergencia; la movilización oportuna de salud en casos de emergencia; difusión y ampliación del formulario nacional de medicamentos; campaña contra diarreas estivales; contrataciones de personal aumentadas; construcción de hospitales; y avances para alcanzar la democratización del área (implementación de Consejos de Salud con amplio interés de participación de la comunidad).

Hacia finales del año 71', el mismo periódico señala que las atenciones de urgencia subieron en un 54% y el número de atenciones nuevas a cinco millones ochocientos mil con los mismos recursos humanos y técnicos que el año 1970.

Hacia agosto de 1973, la evaluación de las campañas estacionales indicaban una mejora notable de las condiciones de salud de la población: la campaña contra la poliomielitis indicaba que sólo se habían registrado en 1972 trece casos, siendo docientos cincuenta y cinco los cuantificados en 1970; a finales de 1972, se había disminuido en casi tres puntos porcentuales la tasa de desnutrición infantil con respecto a 1970 y la mortalidad infantil también reflejaba una baja paulatina y sostenible.

Es necesario explicar la forma de funcionamiento y organización de las campañas, tanto de vacunación como de control de enfermedades estacionarias, descripción que reconstruimos a partir del reporte de prensa del diario El Siglo: el trabajo era organizado en formas de “brigadas” (constituidas por monitores y pobladores), cada una a cargo de un funcionario del dispositivo de salud correspondiente a consultorio o centro de salud local quienes a su vez se encargaban de la vacunación de aproximadamente 50 familias con apoyo de las descritas brigadas.

No obstante, la interpretación disímil de las posturas ideológicas que evidencia no pone en cuestión los logros prensa sobre este punto no se centra en los logros obtenidos a partir de las estrategias implementadas, donde evidencia acuerdo; sino más bien en la intensión política detrás de alguna de ellas: populismo y politización “comunista” a través o a partir de las necesidades existentes.

b) Políticas de salud: la forma de pensar y actuar del sistema.

El Gobierno que asume en noviembre de 1970 diagnosticaba como deficientes una serie de características estructurales del sistema de salud con efectos directos sobre la eficiencia y la desigualdad en la prestación de servicios. Las estrategias destinadas a remediar este aspecto tuvieron un abordaje cercano y polémico por parte de la prensa de la época.

El conflicto se mantuvo latente y focalizado en temas como el rechazo a la incorporación de médicos extranjeros y la modificación a planes de estudio universitarios que tendieran a aumentar el número de profesionales para la alta demanda de profesionales en el país. A principios del segundo año del Gobierno de la UP, son difundidas veintiocho medidas tomadas por el SNS, -dirigido en aquel momento por el Dr. Infante-, conducentes a las transformaciones que se quieren obtener y se gatilla la fase más dura de enfrentamiento entre este organismo y parte importante de los médicos colegiados.

Estas medidas buscaban la democratización del sistema, a la optimización de recursos y plan de mejora de equipos médicos e infraestructura; y entre otras acciones incluyeron: re-ordenamiento del trabajo para mejorar calidad; implementación y evaluación de las normas de consultorios externos; marcha de un programa de control de los consultorios externos; redistribución de horas profesionales; mejoramiento de la condición para recuperación de los jubilados; aumento progresivo de labores de residentes; incorporación de profesionales extranjeros; aumento de matrícula en la Facultad de Medicina; disminución de la extensión de estudios médicos; delegación de funciones; mejoramiento de coordinación de atención externa; extensión de horario de atención de consultorios; impulso de la participación de organizaciones comunales y sindicales y elevación de la educación en salud de la población en general; intensificación de medidas preventivas.

A partir de ese momento, la disputa se acrecienta, en torno a dos ideas polares: por un lado, el CM propuso la creación de un “sistema coordinado nacional de salud”, que permitía la coexistencia de sistemas privados y funcionalizado, respetando y reconociendo el derecho constitucional a la salud financiado a través de un seguro único, proporcional a la renta de los beneficiarios. Por otro lado, los médicos “de la UP” deciden apoyar el proceso de descentralización y democratización, como pasos previos a la creación de un Sistema Único de Salud. Se tornan importantes para este tránsito los Consejos Locales de Salud. Igualmente, el Ministerio de Salud anuncia que después de la descentralización de la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST), se continuará con el departamento

de control y presupuesto¹⁹.

Los reportes de prensa de la época se enfocan principalmente en los efectos visibles de los conflictos (huelgas y faltas profesionales para la atención entre otras) y no en la discusión técnica y política que afectaba la forma de pensar sobre la salud en Chile en términos de administración y distribución de poder.

Igualmente, el tratamiento de las modificaciones legales a la ley de Medicina Curativa por ejemplo, son escasamente analizadas y se evidencian diferencias en torno al interés de participación de la población en los Consejos. Mientras El Siglo pone énfasis al aporte democratizador y al alto interés, El Mercurio se centra en los efectos negativos de la politización al interior de los establecimientos y la escasa convocatoria de la iniciativa.

c) La relación del Gobierno con los colegios profesionales y otras organizaciones civiles.

Si bien en general parece que las iniciativas tendientes a mejorar las condiciones de salud de la población tuvieron una buena acogida en la clase médica, las reformas propuestas para los problemas estructurales generaron un fuerte quiebre en el gremio y la conformación de dos bloques, como se ha dicho, por una parte el colegio médico y por otro el “frente de médicos de la UP”.

La confrontación de estas propuestas para organizar la salud en Chile no se dio de forma explícita aún cuando encontramos en la propuesta del CM las primeras señales del período la privatización al sistema de salud que se desplegará en los años posteriores. El conflicto entre el Colegio Médico y el Gobierno se manifestó en un intento constante de boicot por parte de estos a las medidas propuestas. Las demandas por reajuste a los honorarios y la disputa ante las modificaciones de la ley 16.781 de Medicina Curativa que fue puesta en marcha el año 1967.

Los momentos de conflicto fueron sucesivos desde el primer trimestre del año 1972 y usó la paralización de actividades como principal estrategia. Las medidas fueron ampliamente contrarrestadas por la organización los “frente de médicos de la UP” y el apoyo generalizado de los sindicatos de trabajadores de la salud, que mantuvieron en funcionamiento la mayoría de establecimientos durante las movilizaciones que incluía llamados no sólo a los centros de atención primaria, sino también a las hospitales,

¹⁹ Institución dependiente del Ministerio de Salud, creada en 1930, que se encarga de la compra y distribución de insumos médicos y fármacos al sistema público de salud.

policlínicas del SNS y consultas asociadas a los servicios docentes, llegando en el período más álgido, a los servicios de urgencia y maternidades.

Una vez declarado explícitamente el conflicto, se inicia un abierto debate en la prensa con respecto al desabastecimiento de medicamentos, que nos sirve de ejemplo para mostrar el polar tratamiento de la información: El Mercurio atribuye el motivo a “la grave situación económica del país” y El Siglo, en cambio, a una estrategia para generar alarma pública en la población ya que tal desabastecimiento “no sería real”.

En junio de 1973 ocurre un paro por 48 horas llamado por el Colegio Médico de “advertencia” ante situaciones puntuales de algunos hospitales del país; el Gobierno anuncia suspensión según estatuto administrativo a los funcionarios que no regresen a sus labores; médicos de la UP denuncian planes del Colegio Médico de extender paro y toma a hospitales. La prensa opositora muestra indignación de trabajadores y de la población como forma de presión para que los profesionales retomen funciones. Si bien la paralización de actividades de gremios y profesionales era la estrategia ampliamente utilizada en ese momento (con vías a una desastabilización general del país), la ética especialmente del gremio médico es cuestionada en función de la lectura generalizada del valor de su papel por cuidar *la vida* de la gente.

El este segundo trimestre del año 73 se inicia el conflicto que desencadenaría una de las movilizaciones con mayores repercusiones en esta área: el convenio SERMENA-SERNASA, que ampliaba la atención médica a los empleados y hacía efectiva la posibilidad de optar entre el sistema de medicina funcionaria y el sistema de libre elección. Esta huelga duró veinte días en total, incluyó a médicos, dentistas y otros profesionales de la salud: el CM solicita la renuncia del Presidente de la República argumentando: “*la ideología marxista y el sectarismo que inspiran a usted y al régimen que persiguen han traído una politización general de las actividades del país*”. El conflicto terminó el día 8 de septiembre, dos previos al golpe de estado, tras acuerdo entre el Presidente de la República y el CM que significó un reajuste salarial del cien por ciento y la salida del Ministro Dr. Jirón, entre otros efectos.

Las huelgas se sucedieron con apoyo progresivo de otros gremios, especialmente el de dentistas; los argumentos son variados en la prensa, especialmente en el diario oficialista. Mientras que las acciones anti-paro se describen en la prensa que apoya al Gobierno, con descalificaciones que giran en torno a la falta de patriotismo y traición a la

patria. Los puntos centrales en disputa una vez más no son ni recogidos ni sometidos a análisis por parte del reporte de prensa diaria. Estos se tratan en extenso, ahondando en el reporte de prensa y con opiniones de algunos protagonistas en los puntos siguientes de este documento, por cuanto son la base que explica dos de los momentos coyunturales de análisis.

7.4 Los Consejos locales de salud como expresión coyuntural de participación en salud.

Como ya hemos señalado, la PS constituyó uno de los pilares del programa de gobierno de la UP. Amparados en la modificación constitucional de enero de 1971, que restaura el derecho a reunión sin permiso previo en lugares de uso público y que instaaura, hasta entonces limitado:

“El derecho a participar activamente en la vida social, cultural, cívica, política y económica con el objeto de lograr el pleno desarrollo de la persona humana y su incorporación efectiva a la comunidad nacional. El Estado deberá remover los obstáculos que limiten, en el hecho, la libertad e igualdad de las personas y grupos, y garantizará y promoverá su acceso a todos los niveles de la educación y la cultura y a los servicios necesarios para conseguir esos objetivos, a través de los sistemas e instituciones que señale la ley.” (Ley N° 17398, Art.10-N° 17; 1971)

En salud y consecuente a esta premisa, se emitió una de las principales normas legales para el proceso de transformación de la salud: el Decreto de Ley N° 602 que crea los Consejos Locales de Salud a nivel nacional y que es publicado en 1971, pero que en ausencia de quorum legislativo, no vio la luz en forma de Ley directamente.

Con la justificación de que la población debe formarse a conciencia de los recursos que el Estado emplea para la solución de los problemas de salud que la aquejan y colaborar con su solución, los Consejos se plantean con el objetivo de promover una mayor integración y espacio de coordinación entre el Gobierno y sus entidades administrativas y la población, de manera:

“(…) que permitan un acercamiento efectivo de la comunidad que recibe los beneficios y debe ejercitar su derecho a la salud, y a la autoridad que le

corresponde conceder esos beneficios y amparar este derecho, en términos tales que ésta cuente directamente en cada establecimiento y Área de Salud con la participación activa de los trabajadores de la salud y de la población, coordine sus programas de salud con las necesidades de ella y exista un conocimiento inmediato de sus problemas.” (Decreto Ley N° 602)

En término de estrategias concretas, el DL N° 602 estableció la creación de cuatro tipos de instancias inter-relacionadas entre si: Consejo Local de Salud y Consejo Paritario de Salud en cada establecimiento del Servicio Nacional de Salud; mientras que en cada Área de Salud, Consejo Local de Área de Salud y un Consejo Paritario de Área de Salud.

Centrando nuestro análisis en los Consejos Locales de Salud se determinó por ley la siguiente conformación: 1) el jefe del establecimiento; 2) un representante de cada una de las organizaciones poblacionales de las Unidades Vecinales del sector correspondiente territorialmente al establecimiento de salud; 3) un representante de cada una de las organizaciones de trabajadores constituidos en el mismo sector; 4) un número de representantes, determinado según proporcionalidad paritaria, entre las organizaciones de trabajadores de la salud del establecimiento; 5) un representante del Servicio de Gobierno Interior; 6) un representante municipal y 7) un representante de educación local. (Decreto Ley N° 602).

Seis fueron las funciones encomendadas a estos organismos con especial énfasis en velar por la coordinación eficaz entre autoridades, trabajadores y la población para conocer y proponer medidas que permitan el cumplimiento de programas de salud, incluida no sólo la situación de salud de la población perteneciente al territorio, sino que además sobre la suficiencia y distribución de recursos humanos, financieros y materiales; fomentar la participación activa de la comunidad a través de los trabajos voluntarios en esta, posibilitar la recolección de información, la detección de problemas, necesidades y la determinación de prioridades dentro de cada programa de salud; promover la integración de todos sus miembros en los procesos evaluativos de programas y; una función de supervigilancia de las anomalías administrativas ante la autoridad local de salud.

En términos generales, quedó así instaurada formalmente una instancia consultiva y resolutive a nivel territorial de cada establecimiento de salud, que si bien no establece sanción por incumplimiento, sentó las bases de un empoderamiento real para la toma de

decisiones de un nuevo tipo de macro-organización generada con este mismo fin.

La formación de los Consejos Locales de Salud (y los otros tres mencionados en el mismo Decreto N° 602), fueron una de las estrategias implementadas por el Gobierno para la democratización de la salud, medida que generó fuerte resistencia principalmente del Colegio Médico de Chile, especialmente por el propósito general que perseguía: medicina socializada que ponía salud como un derecho a ejercer, *“que emerge de las bases mismas de la comunidad y de todos nuestros trabajadores”* (Dr. Infante; Revista Que Pasa, 1971); discute la creación de un Servicio Único de Salud, que dejaría la totalidad de los recursos, incluso los privados, distribuidos hasta entonces en diferentes instancias sólo en la administración del Estado y el evidente riesgo de que éste a su vez descansara en el pueblo como instancia organizada. La constante presión de “evidencia científica” que solicita el gremio para justificar su apoyo al SUS termina en en statu-quo de la iniciativa, tras ocho meses de discusiones; las fuerzas se canalizaron entonces al reforzamiento del SNS.

La crítica a los Consejos Locales de Salud puntualmente por parte del CM se asentó en su forma de funcionamiento; la gran cantidad de personas que lo conformaban lo transformarían inevitablemente en instancias ineficaces; se protestó porque la normativa no fue consultada al Colegio Médico y la baja representatividad en ellos de médicos y profesionales expertos no se condecía con las altas atribuciones para definir la administración de sus labores. En reportaje de la revista Que Pasa del mes de noviembre de 1972, el Dr. Rivera (Hospital Sotero de Río) señala con respecto a la necesidad de participación en el área para solucionar los problemas de salud, que esta es importante: *“siempre y cuando sea toda la comunidad. Por ende, conjuntamente los usuarios y el equipo de salud”* (Revista Que Pasa, julio 1971).

El peso proporcional de la opinión de pobladores y médicos para la toma de decisiones iría en desmedro de la categoría y autoridad de los segundos y llevaría a toma de decisiones erróneas, que pondrían en riesgo la salud de la población, como lo ejemplifica el Diputado de la República de la época, Dr. Monckeberg: *“Cuando, al producirse una infección en la Maternidad del Hospital Barros Luco, el Consejo Paritario impidió -considerándolo 'una brutalidad'- el cierre temporal de la sección, el mal -gangrena- se extendió y murieron ocho enfermas...antes de que el médico que había recomendado la clausura la obtuviese por otros conductos”* (Revista Que Pasa, enero 1973).

En torno a este punto, de los medios para su conformación, funcionamiento y niveles de preparación de los pobladores miembros del Consejo, el Dr. Jaime Sepúlveda, Director del Consultorio de Renca en esa época, señala que el proceso de organización inicial fue clave en el buen funcionamiento y efectividad. En el caso de este Consejo puntualmente, se realizó una fase previa de desarrollo y capacitación de una red de líderes de salud (entre 70 y 80 personas), para operar como enlace entre la institución y la comunidad, en base al desarrollo de la capacidad de hacer una lectura inteligente de los problemas de salud que la comunidad tenía, de las soluciones que el consultorio podía ofrecer y de las formas de organizar la atención de su población por medio de orientación; todo esto como una forma de concretar de forma vinculante la decisión que ellos podían tener en estos espacios de gestión.

Una caracterización de estos líderes (que fueron la base de la cual se escogieron los representantes a los consejos y con quienes se articulaba el trabajo) que hace el Dr. Sepúlveda, evocando su propia experiencia nos permite re-construirlos como hombres y mujeres comprometidos con la construcción de un modelo de desarrollo, un espacio de poder compartido, que haciendo frente a múltiples dificultades que imponía la realidad social de la época contribuían con tiempo y energía a la formación de un equipo que en el pensar y el actuar en torno a una institución socialmente significativa en la estructura de la sociedad de la época: el consultorio comunal y que visibilizaban a los profesionales y trabajadores como equipos de salud comprometidos en un fin último que había que alcanzarse de manera colaborativa.

En la crítica de fondo, aparece el cuestionamiento del Dr. Cruz Coke hacia la Comisión de Democratización, que, tomando en consideración el modelo cubano marxista de salud apuesta a modificaciones *en y de* las estructuras: *“Hay una incorporación masiva del pueblo al poder estatal donde pasa a actuar, consiente, real y efectivamente en toma de decisiones, en este caso en salud. Se debe crear una nueva mentalidad reivindicatoria donde no debe primar el criterio economicista pues no es lo fundamental.”* (Revista Que Pasa, Noviembre, 1971).

A juicio del Dr. Hurtado (Consejero Regional del Colegio Médico en la época) los CLS eran instancias ineficaces para resolver temas de salud, pero un importante instrumento de poder político y una antesala del SUS al que los médicos no habían puesto suficiente atención (Revista Que Pasa, Noviembre, 1971); las instancias se habrían

convertido, desde la perspectiva del Colegio Médico, en “*verdaderas asambleas políticas de la UP*”, traspasando su rol asesor de la autoridad a verdaderos propietarios de la misma (Revista Que Pasa, Noviembre, 1972).

En la defensa de estas instancias, aparece en prensa la opinión del Dr. Jaime Sepúlveda, quien destaca que la instancia participativa es algo que había evolucionado desde 1964 en el país, cuando existían los Consejos Comunales de Salud, que luego se pasaron a denominar Consejos Comunitario (hasta 1972). Lo distinto de esta fase sería a su juicio entonces, la forma de corporizar la participación y los nuevos principios en que se basa la representación comunitaria, ya que por ejemplo, los Consejos Comunales de Salud otorgaban representación a miembros de clubes de Rotarios, de Leones, y al cura párroco, entre otros, que distan de la legitimidad de por ejemplo un líder sindical. En el análisis de uno de sus proponentes, el Dr. Devoto, señala que en 1967 este tipo de organización quedó abandonada (salvo la buena voluntad de alguno) ante la dificultad para la aprobación de una normativa legal para su formación y regulación (Decreto N° 250) y que no se contó para su expansión, con el apoyo del SNS de la época: “*el impulso a la participación no encontró el respaldo necesario*” y el CM ignoró la medida, haciendo retroceder la comprensión e importancia de la participación de la comunidad en temas de salud (Revista Mensaje, enero-febrero, 1973).

El mismo Dr. Sepúlveda señala que los consejos “*buscan romper el tradicionalismo paternal del SNS e incorporar a la mayoría en la toma de decisiones*” (Revista Mensaje, enero-febrero, 1973). Como una de las medidas tomadas por el CLS de la comuna de Renca y más difundidas en la prensa de la época como ejemplo del poder atribuido se encuentra la “expulsión” de dos médicos, por haber adherido a uno de los paros promovidos por el Colegio Médico, que en opinión de una pobladora entrevistada: “*el CM es totalmente inoperante, cínico en sus declaraciones ya que ellos cometen crimen llamando a paro y después hablan de 'represalia'*”. Con respecto a este suceso puntual, en entrevista el Dr. Sepúlveda señala que el hecho de ser él miembro del Consejo, pero sin derecho a voto, permitió un mayor empoderamiento de este no obstante todas y cada una de las decisiones le eran consultadas.

A juicio del Dr. Carlos Molina (Subsecretario de Salud Pública del Gobierno de la UP), los logros que se obtuvieron en la mejora de las condiciones de salud de la población se debieron a la forma de organizar el trabajo con la comunidad y a la legitimación y

credibilidad que tuvieron las medidas implementadas para la democratización y desburocratización de la salud, como los CLS. De alguna forma, dio espacio a un sujeto social con creciente *“conciencia de construcción de futuro, de construcción de utopía, de aspiración legítima, confiada, asertiva”* que vio terreno fértil en la construcción de país de la UP. La riqueza de esta instancia y sus consecuencias estaba en que lo que se pensaba y verbalizaba como proyecto y que buscaba una real vía de implementación. Los Consejos Locales de Salud son un ejemplo de concreción de una medida de gran alcance, que se buscó y logró implementar no obstante el estado general del país, donde lo *“uni-personalmente decidido y legalmente concebido tenía una instancia reconocida (aunque no legal) de ser frenado y re-formulado”*. Esto tuvo impacto en la credibilidad popular como para estimular la participación en este proceso; credibilidad no sólo en la política de Gobierno, sino también en la institucionalidad sanitaria y en el equipo de salud.

7.5 El conflicto entre Gobierno v/s Colegio Médico pre-golpe.

La relación entre el Colegio Médico (CM) y el Gobierno de la UP se dio en el marco de una serie de disputas con este y otras órdenes profesionales (transporte y empresariado), en un clima de clara confrontación a las políticas de Gobierno, que iban más allá de este ámbito en particular. No obstante, nos resulta importante rescatar que los primeros antecedentes de esta histórica confrontación -a juicio del Dr. Carlos Molina-, responden a un período previo, que él sitúa en los años 1956-57, con ocasión de la creación de los departamentos de trabajo médico, que al interior del CM, tenían como misión defenderlos de “sus patrones”, es decir, el Servicio Nacional de Salud, único empleador por esa época ya que en general, el desarrollo de la medicina privada era casi nula y el desarrollo de la práctica no era concebida independiente del Estado y la Universidad de Chile.

Casi diez años después de la creación de este organismo colegiado, la oposición al control que la institucionalidad del Estado efectúa sobre el poder médico a través del SNS, se transforma en la causal de fondo de los conflictos consecutivos: *“la defensa del prestigio, la ética, los tiempos, los salarios y el trabajo normado se instala de manera organizada, a través de un discurso crítico frente al patrón.”* (Dr. Molina)

La división del Colegio, ocurrida entre gremialistas (políticamente derechizados) y

los de izquierda (proclives a la funcionalización y la medicina socializada) los confronta en su seno interno: “el trabajo funcionario obliga a los médicos a bajar a una disciplina de trabajo colectivo institucional, que no es lo que los inspira en los años veinte, en que ellos actúan porque son la 'inteligencia' del país, -como dice María Angélica Illanes-, porque son los 'inspirados', la modernidad, el conocimiento y el progreso para salvar vidas humanas...no, ese médico requiere de ciertas condiciones que son propias de la oligarquía.” (Dr. Molina)

Esta forma de entender el pensamiento médico de aquella época, y los conflictos que lo antecedieron nos permite de mejor manera situar en la discusión las repercusiones que causaron medidas como los Consejos de Salud, la creación de una carrera médica vespertina para trabajadores en la Universidad de Chile, la creación de carreras técnicas que ayudasen a conformar equipos de salud, la incorporación de médicos extranjeros al SNS y las modificaciones a la ley de Medicina Curativa que impacta a otros profesionales, dentro de los que más destacaron, el Colegio de Dentistas y Químico-Farmacéuticos.

En términos concretos, la disputa entre el CM y Gobierno se centró en las medidas implementadas y como acción social usaron mayoritariamente las paralizaciones de actividades. Puntualmente el paro que se inició el 20 de agosto de 1973 respondió a lo que calificaron como un trato injusto hacia ellos como profesionales del país, en el marco de un sistema que no reivindica su labor y proletariza al país: *“el abandono de la imparcialidad política en el trabajo de los médicos y la aplicación en los servicios de un criterio sectario para tratar a las personas; (...) reivindicaciones económicas que no han sido escuchadas; (...) el menosprecio que han evidenciado las autoridades de la Unidad Popular hacia los profesionales chilenos, tratando de introducir médicos de otra nacionalidad y de un nivel de preparación más bajo que el nuestro (...) las situaciones enumeradas, a las cuales se podrían agregar muchas otras, bastan para explicar el paro médico”* (Editorial de El Mercurio, 24 agosto 1973).

No es hasta el cuarto día de paralización que se genera un primer encuentro verbal entre las autoridades y después de seis días de movilizaciones, el CM pide por escrito la renuncia de su colega al cargo de Presidente de la República, argumentando que la politización y la ideología marxista que lo inspira ha causado profundo daño al país, no sin antes un detalle de cada uno de los problemas nacionales en que enjuician la influencia del Gobierno de la UP (El Mercurio, 26 agosto 1973), evidenciado entonces el afán político

del mismo.

Las medidas tomadas por el SNS en término de re-distribución de horas y cargos para emergencias y el apoyo de un número importante de integrantes del llamado “grupo de médicos patriotas” permite continuar con las atenciones, de manera que El Siglo señala como “casi normal” y sobre lo que El Mercurio no se pronuncia. La sobrecarga de trabajo a este grupo de profesionales y de los trabajadores de la salud, que no adhirieron a esta ni otras paralizaciones parece notable, así como el cuestionamiento de la comunidad ante la medida, por poner en serio riesgo la salud de la población con la amenaza del cierre de unidades de urgencia. (El Siglo, 20 agosto 1973 / El Siglo, 23 agosto 1973)

El mismo SNS a través de su subdirector, Dr. Mario Requena, señala que la directiva del Colegio no es más que un instrumento de los golpistas, así como muchos otros y que la extensión de 48 horas a carácter indefinido de la movilización no tiene otra función sino presionar la renuncia del presidente y contribuir a la ola de demandas de una intervención militar (El Siglo, 29 agosto 1973/El Siglo 30 agosto 1973)

Consultados miembros de la directiva con respecto a otras aseveraciones en la misma línea, rescatamos la interpretación y justificación de la misma: *“¿les está gustando la política? No fuimos nosotros quienes nos metimos en esto. Desgraciadamente nos metieron la política dentro de los hospitales. Y digo desgraciadamente porque las consecuencias son desastrosas”* (Secretario Nacional del CM, Dr. Edgardo Cruz Mena; Revista Que Pasa, 6 septiembre 1973)

Finalmente, tras casi 20 días de paralización, ocurre el anuncio por radio y televisión del término del conflicto que se alcanzó tras el acuerdo entre el Presidente del CM Dr. Rubén Acuña y el Ministro Dr. Mario Lagos y que consistió en: la vuelta al trabajo sin represalias (sumarios administrativos), el envío al parlamento de las indicaciones al proyecto de reforma a la ley 15.076, que satisface aspectos de remuneraciones, reajustes y relación con las Cajas de Previsión y el compromiso de perfeccionar mediante patrocinio ministerial los sistemas de perfeccionamiento técnico profesional. No obstante, parte del gremio declara no estar de acuerdo con la baja de la movilización mientras no sea aprobada por la asamblea plena del sector golpista (El Mercurio, 8 septiembre 1973).

En la interpretación de la izquierda de la época, se señala que el acuerdo tuvo como una de sus razones, el que el “Frente de Médicos Patriotas” y la totalidad de los trabajadores de la salud se mantuvieron brindando atenciones, lo que hizo parciales los

efectos de la misma.

En opinión del Dr. Molina las verdaderas motivaciones de la suma de los médicos a la conspiración contra Allende tienen que ver con la politización y polarización del clima nacional más que con temas técnicos: *“yo creo que la élite que condujo lo que terminó siendo la mayoría del CM era una élite muy politizada, altamente politizada, ahí la respuesta era NO al comunismo, no a los tanques soviéticos en Chile, no a la anti-democracia, no a los comunistas: los líderes eran esos. El discurso es la libertad de trabajo, la ética médica, el salario médico justo, la atención médica humanizada, el financiamiento, etc.”*

CAPÍTULO 8

El impacto de la Dictadura Militar y sus efectos en la participación social en salud (1973-1990)

En el presente apartado, revisamos la forma de organización que adquiere el Estado tras el golpe militar y las consecuencias del régimen autoritario para la participación social en el período de tiempo inmediato después de este, repasando las principales formas de organización, que subsistieron clandestinamente y las que se articularon como movimiento social que apoyaron el acuerdo político que terminó con el régimen hacia 1990. Esta breve reconstrucción, se realiza principalmente a través de los análisis críticos de historiadores y sociólogos.

El análisis de los acontecimientos reportados sobre el ámbito de la salud, son recogidos exclusivamente del diario El Mercurio (de Santiago), que en este período permaneció circulando con franco apoyo al régimen y ante la clausura y/o intervención de la totalidad de otros medios de prensa, vinculados a ideas de izquierda, levantándose como única fuente de información diaria de circulación nacional hasta 1987, en que aparece La Época, como iniciativa independiente que sin asociación directa a la política partidista, se sitúa en la oposición.

Hacia el final del apartado, se presenta el análisis de los momentos coyunturales seleccionados, en función de la relevancia que adquiere en ellos la participación en salud como fenómeno para la transformación del estado político de cosas: el primero de ellos es la paralización de actividades encabezada por el CM y FENATS (del que fueron parte también otros gremios profesionales no del área de la salud) en respuesta a la situación de confrontación entre estudiantes, funcionarios y profesionales de la Universidad de Chile y su Rector y que impacta especialmente al Hospital Clínico José Joaquín Aguirre. El análisis comprende la información publicada entre el 11 de agosto y el 30 de octubre de

1987.

El segundo de los momentos, comprende el mes de diciembre de 1987 y enero de 1988 y corresponde a la movilización de profesionales de la salud como protesta y presión ante la municipalización de los consultorios de atención primaria y que a diferencia de la primera analizada, alcanza mayor repercusión en el territorio nacional.

El tercero de los momentos corresponde a un análisis de prensa, complementado con entrevista a actores secundarios que da cuenta de la repercusión en el aparato de salubridad del Gobierno y de la comunidad ante la detección de los primeros casos de VIH-Sida en el país.

8.1 Chile en el contexto de la Dictadura: una cronología socio-política.

El período que se inicia con el golpe militar del 11 de septiembre de 1973 significó la instauración de un liderazgo político militar, personalizado en el General Pinochet, las Fuerzas Armadas y de Carabineros. La Junta Militar fue la figura en que se radicó el “Mando Supremo de la Nación” inmediatamente después de ejecutado el golpe, lo que significó la concentración de poderes ejecutivo, legislativo y Constituyente por este sólo órgano que se comprometió a garantizar *“la plena eficacia de las atribuciones del Poder Judicial”* y un respeto constitucional *“en la medida que la actual situación del país lo permitiera”*. Se propone la misión de reparar los males atribuidos a la acción del marxismo declarando un estado de guerra interna contra sus agentes (Informe de la Comisión Nacional sobre política y tortura, 2003: 170).

La concentración de poderes en la Junta Militar es la que le da el calificativo de “autoritario” al régimen, que se refuerza en 1974, cuando el General Pinochet recibe el título de Jefe Supremo de la Nación ya que además de presidir explícitamente la Junta, mantenía la Comandancia en Jefe del Ejército del país.

Mediante sucesivos y numerosos Decretos con Fuerza de Ley, fue disuelto el Congreso Nacional y el Tribunal Constitucional; se eliminó cualquier actividad electoral y se proscribió la existencia de los partidos políticos de la UP, mientras que se decreta también el receso de los restantes (el PDC no incluido en el primer grupo, fue incorporado el año 1977). Fueron cesados en sus cargos las autoridades de los municipios, cargos que recibieron entonces designaciones directamente desde el poder central; misma suerte que

corrieron la mayoría de los funcionarios de la administración pública, a excepción de la Contraloría y Poder Judicial. Fueron intervenidas las universidades del país, con rectores-delegados a quienes se les encomendó la identificación y expulsión de profesores y estudiantes con pensamiento de izquierda además de una re-orientación curricular amplia; se estableció una rigurosa censura a medios de comunicación que pudiesen cuestionar o fiscalizar la acción del nuevo régimen, prohibiendo su circulación. Como medidas de control y represión se aplicaron extensos toques de queda, (que limitaba el derecho a circular libremente en determinadas horas por la vía pública so pena de arresto) prisión, tortura, exilio y muerte.

La estrategia comunicacional de la Junta estuvo dirigida a la validación de las estrategias antes señaladas ante “el inminente auto-golpe de la UP” que incluiría la eliminación de los opositores al régimen de Allende.

El establecimiento del Estado de Sitio permitió el retiro de atribuciones de la Judicatura ordinaria para quedar esta a cargo de la Militar, situación que se mantuvo hasta 1978 con dos períodos mas cortos en la década de los ochenta.

La resistencia el día del golpe y los sucesivos fue esporádica y aislada; quienes se mostraron -dentro de las FFAA- contrarios a la medida fueron rápidamente controlados, y otros incluso renunciaron previo al 11 de septiembre; en definitiva, la escasa resistencia no tuvo poder para un enfrentamiento real al “pronunciamiento militar” lo que hizo que las FFAA logaran un control casi inmediato del país. El Informe de la Comisión Nacional Sobre Política y Tortura (2003), recabando diversos testimonios de presos políticos y una reconstrucción de los discursos de los protagonistas de los hechos (incluido el propio Pinochet) desestima un clima que justificara la tesis de “guerra civil” bajo el cual se ampararon las medidas represivas.

La doctrina de “Seguridad Nacional” fue la base ideológica de las FFAA; la lucha contra-insurgente a los “*enemigos de la patria*” era una estrategia inculcada desde la formación castrense recibida por oficiales de diverso rango de toda América Latina en EEUU y ésta validaba y legitimaba el uso de la represión por causa “superior”, obviando la normativa internacional a la que país suscribiera y obviamente, la justicia interna. El enemigo pasó a ser todo aquel representante de la ideología marxista y este pensamiento se extendió a través del adoctrinamiento y/o simple obediencia a mandos medios y bajos (Informe de la Comisión Nacional sobre política y tortura, 2003: 175).

Al respecto, el Bando N°30 del 17 de septiembre de 1973 señala en su punto 4: *“Las Fuerzas Armadas y de Carabineros serán enérgicas en el mantenimiento del orden público en bien de la tranquilidad de todos los chilenos. Por cada inocente que caiga serán ajusticiados 10 elementos marxistas indeseables, de inmediato y con arreglo a las disposiciones que el Código de Justicia Militar establece en Tiempo de Guerra.”* (Informe de la Comisión Nacional sobre política y tortura, 2003: 176)

Los Consejos de Guerra, que operaron como órganos de justicia en este marco, fuera de los cánones asignados en términos de procesos acusatorios, permitieron la tortura no obstante esta se encontraba rechazada por toda norma internacional a los que Chile estaba suscrito, que incluso en sus propios códigos, sólo consigna como “legal” la muerte en enfrentamientos bélicos. Esto releva la importancia del argumento oficial con respecto al estado de “guerra interna”.

En general, fueron violados todos los derechos y garantías bajo el amparo del Poder Judicial civil. El aparato represivo se organizó en torno a *“fusilamientos sumarios, tortura sistemática, privación arbitraria de la libertad en recintos al margen del escrutinio de la ley, conculcación de derechos humanos fundamentales”* (Informe de la Comisión Nacional sobre política y tortura, 2003: 191). Esta se mantuvo durante todo el período, con grados de intensidad variables y diversos criterios de selectividad de víctimas, que incluyeron a dirigentes poblacionales y sindicales, militantes de partidos políticos miembros de la UP, estudiantes universitarios y secundarios, en órganos especialmente creados con ese propósito: DINA (junio 1974-1977) y CNI, disuelta en 1990 (Informe de la Comisión Nacional sobre política y tortura, 2003).

Cifras oficiales de acuerdo a los informado por la Comisión de Verdad y Reconciliación (Informe Rettig) y la Comisión Nacional sobre Prisión Política y Tortura (Informe Valech) el número de víctimas de violación a los DDHH en el período 1973-1990 fue de aproximadamente 35 mil; 28 mil de ellos torturados; 2.279 ejecutados; 1.248 desaparecidos. Además se contabiliza que cerca de 200 mil personas habrían sufrido exilio y un número indeterminado habría pasado por centros de detención, sin que necesariamente se hubiera cometido alguna de las situaciones detalladas o que simplemente no forman parte del estudio de las comisiones mencionadas.

Este clima nacional, permitió la instauración de un nuevo orden que constitucionalmente duró diecisiete años, significó una nueva forma de relación entre el Estado y la sociedad caracterizado por el control a través de la represión y exclusión con que los primeros operaron sobre los segundos, mediante el modelo de régimen autoritario que generó el escenario propicio para la instalación de un modelo económico neoliberal. Esta transformación en la economía, tiñe así el amplio espectro de relaciones intra-sociales y de esta con el Estado.

Este nuevo modelo, trajo consigo la subsidiaridad para la pobreza y la disminución de la participación directa del Estado a través de la privatización de empresas públicas y la disminución del gasto, especialmente en el área social en la que son evidentes dos fases: la primera comprendida hasta 1982, que se caracterizó por ser un período de ajuste, en que además se produjeron las mayores transformaciones en la administración de la política social a través de las reformas a la salud, educación y pensiones; y una segunda fase, de consolidación y expansión (entre 1984 y 1989); en medio, una profunda crisis económica, en que la situación de crecimiento, empleo y salarios tuvieron una fuerte baja, fenómeno que se vio reflejado en el alza de los niveles de pobreza de la población que fueron además al principal motor para la demanda social de la época, tras diez años de dictadura.

El ajuste fiscal se justificó bajo la necesidad de equilibrar el déficit generado en el gobierno de Allende y esta argumentación estuvo a la base de la privatización del sector social, la instalación del rol subsidiario de la pobreza y la exclusión que el mercado generaba. Las medidas introducidas directamente en el plano económico, significó un aumento del desempleo que se mantuvo casi en el doble de lo histórico en Chile hasta esa fecha (aproximadamente el 6%).

Las medidas de empleo vía programas de emergencia²⁰ constituyeron una estrategia para la disminución de estos altos índices de desempleo, especialmente en épocas de crisis económica (1975 y 1982-1983), no obstante agudizaron los niveles de pobreza por cuanto consintió en un subsidio que estaba por debajo de los salarios mínimos legales que estuvo orientado primero a labores de aseo y ornato de la ciudad y posteriormente a la construcción (Olave, 2003: 121).

El proceso de transformaciones, que a partir del terreno económico, incluyó lo social y lo político estuvo organizado y dirigido por un equipo técnico-político conformado

²⁰ Denominados Programa de Empleo Mínimo (PEM) y Programa de Ocupación para Jefes de Hogar (POJH).

por una élite dirigente formada por los líderes del empresariado y partidos políticos de derecha. Bajo el discurso de la necesidad de modernización del Estado, que tenía alcances para la instauración de un nuevo sistema que iba más allá del re-establecimiento de la institucionalidad “perdida” durante el gobierno socialista. La instauración de un nuevo orden económico social no pudo darse entonces sino en un clima de autoritarismo y represión dadas las disconformidades de las clases disidentes. La instauración de este nuevo orden precedió las transformaciones políticas, que en su gran mayoría, no se llevaron a cabo sino desde 1979 en adelante.

En términos secuenciales, lo primero fueron las “modernizaciones administrativas” que significaron en los estructural, la regionalización y la municipalización con el argumento de potenciar la integración regional y la cohesión territorial, la optimización en la distribución de los recursos y la des-concentración económica. El territorio se organizó en doce regiones más la Región Metropolitana. En términos funcionales, la potenciación de las municipales -último escalón de la cadena estructural del territorio- fue clave para las nuevas funciones que adquiriría ésta a partir de las siguientes modernizaciones: privatización de la educación, reformas en el ámbito de la vivienda y salud. Otros terrenos sujetos a la misma lógica fueron además el plan laboral y la reforma al régimen de pensiones y poder judicial (Olave, 2003).

La fórmula de regionalización terminó generando una mayor sujeción de éstas al poder central y las municipalidades, centraron su administración en los efectos de la pobreza y subsidiaridad, estableciendo así las bases del sistema de desigualdad dependiente del territorio: las mismas comunas con mayor concentración de la pobreza, tenían -y continúan teniendo- la menor capacidad de ingreso por tributación, dadas las mismas características de su población, déficit que no siendo subsanado por el Estado en forma eficiente, malogró la calidad de los nuevos servicios administrados por ellas, principalmente salud y educación.

En el plano de la seguridad social, entendida como el derecho de los seres humanos a tener protección mínima en términos de salud y pensiones de vejez, cambió drásticamente con las reformas que se inician en 1980. De una cobertura de hasta el 90% de la población en ese año, el régimen de pensiones pasó a estar a cargo del sistema privado, con principios rectores puestos en la capitalización individual, en la administración de fondos con ganancias para las empresas privadas a cargo de su

administración (AFP) y con el Estado en un rol de control y subsidiario menor de quienes no podían ingresar al sistema ofertado (Olave, 2003: 169).

La lógica que se instaló fue la de disminuir el rol protagónico del Estado y en base a la crítica del modelo solidario y asistencial, instalar uno subsidiario - asistencial, que junto a potenciar el rol del mercado, disminuye el alto costo del Estado en la oferta de lo colectivo, fuertemente criticado por costoso e ineficiente. El concepto de Estado Social es reemplazado entonces por el de *“Economía Social de Mercado. En teoría, el libre mercado aseguraría un mayor bienestar individual y social, al proporcionar un mejor servicio, respaldado por una nueva capacidad gerencial”* (Piñera,1992:17; citado en Olave, 2003: 198)

El rol del Estado pasó a la subsidiaridad de la extrema pobreza, mediante la focalización de recursos menores, esta pasó a ser de tratamiento casi exclusivo de las nuevas unidades territoriales locales (municipios), evaluando, asignando y administrando los recursos a través de programas sociales para el empleo, la alimentación complementaria, cuidado de los menores de edad y pensiones sociales.

En términos de salud, se pasó a la coexistencia de un sistema público (FONASA), a cargo del Estado y que cubrió a la mayoría de la población y uno privado, a cargo de las ISAPRES (Instituciones de Salud Previsional), más uno menor para las Fuerzas Armadas.

La libertad de elección entre ambos sistemas y a su vez dentro de FONASA fue difundido como una medida que buscó el mejoramiento del sistema a través de la equidad; obviando la grave dependencia del nivel de ingresos y del mismo estado de salud de la población requerido por el sector privado para la inclusión en él. Hacia 1990, año de término de la dictadura militar, sólo un 15% de la población era comprador de los servicios de la empresa privada en salud, no obstante los índices de crecimiento en número y ganancia de estas era exponencial, con mejores proyecciones de lucro en función de las mejoras paulatinas de empleabilidad y salarios de la población aparejado con la disminución en la calidad de los servicios públicos (Olave, 2003).

En términos generales, las empresas privadas de salud ofrecieron paquetes cerrados de prestaciones de medicina curativa que son compradas por los cotizantes en la medida de sus respectivos niveles de salarios lo permiten y tienen la atribución de “seleccionar” (o discriminar) según edad, sexo y condición de salud a su población “beneficiaria”. Los servicios de primer y tercer nivel, es decir de atención primaria y rehabilitación o curativo

especializados, no fueron generalmente cubierta, debiendo asumir el sistema público la atención de esa población, especialmente en los casos de población de clase media.

Bajo esta lógica de funcionamiento, la carga de atención queda en el sector público con esta notoria distribución dispar: cerca del 60% de la población, recibiendo no más del 35% del total de los aportes vía cotizaciones.

La disminución progresiva del gasto a salud durante período de dictadura, explica el profundo deterioro de la calidad de los servicios entregados a una población de usuarios y a los trabajadores del sector, quienes vieron una drástica congelación de salarios durante este período.

8.2 Las consecuencias de la Dictadura Militar en la participación social y su rol en el re-establecimiento de “la democracia”.

El período de 17 años de dictadura militar se caracterizó en este ámbito, como ya lo hemos anticipado en el punto anterior, por el término de los espacios y oportunidades de participación social y del ejercicio democrático. Tanto partidos políticos como organizaciones de base no partidistas fueron objeto de represión y persecución. En el mejor de los casos, grupos que lograron mantener algún nivel de coordinación, pasaron a la clandestinidad.

En este contexto, la revisión de los acontecimientos indican que la participación se estructuró desde dos vertientes: la *oposición* al régimen, que tuvo diversas formas y actores dependiendo del momento histórico de estos y la organización que se articuló desde las autoridades como espacios de *apoyo* al mismo.

Nos proponemos revisar en este apartado entonces cuatro fenómenos por separado pero que están íntimamente ligados. El primero de ellos dice relación con la vida “legal” de los partidos políticos, ya que es desde allí desde donde se gestarán en gran medida la re-articulación social para el término de la dictadura, no obstante la distancia acaecida con bases sociales amplias; un segundo es el movimiento poblacional, que se gesta independiente de los partidos y que estuvo guiado primeramente por motivaciones específicas ligadas a la subsistencia; el rol de la iglesia y otras organizaciones ciudadanas en la época; por otro lado, la formación y funcionamiento de organización como gestos de apoyo al régimen. Todos estos fenómenos, en el marco general de la participación social y

que no vio aparecer la especificidad de los temas de salud sino hasta poco antes del término de la dictadura (1987), con la re-articulación de los sindicatos de trabajadores, aún cuando, fueron también de alguna forma parte de la movilización social de 1983 en adelante.

A juicio de Garretón (1995), la oposición al régimen tomó en una primera fase la forma de *resistencia* por parte de los grupos que apoyaron al gobierno de la UP; una segunda fase estuvo marcada por la injerencia de la Iglesia Católica en el escenario de denuncia por violación de derechos humanos, que él califica de *semi-oposición*; y una tercera de *disidencia*, en que resurge la oposición explícita a las medidas del régimen y en que tuvo una especial importancia la voz de los políticos y movimientos sociales re-articulados en torno a demandas concretas; finalmente, hay una forma de *resistencia armada*, protagonizado principalmente por el MIR que es fuertemente reprimida por el régimen.

La re-organización de los partidos opositores se dio principalmente por parte de la Democracia Cristiana, quienes transitan desde un apoyo más bien mayoritario al golpe a una etapa de rechazo explícito a las medidas introducidas que lleva a sumarlos en 1977 a la proscripción de partidos políticos. Tras procesos de confusión interna, termina por flexibilizar posturas y se abre la posibilidad de alianzas con la izquierda (aunque excluyendo siempre al PC); mientras el Partido Socialista se distanció en términos generales de la doctrina marxista más ortodoxa, el PC fue el que más se acercó a las bases poblacionales ante la radicalización de uno de sus sectores, desconfiado de las instituciones y fórmulas de concentración política.

El movimiento participativo constituido por la organización sindical y de organizaciones de base, protagonistas del Gobierno de la UP (que tuvo su máxima expresión entre 1965 y 1973), fue violentamente reprimido desde el inicio de la dictadura, parcialmente desarticulado, eliminado y cuando no, clandestinizado.

El sujeto social, activo y pilar de la participación social, se ve bruscamente transformado en un actor pasivo, objeto de políticas sociales instaladas central y tecnocráticamente, en el marco de una política económica neoliberal destinada a subsidiar el consumo (Valdés, 1986).

El espacio territorial donde se organizaba el movimiento de base hasta esa época: la comuna, fue drásticamente intervenida desde el primer día del golpe. Aún cuando se

mantuvieron leyes, que permitían el funcionamiento de Juntas de Vecinos y Organizaciones Comunitarias, estas se transformaron más en objeto de control y vigilancia que en espacios de movilización y organización local en pro de las necesidades de la población que representaban. Si bien algunas organizaciones sociales continuaron funcionando estas se vieron intervenidas con dirigentes designados por los alcaldes de las respectivas comunas (a su vez también designados por la Junta Militar). Mediante el DL N° 349 de 1974, se ordena el re-empadronamiento de todas ellas y la super-vigilancia de instituciones centrales recientemente creadas (CEMA y de la Secretaría Nacional de la Juventud, por ejemplo) (Valdés, 1986). Otras se “proscriben”, especialmente aquellas asociadas más abiertamente al proyecto político de la UP. Se mantuvo reconocimiento sólo de aquellas que no constituían una amenaza para los intereses y estrategias de la dictadura; muchos de los líderes que no fueron detenidos, recurrieron al exilio dadas las condiciones de represión explícita también en búsqueda de oportunidades de empleo ante la grave crisis económica de la época.

La organización reconocida pasó a ser aquella que contribuye a perfeccionar el funcionamiento del mercado usando criterios técnicos: quienes no se ajustan a este esquema (la gran mayoría, que sin empleo no puede acceder al las leyes de libre mercado) pasan a constituir una amenaza para el sistema, por cuanto sus necesidades insatisfechas y las potencialidades de organización y acción violenta deben ser controladas y combatidas bajo la estrategia de Seguridad Nacional (derrotar al “enemigo interno”) (Valdés, 1986).

La participación se empieza a dar entonces de manera individual y bajo la lógica que el mercado impone para el acceso a bienes vía políticas sociales, destinada a la igualación de oportunidades de acceso al mercado mediante la subsidiaridad a la extrema pobreza, proceso administrado por las Municipalidades. No obstante las nuevas formas y condiciones de control sobre organización social, los relatos oficiales indican que el número de organizaciones aumenta, atribuible a conceptualización que se le da a la acción social “permitida y estimulada” que además queda explícitamente tecnificada y normada:

“CEMA-CHILE informa que al 30/09/85 cuenta con 9.976 Centros de Madres en todo el país, con 225.870 socias y 655 Centros Cemitas (menores de 18 años, hijas de socias) que reúnen a 11.846 jóvenes. La capacitación ha aumentado de 26.986 socias, en 1975, a 323.943 socias, hijos y esposos, entre septiembre de 1984 y septiembre de 1985. (Lechner y Levy, 1984 y CEMA-

CHILE, 1985). La DIGEDER, Dirección General de Deportes y Recreación señala que, en octubre de 1985, existen en Chile 19.807 Clubes Deportivos y 3.991.606 deportistas activos entre hombre y mujeres, adultos y niños. El 64% de esas organizaciones están afiliadas a los Organismos de Acceso y Participación: Comité Olímpico de Chile, sus Federaciones y Asociaciones, los Canales Escolar, de la Educación Superior, Laboral, de la Defensa Nacional y Vecinal. Estas cifras representan un incremento del 443% entre 1976 y 1985 (CEMA-CHILE, 1985; El Mercurio, 15/12/85).” (Valdés, 1986: 19).

A estas cifras, se suman también el trabajo voluntario (principalmente femenino), ejecutado y dirigido mayoritariamente por esposas de militares destinado a “los más necesitados”, en la lógica de la caridad y la beneficencia.

Como señalábamos, el sujeto social adquiere una nueva conceptualización: un rol de consumidor subsidiado que es visto como una latente amenaza, excluido y marginado de las decisiones de todo orden.

El incremento sistemático de los índices de pobreza y cesantía se dio a la par de un progresivo apoyo de instituciones que con financiamiento principalmente extranjero impulsó estrategias en la línea de la “educación popular” y propició la re-composición del movimiento social, proceso que a juicio de Teresa Valdés (1986) se dio en fases, la primera de ellas, de la mano de la acción de la Iglesia Católica, mediante los Comités de Cooperación para la Paz, con acciones centradas en la creación de comedores en las poblaciones más pobres, la defensa de los derechos humanos y actividades laborales, donde tuvo un importante rol la Agrupación de Familiares de Detenidos Desaparecidos, creada a fines de 1974.

En una segunda fase, se suman a los anteriores un afán solidario ante la grave situación económica que afectó principalmente a los pobladores, con altas tasas de cesantía que empeoraron las condiciones de vida ya deterioradas por el régimen represivo: en reemplazo del Comité de Cooperación por la Paz surge la Vicaría de la Solidaridad que continúa con el apoyo a la alimentación a través de comedores, (llegaron a tener 313 en 1977) en torno a los cuales se potencia también el desarrollo de actividades culturales, educativas, laborales entre otros además de la defensa de los DDHH (1986: 23).

El rol de la Iglesia católica como organización cercana a la población fue clave en

la labor de contención y protección para las primeras acciones en este terreno y apoyo humanitario, no obstante, se mantuvo en una labor social y cultural, más que política lo que consideramos fue clave en que ambos planos se mantuvieran paralelos.

En esta época, los “operativos cívico-militares” fueron implementados por el Gobierno como una forma de control y ataque a las consecuencias de extrema pobreza: corte de pelo, atención dental, entrega de algunos bienes e información son algunas de las estrategias utilizadas. Se organizaron lentamente nuevos comités de vivienda para re-impulsar la demanda de habitación digna y accesible a la situación económica en tal grado descompuesta, que abundan en Santiago y otras ciudades los allegados y con ello las malas condiciones de salubridad. Además del apoyo de la Iglesia Católica y de instituciones internacionales, esta pequeña re-articulación se pudo llevar a cabo por cuanto la represión se centraba mayoritariamente en ese momento en los partidos políticos.

La tercera fase de re-composición del tejido social descrito por Teresa Valdés comprende 1978-1980 durante la fase denominada de “modernizaciones”, que en salud y educación significaron la privatización y municipalización de ambas. Se implementan las estrategias municipales para identificación y apoyo para la superación de la extrema pobreza y la acción social solidaria decae en función de las necesidades de subsistencia individual y familiar que se imponen por sobre las colectivas.

La crisis económica genera que entre 1980 y 1982 se inicie una escalada lenta pero progresiva de la movilización social, el Gobierno abre pequeños espacios de diálogo, como una forma de administrar la crisis encabezada *por y en* las “tomas”, que suele terminar con violentos gestos represivos de parte del Gobierno ante la dificultad para llegar a acuerdos con los pobladores. Ante las dificultades y lo infructuoso del diálogo, se articulan organizaciones de cesantes, talleres laborales, organizaciones para el consumo básico, para problemas habitacionales y las organizaciones poblacionales de servicios, donde entre otras, se forman “grupos de salud”, “grupos de rehabilitación de alcohólicos”, talleres de salud mental, centros de apoyo a la educación entre muchos otros con fuerte trabajo del PC, que se mantuvo desde la clandestinidad cercano a las bases poblacionales²¹.

Este escenario gradualmente se conformó como un espacio de confluencia de la re-articulación política y poblacional, hacia una demanda generalizada que se expresó en manifestaciones multitudinarias. La re-articulación sindical semi-clandestina y el triunfo de

²¹ Tras Golpe militar, los partidos políticos fueron prohibidos; el PC fue declarado no sólo ilegal y clandestino, sino además, terrorista.

la oposición en elecciones de organizaciones fue dejando aislado a los partidarios del régimen y a juicio de Garretón (1995), fue esa fuerza, en el marco de la crisis económica, que significaba el fracaso del modelo impuesto que permitió que el escenario de manifestaciones se extendiera por tres años:

“(...) las manifestaciones populares de protesta incluían levantamiento de barricadas y enfrentamientos con la policía, que reforzada por los militares, reprimía violentamente. La forma privilegiada fue la protesta mensual en que los diversos actores sociales y políticos asumían de diversas maneras la expresión de su oposición al régimen, bajo la idea unificadora de “Democracia Ahora”. La convocatoria a estas protestas fue variando desde las organizaciones sindicales a las organizaciones políticas, aunque normalmente se producía una alternancia entre ellas, no exenta de tensiones.”
(1995: 84)

La expresión de disconformidad ante las condiciones de vida de la población a nivel nacional surgen como marchas y protestas en 1983; las tomas de terrenos por pobladores aumentan y las acciones represivas de Carabineros también, manteniendo enclaves hasta hoy iconos de la lucha poblacional a un alto costo humano producto de la represión. Estos movimientos inyectan cada vez mayor fuerza a la ola contestataria general, hasta que en 1984 se promulga la Ley Anti-terrorista como nueva herramienta de control y desarticulación social.

La fórmula que articuló la oposición para la demanda social en su conjunto fue: “salida de Pinochet, Gobierno provisional y Asamblea Constituyente” (declarando ilegítima la de 1980). Si bien los tres años de movilización significaron el fortalecimiento de la sociedad civil también las desgastó en la medida que no lograron los objetivos; los bloques avanzaron en vías de superar la fragmentación. En este camino, se creó en 1983 la Alianza Democrática con protagonismo de la DC y otros (excepción del PC) que gracias al apoyo de la Iglesia católica también incluyó a partidos de derecha (aunque precarios) en búsqueda de una fórmula para la “transición a la democracia plena” que no obstante la falta de acuerdo, marca un momento simbólico de acuerdos (Garretón, 1995).

El paro del 30 de octubre de 1984 marca el momento de máxima expresión de movilización social en el país y genera una nueva fase represiva por parte del Gobierno,

cuando nuevamente se dicta el Estado de Sitio y se ejecuta la detención masiva y persecución de dirigentes. No obstante la clausura de importantes medios de comunicación, se inicia la visibilización generalizada y el cuestionamiento de actores sociales -hasta entonces no involucrados- y la población general de las acciones represivas del Gobierno Militar que significaban un atentado fragante sobre la vida y la libertad de las personas. El término del Estado de Sitio en 1984 y el reemplazo por la Ley Anti-terrorista tornan necesaria una nueva reorganización poblacional:

“(...) las estimaciones de los especialistas de SUR Profesionales señalan que en Santiago, en noviembre de 1985, 220.000 pobladores y pobladoras, jóvenes y adultos, participan en organizaciones de base de diverso tipo (16% del total de habitantes de poblaciones y campamentos). De ellos, aproximadamente 3.000 conforman coordinaciones sectoriales y zonales (Hechos Urbanos No. 47, noviembre 1985)” (Valdés, 1986: 43).

Hacia 1985, con la conformación de la “Asamblea de la Civilidad”, como nuevo referente político, se dio a un intento de recuperación de protagonismo de la sociedad civil organizada y secundariamente el poder político de oposición, pero esta vez unido:

“Esta mostró una gran capacidad movilizadora, al organizar no sólo concentraciones multitudinarias y abarcar al conjunto del país, sino también al promover una paralización nacional de actividades en julio de 1986, que fue duramente reprimida. Sin embargo, la originalidad de superar las discrepancias políticas a través de las organizaciones sociales, donde se volvía a encontrar todo el espectro opositor, sin exclusiones, no pudo evitar dos diferencias fundamentales. Una, el predominio de las organizaciones de capas medias que dejaban a los sectores populares y de izquierda en posición relativamente subordinada. La segunda, la ausencia de un diseño propiamente político-estratégico que canalizara la movilización social.” (Garretón, 1995: 90).

La separación entre oposición política y social advertida puede explicarse por la escasa representatividad de los primeros, es decir, por sobre los segundos. Tales condiciones de desarrollo de los partidos políticos vieron restringidos los espacios para la

construcción de actores sociales territoriales, sumado a ello, la carencia de espacios para la representación y la necesidad de lucha por condiciones de subsistencia generaron grupos y líderes heterogéneos y muy distintos a los de otros períodos de la historia, mas ceñidos a la lógica política partidista (Garretón, 1995).

El encuentro de ambos sectores, solo germinó entonces en la lógica de una meta superior como fue el término de la dictadura, no obstante, con fragilidad de estrategias y deficiencias en la organización.

El acuerdo entre régimen militar, partidos de izquierda y algunos de derecha para el plebiscito de 1988 más la injerencia del gobierno norteamericano, que propiciaba una salida “acordada” de dictador, fue para la oposición la oportunidad de lograr la salida de Pinochet buscando mecanismos para el respeto del resultado electorales y para la derecha, una oportunidad de continuidad, pasando de un modelo dictatorial a uno democrático, legitimado por la población.

La labor de los partidos políticos se centró así desde 1988 en transformar la masa o mayoría social en una mayoría política bajo una conducción única, que permitiera no sólo el triunfo del NO sino que la pronta realización de reformas constitucionales que permitieran un gobierno democrático.

La creación de un frente amplio, que fue más allá de la inclusión de los partidos legalmente constituidos y que incluyó a la totalidad de la izquierda en el proceso eleccionario de 1988 (incluido el PC) generó un ambiente de unidad que facilitó la generación de confianza en la población para la inscripción electoral. La formación del Acuerdo Social por el NO, una especie de continuidad de la Asamblea de la Civilidad sumó a la recientemente reorganizada Central Única de Trabajadores (CUT) y otras organizaciones independientes, en un ejercicio que si bien estaba supeditado a las decisiones políticas encabezadas por los partidos políticos permitía la movilización independiente de éstos. Esta serie de acuerdos incluyó el término de medidas de excepción: exilio, estado de sitio y acceso a los medios de comunicación, entre otros, que permitieron la generación de una mayoría electoral que vencer el temor a la manipulación y represalias por el acto eleccionario y a mediano plazo, lograr el involucramiento activo en política-partidista de la población.

Si pasamos revista a lo sucedido con los protagonistas principales de período previo en el ámbito de la salud como fue el Colegio Médico, en los primeros años de este período

encontramos diferencias importante sobre la interpretación del rol y espacio ocupado: mientras la entidad refiere en su historia una desaparición de la injerencia en la política de salud de la época, existen hechos reportados que evidencian lo contrario y queda presentado en el desarrollo del punto siguiente de este capítulo. En el año 1981 este órgano (y el resto de los Colegios Profesionales del país), mediante decreto de ley, quedó convertido en Asociación Gremial, *“privándola de las atribuciones esenciales que tenía como corporación de derecho público”* (Colegio Médico de Chile) perdiendo así la tuición ética sobre sus afiliados y otros derechos que lo sacan de la posición privilegiada que ocuparon hasta ese minuto. La Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (CONFENATS), fue desarticulada mediante la persecución, represión y exoneración de sus líderes (mayoritariamente vinculados a partidos políticos) y asociados que fueron apoyo del gobierno de la UP, con lo que se produjo un estancamiento y retroceso en las conquistas laborales conseguidas hasta esa fecha:

“(...) la situación de inestabilidad política e incertidumbre laboral, significó que la mayoría de los asociados se retiraran de nuestra organización, transformándose éste solo en un ente de carácter corporativo y de beneficencia con nula participación en el ámbito gremial o sindical tanto por prohibiciones o pérdida de derechos fundamentales como también por que la dirigencia del gremio era designada por gobernaciones o intendencias, instituciones que permanentemente entregaban información bajo un contenido amenazante y de advertencia para mantener la paz social y hacer de los Empleados Públicos una población sumisa y comprometida bajo la amenaza permanente de la exoneración.” (CONFENATS)

Como ellos mismos señalan, si bien esta organización sindical no desapareció, sus dirigentes fueron designados y su acción se centró en la entrega de beneficios a modo de subsidiaridad menor a sus socios. La recuperación de ésta, con sentido sindical de base, y la de otras organizaciones sindicales se da en los años 80', gracias al apoyo económico y la super-vigilancia de organismos internacionales (Movimiento Sindical Internacional) y chilenos en el exilio.

El re-aglutinamiento para la acción en contra de la dictadura militar respondió a un proceso lento, de trabajo clandestino y público, que siguió un curso dado por la

radicalización de la represión y violación de los derechos humanos; seis años después, este esfuerzo se traduce en la movilización y reorganización concreta, con el ejercicio de presión sobre los dirigentes designados mediante solicitudes al Ministerio del Interior para lograr la elección de los cargos mediante voto de sus asociados, proceso que tiene su punto culmine en el Congreso de los Trabajadores de la Salud, realizado en Coquimbo en octubre del año 1989 donde se decide de forma unánime el término de los delegados designados y el inicio de un proceso de democratización de la FENATS, que con las condiciones adversas, propias de falta de fuero sindical, a mediados del año 91' alcanzó 12 mil socios a nivel nacional y tuvo elecciones democráticas.

El período de diecisiete años de dictadura militar tiene como características dos fenómenos que se relacionan directamente y que analizaremos vinculándolos de la misma manera: por un lado, preparación e implementación paulatina del proceso de reforma a la salud, en el marco de la instalación transversal de un modelo económico privatizador y neoliberal que se dio en forma paulatina, con una nula respuesta y/o manifestación en favor o en contra por parte de organizaciones sociales sino hasta dos años previo al término de la dictadura.

8.3 La política de salud y las condiciones de salud de la población reconstruida cronológicamente desde el reporte de prensa escrita.

Con ocasión del golpe y en forma inmediata fue clausurado el periódico El Siglo y otros²² así como muchos otros medios de comunicación vinculados a la Unidad Popular. De esta manera, El Mercurio se constituye como el principal medio de prensa escrita de derecha y aliado comunicacional de la Junta de Gobierno, tal como lo describimos en la introducción. Conforme a nuestro objetivo de narrar los hechos descritos en prensa, hemos dividido los 17 años de este período en dos, el primero de ellos comprendido hasta 1987 en que el único reporte analizado corresponde a El Mercurio y en que se pusieron en marcha las transformaciones neoliberales al sistema de salud, la creación del sistema de ISAPRES y cambia la injerencia del CM en la política (con respecto al período anterior). La segunda fase está dado por la aparición del diario La Época, que desde marzo de 1987 difunde la voz de disidentes que, aunque tímidamente, se pronuncian sobre el proceso. Esta división y

²² Ver anexo 1.

la selección del punto de corte responde nada más a la disponibilidad de material de análisis homogéneo para todos los períodos de estudio. Ocurre como veremos, un punto de inflexión en la “comunicación” sobre la salud al aparecer el diario La Época.²³

El Ministerio de Salud en esta época se caracterizó por estar a cargo de militares y no es hasta el último período (1986-1990) en que asume el Dr. Juan Giaconi. Previo a eso, ocuparon la cartera el Coronel Alberto Spoerer (hasta 1974); Francisco Herrera (1976) Gral. Fernando Matthei (1978); Carlos Jimenez (1979); Alejandro Medina (1980); Hernán Rivera (1983); Winston Chinchón (1986)

a) La crítica al modelos de la UP y las primeras medidas implementadas en dictadura.

Solo un par de días después del Golpe de Estado, el ministro de salud emite sus primeras comunicaciones públicas para señalar que el problema del desabastecimiento de medicamentos está en rápida vía de solución gracias a la ayuda internacional; que las relaciones con el Colegio Médico son “inmejorables”; que la injerencia política queda eliminada de la práctica médica y que importantes modificaciones ocurrirán en SERMENA y SNS; las estrategias implementadas por el gobierno de la UP para la mejora de las condiciones de salud de la población serán evaluadas para determinar su continuidad: el programa de la leche fue finalmente extendido hasta fines de ese mismo año para luego ser reemplazado por “una medida más realista” que otorgue a los mayores de dos años “otros alimentos más nutritivos”, ante la insolvencia de la producción de leche en el país para mantener la medida.

Se estructura la crítica a la gestión en salud del régimen anterior en torno al desorden financiero y administrativo; al déficit de profesionales producto de la migración que generaba la politización del área, bajas remuneraciones y condiciones para el trabajo de estos. La “fuga médica” -según cifras oficiales- alcanzaría a cuatrocientos profesionales. Como medidas inmediatas se aumentaron las remuneraciones a médicos en un 40%. También se anunció la delegación de la dirección de hospitales públicos del país en profesionales de la administración designados por el régimen. No obstante estas medidas, las autoridades advierten que hasta 1980 no se logrará equiparar la necesidad de personal con la demanda del sistema público.

²³ Detalle de la organización de la prensa en Chile entre 1973 y 1990, en anexo 1.

Uno de los énfasis de las comunicaciones en este período está dado por los aportes de organismos internacionales y la inyección de dinero por parte del Gobierno para mejorar la infraestructura y equipamiento técnico del sector, por ejemplo: OMS entrega en 1974 cuatro mil millones de pesos, que se reitera una vez más en 1977 con similar destino: tres millones ochocientos ochenta mil dólares se invertirán en equipamiento, se suprime además el tope de gasto mensual en salud. Nuevas obras a 1979 incluye por ejemplo: cuatro nuevos hospitales, cinco consultorios de atención primaria y sesenta y cinco postas rurales, además de ampliaciones, remodelaciones y otras obras.

Otros montos significativos se señalan destinados a actividades de promoción y prevención de la salud, que incluye, entre otros rubros, la entrega de leche a la madre y el niño y los programas permanentes y extraordinarios de inmunización. Fuerte inversión se habría iniciado recién en 1976 tras un análisis exhaustivo de las posibilidades de inversión en el área, intentando no caer en ejercicios de *“excesos socializantes que en países desarrollados han demostrado no ser eficaces a largo plazo.”*

b) El papel secundario de la situación de salud en el reporte de El Mercurio.

La comunicación en torno a las condiciones de salud de la población se transforma en algo secundario en este período, centrando su mayor atención en aquellas que permiten evidenciar una mejora del sector en torno a modificaciones introducidas que liberalizaban el mercado.

Las cifras con respecto al estado de salud de la población hacia 1974 indica que el 50% de los menores de edad tienen a lo menos algún grado de desnutrición ante lo cual, se refuerza la importancia del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (creado durante la UP), se crean comedores de ayuda fraterna y se inicia una campaña de educación a las madres en temas de salud básica de los menores, como una forma de paliar el déficit de recursos profesionales en las regiones del país (explícitamente declarado). Por otra parte, la mortalidad maternas se reduce ese año en un 50%, mientras que la tasa de natalidad disminuye en un 1,1%. Los datos entregados con respecto a la mortalidad infantil muestran una disminución, igualmente en la materna; la tasa de enfermedades transmisibles también muestra una disminución del 70%.

Se destaca la acción social organizada por instituciones como el club de leones y grupos de voluntarias para apoyar los problemas de salud de la población mediante la

caridad: entrega de lentes, visitas y apadrinamiento de instituciones donde residen personas en vulnerabilidad.

En 1981 se destaca el cumplimiento de las metas de salud puestas por la OMS y en forma constante se refuerzan en la prensa las acciones de vacunación. Como problemas emergentes de salud, se consignan también en este año, la problemática creciente de los enfermos renales (anualmente se presentaban 700 casos nuevos de insuficiencia renal).

Como demandas de la población, un estudio de 1981 realizada por el periódico a una muestra de 13 mil 996 personas, aparecen las demoras en la obtención de horas médicas y el alto costo de los medicamentos como principales demandas.

En torno a los indicadores de salud, se consigna que la mortalidad infantil descendió de 66,2 por mil en 1973, a 31,9 por mil en 1980; mientras que en 1982 se informa que Chile redujo la mortalidad infantil en 60%, cifra récord en América Latina; el promedio de vida subió de 63 a 67 años y la desnutrición infantil habría descendido a un 9,8% con una alta tasa de control por el Ministerio de Salud y efectivas medidas como el programa de alimentación complementaria; mientras que un año después la cifra indica un descenso a 8,9%. Importante función habrían cumplido en este plano el aumento de la cobertura de agua potable y alcantarillado en las principales ciudades del país.

La aparición de La Época en 1987 entregó luego una visión crítica de las cifras al cuestionar el “exitismo” del régimen militar, sobre lo que fueron consecuencias de la política de salud implementadas previo a 1973.

El año 1984 aparecen reportados los primeros casos de SIDA en Chile pero tras un período de latencia informativa al respecto, resurge con fuerza en 1987 principalmente en el diario La Época, en que se señala que a diciembre de 1986 habrían 22 casos, más seis nuevos en los primeros meses de ese año. Las estrategias difundidas para su control apuntan a la educación de grupos de alto riesgo (homosexuales y trabajadoras sexuales), mientras el Instituto de Salud Pública insiste en que este no sería un problema de salud pública.

El Gobierno se muestra contrario a socializar información con escolares u otros grupos donde el riesgo no es significativo y la escasa cobertura de El Mercurio puede corroborar la estrategia.

c) La estrategia de convencimiento del libre mercado como camino para mejorar el sistema de salud en el país.

Uno de los roles más importantes de El Mercurio especialmente hasta 1979 estuvo dado por lo que consideramos, fue la preparación del escenario para la implementación plena del proceso de reforma neoliberal en salud. Junto a la crítica al modelo anterior, se inició la difusión de una serie de “exitosas medidas” que se ajustaban a un modelo de administración privada en salud y a la apertura del mercado. La relación que se evidencia entre la nota editorial y la nota de prensa, se asemejó a una campaña comunicacional que tiende a la difusión de la información con análisis partidario de las mismas, con tres énfasis marcados: la eficiencia en la administración de dotación médica dentro de los hospitales, gracias a las modificaciones introducidas en 1973 en este ámbito; las mejoras en los primeros casos de administración de consultorios entregados a corporaciones privadas y; la apertura del mercado de los medicamentos, que incluyó por ejemplo en 1974 la autorización de importación directa de medicamentos por parte de usuarios a la par de un aumento de la producción del Formulario Nacional.

Cifras de 1975 señalan que existirían en el país 5 mil 672 facultativos para un total de 10 millones de habitantes, de los cuales, más del 60% ejercen en la capital. La falta de médicos en provincias es catalogada como crítica. Demanda de atención en servicios de urgencia aumenta en 1977 tras el término de toque de queda y los precios de medicamentos se contrapondrían a las indicaciones médicas. Aparecen primeras críticas al funcionamiento de los consultorios.

En 1978 se dan a conocer los primeros resultados de la gestión de la Corporación Nacional Privada de Desarrollo Social, a cargo de la administración de algunos dispositivos de AP de la Región Metropolitana que indicarían que la atención mejora en calidad aun cuando los usuarios deben pagar un costo que el Estado considera menor y en carácter de voluntario. Estos consultorios mejoran las tasas de atención en un 30% en dos años y la para-médica en un 122%. El ahorro generado estaría siendo re-invertido en infraestructura y equipamiento. La diferencia estaría puesta así en la lógica financiera-empresarial que logra mejoras en indicadores epidemiológicos y de la atención preventiva infantil.

Hacia finales de la década de los setenta, se señala que no habrán nuevas disminuciones en personal administrativo, ya que se han superado los síntomas más evidentes de la burocracia (la disminución entre el 73 y 74 fue de un 3% y entre el 76 y 77 de otro 2%). a pesar de la disminución presupuestaria de los años 75, 76 y 77 las consultas por morbilidad, los egresos hospitalarios, las intervenciones quirúrgicas y los exámenes no disminuyeron, esto se atribuye a un mejor uso de las prestaciones.

Datos entregados en octubre de 1979 indican que existe una dotación de mil treientos catorce funcionarios y cuarto mil cuatrocientos setenta horas médicas en la actualidad en la asistencia pública. Como producto de la re-estructuración, esta podría quedar reducida a cerca de novecientos funcionarios y más de tres mil horas médicas.

d) La implementación de las primeras medidas del proceso de reforma.

El seguimiento de las opiniones del CM en el período 1973-1979 que fue el de “preparación del escenario” para la reforma a la salud dice relación con el alto protagonismo en el período previo y en función de eso mismo, haber sido uno de los pocos actores que se mantuvieron con voz una vez iniciada la dictadura. Como señalamos en apartados anteriores, las grandes organizaciones de trabajadores de la salud fueron intervenidas con dirigentes designados y sus actores reprimidos por militancia política, lo que dejó el período con casi nula capacidad de respuesta, salvo la del CM, que hacia 1978 inicia la crítica parcial a la lentitud con que se implementaban las medidas por ellos propuestos.

Las “inmejorables” relaciones con el CM, se reflejan en los reportes de prensa el inicio de una fase de abierta colaboración de estos para con el proceso de reforma a la salud. En Convención Nacional desarrollada a inicios de 1974, este órgano acuerda el apoyo oficial al desarrollo del sistema privado en salud, hasta esa fecha “sub-valorado e invisibilizado por la demagogia”. La iniciativa se propone, en términos concretos, que se generen las condiciones para un sistema de salud de “libre empresa”, que permita la iniciativa y competencia. Ese mismo año, proponen al Gobierno una política de salud mixta, que mantenga los servicios públicos mejorando su eficiencia y la estimulación del sistema privado bajo la figura de por ejemplo las cooperativas de salud que compitan con los servicios públicos para otorgar atención de calidad a la población. Declara así mismo que la gestión del sistema de salud debe quedar en manos de sociedades intermedias de la

comunidad, correspondiendo al Estado el apoyo subsidiario, la fiscalización y el control superior a través del Ministerio.

El proceso de reforma se llevó a cabo en el marco de transformaciones profundas en otras áreas de la realidad nacional y tuvo por objetivo final, la instalación del modelo económico neoliberal. Desde diciembre de 1973, el Gobierno reconoce la política de libre mercado como una alternativa para la solución de los problemas de la economía del país, en donde la misión del Estado en salud se debe mantener especialmente para salvaguardar la calidad de la formación de recursos humanos para el área.

Las notas de editorial de El Mercurio son claros análisis favorables hacia el paquete de reformas en salud.

En mayo de 1973, se modifica la Ley de Medicina Curativa, con la que todos los médicos se incorporaron al sistema de libre elección; los usuarios podrían pagar con dinero en efectivo y recuperar su valor a través de los bonos SERMENA; médicos y hospitales podrían ser escogidos libremente por obreros, empleados, jubilados, indigentes o chilenos sin previsión; nace el Fondo Nacional de Compensación para el apoyo de quienes perciban menos ingresos. Las medidas son interpretadas como un “verdadero” gesto de igualdad y equiparación de oportunidades.

En el marco de la regionalización del país, a partir de 1975 se inicia el proceso de reforma en que SERMENA y SNS darán paso a organismos regionales, supervisados por el Ministerio pero independientes en lo administrativo, técnico y financiero.

A la liberación para el comercio de medicamentos se sumó la declaración del Gobierno acerca de que la salud gratuita debe estar destinada sólo a indigentes y a la publicación constante y sistemática del éxito que en países desarrollados alcanzan los modelos con protagonismo del sector privado.

En términos económicos, se comunica que la inyección de recursos sería sólo para mejoras de sueldos, pero se aplicará al sector una lógica de redistribución y mejoras en la administración de los mismos. La falta de personal médico se evidencia como crítica: existen a 1978, 5.672 facultativo en el país, para una población de 10 millones de habitantes, de los cuales, el 60% ejercen en la capital. El aumento del personal entre 1970 y 1974 es del 37%, no obstante el aumento en consultorios de AP es sólo de 3% y un 1% para camas. Se conforma un grupo de ingenieros y economistas jóvenes que colabora con las autoridades del sector para racionalización de recursos del sector y mejorar la

administración de servicios, denominado “patrulla juvenil”.

A las polémicas producto del déficit de especialistas y financiamiento (que aseguran será resuelto con el proceso de descentralización), arremeten críticas al lento accionar del Estado para poner en marcha la reforma que fortalezca la salud privada y alivie de carga al sistema público; editorial de El Mercurio señala: “se mantiene a la salud como un islote socialista, sometido a los embates de la economía” agregando además: es pretensión que los hospitales sean administrados como empresas eficientes, pero sometidos a costos irreales, con autoridades presionadas por trabajos burocráticos; con motivo de la suspensión de la carrera funcionaria hace cuatro años, los directores de establecimientos de salud no resultan ser los más idóneos; hay insuficiente comunicación entre el CM y las autoridades de salud; las prestaciones médicas en establecimientos hospitalarios se estarían haciendo en algunos lugares con insuficientes medidas de higiene por falta de recursos; el personal no-medico o no-preparado está ejerciendo en zonas de extrema ruralidad; las autoridades económicas sienten un poco de menosprecio por los médicos y los otros profesionales del área.

En agosto de ese mismo año (1978), el CM rechaza el principio de subsidiaridad del Estado en Salud y sostienen que al ejecutivo cabe un papel primario, solidario y activo en este campo. Se reclama la permanencia del SNS como modelo adecuado de medicina social, sin acceder a las eventuales correcciones de defectos burocráticos. Solicitan formalmente al Gobierno que permitan nuevamente las elecciones de directiva de los colegios profesionales para evitar problemas de representatividad.

En 1977 se anuncia la creación de doce servicios regionales de salud y seis metropolitanos, que incorporarán las actuales estructuras del SNS y de la ley de medicina curativa.

A inicios de 1980, en la prensa se consigna la “reaparición” de la FENATS con demandas dirigidas a la mala situación de sueldos de sus trabajadores asociados y la exoneración de otros, solicitan formalmente participación en las comisiones que se empiezan a reunir para evaluar la situación de los trabajadores del sector. Ante la demanda de médicos jóvenes por la contratación por parte del Estado, El Mercurio en su cuerpo editorial, consigna con claridad, que la situación de la salud en el país mejorará en la medida que se incorporen modificaciones económicas al modelo y no con un aumento del número de profesionales.

Resulta importante consignar que hacia 1983, el Colegio Médico se pronuncia abiertamente con una crítica hacia el nuevo sistema de salud: este respondería a un esquema de financiamiento que se muestra claramente agotado ante la situación actual de la salud. Dos años después, un informe del CM señala que en un 91,2% habría disminuido la inversión del estado en el rubro de la salud para equipamiento e infraestructura entre 1973 y 1983; crítica fuertemente repudiada por el Ministro, acusando una actitud política y poca ética de parte del gremio.

e) El desarrollo del sub-sistema privado en salud.

El desarrollo del sistema privado se evidencia en el surgimiento del sistema Isapre en 1980-1981, y con ello numerosas clínicas, en su mayoría especializadas, que reembolsan las atenciones a los usuarios a través del SERMENA, aunque critican que esto cubre mínimamente los costos.

Las modificaciones a la ley de medicina curativa son difundidas por El Mercurio como un avance en materia de igualdad del sistema por cuanto sería ahora posible la elección de facultativo y sistema de atención.

La municipalización de los consultorios se respalda en la búsqueda de mayor participación de la ciudadanía y el aporte de recursos adicionales. Se refuerza la idea de que la responsabilidad de la salud debe ser compartida entre el Estado y las instituciones privadas y para quienes puedan asumir sus costos. Se anuncia que el proceso será progresivo, tras asegurarse que cada uno de los municipios cuenta con las condiciones para hacerse cargo de ellos y que este no se concretará sino hasta el segundo semestre del año 81'. Para finales de 1987 se estima el término del proceso de traspaso de la APS a las municipalidades.

Entra en funcionamiento también el nuevo sistema nacional de servicios de salud (con veintisiete unidades distribuidas a lo largo del país). En editorial del mes de agosto del mismo año, se señala *“para que la participación privada en salud sea efectiva, es necesario que los chilenos dispongan realmente de los aportes previsionales que efectúan con este propósito. Como lo ha indicado el Sr. Ministro, los ciudadanos deben poder elegir libremente la institución que más les convenga para el cuidado de su salud, pero esto sólo será posible si pueden decidir el destino de los dineros que obligatoriamente aportan al sistema”*. El desarrollo de la empresa privada en salud es así planteada como

una forma de libertad individual y de bien común.

Entre enero y mayo del año 1981 se inicia con la promulgación de la ley que crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y las Instituciones de Salud Previsionales (ISAPRE). Al respecto, el CM se autodesigna supervigilante del cumplimiento de la salud pública, a través de la observación y análisis del funcionamiento de ambas nuevas instituciones.

Tras cuatro meses de existencia de las ISAPRES, estas alcanzan 43 mil afiliados. Un año más tarde, captaban entre el 11 y 12% del mercado. A 1985, muestran una tasa de crecimiento del 45%, con 130 mil afiliados y 350 considerando cargas familiares. A 1986, cinco años después de creado el sistema, sus afiliados alcanzan a 600 mil afiliados, con gran aumento del número de instituciones

El año 1982 significó un congelamiento del gasto en el área, no obstante el CM estimaba que el personal debía crecer en un 150% para satisfacer las necesidades de atención de la población. Sobre la segmentación para subsidios en salud y la posibilidad de prestamos de FONASA para co-pagos, se refuerza la idea de que estas transformaciones buscan un acceso libre e igualitario a la salud. Las cifras entregadas, señalan que dos tercios de la población obtendrían salud gratuita.

f) La cobertura en torno al principal problema de salud de la década: VIH-Sida.

Uno de los aspectos en que se observó un aumento de cobertura en prensa con la aparición de La Época, fue en torno a la situación del Sida en Chile, en cuanto a estrategias y alcances del contagio. Dentro de las primeras, da a conocer que se han realizado redadas policiales para detectar nuevos casos entre población de alto riesgo a cargo de la Brigada de Delitos Sexuales de la Policía de Investigaciones en Antofagasta. En el mes de agosto, aparece el primer caso de un menor de edad, producto de transfusión sanguínea dos años antes. La Época en nota editorial realiza fuerte crítica a las medidas tardías y minimización del problema, mientras algunos hospitales se declaran incompetentes para tratar los casos de personas con crisis de salud producto del virus. El Gobierno propone invertir cerca de 20 millones de dólares para someter a un examen de detección a toda la población sexualmente activa, es decir, aparece una preocupación por la conducta sexual de la población chilena.

Las primeras iniciativas de instalación de casas de acogida en Santiago, a cargo de

sectores de la Iglesia católica reciben un fuerte rechazo de vecinos organizados. La recientemente creada Corporación Chilena Contra el SIDA solicita campañas más efectivas, con mensajes más claros y directos, dirigidos a la población sexualmente activa.

A finales de 1989 se anuncia la creación de Federación Nacional contra el Sida (FENASIDA) que agrupará a las principales organizaciones no gubernamentales que trabajan en el país en este campo. El tema se transforma en uno de los principales tópicos de las campañas electorales de ese año, reconociendo ahí uno de los principales problemas de salud de la población.

g) Los resultados del proceso de reforma a la salud sometidos a análisis disidente de la prensa escrita.

A finales de 1987 se da a conocer que docientos cincuenta y cinco servicios de salud pasaron a municipios, entre ellos, ciento veintisiete consultorios generales urbanos, noventa estaciones médico rurales y veintinueve clínicas dentales escolares.

Hay una fuerte crítica al sistema general de salud, señalando que sólo una minoría del país tiene acceso a una medicina hospitalaria adecuada; el 80% de la población recibe una “atención pobrísima”. Se reivindica las medidas tomadas hace 30 años atrás para la mejora de indicadores de salud de la población. Informe plantea un proyecto alternativo que contempla reforzar el sistema público de atención primaria para mantener cobertura, modernizando su capacidad del sistema público de hospitales, otorgándole un financiamiento y una administración adecuada. Propone aumentar de un 39 a un 55% el aporte del estado vía impuestos.

La difusión de las altas cifras de ganancias de las Isapres genera polémica, El Mercurio justifica ganancias con los altos gastos de inversión que estas instituciones realizan mientras se propone alza de impuestos para aumentar aporte Estatal ante las primeras cifras que hablan de deuda hospitalaria y a proveedores.

Ante polémica por proceso de privatización, la editorial del Mercurio señala en 1987: “*este es producto de la modernidad y no debiera ideologizarse ni politizarse. Males como los monopolios, abusos de poder y concentración del poder político pueden darse en el mundo privado como en el público. Igual a la inversa.*” En el mes de agosto de 1988 aparecen las primeras críticas a las Isapres de parte del subsecretario de salud, quien señaló “se hace necesaria una revisión a fin de introducir cierto grado de solidaridad”, sería

necesario “regular el libre juego del sistema, considerando que es necesario proteger a los beneficiarios de alguna manera” (El Mercurio, 8 agosto 1988).

h) La reorganización sindical.

A partir de 1987, la demanda de trabajadores del sector salud comienza a hacerse cada vez más persistente, La Época en varias notas editoriales consigna la importancia de la participación gremial en el área, expresamente negada en la vida del país, haciendo además un llamado a la re-organización sindical, gremial y política. Para las elecciones de finales de año en el colegio médico, la lista de izquierda llama abiertamente a reeditar la movilización.

En el mes de octubre de 1987, médicos realizan paro nacional en apoyo a los trabajadores del Hospital José Joaquín Aguirre que disputan con Rectoría de la Universidad de Chile un recorte presupuestario significativo. Una segunda movilización se lleva a cabo en diciembre, como protesta ante la municipalización de los consultorios. Al respecto, el Colegio Médico reconoce que si bien no pudo detenerse el proceso, es importante mantener la unión en torno a los problemas de salud del país.

En junio del año 1987, La Época publica que se ha creado un comando de defensa de la salud, con la participación de gremios, profesionales que trabajan en salud y pobladores, llamado Comando Metropolitano de Defensa de la Salud con el objetivo de coordinar y conducir la lucha por la salud de los distintos sectores sociales e impulsar la organización y movilización de comités de defensa comunales. Organización sobre la cual no se encontraron más evidencia de su funcionamiento en prensa.

Hacia julio, nota de prensa de El Mercurio analiza la apropiación partidista de colegios profesionales en etapa, “el control que intento el gobierno militar sin duda generó una desmovilización y anulación de la capacidad gremial”, calificado como “acierto liberalizador”. En noviembre de 1988, el CM anuncia que da por rotas las relaciones con el Ministerio de Salud, y piden renuncia del Dr. Giacconi (ministro), ante el constante incumplimiento y desatención a sus demandas.

A fines del mes de abril de 1989, La Época consigna la importancia de incentivar el rol de la comunidad en el sector salud ante la certeza de que la solución de los problemas de salud existentes en Chile no sólo se producirá con medidas técnicas, sino que también con la participación activa. Mientras la FENATS denuncia presuntas persecuciones hacia

quienes plantean posibilidades de negociación colectiva en los consultorios municipalizados.

De igual manera, hacia finales de 1987 aparecen en la prensa las conversaciones de trabajadores de la salud, a través de la FENATS requiriendo el término del pago de salud a los funcionarios del sistema con lo que se evidencia con mayor fuerza la ola de demandas reivindicatorias del sector.

Paralelamente, en agosto se firman los estatutos correspondientes de la Federación Gremial de Instituciones Privadas de Salud y seguros, que agrupa a las asociaciones gremiales de AFP, Isapres, clínicas, hospitales y establecimientos privados de salud, además de seis compañías de seguros de vida y la mutual de Seguridad de la Cámara Chilena de la Construcción.

8.4 La movilización en salud por conflicto de la Universidad de Chile.

Uno de los movimientos más masivos y unificatorios que vivió el país en época de dictadura militar se dio un año antes del plebiscito que definiría la continuidad del Pinochet en el poder por diez años más. El área de la salud y algunas de sus organizaciones sociales en incipiente proceso de re-organización y democratización vieron así la ocasión de sumarse a una movilización que surge ante las transformaciones que el Rector delegado Sr. José Luis Federici pretende impulsar y que afectaba severamente el presupuesto del Hospital Clínico José Joaquín Aguirre, dependiente desde 1929 de la principal casa de estudios del país.

Mediante Decreto Ley N° 50, de 1973, la Universidad de Chile tuvo rectores designados (denominados delegados) por el Gobierno. Particularmente Federici, quien asumió en el mes de agosto de 1987 se propuso impulsar un plan de racionamiento presupuestario y de reforma a la administración y gobierno interno que no se condecía con los lineamientos de re-establecimiento de la autonomía universitaria que había iniciado el Rector saliente Gral. de Brigada Roberto Soto.

La oposición a su proyecto universitario surgió de manera casi inmediata a su nombramiento, con argumentos puestos en los antecedentes que lo precedían y de la asociación técnica y personal a otros drásticos protagonistas de la economía del país, (especialmente Sergio Melnick, quien en ese momento estaba a cargo del Ministerio de

Planificación) y sus planes de drásticas transformaciones neoliberales en cada una de las carteras en que se había desempeñado hasta la fecha: Ministerio de Transportes (hasta 1979) y Ministerio de Economía, Fomento y Reconstrucción de Chile (1980). El programa se condecía entonces con el plan de racionalización universitaria, dirigido a potenciar el rol subsidiario de Estado y el apoyo a la política neoliberal, como lo señala el Decano de la Facultad de Medicina de la época, Dr. Goic:

“(...) la idea, en suma, parece estar orientada a reducir el gasto fiscal, vía restricciones en el presupuesto universitario”; “(...) no conocen en absoluto las enormes complejidades que tienen el quehacer universitario, de aplicarse, este plan puede destruir a la Universidad. Hay que cuidarse mucho de los jovencitos mesiánicos” (Revista Apsi; 5-11 octubre 1987).

Hemos encontrado dos interpretaciones (no excluyentes) para las transformaciones que se buscaban implementar; la primera de ellas dice relación con el beneplácito que habría encontrado en el Ministro de Hacienda de la época, Hernán Büchi la sugerencia del Banco Mundial de reducir en un 30% el aporte estatal a la educación superior; y en segundo término, la necesidad de Pinochet y su séquito político de mantener controlada a la comunidad universitaria en período pre-eleccionario (ya que era por todos conocidos que mayoritariamente no apoyaban su continuidad) (Revista Mensaje; noviembre 1987).

El conflicto significó el inicio de movilizaciones primero dentro de las distintas sedes de la universidad que se trasladaron luego a las calles con paralización y marchas masivas (avivando el clima de disconformidad social en contra de Pinochet que en ese momento se vivía), huelgas de hambre y ocupación de los edificios emblemáticos, que tuvieron una fuerte ofensiva represiva por parte del Gobierno: detenciones, golpes, amenazas de expulsión y despidos.

La paralización de colegios profesionales, no vinculados a la Universidad salvo la pertenencia simbólica como ex-estudiantes, argumentaron que ésta representaba el principal centro de formación de profesionales del país; entre ellos, fueron protagonistas los médicos, quienes apuntaron específicamente a una de las medidas contenidas en el plan, que decía relación con la reducción de cerca del 40% del presupuesto (aporte fiscal directo) con que la casa central de la Universidad aportaba al financiamiento del Hospital Clínico en función de una lógica de ajuste costo-beneficio.

El Hospital José Joaquín Aguirre en aquella época, constituía el principal centro de formación de especialistas a nivel nacional (la mitad del total nacional); con más de tres mil personas empleadas, brindaban atención a aproximadamente novecientas mil personas del área norte de Santiago, incluida atención de urgencia. Según opiniones del Dr. Rosselot, *“su calidad de autónomo en relación al Ministerio de Salud ha permitido al José Joaquín Aguirre acondicionarse de acuerdo a sus recursos y sus objetivos propios. La medida significaría entonces, la reducción del 100% de las becas de formación de especialistas; supresión de 188 cargos académicos (de un total de 375); supresión de 788 cargos no académicos (de un total de 1.970) (...) sobrepasa con creces nuestra capacidad de manejo técnico.”* (Revista Apsi, 19-25 octubre 1987).

Las autoridades del centro asistencial señalaron que los montos percibidos por esta vía son utilizados principalmente para pagos de sueldos del personal, ya que en el terreno asistencial el financiamiento se obtenía íntegramente a través de venta de servicios y convenios. Los argumentos oficiales señalaban que no era posible que sólo a una Facultad (Medicina) y al Hospital se le asignara más de la tercera parte del presupuesto general de la Universidad (Revista Que Pasa; 25 junio-01 julio 1987).

El movimiento propiciado por el CM de Chile, en su Consejo Regional Santiago se autodenomina *“en defensa de la Universidad de Chile”*, reconociéndole de ésta manera, su rol en el desarrollo del país: *“el único camino que queda para evitar el 'golpe de gracia' que pueda asestar Federici' es que toda la comunidad nacional se movilice para detener la destrucción del verdadero sentido de las universidades, que es el preparar profesionales y técnicos con un sentido universal y amplio”* (Dr. Vacarezza, presidente del Regional Santiago del CM, La Época, 14 octubre 1987).

La amenaza de que el principal centro clínico-asistencial del país quedase reducido a la calidad de cualquier otro hospital público, era visto como un riesgo y una justificación para el llamado a paralización de actividades públicas y privadas en apoyo y *“solidaridad”* de la Universidad y Hospital (cuyos funcionarios y trabajadores también se encontraban en huelga en el marco de la movilización general). Dicha movilización se extendió además a la totalidad de los colegios de profesionales de la salud: nutricionistas, tecnólogos médicos, terapeutas ocupacionales, enfermeras, fonoaudiólogos, kinesiólogos y matronas, además de otros colegios de profesionales del país, como los ingenieros y abogados.

El término del conflicto no se vio sino hasta el 29 de octubre (2 meses después de

iniciado) con la solicitud de renuncia que Pinochet hace a Federici y el nombramiento en su lugar al Sr. Juan de Dios Vial Larrain, que no obstante su designación una vez más autoritaria, significaba una figura respetable dentro del mundo académico, con amplia carrera y espíritu democrático.

El plan de reducción presupuestaria al Hospital quedó sin efecto y aún cuando de ningún modo el movimiento gremial médico puede atribuirse fuerza en el logro de ese objetivo, este significó sí una inyección para la re-articulación interna del mismo en torno a los que el propio Dr. Vacarezza señaló: “(...) *si algún problema en el país ha existido, y que no puede catalogarse de político, es este.*” (La Época, 16 de octubre 1987).

Si bien el movimiento de los médicos fue sólo de carácter capitalino, consideramos que este fue el que reactivó la movilización social como arma del gremio y generó la solidaridad interna necesaria para la legitimidad del organismo tras la historia de divisiones ocasionada con el término del gobierno de la UP y el rol protagónico que jugaron en ese momento histórico en el apoyo al régimen.

8.5 La demanda de trabajadores y profesionales de la Atención Primaria en Salud por la municipalización.

Tras el traspaso de los primeros consultorios de la atención primaria y postas rurales a la administración municipal, ocurrida en 1981 bajo los principios de descentralización y desconcentración del Estado, el recientemente nombrado Ministro de Salud, Dr. Juan Giaconi restablece el diálogo con el CM sobre este tema y las implicancias negativas que este organismo veía al proceso. Cobijados en un clima de diálogo abierto, dado que este fue el primer ministro del Gobierno de Pinochet que era médico, tras largos años de designados militares, se esperaba una “*suspensión del proceso, al menos hasta que se concretara una evaluación conjunta -entre el ministerio y el colegio- de los centros traspasados*” (Revista Apsi; 11-17 noviembre 1987), de un proceso que paralelo al de educación tenía a juicio de sus más duros detractores el deseo de atomizar, privatizar y controlar el sector. Este ánimo y esperanza de establecer un diálogo al respecto, se vio interrumpido bruscamente cuando Giaconi anuncia los primeros días de diciembre de 1987 que hacia fines de ese mismo mes, se completará el proceso con el traspaso de los 134 establecimientos restantes a la administración municipal.

El anuncio *“terminó definitivamente con el pololeo entre el Colegio Médico y el Ministro de Salud”* señaló el Dr Pescio, quien además puntualiza en el mismo reportaje: *“nos sentimos engañados, Giaconi aceptó conversar aún cuando no hay ninguna voluntad política de introducir modificaciones al proyecto original.”* (Revista Apsi; 11-17 noviembre 1987).

Se iniciaron de esta forma, una serie de acciones del conjunto de trabajadores de la Atención Primaria, especialmente en la Región Metropolitana y octava: asamblea ampliada (07 de diciembre), paro de actividades del sector (22 de diciembre), suspensión de actividades en consultorios, hospitales y consultas privadas en Concepción (29 de diciembre); y asambleas y reuniones en cada uno de los 48 consultorios santiaguinos involucrados en la medida. Se anuncia además, la asamblea que definirá un paro ampliado a nivel nacional y prolongado si es que las autoridades no aceptan la re-contratación de los trabajadores de la salud sobre la base de la ley 15.076 que es la que los regía desde antes de la municipalización (Revista Apsi; 11-17 noviembre 1987).

En este punto, es importante distinguir una diferencia significativa en los discursos de los movilizadores por la misma causa, que refleja intereses y énfasis distintos: la discusión por parte del colegio médico una vez más incluía la protesta por la exclusión de la opinión técnica de expertos en temas de salud, una demanda, por lo demás extemporánea si consideramos que el proceso se inició en 1981. Además, en el discurso de los profesionales se evidencia la preocupación por el control político del que pueden ser parte con la medida: *“(...) ya los dirigentes del colegio de enfermeras y asistentes sociales denunciaron la existencia de 'listas negras' de trabajadores de la salud en distintas municipalidades.”* (Revista Apsi; 11-17 noviembre 1987) El Dr. Cristian Bustamente, *“máximo dirigente capitular del área occidente, dijo que la finalidad central de la municipalización es lograr el control político del personal. En la mayoría de los consultorios que ya están traspasados, se ha sobre-dimensionado la planta administrativa. A la vez, los contratos basados en el decreto 2.200 poseen una serie de causales de despidos que prohíben a los empleados participar en paros o huelgas. También son causales de despido la comisión de un delito estipulado en la ley de Seguridad del Estado o la de Control de Armas”* (La Época, 08 diciembre 1987).

Lo ocurrido con cerca de nueve mil profesores despedidos a lo largo del país tras el mismo proceso en educación, hizo que las principales demandas de los trabajadores de la

salud girasen en torno a la mantención de derechos y beneficios laborales existente, incluso a la seguridad de empleo. La incertidumbre y el temor a los despidos asociados a la nueva condición pero también a las acciones de movilización, así como a las represalias rondó por muchos meses en el ánimo de los trabajadores: *“hay dudas, inquietud, comentarios de pasillo”*, que se veían incrementados con la repentina aparición de 'nuevos funcionarios' en los consultorios, principalmente a cargo de seguridad, considerados sospechosos infiltrados con el objeto de infundir temor e identificar a líderes activistas para la desarticulación del movimiento mediante amedrentamiento (Revista Apsi; 11-17 noviembre 1987).

Ante la posibilidad casi nula de detener y menos de revertir el proceso, la demanda se centró en la mantención de las condiciones laborales previas al inicio del proceso (ni siquiera una mejora de ellas), ya que el mencionado decreto 2.200, deroga una serie de beneficios estipulados en la Ley 15.076, entre estos: *“las causales de despidos; los feriados licencias y permisos; y el aumento de la jornada de trabajo de 44 a 48 horas semanales”* (La Época; 25 diciembre 1987).

El Decreto con Fuerza de Ley 13.063, publicado en junio de 1980 fija las normas generales por las cuales se regirá la inversión de recursos del Fondo Común Municipal, dentro de otros aspectos, en lo referido a las condiciones de los trabajadores de los servicio públicos del Estado traspasado a las municipalidades. Al respecto señala:

“El personal perteneciente al organismo o entidad del sector publico que se haya traspasado o se traspaso a la Administración Municipal, y el que posteriormente se contrate para este servicio por la Municipalidad no será considerado dentro de la dotación fijada para el municipio respectivo. Dicho personal se regirá en todo por las normas laborales, de remuneraciones y de previsión aplicables al sector privado.

Al personal a que se refiere el inciso anterior, no le será aplicables las normas de legislación actual o futura que rijan las remuneraciones del sector público.” (DFL N°1-3.063; Diario Oficial junio 1980).

El paro de 48 horas llevado a cabo el 22 de diciembre tuvo una adhesión de cerca del 90% en los 48 centros involucrados en la medida, demandando la suspensión del proceso. Participaron en ella la totalidad de asociados a colegios profesionales, agrupaciones de trabajadores de la salud y funcionarios administrativos, alcanzando

acuerdos verbales: *“les han prometido seis meses de inhabilidad funcionaria y que se respetarán vacaciones, pero no hay ningún documento serio que respalde esos ofrecimientos, declaró la doctora Marcela Rojas, presidenta de la asociación de capítulos de atención primaria del área norte”*, (La Época; 25 diciembre 1987) ante lo cual mantienen el llamado a no firmar nuevos contratos.

Registro escrito de la extensión de las medidas de presión en otras partes del país sólo se encuentran en un paro en centros asistenciales (no sólo de la atención primaria) en la octava región del país, con cerca de un 80% de paralización de actividades, éste como único acto consignado fuera de la capital. Se habla del centralismo que históricamente han tenido las discusiones y movilizaciones del área, no obstante la demanda era extrapolables a todo el sector, así como sus consecuencias.

Las medidas de presión que incluían el llamado a un paro nacional y prolongado se suspenden tras el acuerdo de formación de una comisiones bipartita que estudie las modificaciones contractuales (que afectan a cerca de mil trabajadores del área) en un plazo no mayor a 15 días y en este aspecto, resulta importante consignar la opinión del Sr. Jaime Revellos, presidente del Consejo Regional Santiago del Colegio de Dentistas, en torno a *“la necesidad de que la parte afectada por el proceso no sólo esté representada por los médicos, sino también por los otros profesionales del área.”* (La Época; 30 diciembre 1987).

Las revistas de reportajes y la prensa diaria deja abruptamente de dar cuenta del proceso de negociación y de movilización. Sólo el 08 de enero de 1988, El Mercurio con el titular *“Baja asistencia a Reunión del Sector Salud”* consigna que se reunieron sólo 200 personas en la asamblea para discutir los avances en las negociaciones y proclamar una vez más el rechazo a la reciente materialización de la medida (el 31 de diciembre) a pesar de los acuerdos tomados con anterioridad. En la ocasión, el Dr. Sergio Pescio, vicepresidente de los capítulos Médicos señaló a la prensa con respecto a la baja de asistencia que: *“(...) el problema obedeció a que los médicos, enfermeras y otros funcionarios que se desempeñan en los establecimientos asistenciales municipalizados 'fueron impedidos de asistir'”* dando a conocer también una declaración pública suscrita por un grupo de trabajadores del área norte de Santiago, que denuncia la amenaza de despido por parte del director médico de la corporación de salud de Conchalí, ante la ausencia del lugar de trabajo durante el día en que fue convocada la reunión, acusación desmentida por el alcalde de dicha comuna (El

Mercurio; 08 enero 1988).

8.6 Las estrategias ante la detección de los primeros casos de VIH-SIDA.

Vistos los momentos escogidos desde la perspectiva cronológica, este es el primero que nos da cuenta preponderantemente de una situación de salud en particular: la aparición de los primeros casos de personas infectadas de VIH-Sida en Chile y sus repercusiones. La búsqueda y rastreo de acciones de participación social en torno a este suceso, nos permitió encontrar en el registro de prensa profusa información aparecida entre 1984 y 1987, la mayoría de ella conducente a un análisis de situación internacional, a las medidas implementadas y nuevos hallazgos biológicos (medios de contagio, eventuales vacunas, etc). En torno a la situación de Chile, podemos distinguir dos momentos en el desarrollo de la contingencia y dos episodios de movilizaciones puntuales en rechazo a personas contagiadas.

En cuanto a los momentos mencionados, existe una primera fase de atención sobre los primeros casos, centrada principalmente en la realidad internacional y por lo tanto, una atribución directa de las causas a las conductas personales de los infectados (promiscuidad, homosexualidad y drogadicción) a partir de la cual se realizó una caracterización de la población en riesgo: trabajadoras sexuales, hombres homo y bisexuales de entre 25 y 44 años y usuarios de drogas intravenosas.

Esta primera fase de afrontamiento, que se evidencia entre 1984, (con la aparición del primer casos en Chile, tres años después que en EEUU y Europa) y mediados del año 1987, se dio por parte de las autoridades con una notable minimización del riesgo, no obstante la información del número de contagiados en países extranjeros que no mostraba en absoluto un estancamiento de casos. Sin más, en la evaluación de la labor del Ministro de Salud de la época Sr. Winston Chinchón por parte del Colegio Médico destaca “(...) *hay diferencias de criterio frente a enfermedades como el SIDA, que ha sido sobre dimensionado (...), en vez de atacar frontalmente males mucho mayores.*” (Revista Que Pasa; 20-24 enero 1985). La misma voz de los médicos de la Comisión Nacional del Sida, creada en 1987 señala ese mismo año que la situación chilena no es alarmante, “*no constituye epidemia*”, midiendo el fenómeno con patrones epidemiológicos tradicionales y sin considerar el riesgo de contagio exponencial del mal y comparándola con otras

enfermedades de transmisión sexual (que sí contaban con tratamiento).

Las medidas sanitarias implementadas rayaron en la persecución, mediante las redadas por parte de la Brigada de Delitos Sexuales de la Policía de Investigaciones en bares y discotecas gay de las principales capitales del país, así como también a trabajadoras sexuales con el objeto de someterlos al examen de detección.

La socialización de las primeras muestras de organización social en torno al tema empiezan a firmarse también ese mismo año:

“Hace cinco años atrás, circuló un folleto en Valparaíso por una asociación gay. Pero nunca se supo quiénes eran los responsables. A raíz de un artículo periodístico publicado en un matutino de la capital, una supuesta agrupación homosexual envió una carta reivindicatoria. Aseguraba representar a unos 300 mil. En Santiago, el movimiento feminista presta su local al grupo Atucalem, integrado por 'lesbianas asumidas que buscan crecimiento personal'. No se sabe más.” (Revista Que Pasa; 28 mayo-3 junio 1987).

Esta información concuerda por lo comentado por Paolo Berendsen, integrante de la actual Corporación Chilena de Prevención del SIDA y la ONG “Acción Gay” quien en entrevista, hace una fuerte asociación entre la estrategia implementada en los primeros años de la epidemia con el estigma moral hacia la población homosexual: es la reunión cotidiana en torno a las dudas generadas en un grupo de amigos (cinco personas en un primer momento) que vivió de forma cercana la crisis de salud y posterior fallecimiento del primer caso reportado en Chile, que levantó la necesidad de búsqueda de información al respecto, sin respuesta formal por parte de las autoridades. Las reuniones semanales, en casa de una pareja de ellos cumplió el rol de contención ante el temor y la difusión de información traída por quienes viajaban al extranjero. Tras tres años de funcionamiento informal y ante la imposibilidad de acoger por espacio físico a los asistentes cada vez en mayor número, se formó con apoyo económico internacional la Corporación Chilena contra el Sida; para lo cual el arrendamiento de un bien inmueble que hiciera de sede significó el ocultamiento del verdadero propósito de la organización por riesgo a consecuencias propias de estigma; no obstante el lento y progresivo acostumbamiento de la sociedad a la expresión de la población homosexual en espacios públicos de la capital y en TV; el temor de contagio se acrecentaba.

Las estrategias de salud pública de esa época se centraron en la detección temprana más que en la prevención; el Dr. Daniel Villalobos, especialista en enfermedades de transmisión sexual y encargado por el Ministerio para el tema, señaló: *“Existe una profunda preocupación de las autoridades, pero la prevención es cara y el rendimiento muy bajo.”* El bajo número de enfermos a nivel nacional aún no justifica incurrir en mayores gastos; añade que: *“comparte el temor sobre los riesgos, pero cree que aún el problema no es tan grave como para asumir un criterio de salud pública.”* (Revista Apsi; 25-31 mayo 1987). En definitiva, la intervención se centró en la capacidad de informar para detectar casos, atender crisis de salud de los afectados, pero no en prevenir el contagio; situación que a juicio de Paolo Berendsen se explicó por el desinterés que la población homosexual generaba como actor social.

La segunda fase en el abordaje sanitario se da a partir de agosto de ese mismo año (1987), con la detección del primer niño (12 años) contagiado producto de transfusión sanguínea quirúrgica: el mismo Dr. Villalobos, (solo dos meses después de declarar que este no era un problema de salud pública), señala: *“el número de casos de SIDA registrados en Chile en los últimos meses muestra una progresión realmente violenta (...) también han aumentado el número de casos de contagiados dentro del país, al punto que podemos hablar de una epidemia nacional de SIDA.”* (Apsi; 25-31 mayo 1987).

El hecho de que la enfermedad saliera del círculo de una población moralmente enjuiciada por su conducta sexual, planteó la alarma y la crítica hacia la prevención tardía e incluso hacia la lenta implementación en los laboratorios de hospitales públicos del test de detección. Junto a la crítica, se empieza a hablar más profusamente de conductas sexuales de riesgo y seguras: *“Respecto al sexo seguro, o uso de condón, la posición de la Comisión SIDA es clara: “entregaremos condón como alternativa para aquellas personas que no quieran, o no puedan, cambiar sus hábitos sexuales. Sólo como alternativa, porque si decimos 'no se preocupen, usen condones', va a aumentar la promiscuidad. Y con ella, aumentaría el riesgo de contraer SIDA.”*, centrando la estrategia en la abstinencia, la monogamia y el control a las trabajadoras sexuales (Revista Apsi; 17-23 agosto 1987).

El inicio de las acciones de prevención para adolescentes en algunas escuelas, todas tras motivación particular de los padres se dio con un fuerte mensaje moral con respecto a la conducta sexual. Junto con destacar el daño hecho producto de la lentitud en las medidas para controlar el mal, el Dr. Juan Beltrán, especialista en enfermedades de transmisión

sexual, señala: *“un tratamiento de prevención debe tener dos caminos: el Estado y la comunidad”*, señala que *“los jóvenes están sometidos a un mensaje de liberación sexual indiscriminada, fundamentalmente a través de la televisión, lo que ha creado una subcultura del rendimiento sexual. Hay que volver al estilo del 'pololeo' de la generación anterior. La relación sexual comenzaba cuando la cosa iba en serio y tomaba su tiempo”* (Revista Hoy; 14-20 septiembre 1987).

En términos de reacción social y movilización generados a partir del tema, se destacan dos episodios: el rechazo a la instalación de las primeras casas de acogida para enfermos con crisis de salud y para la entrega de información que tienda a la prevención, ambas a cargo de la institución Cáritas Chile, dependiente de la Iglesia católica; y paralelamente, la denuncia y movilización de los vecinos del pueblo de Putaendo (localidad cercana a Santiago) por el traslado de once reos homosexuales al reclusorio del pueblo.

Una de las primeras acciones de la recientemente creada Corporación Nacional del Sida fue activar redes que permitieran la atención de salud de los enfermos en fase terminal, que en hospitales tradicionales sufrían las consecuencias de la supuesta falta de camas y tratos de “contagiosos” que vulneraba derechos humanos básicos. La solidaridad de Cáritas -a juicio de Paolo Berendsen- permitió mejorar las “condiciones de muerte” de sus amigos y asociados desde una perspectiva caritativa, muchos de ellos expulsados de los hogares familiares; no obstante la vulneración de derechos se trasladó a otros planos: como por ejemplo cuando no les permitían ser visitados por sus parejas homosexuales. El intento de instalar la primera casa de acogida fue rechazada por los vecinos en dos ocasiones y lugares distintos, por temor a contagios y a la presencia en la zona de “desviados”.

Cáritas apoyó *“espiritual y materialmente a 80 enfermos en sus casas”*, argumentando las consecuencias sociales y emocionales que esta situación acarrea para la familia entera, *“(…) constantemente compartimos con gente que tiene su vida colgada de un hilo. Y dentro de la soledad y angustia de ellos, debemos abrirles una perspectiva de vida eterna.”* (Revista Que Pasa; agosto 1987). El cura Baldo Santi, señala que no obstante la casa sea para atender a personas sanas, con estrategias de prevención, estas son igualmente rechazadas, muestra de ello reproducimos, las declaraciones de una vecina: *“no estamos contra la idea, pero no queremos que se instale aquí. Según el padre Santi, este no va a ser un albergue para enfermos, pero lo más seguro es que quienes vengan a pedir*

información sean sólo personas contagiadas por este mal.” (Revista Que Pasa; agosto 1984).

Por otra parte, la polémica se instaló con mayor fuerza en términos de personas convocadas ante el rechazo en Putaendo (pueblo ubicado a 110 Km. al norte de Santiago) por el traslado de once reos homosexuales al penal local. Por sobre el comportamiento de los reos dentro del penal, la demanda se asentó en la más evidente homofobia que otros no se atrevían a manifestar con rechazo a la apariencia de las visitas: “(...) *nadie puede garantizar, que sus amigos, también homosexuales que los vengan a visitar, no estén contaminados o sean portadores de la enfermedad.*” (Revista Hoy; 31 agosto 1987). A la preocupación por la moral y la enfermedad se sumaba el miedo a la delincuencia con que “*este tipo de gente*” se vincula (ladrones y “cogoteros”), en lo que constituye un doble o triple estigma. La población con resquemores ante el efecto negativo sobre el escaso turismo y el ejemplo de influencias negativas para la sana juventud de la zona no dudaba en preguntarse “*porqué justamente a ellos les mandaban estos elementos indeseables*”. Las acciones de protesta se localizaron en la plaza del pueblo y convocaban a cerca de quinientas personas cada día domingo de visitas, al salir de misa de la parroquia del pueblo. Las acciones llegaron a ser de agresión física a los “travestis-visitas”, por considerarlos inmorales.

Los convocantes fueron líderes locales reconocidos y validados por la población: la iglesia; la radio local; los padres, apoderados de los establecimientos educacionales entre otros. Recurriendo a la historia, sorprende el discurso orgulloso de haber tenido en su minuto, el primer hospital especializado en tratamiento de TBC en el país, ¿no generó eso también temor al contagio de una enfermedad tan grave y altamente contagiosa como lo Tuberculosis en esa oportunidad? Tal vez no, tal vez el temor no estaba entonces en la enfermedad del espíritu, como en 1987.

CAPÍTULO 9

El comportamiento y alcances de la participación social en salud durante los Gobiernos de la Concertación (1990-2010).

En esta parte final del capítulo de resultados presentamos una breve descripción de los aspectos socio-políticos y económicos dividido en cada uno de los cuatro Gobiernos concertacionistas, iniciados el año 1990 y que vieron su término el año 2010; en términos cronológicos fueron presidentes: Patricio Aylwin (de 1990 a 1994), Eduardo Frei Ruiz Tagle (1994-2000), Ricardo Lagos (2000-2006) y Michelle Bachelet (2006-2010); no obstante, más que una división por períodos de gobierno, en el primer punto usamos una división por temas el contexto político-económico y de la política social.

Atendiendo también a la continuidad a la que cada uno de ellos respondió con respecto a los predecesores, nuestro mayor énfasis de análisis está puesto en las variaciones que los distintos mandatarios y sus sistemas políticos han puesto sobre el tema de la participación social, ya que desde “el retorno a la democracia” asistimos a una profusa y progresiva masificación del concepto, como sinónimo de democracia, estrategia de legitimación, etc. que mostramos en un análisis cronológico con sus efectos en área de la salud.

Damos igualmente cuenta de los principales hechos y acontecimientos que comunicacionalmente fueron puestos a conocimiento público a través del análisis de dos medios de prensa: El Mercurio, que en estos veinte años continuó siendo el promotor de la ideología de la derecha, ahora opositor, y La Época, que vivió en 1997 el paradójal efecto de la democracia, con que numerosos medios surgidos en los años finales de la dictadura (como oposición al régimen), que fueron cerrados por problemas económicos y/o absorbidos por los dos grandes sistemas monopólicos, uno de ellos, el “Grupo Edwards”,

propietarios de El Mercurio. Ante esta realidad, fue utilizada como forma de contraste para el análisis el periódico La Nación, tradicionalmente oficialista²⁴.

Los momentos coyunturales de análisis son tres; el primero de ellos corresponde a la confrontación que se mantuvo entre el Gobierno y el Colegio Médico por el informe de productividad del sistema de salud dado a conocer por el Ministro Carlos Massad en agosto de 1994 y que se mantuvo en funciones hasta diciembre del mismo año.

El segundo momento de análisis es el que inicia en junio de 2002, a partir del inicio de tramitación constitucional de la Ley N° 19.966 del “Régimen de Garantías en Salud” y al que pusimos fecha límite para objeto de este análisis en enero del año siguiente, cuando el proyecto pasó al Senado no obstante la polémica por el principal punto de confrontación: la fórmula de financiamiento.

El tercer y último momento analizado se inicia en septiembre 2006 y termina en abril 2008; amplio período de tiempo que vio con intensidad diversa el pronunciamiento de múltiples actores sociales tras la medida de ampliación de entrega de la “píldora del día después” (en adelante PDDD) en consultorios a mayores de 14 años sin autorización de los padres como política pública de salud.

9.1 El contexto socio-político y económico post-dictadura.

Si consideramos la transición a la democracia como ese espacio de tiempo que transcurrió entre el triunfo del NO en el plebiscito de 1988 y la toma de poder de Patricio Aylwin, Garretón señala que esta estuvo caracterizada en primer lugar por la formación de enclaves autoritarios, o núcleos duros, que buscaron un retiro gradual del poder de las Fuerzas Armadas (en adelante FFAA), con prerrogativas a través de la mantención de enclaves autoritarios (principalmente a través de la constitución de 1980); en segundo lugar, la dificultad de la derecha política para organizarse en torno a un proyecto de oposición civil con la inclusión de estos núcleos duros; y finalmente, la negociación entre oposición y régimen para la modificación constitucional en 1988, que permitiera una mayor representatividad en las elecciones del año siguiente y la flexibilización de la injerencia política de los senadores designados, cambios en la constitución y atribuciones

²⁴ Ver detalles de la prensa en el período 1990-2010, en anexo 1.

del Tribunal Constitucional²⁵, (que buscaba disminuir el protagonismo de las FFAA) y la protección ante las violaciones de los derechos humanos.

Este escenario dejó una serie de tareas pendientes de la transición al primer mandato democrático, especialmente nuevas reformas constitucionales, que tendieran a disminuir cada vez más estos enclaves autoritarios amarrados por la dictadura, la carga moral de la resolución de los temas asociados a las violaciones a los derechos humanos y la tarea de transformar la mayoría electoral que permitió el triunfo del NO como coalición política en una mayoría gobernante.

La mantención del conglomerado, se constituyó en torno a la forma de mantener mayoría política en el actual sistema electoral, transado entre el ancestral estilo protagónico de la DC y la auto exclusión de la izquierda más radical.

El Gobierno encabezado por Aylwin debió lidiar, además con los núcleos duros pinochetistas, siempre amenazantes y vigilantes de la vida política nacional, con una mayoría parlamentaria relativa producto de régimen constitucional para las elecciones parlamentarias basada en el sistema binominal, profundamente antidemocrático.²⁶

Ante la estabilidad interna y externa de la economía, las principales demandas o expectativas de la población con respecto a éste se pusieron entonces sobre la democratización de la política, es decir, por una parte el establecimiento del derecho -ahora permanente- a ser escuchado, respetado y a participar; y la defensa a los derechos humanos con castigo a sus violaciones.

Actualmente algunos consideran que el clima de consenso nacional y la estabilidad económica no fueron aprovechadas para impulsar una reforma política fuerte que permitiera canalizar las demandas señaladas; las reformas constitucionales no fueron prioridad y las estrategias de reparación y justicia por las violaciones a los DDHH cometidas durante la dictadura quedaron mas en el plano simbólico y en la reparación a las víctimas por sobre lo judicial. En ambos aspectos, fueron problemas allí una vez mas las ataduras constitucionales, la presión de la derecha para discutir sobre el terrorismo y las

²⁵ El Tribunal Constitucional es un órgano del Estado chileno, creado en 1970, y repuesto en el marco de la Constitución política de 1980; tiene como objeto, “ejercer el control de supremacía constitucional respecto de los actos de los poderes públicos -específicamente del poder Legislativo y del Ejecutivo- que pudieren atentar contra las disposiciones y los principios consignados en la Constitución” (Bordalí, A. Revista de Derecho, Vol. XII, agosto 2001, pp. 45-73)

²⁶ Corresponde al sistema electoral actual en el país, consagrado en la Constitución Política de 1980, que reemplazó el proporcional y que se basa en la lógica de las mayorías relativas (http://www.bcn.cl/bibliodigital/pbcn/estudios/estudios_pdf_estudios/nro01-06.pdf)

relaciones con las FFAA. La contención al protagonismo de los bloques ultra derechistas para la subordinación al poder ejecutivo, y la apertura en la política internacional que permitió el crecimiento de la economía fue el principal objeto y logros de este período de gobierno.

Internamente, se instituyó la política de los acuerdos o consensos, para superar los problemas puntuales mediante negociaciones amplias que incluían a los cuatro actores principales en la arena política del momento: FFAA, la derecha política (RN Y UDI), la coalición de gobierno y el sector empresarial. Este estilo retrasó el proceso de consolidación democrática, ya que no se erradicaron los enclaves autoritarios ni la profundización de la democracia social, entendida esta como la superación de las desigualdades, la integración de sectores marginados y la canalización de demanda social de movimientos y sociedad civil organizada.

La política-partidista del gobierno tiende entonces a distanciarse lentamente de la organización social a la vez que el primero empieza a ser proveer de espacios para la segunda. En ese momento, las transformaciones llevadas a cabo en las municipalidades y otras formas de poder local se tornan trascendentes, no obstante aparentemente insuficientes, y son revisados en el punto siguiente.

No obstante esta radiografía drásticas del efecto del estilo político en relación a la organización social, en término de resultados electorales la gran mayoría del país continuó manteniendo su apoyo hacia el conglomerado de la Concertación. Por tres períodos presidenciales más, mantuvo también una mayoría relativa en ambas cámaras del poder legislativo, como una forma de rechazo explícito al modelo de la derecha y a su historia de vinculación a la dictadura.

En términos de relaciones internacionales y de política interna, el año 1998 significó el re-enfrentamiento al tema de la violación a los derechos humanos durante dictadura, con la detención por diecisiete meses de Pinochet (en ese momento Senador vitalicio) en Londres por juicio seguido por el juez español Baltazar Garzón. El tema significó una fuerte confrontación a nivel nacional, dejando en evidencia el insuficiente trabajo en tema de justicia y el significado de la carencia de reformas constitucionales mayores, que por ejemplo ponían en el tema de la inmunidad diplomática un argumento por el cual el Estado se vio comprometido a su defensa.

Ricardo Lagos se impuso en elecciones presidenciales en segunda vuelta electoral

en el año 2000, tras una dura disputa con el candidato de la derecha, Joaquín Lavín. En el terreno político, enfrentó fuertes conflictos producto de acusaciones de corrupción y cohecho a un par de sus ministros de estado; la reivindicación territoriales y de auto-determinación del pueblo mapuche y las medidas represivas de la fuerza pública en ellos.

Así como varios otros ámbitos de la vida nacional, salud vivió la reorganización sindical con numerosas confrontaciones que debió enfrentar el Ministro de Salud, Jorge Jimenez de la Jara. Dentro de las principales demandas estuvo el bajo nivel de remuneraciones, estancado en dictadura y el empobrecimiento crónico de los servicios hospitalarios y de urgencia a nivel nacional, la precarización de la infraestructura y falta de personal de la atención primaria entre otras.

El segundo gobierno de la concertación, con Eduardo Frei, se propuso continuar y consolidar el desarrollo económico a través de la profundización de la inserción internacional, mientras se continuaba la senda de “desarrollo con equidad”, superación de la extrema pobreza; además de introducir modificaciones a salud y educación.

Una de las áreas en que el país logró mayor crecimiento entre 1996 y el 2000, fue la infraestructura, mediante el modelo de concesiones a privados, tarea que estuvo a cargo del Ministro de Obras Públicas de la época y futuro sucesor de Frei, Ricardo Lagos Escobar.

La salud terminó de evidenciar su crisis con la deuda hospitalaria y el deterioro de la infraestructura, no obstante los recursos fiscales que de forma constante se inyectaron desde 1990. Los conflictos con los gremios y sindicatos de trabajadores del área se dieron especialmente en 1994, con la confrontación producto del informe del entonces Ministro Carlos Massad, sobre la productividad del sector que tratamos en extenso en el punto 6.3.4.

Junto a la continuidad de reforma a la educación y la reforma procesal penal, se dio inicio la reforma a la salud (AUGE) y al sistema de transporte público “Transantiago”, que se implementó en el periodo de gobierno siguiente, dirigido por Michelle Bachelet, se extendió el sistema de concesiones de empresas del estado; se aprobó la primera ley de divorcio vincular y las reformas constitucionales más amplias desde la transición; se implementaron nuevas medidas para compensación y aclaración de crímenes durante la dictadura, como la Comisión que terminó en el Informe Valech.

Casi la totalidad de medidas implementadas confrontaba a la población en torno al sentido y alcance de las mismas: el costo de la evidente tendencia privatizadora v/s el beneficio inmediato. Estas se dieron con un inusual protagonismo comunicacional de

Lagos en cada una de las ellas. Estos fueron factores que hicieron que su popularidad como mandatario alcanzara hacia el término de su período cifras no conocidas hasta entonces (70%), lo que planteó a nivel mediático un estilo de liderazgo paternalista-autoritario.

El triunfo en las elecciones de Michelle Bachelet igual que en el caso anterior, se dio tras un apretado enfrentamiento a Sebastián Piñera, en segunda ronda electoral. La herencia de las transformaciones como la hecha al sistema de transporte público, tuvieron serias consecuencias a la alta popularidad con la que asumió dada la evidencia de problemas de diseño y planificación con las que el sistema contó desde su inicio; igualmente, en el año 2006 se vio enfrentada a uno de los movimientos en educación de más alto impacto desde el retorno a la democracia, iniciado por los estudiantes secundarios (“revolución pingüina”) que sensibilizó a amplios sectores de la población ante los problemas arrastrados por décadas en el sector, con origen principalmente en la privatización y municipalización en la década de los ochenta.

Este alcanzó gran envergadura con el apoyo de los estudiantes universitarios, padres, apoderados y profesores. Significó la visibilización de un segmento de la población que históricamente no había adquirido nunca un rol protagónico en la escena, es más, a quienes se les reprochaba hasta entonces la apatía por no participar a través de la inscripción en registro electorales y en el ejercicio democrático tradicional: jóvenes y adolescentes.

El periodo de gobierno de Michelle Bachelet, también se caracterizó por continuas disputas dentro de la coalición de gobierno, y de esta con el parlamento; las expectativas cifradas en el impulso a leyes que tendieran a la igualdad de géneros como la paridad parlamentaria y derechos sexuales y reproductivos tuvieron lo que parece ser una condescendiente evaluación final. En este contexto, la distribución de la píldora del día después para usuarias del sistema de atención primaria en salud fue uno de los tópicos en el que mayor polémica debió enfrentar, tanto con la Iglesia católica como con los sectores políticos conservadores (tratado en extenso en el punto 9.6).

Además de las críticas a la educación, enfrentó demandas por la política habitacional y de parte de la Central Única de Trabajadores, por los salarios mínimos y las brechas en la distribución de los ingresos; así como las protestas en contra de la reforma a la salud y el rol del estado ante los enfrentamientos de las comunidades mapuches y empresas privadas en el sur del país y las movilizaciones por el conflicto con los sub-

contratistas del cobre.

Cada una de las grandes manifestaciones sociales, contó con una salida que habla de la acogida de gran parte de las demandas y la instalación de consejos consultivos y comisiones para definir soluciones; esto resulta concordante con la idea inicial de dar a este gobierno el sello de “ciudadano”, que no contó con mecanismo o reformas constitucionales que lo consagrarán.

Tras los dos primeros años de gobierno en un escenario de constantes manifestaciones en varios ámbitos, con las profundas transformaciones introducidas al gabinete político hacia los últimos dos años se le dio un fuerte énfasis a la política social entre 2008-2010, especialmente en derechos sanitarios y sociales lo que influyó en que su popularidad alcanzara niveles históricos del 80% de aprobación al término de su período.

En el terreno económico, la transición a la democracia como señalábamos, se dio en un escenario estable que sin duda facilitó la tarea de los primeros años. Esta se centró más bien en corregir y administrar los déficit del sistema, no obstante en términos macro la economía del país continuó usando el mismo patrón de crecimiento, con el aumento de la participación social del Estado, a través del incremento de recursos vía aporte fiscal. La intención declarada como “crecimiento con igualdad” significó un crecimiento del empleo, mejoras de salarios y aumento del gasto social en búsqueda de una disminución de la pobreza, proceso que a juicio de Patricia Olave (2003) habría tenido hacia 1996 una especie de tope, por cuanto el crecimiento vinculado al déficit generado en la década previa empezó a subsanarse y el desafío se vuelca a la calidad por sobre la cantidad y por tanto también al tema de la desigualdad que generaban los salarios mínimos y las formas de distribución de la riqueza que se tornó evidente a partir de 1997.

La apertura del mercado laboral se atribuye a la apertura de la economía, principalmente exportadora, con la firma de Tratados de Libre Comercio con México, Canadá, EEUU y recientemente Corea y China; los siete primeros años de este período, significaron un aumento en la tasa de empleo que permitió la formación de la gran masa de asalariados pobres, muchos de ellos, de extrema pobreza. Numerosos analistas se inclinan por la interpretación que señala que la disminución del desempleo y de la extrema pobreza estuvo más bien asociada al auto-emprendimiento y auto-empleo más que a una política de aumento de puestos de trabajo por la vía estatal a través de la gran empresa o empleo formal.

En términos concretos, la política económica de Chile en los primeros diez años se dio fuertemente unido al rol en la economía internacional, especialmente a partir de 1994, en que Chile entró como miembro asociado al MERCOSUR y el inicio de negociaciones para la firma de tratados de libre comercio con la Unión Europea, EEUU y países asiáticos. El crecimiento económico fue una meta cumplida por el gobierno de Frei durante los primeros cuatro años de su mandato, no obstante las primeras señales de la crisis asiática (en 1997) con una disminución de las importaciones, significaron un estancamiento de la economía interna, que evidenciaba así una vez más su débil base.

El aumento en el gasto social tuvo como consecuencia diversas fórmulas de alzas tributarias (transitorias y permanentes) desde 1990 en adelante, sin que este halla significado un mayor perjuicio a las utilidades de las empresas y para muchos, siendo más bien un deterioro para la clase media. La focalización de recursos se centró en programas para erradicar la extrema pobreza y mejoras en educación, vivienda y salud.

La concreción de las firmas de tratados de libre comercio con EEUU, Unión Europea y Asia durante el período de gobierno de Lagos significó un re-establecimiento de los indicadores macro.

En cuanto a políticas sociales, desde 1990 se dio continuidad a la mayoría de las estrategias de subsidios del estado, como los programas complementarios de alimentación, pensiones asistenciales y subsidio único familiar entre otros, pero se suma con énfasis aquellos que tienden a la organización social como un elemento para la capacitación y a través de ellas la inserción laboral, especialmente de jóvenes, mujeres dueñas de casa y el mundo rural ubicados en el segmento de la población pobre. Se crean así con este objetivo, dispositivos estatales como el Instituto Nacional e la Juventud, (con el programa Chile Joven); el Servicio Nacional de la Mujer, con a lo menos cuatro programas enfocados a la superación de condiciones de vida y la oportunidad de empleo fuera del hogar; la Corporación de Desarrollo Indígena entre otros, muchos de ellos también ONGs:

“Según el planteamiento oficial, revitalizar la participación de la sociedad civil permite no sólo un mayor control de la gestión pública, sino también establecer un nuevo tipo de relación entre las distintas organizaciones y entre el Estado y la iniciativa privada que rompa con el tradicional 'paternalismo' estatal.” (Olave, 2003: 212).

En términos de implementación de políticas sociales amplias, el periodo de gobierno de Ricardo Lagos fue en número uno de los más fructíferos: los planes de erradicación de la pobreza se concretaron en los programas “Chile Solidario” y “Chile Barrios”; el primero de ellos destinado a revertir la extrema pobreza con acciones de apoyo psico-social, acceso a subsidio familiar y retención escolar entre otros; el segundo, creado en 1996 buscó el mejoramiento habitacional, la calidad del entorno y la re-inserción socio-laboral.

Como señalamos, la política social fue el énfasis de los últimos dos años de gobierno de Bachelet y se centraron en dos ejes: el sistema de protección de desarrollo social a través de la red de protección PROTEGE, que incluyó un total de nueve programas distintos, a cargo de diversos ministerios; y por otro, la reforma al sistema previsional.

9.2 La participación social para los gobiernos concertacionistas.

En términos de “realidad país”, el proyecto de gobierno de los partidos políticos que conformaron la “Concertación de Partidos por la Democracia” (CDP) propuso para el “retorno a la democracia” bases programáticas político-institucionales, económico-sociales y de política exterior; dentro de las segundas, se señala que: *“Una democracia para todos debe estar basada en el crecimiento económico, la justicia social, la participación ciudadana y la autonomía nacional.”* (Programa de Gobierno. Concertación de partidos por la Democracia, 2009: 3) que se refiere a la necesidad de equilibrios entre el desarrollo económico en el marco de la modernidad, tendiendo a la igualdad de oportunidades a través de “políticas responsables y justas”, que a la par de cumplir con los objetivos de crecimiento y equidad, garanticen la estabilidad y el funcionamiento fluido de la economía: *“Para compatibilizar justicia social y crecimiento se requiere reducir drásticamente los niveles de incertidumbre, inestabilidad, desconfianza y temor que han caracterizado la convivencia nacional”* (Programa de Gobierno. Concertación de partidos por la Democracia, 2009: 3).

Se declara un proyecto país donde el *“pueblo libremente organizado pueda ejercer el derecho que le pertenece: plantear sus problemas y aspiraciones de cambio, buscar soluciones y llevar a adelante las decisiones que democráticamente se resuelvan”* (Prog. Gob. CDPD: 11), poniendo así de alguna forma los propósitos de la participación misma.

La “efectiva concentración social” sería fruto entonces de un proceso de descentralización y desconcentración del poder más la organización de grupos sociales con apoyo del Estado.

En ese marco, la Ley N° 19.130, que en 1992 introduce modificaciones a la ley orgánica constitucional de municipalidades, es un parte aguas en la definición de espacios reales de participación local al definir que una de sus finalidades es la de asegurar la participación en el progreso económico, social y cultural de cada una de ellas. En su constitución, reconoce la necesidad de contar con un consejo económico y social comunal de carácter consultivo y la legitimación de las llamadas “unidades vecinales” como una forma de propender al desarrollo equilibrado y a una adecuada canalización de la participación ciudadana.

La ley señala que el Consejo, (con un número variable de representantes de acuerdo al total de habitantes de la comuna) seleccionado mediante elección democrática de la población tendrá un carácter normativo, resolutivo y fiscalizador, además de ser el ente encargado de hacer efectiva la participación de la comunidad local; estos perduran hasta hoy y son conocidos como Consejos Comunales.

Por otra parte, crea el Consejo Económico y Social Comunal en cada uno de los Municipios, con constitución de representantes de la comunidad local organizada y atribuciones de consulta con la responsabilidad de *“asegurar la participación de las organizaciones comunitarias de carácter territorial y funcional y de actividades relevantes en el proceso económico, social y cultural de la comuna.”* (Ley N° 19.130).

El número total de integrantes de este Consejo también dice relación con el número de la población total, no obstante e independiente de ello, varía entre 10 y 30 miembros, distribuido en un 40% electo por las juntas de vecinos legalmente constituidas, 30% por las organizaciones comunitarias funcionales y demás organizaciones comunitarias, incluyendo a las de carácter laboral (de existir); y un 30% por las organizaciones representativas de actividades productivas de bienes y servicios.

En términos de la clasificación empleada, distingue dentro de las denominadas organizaciones “funcionales” aquellas destinadas a promover valores específicos de la comunidad dentro del territorio (centros de padre y apoderados, agrupaciones juveniles, deportivas, de transferencia tecnológica y voluntariados, entre otros); las de carácter productivo de bienes y servicios a aquellas destinadas a la actividad empresarial; las de

carácter sindical se refiere a las que agrupen a personas dedicadas a la extracción, exentas de pago de patente municipal y que funcionen con carácter local.

Las atribuciones de mencionado consejo se ciñen a “dar la opinión” sobre el plan de desarrollo comunal, las políticas de servicios y el programa anual de acción e inversión; así también opinar sobre la cuenta pública del alcalde y consejo; y otras materias sobre las que el alcalde y consejo municipal sometan a discusión.

En términos macros de administración Estatal, también en 1990 se crea el Ministerio encargado de asesorar y coordinar al Presidente y Ministros en múltiples materias, entre ellas la relaciones entre Gobierno y organizaciones sociales. No obstante el ámbito de acción de este nuevo ministerio es amplio e incluye múltiples instancias, la sola mención de las organizaciones sociales y sindicales en la ley reafirma su legitimación (Ley N° 18.993) como entidades reconocidas por el Estado en la medida que le encarga a este organismo, una cuenta anual sobre la participación ciudadana en la gestión pública, para lo cual, debe crear los mecanismos correspondientes de promoción y activación de los mismos. Por otro lado, se crean por Decreto N° 680 las Oficinas de Información para el público usuario de la administración del estado, en los Ministerios, Intendencias, Gobernaciones y demás servicios públicos con el objeto de informar, asistir, recibir y estudiar sugerencias y reclamos de usuarios. A pesar de la falta de declaración conceptual sobre la participación en sí misma, este tipo de medidas conforman señales al respecto por cuanto responden a los niveles y formas más básicas entendidas de participación.

Para efectos de constitución de este Consejo y la implementación de estas mencionadas instancias de participación por organizaciones, se debió crear un registro municipal en atención a la determinación de los requisitos de constitución de las mismas y el medio de validación legal ante organismos públicos, rol que cumplieron en 1995, las Normas Sobre Juntas de Vecino y Demás Organizaciones Comunitarias mediante Ley N° 19.418. Ésta norma los criterios para su constitución, organización, finalidades, atribuciones, supervigilancia y disolución; así como la definición de cada uno de los tipos de organizaciones y sus formas de funcionamiento; también las formas de acreditación legal de las mismas. Además crea el Fondo de Desarrollo Vecinal, que a cargo de cada Municipio, que tiene por objeto apoyar proyectos específicos de desarrollo vecinal.

Dentro de las funciones que se le otorgan de esta manera por ley a estos organismos se encuentra:

“1) promover la defensa de los derechos constitucionales de las personas, especialmente los derechos humanos, y el desarrollo del espíritu de comunidad, cooperación y respeto a la diversidad y el cumplimiento entre los habitantes de la unidad vecinal (...); 2) Velar por la integración al desarrollo y mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores más necesitados de la unidad vecinal (...); 3) Promover el progreso urbanístico y el acceso a un hábitat satisfactorio de los habitantes de la unidad vecinal (...); 4) Procurar la buena calidad de los servicios a la comunidad, tanto públicos como privados (...).” (Ley N° 19.418; 1995).

Hacia el año 2000 se potencia la idea que el espacio territorial “comuna” es el mayor punto de desarrollo de la participación social; esto a partir por ejemplo de diversas ordenanzas municipales que norman la participación ciudadana en cada uno de los municipios de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 18.695 Orgánica Constitucional de Municipalidades. Tomando como ejemplo una de ellas en una comuna en concreto, vemos que en su 2º artículo puntualmente define:

“Se entenderá por participación ciudadana, la posibilidad que tienen los ciudadanos de la comuna de intervenir, tomar parte y ser considerados en las decisiones que apunten a la solución de los problemas que afectan directa o indirectamente en los distintos ámbitos de actividad de la Municipalidad y el desarrollo de la misma en los diferentes niveles de la vida comunal.” (Decreto 1046 Exento; 2000).

Se fija por objetivo general del trabajo de las organizaciones sociales y vecinales, promover la participación de la comunidad local en el progreso económico, social y cultural de la comuna; dejando en el terreno de los objetivos específicos, los que a continuación presentamos de manera textual ya que es clave del análisis final:

“1. Facilitar la interlocución entre el municipio y las distintas expresiones organizadas y no organizadas de la ciudadanía local; 2. Impulsar y apoyar variadas formas de participación ciudadana de la comuna en la solución de los problemas que la afectan, tanto si ésta se radica en el nivel local, como en el regional o nacional. 3. Fortalecer a la sociedad civil la participación de los

ciudadanos, y amparar el respeto a los principios y garantías constitucionales; 4. Desarrollar acciones que contribuyan a mejorar la relación entre el municipio y la sociedad civil; 5. Constituir y mantener una ciudadanía activa y protagónica en las distintas formas y expresiones que se manifiestan en la sociedad. 6. Impulsar la equidad, el acceso a las oportunidades y revitalizar las organizaciones con orientación a facilitar la cohesión social.; 7. Administrar acciones que fomenten el desarrollo local, a través de un trabajo en conjunto con la ciudadanía.” (Decreto 1046 Exento; 2000).

Además, determina y explicita las formas de promover y normar la participación: plebiscitos, Consejo Económico y Social Comunal (CESCO), audiencias públicas, la Oficina de Información y Reclamos y las normas específicas sobre organizaciones sociales, que complementa la ley N° 19.418.

Señala que a través de plebiscitos que pueden ser convocados por el Alcalde, dos tercios del Consejo o a lo menos el 10% de los ciudadanos inscritos en los registros electorales, sobre temas que le son consultados, que incluyen programas de inversión específicos que dentro de otros ámbitos (que incluye a salud); la aprobación o modificación del Plan de Desarrollo y Regulador Comunal; y otras de interés local. Los resultados del mismo serán obligatorios para la autoridad siempre y cuando vote más del 50% de los ciudadanos inscritos en los Registros electorales de la comuna.

Señala procedimientos para solicitar y ejecutar las Audiencias Públicas, que entre otros requisitos necesita la presentación de una solicitud formal con a lo menos 100 habitantes de la comuna debidamente inscritos en los registros electorales, en donde Alcalde y Consejo Municipal deben tomar conocimiento de los temas que se desean discutir; así también fijan mecanismos de devolución de información sobre lo que esta instancia resuelve.

En definitiva, regula el proceso territorial con énfasis en espacios de representación, discusión y consulta.

El año 2000, se presentó un Instructivo Presidencial para la Participación Ciudadana, que recoge además los compromisos de cada Ministerio para con el tema. Escrito en primera persona, refunde propuestas previas y se hace un esfuerzo por la clarificación conceptual inexistente a la fecha al señalar que la participación ciudadana:

“es una dimensión fundamental de todo sistema democrático, pues contribuye a que los derechos y deberes institucionalmente establecidos sean efectivamente reconocidos y ejercidos.” Esta conceptualización que no logra operativizarse a lo largo del texto, consigna como elementos básicos para su ejercicio, una ciudadanía activa que se involucre en los asuntos públicos y un sector público que genere espacios, provea de información y mecanismos que acojan la expresión de esta ciudadanía; poniendo énfasis en la organización de la misma. Como resultado esperado, esta podría: *“contribuir a generar una relación de colaboración y respeto mutuo entre el Estado y permite una mayor legitimidad de las políticas públicas.”*

Los principios orientadores de la participación que se desea impulsar con este instrumento tuvieron relación con: el buen trato mutuo; transparencia; igualdad de oportunidades (para la participación de los más vulnerables); respeto a la autonomía y diversidad de las organizaciones de la sociedad civil (evitando discriminación e instrumentalización); y orientación al ciudadano (como una forma de priorizar la participación de destinatarios finales).

Para el cumplimiento de esta norma, la presidenta resuelve que los Órganos de Administración del Estado (Ministerios y Gobiernos Regionales) deben fijar reuniones con organizaciones de la sociedad civil de sus respectivos áreas y que cada uno de estos últimos debe elaborar un plan regional al respecto. La ejecución del instructivo total se contempla para al cabo de tres años.

Consecuente con la declaración del sello de “Gobierno Ciudadano” con que Michelle Bachelet dio inicio a su período de gobierno, en el año 2006 se difunde la Agenda Pro-Participación Ciudadana, elaborado por la División de Organizaciones Sociales, del Ministerio Secretaría general de gobierno, donde reconoce el lugar de ésta en el fortalecimiento del sistema político representativo.

Esta agenda, constituye a nuestro juicio, un avance en la operativización conceptual en la materia en la medida que por ejemplo, la define como: *“Participar es hacerse parte de un proceso. Participación ciudadana en tomar parte activa, como ciudadanas y ciudadanos, en los procesos decisionales de una democracia”*. Determina como labor del Estado garantizar el derecho a participación en sus políticas, planes, programas y acciones como una fase previa a la toma de decisiones, fundamentalmente en el sistema de protección social:

“Para la ampliación de los derechos sociales efectivos la Participación Ciudadana es insustituible porque lo que busca es el empoderamiento de la gente en su calidad de ciudadanas y ciudadanos, capaces de hacerse parte de las propuestas, las definiciones y por cierto, también de las soluciones.”
(Agenda Pro Participación Ciudadana 2006-2010: 10)

Las líneas de trabajo son cuatro y para fines de un mejor análisis, las presentamos esquemáticamente:

| | |
|--|--|
| I. Derecho ciudadano a la información pública | <ol style="list-style-type: none"> 1. Acceso a la información de políticas públicas 2. Transparencia activa y acceso a la información administrativa de los órganos públicos |
| II. Gestión pública participativa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Incidencia ciudadana en la gestión pública 2. Desarrollo de capacidades institucionales en participación ciudadana 3. Educación ciudadana |
| III. Fortalecimiento de la sociedad civil | <ol style="list-style-type: none"> 1. Iniciativas para el asociativismo y desarrollo social 2. Fomento al voluntariado 3. Apoyo institucional a dirigentes sociales 4. Infraestructura y apoyo tecnológico |
| IV. No discriminación y respeto a la diversidad | <ol style="list-style-type: none"> 1. No discriminación y respeto a la diversidad 2. Derechos económicos, sociales y culturales 3. Igualdad de oportunidades y equidad de género 4. Pueblos originarios |

Esquema 1: “Ejes programáticos para situar los componentes participativos de las políticas públicas”, Agenda Pro Participación Ciudadana 2006-2010.

El Decreto N° 474 Exento, publicado en mayo de 2009 denominado “Aprueba Norma General de Participación” considera las normativas anteriores, principalmente el instructivo presidencial y la Agenda Pro-Participación Ciudadana 2006-2010 como los antecedentes de la *“convicción de que la participación de los ciudadanos en la gestión pública refuerza la idea de la democracia inclusiva, de una democracia fuerte y*

desarrollada y del fortalecimiento de la sociedad civil”; cruza transversalmente a todos los órganos del Estado, deja que cada uno formule sus iniciativas, fijando sólo ejes programáticos; que fueron previamente sometidos a conocimiento y consulta a través de diálogos participativos con las organizaciones sociales y a través de medios electrónicos.

Esta norma claramente es un avance en la materia, en la medida que pasa de una definición de principios y objetivos deseables y de análisis de su importancia al terreno de la definición de mecanismos concretos y la vigilancia de la Secretaría Ministerial para su cumplimiento.

La evolución de la “normatividad” revisada hasta aquí para la Participación Ciudadana nos permite ahora aproximarnos a su alcance específico en el terreno de nuestro tema de estudio, donde es posible apreciar que la Concertación desde 1990 se propuso cumplir con la garantía de la salud como derecho, a través de propiciar un acceso equitativo, eficiente y eficaz; formular y ejecutar programas de prevención de salud (que incluyó enfermedades pero también el medio ambiente). En esos mismo propósito, consideró el aumento del gasto fiscal; evaluación y modificaciones al funcionamiento de las Isapres; y la necesidad de reorganizar los servicios de salud en torno a conceptos como descentralización, desburocratización, participación de la comunidad y coordinación intersectorial en cuanto a la estructura y gestión del sistema: *“La descentralización de la salud incluirá un rol fundamental de las comunidades locales y los municipios democratizados, no obstante, la organización del sistema de salud evitará su desmembramiento y des-coordinación actual.”* (Prog. Gob. CDPD: 9).

Consideramos que el verdadero propósito de la Concertación con respecto a este tema queda mucho más delineado en uno de los seis puntos que comprenden las bases programáticas económico-sociales:

“El Gobierno democrático tendrá como una de sus tareas el fomentar la organización de la ciudadanía en múltiples instancias de tipo sindical, profesional, productivo, deportivo, cultural, educacional y fortalecer las instancias de poder local y regional, delegando en ellas una cantidad creciente de deberes y derechos que le permitan participar en forma activa y efectiva en la gestión de las actividades económicas, sociales y políticas. Todo ello posibilitará una efectiva descentralización del poder y potenciará el desarrollo de la vida comunal y regional.” (Prog. Gob. CDPD: 25).

Una de las primeras normativas introducidas en salud en esta línea de fortalecimiento de la participación, fue la creación del Consejo Consultivo Nacional de Salud, (Decreto 5-E, publicado el 24 de mayo de 1990) como órgano *asesor y consultor* del Ministerio para la formulación de políticas y planes nacionales de salud e instrumentos de coordinación con otros sectores institucionales, así como para la coordinación y evaluación de los programas y acciones en el cumplimiento de las políticas y planes aprobados. Su conformación por decreto estuvo dado por treinta personas, todos en alto cargo de instituciones públicas y privadas vinculados directamente a la salud: académicos, empresa privada, instituciones de estados, sindicato y gremios. Modificaciones posteriores a la conformación del Consejo no incorpora la representación de la sociedad civil organizada.

El instructivo presidencial del año 2000 que anexa compromisos de cada Ministerio se señala con respecto a salud los siguientes:

“Hacer una reforma de salud con la más amplia participación ciudadana, por una salud solidaria, equitativa, oportuna y eficiente; Mejorar la participación en la gestión de los establecimientos de salud; Fortalecer las redes de organizaciones sociales de salud y la incorporación a los Consejos Vida Chile; Impulsar la co-responsabilidad ciudadana en el cuidado de la salud y construcción de ambiente más saludables, fortaleciendo la participación en los Planes Comunales de Promoción de la Salud.” (Instructivo Presidencial para Participación Ciudadana; 2000)

La promoción de la salud fue un área prioritaria en la política de salud a partir del año 2000 en adelante, con la presentación del Plan Estratégico con metas y compromisos sectoriales al año 2006 por parte del Consejo Nacional para la Promoción de la Salud VIDA CHILE. Este plan inserta los Comités Comunales VIDA CHILE, constituidos por representantes de la municipalidad, sector salud, organizaciones sociales e intersector.

El mismo Plan Nacional de Promoción de Salud, señala haber sido construido a partir de las formulaciones locales y del análisis de situación de la salud del país, con asignación de recursos a las comunas y su gestión se basa en dos ejes: fortalecimiento de gobiernos locales y regionales y la acción participativa intersectorial.

Las acciones realizadas a través de los Planes Comunales abordaron como condicionantes prioritarios: alimentación saludable en el 94% de los planes, actividad física (91%), tabaco (50%), asociatividad (80%) y espacios saludables (70%). (OPS, n.d)

En esa misma línea, el año 2004 se promulga la ley N° 19.937, que establece una concepción de autoridad sanitaria, que busca determinar distintas modalidades de gestión y participación ciudadana en este ámbito. Además de la creación del Consejo de Integración (referente principalmente técnico y formado por representantes de servicios públicos de salud) crea el Consejo Consultivo de los Usuarios, el que estará compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y dos representantes de los trabajadores del establecimiento; con la función de asesorar al director del establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.

9.3 Los discursos en prensa escrita sobre los problemas de salud.

a) Los primeros cuatro años del proceso “de retorno a la democracia”: Gobierno de Patricio Aylwin Azocar.

La presentación del plan de salud del Ministerio de Salud para el período de cuatro años de Gobierno, tuvo un fuerte énfasis en las acciones de prevención y promoción de la salud, de la mano con la potenciación de los dispositivos de la APS, (con aportes extranjeros) en su mayoría ya municipalizados.

Se anuncia que la Ley de Isapres no sufrirá modificaciones, salvo indicaciones que tiendan a transparentar los contratos cotizantes-isapres que El Mercurio en constantes notas editoriales señala como preocupantes, ya que el mayor afán proteccionista a los usuarios puede desembocar en un aumento de las cotizaciones para sumir dichos costos.

La crítica al modelo de administración del período de dictadura parece no alcanzar revuelo en la prensa, salvo en términos macro, que tiene que ver con el traspaso de funciones estatales a manos de privados.

En términos de la salud de la población, se anuncia para 1991 la primera campaña de educación sexual a nivel nacional; los dichos del recientemente asumido ministro de salud generan controversias al pronunciarse sobre el SIDA como un problema menor y la crítica no sólo provienen de las organizaciones sociales vinculadas al tema, sino también de la Iglesia católica y se dirige a la casi nula respuesta estatal para la prevención que

impida la propagación. Si bien esta trasunta rápidamente a otros sectores sociales, la primera campaña creada por CONASIDA para ser difundida masivamente a través de los medios de comunicación es cuestionada por la iglesia a fines del año 1991 y algunos medios se niegan a transmitirla por encontrarla atentatoria a la moral y promotora de la “promiscuidad sexual”.

La situación de alerta por la epidemia del cólera se inicia en abril del año 1991 y marca una emergencia sanitaria, que en términos comparativos, tuvo un menor costo de vidas en Chile, comparado con otros países de la región.

Sin duda, lo que marca este período en el ámbito de la salud fue la fuerte embestida de los trabajadores de la salud, quienes a través de la recientemente democratizada FENATS (con aproximadamente 60 mil asociados) dan curso a la demanda principalmente de reivindicaciones salariales, postergadas durante los años previos, en que la reducción del gasto fiscal se cristalizó preferentemente en el estancamiento de las remuneraciones. Las sucesivas paralizaciones en diversas partes del territorio nacional contó con el apoyo del gremio médico, quienes incluso propusieron la declaración del área de la salud como “zona de catástrofe” a objeto de recurrir a fondos extraordinarios para paliar el problema de los salarios.

Con mesas de negociaciones para conversaciones que se inician y disuelven rápidamente, el discurso del gobierno está centrado en la necesidad de dar soluciones progresivas, “y no milagrosas”.

El manejo del conflicto y la crítica situación que se evidenciaba en el área genera los primeros conflictos al interior de la colisión de gobierno. Inevitablemente, las críticas son interpretadas como un cuestionamiento al accionar del ministerio, quien pone en entredicho las lealtades al interior de la concertación.

El escenario de movilizaciones se acrecienta en forma constante, centrando en la figura del Ministro, a quien abiertamente se le critica no cumplir con el plan de salud propuesto por la concertación (crítica de los partidos) y de no incorporar a protagonistas del área en la discusión y estudio de las medidas en la materia, coartando espacios de consenso. En junio de 1991, una paralización de 48 horas incluye 40 mil trabajadores de la salud, manteniendo solo atención en urgencias. Esta tuvo alcance nacional (con entre un 70 y 100% de adhesión en algunas regiones) y la demanda de reajuste de remuneraciones a nivel del resto de empleados de la administración pública y el retorno de los consultorios al

Estado. Notas de El Mercurio atribuyen acción principalmente a la influencia del PC en cada una de estas organizaciones, y la define como “una provocación deliberada”, mientras manifiesta el riesgo que significa para la población que el camino para superar la crisis sea un aumento de impuestos.

En 1993 se inicia un intenso fortalecimiento de la descentralización de la administración en salud, desde el ministerio a los servicios de salud, con mayor autonomía asignada a los directores de hospitales y el funcionamiento de la Central de Abastecimiento como empresa autónoma del Estado; este mecanismo fue visto como una forma de solución a los problemas principalmente financieros que enfrenta el sector que parecen inagotables no obstante las inyecciones constantes producto de aportes de organismos internacionales.

Abiertamente, El Mercurio señala que ante la situación de crisis del sistema público, el privado de las Isapres, constituye una forma de acceder a un sistema de calidad especialmente frente a la crisis de servicios de urgencia, que terminó en octubre de 1992 con la renuncia del Dr. Jorge Jimenez al cargo de Ministro, “*como una forma de facilitar el reencuentro, tan necesario*” que en ese minuto tenía a un importante número de médicos de urgencia con anuncio de renuncia si no eran acogidas las demandas.

Los conflictos en el área se sucedieron e incluyeron también a las matronas y enfermeras, que no se resolvieron sino con mediación de la CUT y gabinete político de La Moneda.

También en este período empieza a funcionar el Fondo Nacional de la Discapacidad, para el trabajo directo con esta población. Igualmente, el tema de trasplante de órganos y donación de órganos vinculados más que a los recursos tecnológicos, a las solidaridad y al soporte legal que permitiera sustentarlo, que no estuvo exento de polémica ya que parlamentarios de derecha y la Iglesia presentaron ante el Tribunal Constitucional requerimientos para invalidar la muerte encefálica como recurso.

b) Segundo período de gobierno concertacionista: Eduardo Frei Ruiz-Tagle

La designación de Carlos Massad, (ingeniero comercial y economista, ex director del Banco Central) en el Ministerio de Salud encontró positiva acogida y altas expectativas de transformaciones profundas en el área, especialmente en la prensa de derecha; así, El Mercurio, resaltaba su formación en Chicago (en asociación directa a los “Chicago-Boys”,

asesores económicos de la dictadura), y veía como positiva las posibilidades de innovación en la administración de recursos, que disminuía así la cobertura del sistema público quedando exclusivamente para indigentes y quienes no puedan acceder al sistema privado, con el impulso subsecuente a este último por parte del Estado.

El sistema privado que en ese momento estaba constituido por treinta y siete isapres tenían como cotizantes al 25% de la población, este medio de presa sugería abiertamente el apoyo estatal como una forma de resolver la crisis del sector público mediante traspaso de beneficiarios.

Nuevas prerrogativas a la superintendencia y la modificación de indicaciones para la afiliación de adultos mayores fueron un duro revés a las expectativas puestas en el ministro-economista, interpretándolas como un envío estatista, destinado a destruir el sistema privado, un atentando a la libre competencia y a la injerencia del sector en la salud. Hacia 1996, estas debieron devolver a usuarios excedentes de cotizaciones y se inicia fiscalización a las alzas excesivas en el valor de los planes a usuarios. Las medidas encuentran buena acogida en el CM y sectores de parlamentarios, que ven a la par del incremento en cotizantes, el aumento de las ganancias de las mismas y de los reclamos ante la superintendencia. La defensa del sistema argumenta el alto ingreso en la necesidad de re-inversión y expansión, aduciendo además que estos provienen de la exitosa inversión de capital en el extranjero y que no del costo de planes de salud.

A diferencia de la buena acogida inicial del perfil profesional del Ministro por parte de los sectores de derecha, en los gremios esto causó incomodidad desde el inicio, que se tradujo en un clima de alta confrontación que estalló en agosto de 1994 con la difusión del denominado “Informe Massad”, que acusaba la escasa mejora en la “productividad” del sector -especialmente médico- no obstante el incremento en los montos inyectados durante los cuatro años precedentes. La disputa por este tema que predomina en la prensa durante largos meses y sus alcances se desarrollan en extenso en el punto 9.4 de este capítulo.

En términos de acciones significativas, se inicia la discusión para eliminar el cheque en garantía para las hospitalizaciones (que se concreta en 1999) y el inicio de funcionamiento de un total de 50 “consejos de desarrollo” en hospitales como instancia de participación social en los servicios asistenciales; ambas medidas criticadas por el El Mercurio, la primera por socializante y la segunda por la falta de contundencia técnica y la persistencia en modificaciones que, salvo de los aspectos más simbólicos asociados a la

mejora del sistema, que no generará cambio sino por medio de una reforma profunda al sector público con bases técnicas más firmes.

Además del conflicto suscitado por el Informe Massad, las relaciones con la FENATS también fueron tensas por temas de remuneraciones aún más con el anuncio de la licitación de listas de espera, que según señala El Mercurio, “*si no conducen a la privatización definitiva del sector, redundarán en nuevos conflictos*”; mientras que la desaprobación de la comunidad en encuestas de la época mostraban por primera vez en forma explícita la desaprobación a las sucesivas medidas de presión que suspendían y deterioraban aún más la calidad de atención recibida; las medidas de sumarios y acusación de faltas administrativas solo parece que fue subsanada con bonos asociados esta vez a antigüedad laboral y desempeño, que es interpretado como un empoderamiento cada vez mayor de los trabajadores, amenazantes para el futuro a juicio de la derecha.

Durante el segundo periodo del gobierno de Frei y estando en el ministerio Alex Figueroa, los antagonistas al gobierno fueron la Asociación de Isapres, mas que los gremios propiamente tal, dada la eliminación del subsidio del 2%, los llamados a la Afiliación a Fonasa a la población y la reforma del mismo, no obstante, el estancamiento en la economía general del país hace que se cuestione la disminución de inyección económica al sistema. Esta medida lleva a una consulta a profesionales y usuarios (estos últimos de manera simbólica) que expresa el grave descontento de la población con el sistema y la administración de los recursos, demandando medidas definitivas para su solución tanto a nivel de Atención Primaria como hospitalaria que terminan por entregar un nuevo escenario de movilizaciones al Gobierno que inicia Ricardo Lagos en marzo del año 2000.

c) El inicio del proceso de Reforma del Gobierno de presidente Ricardo Lagos Escobar.

El compromiso de Ricardo Lagos de una reforma al sistema de salud en el país se inicio con implementación de estrategias para disminuir las colas en los consultorios, (en un plazo de tres meses) misión encomendada a la ministra Michelle Bachelet. Esta medida despertó amplias expectativas hacia las posibilidades reales de mejoras en la calidad de la atención; se levantaron en esta línea, consultas a nivel nacional para recabar la opinión de los usuarios con respecto a ámbitos urgentes de remediar.

La contratación de más de dos mil médicos extranjeros desde 1995 para consultorios, como una forma de afrontar el déficit de horas, fue un tema de discusión en la prensa, que incluía un cuestionamiento a la formación de éstos y al desincentivo de los profesionales chilenos por desempeñarse en el sistema público ante los bajos sueldos y opciones de perfeccionamiento, mientras que la prensa oficialista (Diario La Nación) le suma la simple preferencia de estos por el sistema privado, producto de la diferencia sustancial de las remuneraciones. La línea telefónica de asignación de horas médicas fue otra de las medidas implementadas para disminuir colas en los consultorios, que no obstante produjo resultados positivos, estuvo lejos de solucionar el problema, principalmente por falta de recursos.

Las disputas más serias del Gobierno con los gremios de la salud se dieron en el año 2003, estando en el ministerio Osvaldo Artaza, quien encabezó una importante campaña de difusión de la reforma y que debió enfrentar una seguidilla de polémicas durante su gestión, incluso al interior del mismo ministerio: en 2003 por la entrega de leche en mal estado en los consultorios del país, que terminó con la solicitud de renuncia de la directora de CENABAST y la discusión de irregularidades administrativas en la cartera.

Sin duda, el período de discusión del financiamiento de la reforma fue el de confrontaciones mayores y es profundizado en el punto 7.3.5 de este capítulo.

La comisiones de salud del parlamento, también levantan recomendaciones que apuntan principalmente a resolver problemas de cobertura, transparencia y pago de licencias médicas. Las primeras ideas sobre la reforma incluían la creación de un sistema “lo suficientemente solidario” que ayudase a costear los gastos de enfermedades de alto costo a los de más bajos recursos. La necesidad de impulsar una transformación profunda se hace sentir en comentarios de centros de estudios especializados, políticos y trabajadores del área, siendo anunciada finalmente en el mensaje presidencial del 21 de mayo del año 2001. Tras este, los principales cuestionamientos se dirigen a los mecanismos de financiamiento propuestos para el llamado “fondo solidario”: cotizaciones de usuarios y aporte fiscal; y un plan garantizado de atenciones. En encuestas, las medidas parecen ser bien recibidas por la población; se instauraron en forma inmediata diversas mesas de trabajo, que incluyeron a técnicos y profesionales del área y a políticos de oposición y coalición de gobierno para la discusión que logren acuerdos con respecto a las medidas con parte de la comunidad a través de los Consejos comunales.

El primer proyecto asociado se envía al parlamento en el mes de junio y trató sobre la “Ley de derechos y deberes de las personas”, la tramitación de la reforma global debe esperar un año entero a objeto de validar el trabajo de las respectivas mesas. Las principales objeciones aparecen allí en el tema del financiamiento, la reforma a la ley de Isapres y de autoridad sanitaria y también al enviado a tramitación con respecto a deberes y derechos de los pacientes.

En enero del año 2003 el proyecto ya denominado AUGE (Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas), es aprobado en la cámara de diputados con un amplio apoyo oficialista y pasa a 2º trámite constitucional, como el proyecto emblemático de la administración de Ricardo Lagos, quien adquirió un rol protagónico en impulsar y presionar en términos de tiempo, su aprobación, cuya marcha blanca se estimó para primer trimestre de 2004, no obstante en esta fecha se dio inicio a un piloto, con 17 patologías con plazos máximos de espera y financiamiento; mientras las principales observaciones de la comisión de salud del senado y de los médicos continúan en la línea de financiamiento. La aprobación definitiva se produjo en el senado en agosto de 2004.

Paralelamente a la tramitación legislativa de los proyectos de ley asociados al AUGE, ese mismo año se discutieron nuevas reformas a la ley de Isapres y se dio inicio al plan de concesiones hospitalarias en el país, que alcanzó US\$200 millones. La unión público-privada en esta materia respondió a un plan que involucró a muchos otros sectores de la administración del estado.

El año 2005 inicia funciones la Superintendencia de Salud y los primeros hospitales autogestionados, esta última, una medida ampliamente propiciada por El Mercurio en la lógica de potenciar la descentralización.

Desde el inicio del segundo semestre de ese mismo año, se da partida a una de las medidas mayormente promocionadas del AUGE: los afiliados pueden concurrir a tribunales si Isapre o Fonasa incumplen planes estipulados en cualquiera de las 25 enfermedades incluidas a ese minuto, registrándose a fines de ese mismo año, la primera demanda ante tribunales. No existe discrepancia en los medios de prensa analizados con respecto a la importancia de la transferencia de información a los usuarios con respecto a los alcances y formas de operar en el AUGE, no obstante, lo complejo del sistema hizo de esta tarea un camino difícil. El GES (primera parte de la reforma), vinculado a la garantía de atención en salud debutó con dos mil quinientos casos y superó los treinta y seis mil

casos en una semana de implementación. La sobre-demanda por algunas atenciones y el déficit de recursos humanos por ejemplo, estuvieron entre los previsible primeros problemas que el gobierno de Lagos debió enfrentar con su plan estrella en los últimos meses de su mandato.

En términos de salud de la población, la prensa en estos años, no refleja grandes temas, pero cabe consignar la ampliación de tratamiento gratuito para el VIH-Sida en el sistema público como privado; la atención puesta al tema de la drogadicción y problemas de trastornos del ánimo como prevalencias que han ido en aumento en los últimos años y que demandaron mayor atención de las autoridades, aún cuando no se consigna (en prensa) una reflexión sobre los patrones epidemiológicos que la población enfrenta y las necesidades de actualizar las respuestas institucionales a ellas.

Por otro lado, en el año 2001 se inicia la discusión sobre el tema de la píldora del día después y su venta en farmacias del país como anticonceptivo de emergencia, abriendo un amplio debate valórico que generó fuertes roces políticos producto de diferentes posturas con respecto a la anticoncepción, su potencial abortivo y en menor medida, sobre la educación sexual. Finalmente se aprueba su venta bajo receta y la distribución en consultorios en caso de emergencias, como las violaciones. El año 2001 se instaló así la primera confrontación entre el Gobierno (Ministra Bachelet) y organizaciones Pro-Vida - Iglesia y parlamentarios de ambos bando, sobre este tema que tendrá en adelante varios momentos álgidos, uno de los cuales se trata en profundidad en el punto 6.3.6 de este capítulo.

d) El Gobierno de Michelle Bachelet.

En marzo del año 2006 asume la presidencia de la república Michelle Bachelet, con el antecedente de haber sido durante dos años, en el periodo presidencial anterior, ministra del área.

Con el AUGE en pleno funcionamiento, cifras del mes de enero de ese año, señalan que la atención bajo este régimen alcanzaba a un millón trecientos mil chilenos, la mayor parte de ellos, perteneciente al sistema de Fonasa. Se inicia la demanda por retrasos en los tiempos de espera y calidad de la atención de aquellas patologías no incluidas en el listado de las garantizadas.

En este período, y en consecuencia al escaso interés de médicos chilenos por

emplearse en el sistema público de salud, se eleva el número de médicos extranjero (en 2006 llega a 3 mil, aproximadamente el 40% de la atención primaria)

Se continuó la concesión de hospitales, fórmula escogida para llevar a cabo autogestión hospitalaria, que en el marco de la reforma debía alcanzar el año 2009, con cincuenta y seis hospitales; la crítica se centra en el sistema mixto, que mantienen la supervigilancia estrecha del Ministerio no sólo en cuanto a calidad de servicios, sino también en lo administrativo.

A veinticinco años de creadas las Isapres, estas muestran una consolidación en el sistema y la editorial de El Mercurio señala que de existir un subsidio a la demanda para los usuarios estos podrían acceder cada vez más a esta alternativa, dejando paulatinamente los recursos públicos para la población más pobre del país, no obstante, señala que “lo que prima es el ideologismo” y evitar problemas gremiales producto de la incorporación de la gestión privada en problemas públicos. Aparece el problema del fraude con licencias médicas como un entorpecedor para su crecimiento.

Los principales puntos de confrontación del Gobierno y los sindicatos de la salud se dieron por reivindicaciones salariales que en 2006 significaron veinticuatro días de paralizaciones con un llamado de la derecha al gobierno a no ceder a presiones consideradas excesivas y que termina con la mediación de parlamentarios.

Hacia la mitad del periodo de gobierno, se suman las demandas por insuficientes recursos para satisfacer las garantías del AUGE: camas, número de horas profesionales y la sanción por la falta de cumplimiento de las mismas, que sumado a las reivindicaciones salariales -también de los médicos- ponen en abierta confrontación a la Ministra de Salud, Dra. María Soledad Barría. El excesivo énfasis de mejorar las condiciones de los trabajadores y no así de la salud de la población al ceder ante presiones, es motivo de crítica que en 2008 amenaza con una acusación constitucional a la Ministra por mala gestión e incumplimiento en financiamiento AUGE que finalmente no fructifica.

En términos del estado de salud de la población y las estrategias para enfrentarlos, en este período se instala la fuerte polémica por la extensión de entrega de la PDDD en consultorios del país a mayores de 14 años, sin previa consulta a los padre, que pretendió como política pública de salud, disminuir el número de embarazos adolescentes y eliminar la brecha en el acceso a ésta.

Las campañas de prevención del VIH-Sida continúan siendo un tema abordado en

prensa, dado el rechazo de ciertos medios de comunicación (TV) a retransmitir campañas oficiales que recomiendan el uso del preservativo, por sobre otras medidas más aceptadas por el conservadurismo.

El estudio que reveló colusión para el precio de los medicamentos por parte de las farmacias fue uno de los temas de mayor cobertura noticiosa en esta época así como los fraudes al sistema público y privado por la entrega de licencias médicas falsas y la no notificación de casos de contagio de Sida. Mientras se incrementa paulatinamente la cobertura AUGE y crece la demanda por falta de recursos para cubrirlas, la desinformación de los usuarios torna difícil el acceso a una de los principales atributos buscados por la reforma: la exigencia de atención como derecho de salud, directamente por los beneficiados.

A partir de la contingencia narrada son seleccionados tres momentos para el análisis coyuntural, en función de la densidad de los conflictos.

9.4 El “informe Massad” y sus repercusiones.

En el mes de agosto el entonces Ministro de Salud Carlos Massad, da a conocer el “informe de productividad” del sector que desata gran controversia en el sector salud, que viene a refrendar de alguna manera la polémica y críticas observaciones al hecho de que por vez primera (en un gobierno democrático) la cartera estuviera al mando de un profesional no médico, sino que esta vez, economista, hecho que había generado desde un inicio la suspicacia del gremio, que tras el informe pasó de la crítica a la falta de confianza. (Revista Hoy; 21-27 nov. 1994).

Podemos identificar en esta disputa cuatro aspectos relevantes: las causas explícitas (contenido del informe) que generaron la molestia, como decíamos, principalmente del gremio médico; las interpretaciones generadas a partir de él; las medidas de protesta generadas; y finalmente, la resolución del conflicto.

En primer término, el informe “reveló que existe un deterioro de entre el 35 y 45 por ciento de la productividad del sector en una comparación entre los años 1989 y 1993, lo que significa que el aumento de recursos ha superado con creces al de las prestaciones. Un deterioro del rendimiento -sinónimo de productividad empleado más tarde por Massad para calmar las molestias

gremiales- que se produjo en un periodo cuando el presupuesto para este sector tuvo un crecimiento real del 60 por ciento y un aumento de las remuneraciones de los funcionarios públicos en torno al 50 por ciento.”
(Revista Hoy; 21-27 nov. 1994)

Según el encargado de RRHH del Ministerio Dr. Rodrigo Contreras, el informe pretendía poner al tanto a la población con respecto al estado del sector, como una herramienta para el control social del sector público, que fue “mal interpretado”.

En cuanto al segundo aspecto, el Colegio Médico acusa a Gobierno de “*intenciones privatizadoras en contubernio con la derecha*”; “*en base a un endiosamiento de las leyes del mercado, se están usando conceptos económicos indiscriminadamente en áreas sociales como la salud y la educación*” (Revista Ercilla; 19-25 agosto 1994). Señalaron que este enfoque también se sumaban a las señales enviadas por la desvinculación por ejemplo del hospital J.J. Aguirre, quien recientemente habría firmado contrato con una Isapres para la prestación de servicios en forma exclusiva, acusaciones que el MINSAL rebate argumentando la gran cantidad de dinero invertido en el último período para fortalecer el sector.

Por otro lado, se replantea el ya conocido reclamo de no hacer partícipe la opinión técnica del gremio a la hora de la planificación de políticas de salud; sin que se pudiera en el centro del debate el verdadero problema del sector, que a juicio de los analistas de la época, residía en las reales condiciones económicas que enfrentaba el sector salud en términos generales y no en la producción.

La prensa de derecha ve la discusión como algo muy positivo, que augura mejores soluciones para este antiguo problema, mientras el gobierno intenta bajar el perfil a las reacciones, acusando además de resquemores exacerbados producto de la coincidencia con las negociaciones entre ambas instancia para reajustes de salarios.

Las principales transformaciones que Massad pretendió impulsar en este período podemos resumirlas en tres puntos centrales: 1) una modificación que flexibilice la Ley N° 15.076 para adecuar horarios, rendimiento y remuneraciones de acuerdo a rendimiento y productividad, con el objeto de transformarlo en entidades competitivas; 2) descentralización en las decisiones de abastecimiento; y 3) mayor equidad y participación.

En término de las medidas implementadas como protesta tras la difusión del

informe, el CM convocó a sus agremiados a un plebiscito a fin de requerir la opinión general con respecto a una serie de puntos del sistema de salud y definir eventuales medidas de movilización. La defensa del Dr Vacarezza (presidente del CM) giró en torno a que los recursos inyectados durante el Gobierno del Presidente Aylwin no estaban destinadas a mejorar productividad ni a extender cobertura, sino a mejorar la calidad de la atención, motivo por el cual, *“mal se puede conseguir algo que no se perseguía”*. Para el Ministerio, estas argumentaciones no eran suficientes para explicar el escaso aumento de las coberturas, problema definido como urgente, dadas las altas listas de espera de atención a la fecha (aproximadamente 2 mil por centro asistencial, considerando distintas especialidades) dato que a juicio del CM, revela un profundo desconocimiento del funcionamiento del sistema ya que agruparía en una misma categoría intervenciones ambulatorias con otras de alta especialización, que las vuelve incomparables en términos de requerimientos.

La falta de camas para hospitalización; el desinterés creciente de médicos por emplearse en el sistema público; y las funciones de creciente complejidad que asumen los consultorios hacen -a juicio de los detractores del informe-, poco fiable la comparación de cifras de 1989 con las de 1993.

Las medidas de presión de los médicos se supeditaron a tres paquetes de demandas: 1) la tramitación de una ley de concursos públicos para la dirección de hospitales que fuera exclusiva para profesionales consignados en la Ley 15.076, hasta ese entonces, estos estaban a cargo de designación de la autoridad y podía encargarse a cualquier tipo de profesional que contara con la confianza de los mismos; 2) mejora de remuneraciones, en un 60%, adeudado desde 1980; 3) retiro del “Informe de productividad” del sector y reconocimiento público de su imperfección. (Revista Hoy; 17-23 nov. 1994)

La primera paralización por 24 horas (27 de octubre de 1994), convocó alto grado de apoyo de las bases; una negativa a diálogo por parte del Gobierno y un alto rechazo de la población a los movilizados por considerar injusto el trato con respecto a las remuneraciones en vista de los resultados del informe y la crítica situación del área, que el Gobierno buscaba revertir.

Finalmente, la resolución del conflicto pasó por una estrategia no vista hasta el momento en instancias similares: la presencia de un tercer actor que con un rol mediador, que canaliza un pre-acuerdo para las soluciones, pasando a formar parte clave en la

resolución a largo plazo del problema de la salud: los políticos concertacionistas y específicamente de la bancada de la Democracia Cristiana, encabezadas por su vicepresidente Claudio Huepe, que contó con autorización de La Moneda ante la nula capacidad de diálogo de los involucrados directos y de respuesta de los órganos encargados de resolver movilizaciones sociales por parte del Gobierno, Ministerio del Interior y de la Presidencia.

La suspensión de la segunda paralización se logró una vez que la coalición se comprometió a llevar el tema de la salud al Parlamento, poniéndolo de esa forma en la agenda política nacional; mientras que el aspecto puntual de las remuneraciones y ley para dirección de hospitales continuó quedando en vínculo directo entre CM y Ministerio a resolverse en un plazo de 60 días para negociaciones.

9.5 La primera fase de tramitación AUGE.

Si bien el período de formulación y posterior tramitación del plan de reforma a la salud propuesto por el Presidente Ricardo Lagos contempló varias fases y momentos conflictivos, hemos seleccionado uno de los primeros de ellos, comprendido entre el mensaje presidencial que anunció el AUGE (Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas) el 21 de mayo de 2002 y el mes de enero del año siguiente, período que concentró la discusión en las formas de financiamiento de la misma y que termina con el inicio de la tramitación en el Senado, tras las discusiones que enfrentaron al Gobierno, a través de los Ministros Osvaldo Artaza, Nicolás Eyzaguirre y organizaciones gremiales y de trabajadores de la salud, con el Dr. Juan Luis Castro, presidente del CM a la cabeza del bloque opositor. También adquirieron relevancia en este período, diversos políticos, especialmente aquellos pertenecientes a la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, en lo que fue el primer trámite legislativo del proyecto.

En entrevista con el Dr. Osvaldo Artaza, y la Dra. María Soledad Barría se hace evidente que el período de mayor expresión de participación social asociado a ese tema fue el comprendido desde mediados del año 2000 y todo el 2001, (mientras la cartera estuvo a cargo de la Dra. Michelle Bachelet, en el primer período del gobierno de Ricardo Lagos). En ese momento, se estructuraron diversas mesas de trabajo (denominadas Mesas de Estudio de la Reforma) con gremios, Isapres, universidades, otras entidades que generan

opinión, organizaciones de la sociedad civil (principalmente asociaciones de usuarios) y representantes de los partidos políticos. Estas mesas constituyeron insumos con respecto al proyecto de reforma, recogieron opiniones y para dar cuerpo al proyecto, no obstante, estos acuerdos fueron postergados en función de dar pronta salida al mismo, ya que a juicio del Dr. Artaza, en esta instancia no se alcanzaron acuerdos en términos generales sobre la idea del reforma del Gobierno y quienes estaban representados en las mesas.

Por orden directa del Presidente, se ejecuta el plan de diseño de los 5 proyectos de ley sobre cada uno de los puntos más críticos del sistema ya sin proceso de consulta y participación, ejecutado por el equipo técnico encabezado por Hernán Sandoval:

“(...) ya teníamos claro en las áreas donde se habían generado acuerdo: los objetivos sanitarios para la década, que fue cuando se firmó un documento que fue lo que oriento las políticas públicas. Pero en los cambios sobre los sistemas de salud, que presta servicios, atención, habían posturas desde la A la Z; desde un rol mas fuerte del Estado hasta un rol mas fuerte del mercado. No había ninguna posibilidad de acuerdo. Todo el abanico. Entonces como le digo, sobre los temas que tenían que ver con un cambio en el sistema de salud, que presta servicios en salud, la indicación del presidente fue identificar los tópicos mas críticos y sobre ellos generar proyectos de ley para que la discusión se hiciera en el parlamento, por lo tanto, en ese momento la participación hacia los actores con un carácter mas ciudadano, se cierra, y pasa una discusión de carácter técnico política en donde participan solo los parlamentario en la dinámica de los trámites de la Cámara de Diputados y después en el Senado.” (Dr. Artaza).

Sobre estos puntos críticos entonces, la reforma estuvo compuesta así por cinco proyectos de ley: autoridad sanitaria, régimen de garantías en salud; ley de Isapres; financiamiento y derechos y deberes de los pacientes. Uno de los aspectos críticos estuvo así en el ámbito de financiamiento, motivo por el cual, no se socializó este aspecto de manera oficial, hasta que el proyecto estuvo listo, aumentando con eso, sin duda, la especulación de los posibles afectados. En este contexto, el Ministerio de Hacienda a cargo Nicolás Eyzaguirre pasó a ser lo que muchos consideraron “el principal gestor de la reforma”, incluso en desmedro del rol político y comunicacional encargado al Ministro de

Salud, con quien incluso protagonizan un bullado *impasse* al referirse este último a las alternativas de financiamiento y siendo fuertemente criticado por ello.

La idea original de financiamiento a través de reforma a el sistema de cotizaciones y la creación de un Fondo Solidario (creado con el 3% de las cotizaciones de sus afiliados) significó una temprana toma de acuerdos entre el Ministro Eyzaguirre y Juan Claro, presidente de la SOFOFA, que evitar tocar a las Isapres, respetando al máximo la Agenda Pro Crecimiento que las incluía. (Revista Que Pasa; 10 mayo 2002)

Desde un inicio la especulación sobre la forma en que Hacienda recaudaría los ciento cuarenta mil millones de pesos necesarios despertó los reclamos de la empresa privada, políticos, más no de la ciudadanía. La fórmula más probable se planteaba como un sistema mixto de aumento de impuestos directos a algunos productos (tabaco, alcoholes y diésel) que a juicio de economistas como Rodrigo Castro no permitía la obtención de más del 50% de lo necesario por lo que debía incluir también el aumento del aporte fiscal a través del crecimiento país y re-asignación presupuestaria (que eliminara algunos programas sociales con bajos resultados), dejando así sin modificar el sistema Isapres. Otras alternativas que rondaban “entre pasillos” decían relación con la venta de activos en empresas donde el Estado no era controlador, la privatización de las sanitarias y la apertura de ENAP a la bolsa de valores.

La externalización de servicios al área privada habría sido tempranamente descartada como una forma de evitar confrontación con el sector de trabajadores de la salud, no obstante el ala más de izquierda de estos apostó constantemente a una modificación de las empresas de administración privada, que permita crear un fondo solidario que no perjudicara a las clases más pobres mediante alza de impuestos. La no consideración de modificaciones a la administración de hospitales, que permitiera hacer de estos instancias con mejor aprovechamiento de recursos, también genera críticas por cuanto el gobierno rehusaría entrar en conflicto por un sistema que “liberalizará la administración”, de manera que no sólo impactara la administración de recursos, sino también la de personal y horas médicas.

Las dudas y especulaciones con respecto a la fórmula de financiamiento abre el verdadero espacio de conflicto el 21 de mayo de 2002, con el anuncio del presidente de la República de la serie de proyectos de ley contemplados en la reforma y su financiamiento: 43% vía aumento de impuestos al tabaco, alcoholes y combustibles; 27% mediante

crecimiento económico y; 30% a través de la focalización de recursos, específicamente el término del subsidio maternal a las Isapres, con el que se pagaban las licencias pre y post parto. Para el futuro, se anuncia la creación de un Fondo de Compensación de Riesgo Maternal que se encargará de suplir la insuficiencia del 7% de cotización para el pago de licencias asociado a la maternidad y que se financiará con un 0.6% de las cotizaciones de los afiliados a Isapres y Fonasa.

Finalmente, y puestas las cartas sobre la mesa, quienes más se sintieron perjudicados por la fórmula y expresaron aquello, fue el bloque de empresas privadas, principalmente Chile Tabacos S.A, los medianos productores de alcoholes y las Isapres, aún cuando su pérdida fue mucho menor a lo estimado en los escenarios previos al anuncio; estos, más los gremios abrieron un camino de gestiones para impedir que el proyecto fuera aprobado tal como fuera anunciado. Los riesgos de pérdidas económicas y el aumento del mercado negro estaba dentro de los argumentos del sector empresarial; el alza de gravámenes que afectaría principalmente a la clase media del país; que sumado al término del subsidio maternal tornara inviable el avance del proyecto desde la discusión política parlamentaria, especialmente en el sector de la DC.

La disputa enfrentó a un total de dieciséis organizaciones, ninguna conforme con el proyecto presentado por el Presidente, que incluía la defensa no sólo de la salud pública en Chile, sino también los alcances de tipo contractual que se pudiera tener. Encabezadas por el CM, la FENPRUSS, al CONGREE y a la CONFUSAM; el primero de ellos, clara cabeza del movimiento, con mil 300 agremiados; a diferencia de este, los otros gremios de profesionales y trabajadores afinan su fuerza en el poder de las movilizaciones y el número de personas que aglutinan, por sobre el estatus.

La CONFENATS (Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud) contaba con más de 30 mil afiliados entre los cuales se encontraban auxiliares, administrativos y para-médicos. Con dificultades para la administración de un liderazgo único y con su presidente con reconocida militancia en el PC, el Gobierno reconoce la dificultad de llegar a acuerdos con ellos. Por otro lado la COMFUSAM (Confederación de Funcionarios de la Salud Municipalizada), con un liderazgo arraigado en la historia del Dr. Esteban Maturana (desde 1993); Más pequeña, la FENPRUSS o Federación Nacional de Profesionales Universitarios, agrupaba a cerca de 8 mil no médicos, como matronas, enfermeras y tecnólogos médicos, liderados por Juan Díaz.

De este grupo de actores, encabezando las movilizaciones de aquel momento, destaca la figura del Dr. Juan Luis Castro y su enfrentamiento frontal al Gobierno, incluso sobrepasando tempranamente al Ministro de Salud como interlocutor en el conflicto, tras la molestia que causó en el gremio las declaraciones del Ministerio y posterior envío a evaluación por la Contraloría de la República con respecto a supuestas irregularidades en hospitales públicos, al poco tiempo de haber asumido como ministro. Su militancia PS y la presunción de aspiraciones políticas futuras de su parte, lo transformaron en el principal oponente del proyecto de Ricardo Lagos, pero también en un referente de opinión técnica y política dentro de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, conformada principalmente por sus colegas, no obstante lo cual, siempre se quejó de no contar con espacios suficientes para discutir la iniciativa allí.

En una especie de enroque de fuerzas, la disputa por las formas de financiamiento y las demandas de sus principales “involucrados” no se desplegó abiertamente, sino a través de la confrontación política en la Cámara de Diputados, y del Colegio Médico con el Gobierno, en donde el tema fue la Reforma entera en términos macros, que a juicio de Castro tenía importantes aspectos que corregir antes de continuar camino en la legislatura y a juicio de otros agremiados, debía rehacerse entera. Según comenta el Dr. Artaza, en esta discusión, los sindicatos de trabajadores y la mayor parte de asociados no médicos, se centraron en la discusión y acuerdos sobre las condiciones laborales y remuneraciones, sobre las que comenta, tuvieron buen término, incluso muchas de ellas en paralelo se desarrollaban las paralizaciones de los médicos; es decir, se evidenciaron intereses diversos dentro del bloque.

Tras una seguidilla de paralizaciones parciales, la medida contemplada como extrema era la renuncia masiva a cargos del sistema público; la solicitud era que fuera retirada la urgencia al proyecto de ley a objeto de discutir en mesas de trabajo tripartitas modificaciones, tema al que el gobierno no cedió aún cuando accedía a las conversaciones. Según señala el Dr. Artaza este fue un aspecto en donde el protagonismo del entonces presidente de la República tiene poco punto de comparación: un protagonismo extremo y una definición de tiempos que le permitiera tener la reforma en un plazo máximo de dos años fue clave en el avance del proyecto.

No obstante lo reportado en la prensa sobre el tema, el Dr. Artaza rechaza la idea de que la confrontación respondiera a motivos políticos, sino más bien a lo que él denomina

“paradigmáticos”, con la ciudadanía como espectador del enfrentamiento, bombardeada de campañas en contra del AUGE (CM en un programa de TV diario de UCV-TV) y el Gobierno, a través de la figura carismática del Ministro por radio y televisión, con una inversión que se estimó en 606 millones. El objeto de esta última campaña estaba puesta en que la buena percepción de la población especialmente con respecto a las garantías explícitas, hiciera inconveniente el rechazo de los proyectos en la Cámara, por sobre una “educación técnica” sobre lo que significaba la Reforma en términos de derechos para la población. La confusión generada por la disputa del CM y el bombardeo de la imagen del Ministro terminó con la aprobación casi en bloque de la medida de la Cámara de Diputados. Sobre el término de esta fase del conflicto, el Dr. Artaza señala que la confrontación no dañó la reforma: *“no se desprestigió la idea, se desprestigió al ministro; finalmente el que sufrió los costos fue el ministro, y no la idea de reformar la salud.”*

9.6 La confrontación por la “píldora del día después”.

La norma técnica emanada del Ministerio de Salud, en septiembre de 2006 extendió la entrega de la píldora del día después (en adelante PDDD) como medida anticonceptiva de emergencia en los consultorios de atención primaria del país a los mayores de 14 años, sin necesidad de consulta previa a los padres; después que en el año 2004 y tras el fallo de la Corte Suprema, se autoriza la venta del fármaco en farmacias del país con receta médica.

La medida, en el marco de una política pública, respondió al objetivo de alcanzar mayor equidad e igualdad por parte de las jóvenes pertenecientes a sectores de menores ingresos, que usan el sistema público de salud con respecto a quienes en forma particular, podía acceder al fármaco en farmacias; por otro lado, la medida también buscó actuar como medio anticonceptivo, disminuyendo así las altas tasas de embarazo adolescentes en mayores de 14 años (Revista Ercilla; 11-24 sept. 2006)

Más que centrarnos en los avatares de recursos legales que se sucedieron buscando impugnar la medida, nos interesa centrarnos en la visión de las diversas posturas que se confrontaron involucrando posturas políticas, valóricas y morales, reflejado en posturas de actores, algunos de ellos, nuevos en la discusión pública y que se ven inmersos así en un tema que consideramos propio del terreno de las políticas públicas en salud.

La polémica ante la medida respondió a tres argumentos distintos por cada uno de

los detractores: primero, la Iglesia católica escudó su rechazo en el potencial abortivo de la píldora y en la vulneración del derecho a educar de acuerdo a propios principios valóricos familiares a los hijos; este último fue también el eje de las demandas legales de particulares y de UNAPAC (unión nacional de centros de padres de colegios católicos); los alcaldes que se manifestaron contrarios a ejecutar la medida en los consultorios de sus comunas, se concentraron además en el potencial dañino para la salud de la píldora (propensión al cáncer mamario).

Apenas comunicada la noticia, a inicio de septiembre 2006 esta fue paralizada por un recurso de protección -con sus respectivas ordenes de no innovar- interpuesto, por un particular y el alcalde Pablo Zalaquett (La Florida), con ahora el Tribunal Constitucional²⁷ (en adelante TC) como parte en los recursos.

La confrontación política se dio en la bancada de la concertación y más aún dentro del bloque de la DC donde aparecieron dos tendencias, una de apoyo y otra de rechazo a la normativa; la segunda encabezada por la presidenta del partido, en esa fecha Soledad Alvear, quien junto a la observaciones de la misma, manifiesta descontento ya que el gobierno no habría conversado con ellos previo al anuncio oficial, aspecto que generó un roce al interior del conglomerado, que es minimizado por la propia Ministra de entonces, cuando señala, que la colisión de gobierno mantuvo el apoyo a la medida así como también el gobierno respetó que temas como el aborto no fuese discutido durante el período.

La mediatización de la noticia tuvo que ver así a su juicio, con los intereses valóricos de grandes grupos de poder del país, propietarios de los medios de comunicación, altamente conservadores y vinculados a la Iglesia católica. La disputa no habría reflejado así los intereses de la población en el tema, que desde hace por lo menos 6 años atrás trabajaba entre otros temas, la revisión y actualización de las normas sobre el control de la fertilidad en la modalidad de mesas de trabajo con organizaciones y consejos de atención primaria comunales y en el marco de la discusión sobre derechos y deberes de los pacientes dentro de los cuales se cifró el derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

En la confrontación de la derecha con el gobierno y los políticos concertacionistas que apoyan la medida, la labor del grupo político en defensa de la PDDD se centró en los

²⁷ El Tribunal Constitucional es un órgano del Estado chileno, creado en 1970, y repuesto en el marco de la Constitución política de 1980; tiene como objeto, “ejercer el control de supremacía constitucional respecto de los actos de los poderes públicos -específicamente del poder Legislativo y del Ejecutivo- que pudieren atentar contra las disposiciones y los principios consignados en la Constitución” (Bordalí, A. Revista de Derecho, Vol. XII, agosto 2001, pp. 45-73)

antecedentes sobre el problema que representa los embarazos adolescentes en el país, que hace necesario igualar las oportunidades de acceso a un medio de anticoncepción de emergencia, recalcando el hecho de la libertad de su uso, pero sí de la obligatoriedad y responsabilidad del Estado de promover la opción (El Mercurio, 24 sept. 2006).

En el plano de los múltiples actores de la sociedad civil, las posturas de los detractores a la medida cursaron a través de principios valóricos y constitucionales pero fueron voces sin un discurso cohesionado; en primer lugar, apareció la violación al derecho constitucional a la educación de los hijos por parte de la familia, constituyendo entonces la medida una injerencia del Estado que vulnera este derecho.

Finalmente, la discusión sobre el principio abortivo del fármaco parece imbricar posturas científico-biológicas, morales y judiciales por cuanto también constituía una vulneración al derecho constitucional. En esta última línea, se inscribieron principalmente la Iglesia católica y la ONG Pro-Vida, representada por el abogado Jorge Reyes y el Centro Juvenil Ages a través del abogado Alejandro Romero.

La Unión Nacional de Centros de Padres de Colegios Católicos, entidad que asegura representar a casi un millón de padres y apoderados de establecimientos católicos del país, señala que la situación es “*grave moral y constitucionalmente*”, ya que es una “*decisión abusiva e in-consulta de entregar una píldora a las niñas para evitar embarazos por el camino más fácil.*” (La Nación 6 sept.2006).

Para algunos, como el abogado Alejandro Romero, que representa al Centro Juvenil Ages, antes que el derecho de los padres versus el Estado, está “*el derecho a la vida, artículo 19: “La ley protege el derecho del que está por nacer, y eso es algo sobre lo cual la Justicia no se ha pronunciado, sostiene, ni cuando autorizó la comercialización de la píldora en el 2004, ni al autorizar su entrega a mayores de 14 años en el sistema público”* (El Mercurio, 24 sept.2006), quien además acusó de “publicidad engañosa” a los laboratorios, que la proscriben como anti-implantatorio y por lo tanto, no abortiva; insistiendo que este concepto no permite eludir el “derecho a la vida desde la concepción” como suscribe Chile a tratados internacionales.

Finalmente, el proceso iniciado por Pro-Vida ante el TC, al que adhirieron parlamentarios y alcaldes se desarrolló el 29 de noviembre de 2007. La nota de El Mercurio con respecto a ese punto señala que “*ante la importancia de lo que está en juego, buscando recopilar elementos para un pronunciamiento sobre el fondo de la discusión, el*

TC escuchó durante los meses previos -y por primera vez en su historia a actores sociales que tienen opinión sobre el tema” (médicos, organizaciones pro-vida, pro-píldora e Iglesias cristianas)

La resolución se dio a conocer en abril 2008, señaló: *“rechazó por unanimidad el requerimiento de los parlamentarios respecto del DIU, que es utilizado por un millón cuatrocientas mil mujeres en el país, por lo que podrá seguir siendo distribuido en hospitales y consultorios. Esto, porque no vulnera el derecho constitucional de la vida.”* (El Mercurio, 5 abril 2008) y acogió en votación dividida el requerimiento de inconstitucionalidad de la “anti-concepción hormonal de emergencia” en el sistema público de salud.

Días previos al fallo, El Mercurio consigna acciones con forma de movimientos sociales llevadas a cabo por APROFA (Asociación de protección de la familia) y los pro-píldora; mientras que con posterioridad al fallo, da cuenta de la acción de protesta:

“Quince mil personas, según el cálculo de Carabineros, llegaron hasta el Paseo Bulnes, tras marchar por la Alameda desde la Plaza Italia. La gran mayoría de los asistentes eran jóvenes, los que acudieron a una convocatoria encabezada por la Defensa a la Anticoncepción, pero que sumó a grupos muy variados: desde organizaciones de derechos humanos hasta la Anef y la CUT, además de dirigentes políticos de la Concertación y del Partido Comunista.”
(El Mercurio, 05 abril 2008)

La conversación con Rosa Yáñez, activista en temas de derechos sexuales y reproductivos del país (ForoSocial) nos revela así dos puntos importantes sobre la visibilización del movimiento de apoyo a la medida de anticoncepción de emergencia: uno, el trabajo previo de gobierno-comunidad, que deja entrever un proceso extenso y fructífero de participación social no evidenciado en la prensa de la época; y segundo, la caracterización de los bloque que se confrontaron en términos de movilizaciones.

Con respecto el primer punto, las acciones de diálogo consultivos al interior de las comunas con respecto al tema se dieron en torno a los derechos y deberes de los pacientes como lo señalamos anteriormente, y las discusiones se llevaron mayoritariamente al interior de los consejos comunales, no obstante estos no estuvieran lo suficientemente articulados en esa fecha. Debemos señalar acá que según lo aportado por la Dra. Barría,

estos vivieron un proceso importante de re-articulación desde el año 2000 en adelante.

Parte de esas discusiones previas a cada uno de los anuncios contó con la presencia de organizaciones sociales vinculadas a grupos feministas y de defensa de derechos sexuales y reproductivos, cerrando filas en torno a la idea que si bien el aborto no sería materia de la agenda de salud en el gobierno de Bachelet a lo menos se debía alcanzar igualdad para la anticoncepción de emergencia.

En un proceso paralelo, la labor de estas organizaciones estuvo centrada fundamentalmente en la difusión y educación de la comunidad en torno al rol de la píldora en términos médicos y sociales. Como un actor fundamental en esa labor identifican al Dr. Horacio Croxatto, investigador en temas de reproducción y fertilidad y firme defensor del uso de la píldora como medio anticonceptivo de emergencia en el país. El peso de la “opinión médica” fue clave entonces en actividades que en modalidad de charlas informativas en centros de estudios universitarios, poblaciones y organizaciones de mujeres en ellas, además de las organizadas en las mismas sedes del Foro por ejemplo fueron claves en la adhesión a las manifestaciones posteriores.

Las concentraciones en las afueras del Palacio de Tribunales y Tribunal Constitucional en momentos de deliberación de abril de 2008 vivieron puntos de mayor confluencia. Los y las manifestantes en pro y contra de la medida en las calles correspondieron a mujeres adultas, activista, muchas de ellas feministas de un lado y estudiantes de colegios católicos, organizados por representantes de las iglesias. Rosa Yáñez comenta: *“de un lado estábamos nosotras, todas las mujeres con nuestros lienzos y nuestros gritos y del otro lado estaba el obispo con todos sus niñitos rubios (de entre 12 y 13 años), en defensa y nos miraban con unas caras de odio....nos gritaban 'asesinas' y 'aborteras'”*.

Tras acciones que no sobrepasaban las ocho o diez personas a diario manifestándose con carteles y gritos, por cerca de diez días consecutivos, la confluencia alcanza a cerca de quinientas personas días previos y fundamentalmente tras el fallo. Sin que mediaran mayores convocatorias públicas, más que el incipiente rol de las redes sociales, la masividad respondió a la incorporación de grupos de mujeres “activistas jóvenes,” organizadas dentro de las universidades, que veían amenazado no sólo el derecho a decidir sobre el uso de la píldora, sino también sobre otros medios anticonceptivos en discusión el TC; *“se nos amenazaba con volver a la década de los 30”*, y por lo tanto, la

causa se torna transversal e inclusivo de mayor población (indistintamente de la opinión acerca de la PDDD). Resultado de la comunicación post-primeras manifestaciones masivas se formó entonces en Movimientos de Defensa por la Anticoncepción, que no obstante no continuó en actividad tras 2008, permitió aglutinar fuerzas desde diversos ámbitos. En acto masivo tras fallo,

“(...)Quevedo [Vicky Quevedo, directora del Foro Ciudadano] valoró el rol de la ministra de salud Soledad Barría, en este tema, a la vez que habló de una jerarquía eclesiástica 'hipócrita' y de un TC 'ilegítimo y obsoleto'. Quevedo culminó con un llamado a desobedecer el fallo y con un aviso del Colegio de Matronas: entregarán la píldora en todas sus sedes.” (El Mercurio, 23 abril 2008).

A juicio de Rosa, el trabajo llevado a cabo por cerca de seis o siete años, centrado en la educación y concientización que entre otros encabezó el ForoSocial dio frutos con la adhesión masiva. No obstante esto, y la interpretación que cruza todo movimiento ciudadano actual, Yáñez señala que vio momento de efervescencia pero que se diluye ante una nueva preocupación amplia de la población, que no logran mantenerse en el tiempo ante la inmediatez en que vive la sociedad actual. Por otro lado, nuevas disputas que involucran la defensa de derechos sexuales y reproductivos (como post-natal y aborto) no han vuelto a congregarse ni el mismo número ni el mismo nivel de expresión ciudadana.

CAPÍTULO 10

Análisis sobre la participación social en salud en Chile.

10.1 La participación social en salud en el período de gobierno de la Unidad Popular (1970-1973).

En el período comprendido entre 1970 y 1973 se evidencia un alto nivel de confrontación a nivel de discursos y acciones entre posiciones polarizadas, fenómeno que se agudiza conforme se avanza el tiempo y alcanza temas que van más allá del tema de la participación no obstante que es ésta un eje transversal que cruza la ideológicamente al Gobierno de la Unidad Popular.

Los polos de confrontación están constituidos por dos segmentos de la sociedad en general sin advertencia de medidores relevantes o posturas intermedias. Por un lado, el Gobierno y el bloque de apoyo que convocó a partidos políticos y organizaciones sociales, formaron una fuerza política y social amplia con una formación paulatina y sólida en el tiempo, ya que muchos de ellos habían participado también en las campañas anteriores de Allende a la presidencia.

Los grupos organizados en torno al apoyo a la UP son muchos “anónimos” en términos de nominación formal, es decir, sindicatos, partidos y otros, no obstante, la convocatoria y adhesión se sustentó mayoritariamente en la organización de base,

especialmente barrial, en respuesta a las estrategias de Gobierno propuestas.

Así, en el ámbito de la salud y en la necesidad de identificar las fuerzas que se ponen en tensión, aparecen los representantes de los organismos de Estado: ministros y directores de servicios en un primer nivel de representación y en forma secundaria, la comunidad organizada a nivel territorial de densidad diversa, los trabajadores del área de la salud, un segmento del Colegio Médico de Chile y otros profesionales. En el otro extremo del polo, es posible identificar partidos políticos y líderes gremiales (en términos amplios) que alcanzan en el ámbito de la salud principalmente a parte importante de Colegio Médico.

En la confrontación de fuerzas así no se dan ambigüedades, hubieron protagonistas claramente identificables y un alto involucramiento de la población general en la misma, a nivel de simpatías y apoyo explícito.

En términos de discursos, es posible apreciar así un alto significado atribuido a la participación como mecanismo para la transformación de la realidad y una acción en concordancia a ella por parte del Gobierno, con alcances no sólo en lo informativo y expresivo, sino altamente argumentativo, es decir, que produce compromisos y asume posiciones de manera clara y con altos niveles de credibilidad. Este fenómeno es posible de apreciar en el discurso de la legislación, con las indicaciones que apuntaron a la democratización de la administración y atención de salud, que se englobaban en la idea del Sistema Único de Salud.

Así también, en el plano de la acción, estrategias implementadas para el combate a la mala situación de salud de la población (como las campañas de salud, tren de la salud, planes de vacunación masiva y programa nutricional) cumplió el rol de legitimación del discurso oficial, que se dirigía a la oferta de atención equitativa para mejorar la calidad de vida; prueba de ello, es que el cuestionamiento de la derecha golpista muy pocas veces se dirigió contra ellas en sí mismas, es más, muchas de las medidas se mantuvieron post-golpe de Estado, reconociendo su efecto positivo. Técnicamente, aumentar las medidas preventivas y de promoción de la salud no eran cuestionables, hacerlo hubiese sido impopular. Como excepción esta el caso de la contratación de médicos extranjeros que vulneraba muy abiertamente los intereses de esa clase. Así, la crítica se asentaba entonces en la alto costo económico inmediato de algunas de las medidas, y por sobre todo, a la politización y utilización partidista de las mismas.

Por otra parte, los discursos y acciones contrarios a las estrategias hegemónicas en salud, no son posibles de analizar sino en el marco general de disconformidad y confrontación del país. Los discursos y acciones en salud así respondieron a una estrategia macro de afrontamiento como oposición y se centraron en el plano expresivo, con un nivel de acción que se restringió a las estrategias de movilización y huelga como mecanismo para la desestabilización del sistema general.

Considerando el contenido puesto a discusión en la prensa de la época en torno a salud, y entendiendo esta como un medio capaz de dar cuenta de acontecimientos reales, más no de forma objetiva; especialmente cuando la polarización refleja la arena de confrontación, especialmente a partir de 1972, en que se agudizaron los enfrentamientos y las estrategias opositoras: de una primera fase, centrada en la difusión de medidas y los indicadores de salud de la población, se pasa a una segunda etapa en que abundan las acusaciones, provocaciones y descripción de acciones de uno y otro “bando”, con escasa profundización técnica y centrada en los alcances políticos como una forma de contribución (opositora y partidaria) al clima general del país, que en momentos decisivos no transitaba en lo absoluto por la disputa en terrenos parciales (como la salud).

Pasar revista a las posibilidades de momentos de alta expresión de participación y confrontación de fuerzas para un análisis en profundidad evidenció la alta cantidad de conflictos gremio-sindicatos de la salud-Gobierno, la mayoría de los episodios de agudización respondían en verdad a conflictos permanentes en el tiempo, muchas veces con escasas inflexiones argumentales, de parte de quienes detentaban el poder en términos mediáticos; el mayor nivel de riqueza especialmente en el plano de acciones, se evidenció en las actividades realizadas para mantener el funcionamiento de los servicios de salud por parte de los trabajadores y médicos que apoyaban a Allende, no obstante las paralizaciones constantes: dobles y triples turnos, voluntariados, designación de funciones entre otras.

No obstante lo anterior, el peso simbólico y pragmático de la paralización del mes de agosto para el desenlace del Gobierno de la UP, lo torna especialmente relevante por cuanto respondió a una confrontación que paulatinamente aumentó en intensidad.

Si bien el segundo momento seleccionado cubre un amplio período de tiempo, y no responde a la clasificación exacta de “tiempo corto” usado, ni a una tensión de fuerzas particularmente identificada, en el mismo, es el que refleja de mejor manera, las dimensiones identificadas como constituyentes de la participación real: constituyeron los

Consejos Locales de Salud, una instancia de distribución de poder entre fuerzas hegemónicas y contra-hegemónicas.

Los Consejos Locales de Salud que funcionaron entre noviembre de 1971 y septiembre de 1973, permite evidenciar la puesta en marcha de una acción dispuesta en el terreno de lo legal que reflejó una oportunidad para abrir espacios a actores y bloques de fuerza de la estructura social hasta entonces no hegemónicos. Con el respaldo normativo (aunque no legal) la medida encontró apoyo para la implementación debido a las ideas fuerza del poder ejecutivo y a la legitimación de ese discurso en la mayoría de la población (participación y democratización).

Aún cuando no nos fue posible acceder a un número total de CLS implementados en el país, ni al total de personas participantes, las opiniones de los doctores Carlos Molina, Jaime Sepúlveda y de la Dra. Danuta Rajs nos permiten concluir que estas instancias de discusión y definición en espacios territoriales pequeños (comunales y a veces vecinales) fueron una de las estrategias más importantes para el proceso que condujera a la reforma de salud pensada (Sistema Único de Salud) y significaron una instancia democratizadora y de confrontación de fuerzas entre la *inteligencia* médica-profesional y el saber popular en salud, puestos en la arena del espacio representativo de mayor cercanía de la población a la salud y por ello, con alta carga significativa: los consultorios locales.

Estos reducidos espacios (considerando el escenario nacional) de confrontación de fuerzas, propició una nueva forma de vinculación, que permitió traspasar el tipo de relación entre usuario e institución de una centrada en el clientelismo a otra centrada en el empoderamiento, garantizando la representatividad legítima de la sociedad civil.

Retomando el primero de los momentos seleccionados como coyunturales, consideramos que la confrontación de los últimos veinte días del Gobierno de Allende permite evidenciar más que la fuerza del movimiento gremial en salud, la repercusión de sus acciones y el alto significado atribuido a su ética dentro de la población. Con un accionar apegado al proyecto político que representaban y al que respondieron, sus acciones contribuyeron al clima de desestabilización del Gobierno que terminó con el golpe militar.

Actores hasta entonces ceñidos (de forma velada o no) a lo técnico y reivindicativo alcanzan un discurso altamente politizado, que develaba las ideas sobre la forma de ver las relaciones en la sociedad y el rol dispuestos a asumir dentro de ella.

La paralización de parte importante del gremio de la salud constituyó un espacio de correlación de fuerzas con quienes en su mismo nicho, apoyaban el programa de gobierno de Allende y permitió sopesar el alto alcance de la fuerza de los trabajadores de la salud.

Podemos decir que este momento es representativo de la acción de un sujeto social crítico, confiado en el proyecto de modificaciones en la realidad nacional y en las estrategias desde allí propuestas. Líneas de transformación en salud que por lo demás, no eran lejanas a un proyecto país, que ideológicamente se concebía con participación popular. La confrontación de fuerzas fue principalmente con la “inteligencia” médica, contrarios a la medida por ser esta más una muestra de una línea conducente a transformaciones más drásticas y a la concepción ideológica-política detrás de una estrategia destinada a salud, hasta entonces, tecnificada y a cargo a una élite también socialmente construida en años.

10.2 El fenómeno de la participación social en salud durante los 17 años de dictadura militar (1973-1990).

En el período 1973-1990, de Dictadura Militar, los *espacios* de participación social, especialmente en los primero diez años, no existieron oficialmente determinados desde la forma y con el sentido que en esta investigación le hemos dado, es decir, como un espacio de interacción en búsqueda de la apropiación de poder para la influencia social.

En estricta concordancia con el combate para erradicar las fuerzas de apoyo al gobierno de la Unidad Popular, que como ya señalamos tenía como pilar la apropiación de poder por parte del pueblo a través de ella, lo instaurado fueron ejercicios en territorios pequeños (municipalidades y juntas de vecino) de entrega de ayuda para paliar las condiciones de vida particularmente de la población más pobre del país por parte de la oligarquía: voluntariado femenino, grupos de mujeres (CEMA), acciones de clubes (Leones y Rotary). Si bien estas consistieron en organizaciones “para la participación social”, ninguna de las formas de expresión de la misma (en términos de niveles de complejidad) se evidenciaron en su funcionamiento. La acción se centró en la caridad.

Por otro lado, y en términos de agrupaciones legalmente constituidas (sindicatos) que no fueron proscritas, fueron utilizadas como espacios de coerción y control de los miembros, mediante la designación central para el ejercicio de liderazgo y mecanismos no

democráticos.

Con la proscripción de partidos políticos de izquierda, se asentó la separación de la acción social con orientación ideológica partidista; no obstante muchos de ellos continuaron con acciones desde la clandestinidad, el trabajo territorial y comunicacional de alto alcance, que había sido protagónico en las décadas previas y que permitía la generación de líderes locales fuertes con sentido político se vio drásticamente mermado ante las barreras impuestas por el régimen.

El sentido de acción social entonces giró en torno a ideales del pasado reciente (de la izquierda de la UP y la figura de Salvador Allende) pero por sobre todo al rechazo a la dictadura y a las consecuencias de esta: la pobreza, la exclusión, marginación y represión.

Las formas que la participación social adquirió entonces fueron de movimientos poblacionales centrados fundamentalmente en generar estrategias de subsistencia y demanda por las condiciones de la vida y vivienda. La movilización por aspectos como las reformas estructurales a la salud y a la educación fueron menores, la persecución, el riesgo de represión, el exilio y la desaparición, afectaron al sector salud en directa relación y respuesta a su protagonismo en el gobierno de la UP.

Así, podemos apreciar desde 1987 el poder de la organización gremial y sindical, como aglutinación de fuerzas para iniciar el levantamiento de protesta por las medidas neoliberales en salud y que entonces ya estaban entrando a fase de consolidación.

De forma similar entonces a lo que la historia nos muestra sobre la articulación de la sociedad para la defensa de derechos en Chile, la confluencia de actores en torno a demandas macro, como el término de la dictadura tiene a lo menos dos puntos que rastrear: uno dice relación con la de resistencia en las poblaciones con toma de terrenos y acciones anti-dictadura a las que progresivamente se sumó la masa de estudiantes y trabajadores; por otro lado, se encuentra la arena política propiamente tal, que primero desde la clandestinidad y luego desde la re-articulación partidista congregó acciones que incluyeren la gestión diplomática, la disputa ideológica, y las acciones a través del uso de las armas.

La confluencia de ambas vías generó a partir de 1983 movilización social que aumentó en número de congregados y fuerza con el transcurso del tiempo y que permaneció (con dificultades) no obstante las drásticas medidas represivas del régimen.

La participación social, vuelve a tomar su lugar como forma de expresión de la

masa organizada y fue sin duda protagonista del término de la dictadura de Pinochet, no sin antes sobreponerse a condiciones de pobreza, exclusión y cesantía graves perpetuadas para ciertas clases sociales en un sistema altamente individualista, exitista, marginalizante y excluyente.

La salud formó parte del grupo de ámbitos sesgados a la opinión y expresión de grupos organizados y no fue este uno de los bastiones de lucha de la época, centrada entonces en aspectos mucho más básicos de una cadena de subsistencia: la vida, vivienda y pobreza en general. Prueba de ello es que no es hasta finales de 1987 que la acción de grupos organizados principalmente en torno al Colegio Médico y la FENATS, con un accionar que dependió fuertemente de la legitimidad y suma de fuerzas que fueron capaces de volver a reunirse, en un ambiente de temor ante la confrontación que declinó pero muy lentamente.

En términos comunicacionales, consideramos que la falta de bagaje retórico de los protagonistas (casi exclusivamente militares en una primera etapa) fue exitosamente suplida por los medios de comunicación que tuvieron el rol de la argumentación en torno a las medidas implementadas y su justificación; escenario que tiende a ribetes distintos en la fase final del período, con la emergencia de políticos y técnicos a cargo de los ministerios y la instancia de notificación de la disidencia. En este escenario, en el área de la salud por ejemplo, las principales acciones de expresión y rechazo a las medidas introducidas aparecen en 1987, que coincide con la re-organización social en el área, pero también con el nombramiento de un ministro del grupo de “pares”, el Dr. Juan Giaconi.

En los dos primeros momentos coyunturales analizados, se refleja re-articulación de fuerzas y formación de alianzas, ese es el principal motivo para su selección como coyuntura: marcan el resurgir de la participación en el período y no está en cuestión entonces sus alcances en términos del logro de sus propósitos.

El apoyo a la movilización de los trabajadores del Hospital Clínico de la Universidad de Chile consideramos que significó en el plano simbólico, la re-apropiación de un espacio perdido, gracias a un “ambiente protegido” que incluía a actores diversos, dado que la convocatoria era a los principios y valores de la Universidad, se sumaron otros gremios profesionales, como el colegio de abogados y de ingenieros; no obstante esto, el pronunciamiento del sector salud tría consigo ya el cuestionamiento a las medidas de reforma privatizadora que se implementaba en el país.

La localización de las acciones estuvo marcado por un sentido de “solidaridad” a la causa de defensa de la Universidad de Chile, con un alcance limitado territorialmente a la capital y un número de aglutinados que por lo tanto se puede estimar como menor; no obstante, refleja una toma de conciencia de los trabajadores de la salud, sobre la ubicación en la estructura social que consideramos abrió espacios para el siguiente momento analizado.

Las movilizaciones y paralización de actividades ante la municipalización de los consultorios y postas rurales del país constituyen a nuestro juicio un claro ejemplo de lo que el régimen militar significó para la participación social en salud: un retardo de aproximadamente seis años con respecto al anuncio e inicio de implementación de las medidas (1980). Surge personalización en los liderazgos tanto en el CM como en las organizaciones de trabajadores de la salud; adquieren alcance de movilizaciones nacionales que si bien no aglutinan a la totalidad de afectados, sienta bases para el fortalecimiento de acciones posteriores, que tienen su mayor auge en los primeros dos años del período de estudio siguiente (1990-1992).

En momentos en que a nivel nacional se buscaba la unidad y el tránsito desde la movilización social a la política-electoral, no se evidencian fuerzas de apoyo a lo gremial-sindical de parte de la población beneficiaria del sistema de salud, ni tampoco explícitamente de los sectores política de mayor alcance; presumiblemente dado a lo avanzado del proceso, no se esperaban grandes procesos de detención y transformación de la política de descentralización de la salud, sino más bien de unión en torno a reivindicaciones muy particulares: condiciones de trabajo y consideración del aporte técnico de la “inteligencia” médica en el proceso de reforma; de alguna forma, ganar espacio de poder en la arena técnica-política.

El manejo del conflicto por parte del Gobierno y la solución, muestra la estrategia para el tratamiento de estos casos: la supresión a través del temor y la intimidación, que no obstante, no detuvieron la reorganización ni la demanda de los actores del sector salud, cansados de largos años de malas condiciones de empleabilidad, implementación e infraestructura para el trabajo y la congelación de sueldos, entre otras.

El tercer momento seleccionado corresponde en términos cronológicos a la primera situación de salud consignada como momento coyuntural: el tratamiento que recibió la aparición de los primeros casos de VIH-Sida en el país y las reacciones de la población al

respecto.

Involucró a nuevos actores en la articulación de acciones participativas; una de las únicas opiniones vertidas por el CM al respecto fue la crítica abierta a los medios de comunicación y al Gobierno ante “la preocupación excesiva por un mal de salud menor”.

Este es espacio de análisis principalmente de la comunidad semi-organizada ante una situación de temor y estigma frente a un problema de salud que surge en período de dictadura.

Si bien muy probablemente el abordaje sanitario en otros lugares del mundo ante los primeros casos de contagio fue similar al acaecido en Chile, consideramos que el escenario del gobierno militar determinó el abordaje del mismo y profundizó el cuestionamiento moral, propio de un país que se había vuelto cada vez más receptivo al pensamiento de la Iglesia católica y conservador. Prueba de ello, es el discurso y la acción que alcanza temas de prevención (y con ello se abre al comportamiento sexual de la población) una vez que parece el primer menor de edad contagiado por causas no atribuible a conductas moralmente cuestionadas (homo-bisexualidad y consumo de drogas intravenosas), previo a eso, la afectación de la salud era de quienes no eran considerados actores sociales relevantes ni que requiriesen por tanto la atención de las políticas públicas.

Si bien las acciones de la comunidad organizada se restringió a espacios territoriales pequeños tuvo efectos en torno a la visibilización del pensamiento imperante en la época sobre un problema de salud, con fuerte contenido estigmatizante. Lo ocurrido en Putaendo refleja la fuerza de la unión de actores sociales significativos en cualquier comunidad para la generación de cambio: líderes sociales, la Iglesia, los medios de comunicación local movilizaron fuerzas para presionar a la transformación de una situación que se consideraba injusta y peligrosa; misma situación vivida por Cáritas para la instalación en las comunas de Santiago de las casas de acogida y prevención. La conceptualización de riesgo sobrepasa el orden establecido y el discurso de “ayuda al prójimo necesitado”.

Por otra parte, y aún en el escenario adverso descrito, la necesidad de unión en torno a problemas comunes también permite la formación del primer grupo organizados en torno a este problema y sus consecuencias sociales que lentamente con el correr de los años, se constituyen también en actores relevantes para la determinación de políticas públicas en temas de salud y derechos sexuales.

10.3 El “re-establecimiento” de la participación social en salud en los últimos veinte años (1990-2010).

El concepto “participación”, pasó a formar parte del discurso hegemónico “para el desarrollo de la democracia”, durante el tercer período de estudio (1990-2010).

Si bien que es entendida, como un concepto que no se agota con el voto en elecciones, no alcanza en el discurso -especialmente de la década de los noventa- ni claridad conceptual ni operativización, y por lo tanto, no define acciones, mecanismos concretos, ni escenarios para su desarrollo.

Asistimos así a una imbricación del término que la incluye como instrumento y como fin (o propósito) en una retórica que se da en el marco de la anhelada “democracia”.

En el terreno de los discursos oficiales, ocupa un espacio protagónico para el escenario real deseable donde las acciones (declaradas en los discursos) alcanzan niveles de mayor concreción en los espacios territoriales comunales, con dictaminación de leyes que la estimulan y consignan con semi-obligatoriedad de cumplimiento.

Fue este un período en que el discurso político y el de la legislación tecnificó un fenómeno social que conocía formas y expresiones hasta ese momento mas bien “naturales” y espontáneas, donde la necesidad de re-articular los procesos participativos - que fueran más allá de la emisión de un voto electoral- tras años de dictadura y de casi una completa des-articulación de la organización y movilización social, requirió de un proceso que no es recogido en la lectura de los lineamientos emitidos.

Se torna, especialmente en la primera década revisada, más en una declaración de principios e intenciones ante la falta de un explícito significado de “participación ciudadana”, que atendiera a la diversidad de formas y niveles que la participación permite bajo su enunciado.

Tras el proceso de “unión nacional” para el re-establecimiento de la “democracia”, el Estado pasa a ser proveedor de espacios para la expresión de la insatisfacción creciente de muchas organizaciones, con respecto a modificaciones políticas-constitucionales sustantivas contrarias a abrir paso a la democracia plena, lo que generó un progresivo distanciamiento de la movilización social vinculada a lo político partidista oficial.

Los espacios se restringieron cuando mucho, al derecho a la información, consulta

y asesoría, pero las decisiones estuvieron reservados a grupos de representantes de los principales intereses del país, vinculados por ejemplo al desarrollo de las Isapres y otras instancias de ejercicio privado de las profesiones médicas; las farmacéuticas, las cadenas farmacias. En último caso, el control ejercido por los grupos políticos concertacionistas estaba dirigido a manipular los ejes de la discusión pública sobre temas que pudiesen resultar en confrontación de cualquier tipo. Este ejercicio se vio propiciado por el control de los medios de comunicación, que como esta expuesto en el anexo de este documento, vivió un retroceso en la libertad de expresión en este período, ahora no vinculado al control sobre las ideas, sino a la pérdida de espacios de difusión que sucumbieron a los monopolios comunicacionales.

Ejemplo en salud, de estos “aparatos de control” resultaron ser los “Consejos Consultivos de Salud”, en donde las continuas modificaciones de la norma, permite presuponer funcionamiento activo, que a nivel de recomendaciones podía operar en las políticas, sin participación de la comunidad organizada, ni capacidad resolutive en ningún término.

Los gremios y sindicatos de salud recuperan en este período su pleno derecho a funcionamiento sin intervencionismo estatal y sin duda son los principales actores en este período, pero la comunidad organizada por ejemplo en torno a demandas de usuarios en la línea de preservación de derechos y deberes de beneficiarios no es evidente sino hasta el año 2000, en donde parece adquirir de parte del Estado, mayor claridad y nivel de ejecución.

La Agenda de Participación Ciudadana 2006-2010 es la normativa que mayor claridad conceptual alcanza, no obstante esta se vinculó al desarrollo de políticas públicas en la línea de la protección social, configuró espacios y mecanismos más claros para la participación, que incluyó además de la entrega de información y consulta, espacios para el debate y la discusión.

Al respecto, logramos reconstruir a partir de las entrevistas a actores claves que muchas de estos espacios funcionaron, para la discusión de temas claves, como la ley de derechos y deberes de los pacientes, salud sexual y reproductiva, priorización de patologías AUGE entre otras. Estos espacios fueron, y en algunos casos siguen siendo, articulados desde las unidades de salud territoriales (Centros de salud familiar y Centros comunitarios de salud, entre otros), alcanzan por tanto a la población cautiva por los mismo, dejando

fuera de la instancia participativa a quienes no utilizan activamente en el sistema de salud local.

En segundo término y a partir de las entrevistas realizadas, fue posible evidenciar que los mecanismos no vinculantes de las consultas generó mayor desinterés en la población para usar los espacios de participación; el desencuentro entre discurso y práctica erosionó el proceso de confianza imprescindible para estimular y generar participación.

Dentro de los momentos analizados como coyunturales, la disputa en torno al llamado “Informe Massad” en 1994 refleja de mejor manera la confrontación de fuerzas con peso político y técnico. Si bien la discusión no giró en torno a los problemas centrales del área sino a otros más bien pragmáticos, dejaba a trasluz de cada uno de los opinantes el problema de fondo: la situación de salud. Por otra parte, es un momento que como señalamos al inicio, tiene un término claro y definido en el tiempo, que básicamente significó la permanencia en el cargo de un Ministro que en circunstancias distintas hubiera debido abandonar la cartera como parte de la solución; significó también que el Gobierno debiera poner los problemas de fondo de salud en un primer plano, cosa no contemplada hasta ese minuto y finalmente, la aparición de un mediador de conflicto, validado por la ciudadanía y los actores en conflicto: los políticos de la coalición, miembros del parlamento.

Constituyó un momento de confrontación de fuerzas entre actores individuales, pero que de lado del gremio médico, concitó apoyo a nivel nacional, evidenciando un alto poderío de fuerzas, que no obstante su capacidad para la transformación del estado de cosas, también vio aparecer el rechazo de la ciudadanía ante sus demandas reivindicativas económicas y de reconocimiento a su labor en el ámbito público. De igual forma, no convocan tampoco a su defensa a la oposición política, ni a los sindicatos de trabajadores de la salud, lo que por una parte hace evidente su fortaleza como núcleo único, pero también la discusión y juicio ético a la demanda centrada en intereses particulares, por sobre la crítica situación del área.

La discusión por el financiamiento del AUGE, de igual manera, muestra la confrontación entre el Gobierno y organizaciones gremiales, políticas y sindicales. A diferencia de los momentos anteriormente revisados, esta incluyó en el bloque oficialista a actores que sobrepasaban el terreno ministerial de salud, llegando incluso al Presidente de la República; mientras que de igual manera, en la oposición participan fuertemente

representantes del mercado (Isapres y empresa privada asociada a la comercialización de productos afectados por alza de impuestos) y gremios, que finalmente y una vez más terminan en la primera línea en gran movilización.

La férrea defensa de la idea y mecanismos definidos para la tramitación del que fue denominado “proyecto estrella” del Gobierno de Ricardo Lagos, hizo finalmente infructuosa la movilización y la presión. La consulta y discusión llevada a cabo durante casi dos años previo al anuncio presidencial de la reforma fue el anticipo de la respuesta obtenida; aquellos puntos centrales de la propuesta presidencial, donde justamente no se alcanzó acuerdo, pasaron a ser discutidos en el parlamento, y allí estos casi no tuvieron modificación con respecto a la propuesta inicial presentada. El período de consulta ciudadana previa quedó de esa manera casi nulo y el mecanismo de las mesas de trabajo invisibilizado como oportunidad de ejercicio de poder.

En contraposición, en los últimos de los momentos analizados, el trabajo de consulta ciudadana estuvo a la base de la decisión más bien tecnócrata de la distribución de la píldora del día después en el sistema público de salud, como una forma de equidad en las normativas sobre control de la natalidad y el embarazo adolescente.

La confrontación de fuerzas puso en el escenario a múltiples actores sociales, que se mantienen activos durante gran parte del año y medio en que se extendió la disputa, con especial relevancia de las organizaciones sociales de defensa de la anti-concepción, en los meses finales en los reportes de prensa, no obstante su actividad constante desde iniciada la discusión por la inclusión de la píldora en la política de salud. Este fenómeno, nos lleva así -y en atención a lo referido por nuestras entrevistadas- a la observación del peso conferido a los medios de comunicación del país, y el poder para poner en el escenario social una visión particular de los fenómenos en cuestión.

CAPÍTULO 11.

Conclusiones: La participación social como fenómeno en las posibilidades del contexto chileno.

Esta investigación comenzó con el propósito de conocer y dar cuenta del fenómeno de la participación social en salud desde un enfoque socio histórico de análisis que permitiera identificar los alcances de esta en el contexto nacional en un período de tiempo caracterizado por drásticas transformaciones sociales y políticas. La reconstrucción de hechos y conocimientos del pasado se transformó así en el enfoque para la interpretación del profuso y constante mensaje institucional que pone a la participación en discusión con respecto a alcances, significado y resultados en la actualidad y que como profesional del área de la salud en el contexto chileno vemos en lo cotidiano.

Nos preguntamos así cómo y de que manera la concepción de lo social, lo político, la democracia y el poder se dejaban entrever en el espacio asignado a la participación; cómo incidían estas en las prácticas concretas y a su vez si respondían a la expresión de la hegemonía y cómo las contra-hegemónicas tenían alcance transformador.

Al apostar por reconstruir los hechos a partir de prensa, la interpretación del discurso de la ley y el testimonio de actores, nos aproximamos a la explicación de los acontecimientos con diversidad de fuentes pero también de posiciones dentro de la estructura social para dilucidar la realidad no sólo desde la canónicamente descrito.

Situarnos desde la salud colectiva para la interpretación nos permitió cifrar las

acciones del campo de la salud en el terreno de las prácticas sociales y el reconocimiento de la influencia que grupos dentro de ella ejercen y/o pueden llegar a ejercer, para la transformación, a partir del tránsito de sujeto individual en colectivo y societal; con posibilidad de incidir en la dinámica general de la planificación y ejecución de determinadas prácticas a través de estrategias de acción con injerencia en el presente y proyectable al futuro.

Abordar metodológicamente la historia, nos impuso la revisión de un extenso período de tiempo, que nos llevó a reconstruir el escenario de lo general a lo particular, es decir, desde los contextos socio políticos nacionales en el marco de los cuales los fenómenos particulares de la salud y más aún de la participación, se desarrollaron.

Si bien el uso de esta metodología permite una triangulación de fuentes entre los testimonios, los reportes de prensa y las narraciones desde la histórica y la sociología; imponen la dificultad para una reducción pertinentes de la información, sin desviar el propósito. En ese sentido, el análisis de coyuntura, como el aspecto particular, puesto en la fase final, facilita la integración de elementos generales, mediante un análisis en profundidad en base a indicadores teóricamente definidos.

La contrastación implícita entre discursos y acciones, así como entre posturas oficiales y otras al margen de los gubernamentales; requiere complementarse con el testimonio de un mayor número de actores claves, que incluya a su vez diversidad de posturas frente a los fenómenos de estudio.

El análisis de los resultados nos muestra que la participación social ha tenido cambios profundos en el transcurso de los cuarenta años analizados, y eso ha tenido directa relación con la forma de entender la relación entre el Estado y la sociedad por parte del poder hegemónico y las circunstancias y condiciones de desarrollo de la sociedad civil. Las bases ideológicas de cada Gobierno, especialmente en torno al concepto de democracia, han determinado los espacios y formas de participación y las de salud siguen o responden a las de la sociedad en general.

En relación a sus expresiones a lo largo de la historia han adquirido la forma de discursos y acciones que validan o rechazan lo institucional; pero con predominancia de lo institucionalmente determinado: así, en el primer período de estudio vemos como el protagonismo atribuido al “pueblo”, sobrepasa el protagonismo individual y la acción social se constituye en lo hegemónico para la transformación social, en donde el discurso

político y partidista se tradujo en la generación de espacios concretos para la acción organizada en contextos cotidianos, observándose una sincronía y concordancia discursiva, técnica y temporal en la apertura de espacios para la administración del poder. Aspecto clave en este período resulta ser la proximidad que alcanza a tener el poder de decisión con la realidad concreta y cotidiana, como en la definición de prioridades sobre las necesidades de salud a partir de la validación de los diagnósticos de las situaciones por la propia comunidad y de la posibilidad de organizar y liderar estrategias o campañas de salud para revertir condiciones de salud aflictivas con resultados directos y algunos en corto tiempo.

Por otro lado, la oportunidad de controlar y modificar aspectos centrales de la administración y funcionamiento de una estructura que se vivenciaba como propia, también generaba sensación de logro y potenciaba la participación misma.

La capacitación y la preparación de la comunidad para la participación en salud estuvo dada desde escenarios concretos y cercanos, recogiendo liderazgos naturales y la expresión directa construida a partir de la historia reciente; no asistimos a una profusa tecnificación, sino más bien a la normatividad estrictamente necesaria para legitimar su existencia y que tendió a preservar formas espontáneas y naturales de asociativismo, contruidos en el devenir de la vida social de la época.

La participación en salud de la comunidad organizada, así no se diluyó en la definición de los grandes temas de la salud, de la política y la administración; se centró en diversos niveles de complejidad del aparato de salud, desde lo más cotidiano y cercano a la población (como los consejos locales y paritarios de salud) hasta la proyección de un sistema único de salud. El impacto de la participación en espacios cotidianos y reducidos en los grandes desafíos de transformación del sistema de salud, no guiaron su implementación; la población la validó en si misma, consciente de su efecto en política general, no obstante su valor estaba en el correlato que se daba entre el poder de decisión y la realidad concreta.

La validación del saber popular de esta forma, no se ve subsumido al técnico-profesional, sino que se posiciona en la medida que reconoce su arena de acción como propia.

En drástica oposición a lo ocurrido hasta 1973, la dictadura militar reprimió la opinión y la injerencia en ámbitos de acción variados, modelo propio de un régimen dictatorial-autoritario; la participación no sólo es desconocida como un mecanismo de

diálogo, sino que reprimida con violencia física y simbólica; en la nueva concepción del Estado, el sujeto social es anulado en su fuerza y es reemplazado por un ciudadano individual que se valida en el mercado en su rol de adquirente de bienes y servicios. El poder atribuido a este es paradójicamente validado en la medida que se requiere su control y eliminación de la esfera pública.

Sin duda es en este periodo de dictadura militar, donde se logra evidenciar el poder de la participación social más desvinculado de la política partidista y del ejercicio democrático pleno, para situarse re-articulado antes las sentidas necesidades de condiciones de vida de mejor calidad, en un entorno hostil, que profundizó la pobreza y la exclusión. La organización es de base y la forma que adquiere sobrepasa los discursos, para concentrarse en la acción física como confrontación.

La movilización por la salud como un derecho no alcanza a expresarse explícitamente, ni modifica el modelo que la transformó en un bien de mercado sujeto a la posesión de bienes y a la compra de servicio, dejando a los beneficiarios en el rol de consumidores. La respuesta y el protagonismo de las formas organizativas que se mantuvieron activas se vio reprimida y coartada; la re-activación de la protesta por organizaciones sindicales y gremiales fue tardía ante un ambiente privatizador de la época.

Si bien estos últimos protagonistas (sindicatos y gremios) adquieren poder unificador hacia el final de este período, esta re-articulación como forma de participación en salud adquirió mayor fuerza forma de reivindicación de intereses particulares por sobre la defensa de un proyecto que tendiera a la equidad e igualdad en salud.

El temporal encuentro entre el movimiento social y el político partidista vivió un temprano desencuentro en la medida que han transcurrido años sin una transformación política profunda que ratifique y permitan alcanzar una democracia social, que vuelva a situar la participación social como herramienta de diálogo para el logro de la ciudadanía plena mediante un ejercicio de poder que vaya más allá del voto para elegir representantes.

En términos de la configuración de actores y fuerzas, se evidencia que quienes adquieren notoriedad en la discusión pública en temas de participación en salud corresponden a instituciones con tradición en la historia y que están asociadas al valor de la profesión: gremios y sindicatos de trabajadores; la presencia de organización de beneficiarios, usuarios y/o pacientes no alcanza sino en momentos muy específicos (como algunos de los coyunturales analizados), notoriedad pública en medios de comunicación

aún cuando esta es baja comparada con respecto a los anteriormente citados.

Si consideramos que los medios de comunicación giran naturalmente en torno a “noticias”, estos debates no aparecen generalmente en la discusión, no obstante, nuestros entrevistados nos consignan que la comunidad organizada ha sido parte en la discusión de muchos de los temas abordados y que alcanzan protagonismo en fases previas, que no son registrados en prensa, precisamente porque no constituyen noticia mientras no hay confrontación.

Esta configuración de actores, con el mayor protagonismo consignado a los primeros con respecto a los segundos, (gremios y sindicatos de la salud) también alcanza entonces el terreno de la hegemonía y la contra-hegemonía y la atribución de poder que se confrontan especialmente en los últimos veinte años con relativo éxito en materias particulares de reivindicación por condiciones de trabajo, que si bien se ven influidas por el funcionamiento del sistema de salud general, no constituye el núcleo al que apuntan las demandas de transformación.

No se evidencia en la actualidad un espacio permanente de diálogo dinámico, con pluralidad de actores, en donde las posturas referentes al modelo y la política de salud se retroalimenten especialmente en niveles de planificación central, donde lleguen los insumos de los diálogos ciudadanos supuestamente instalados para dicho fin desde hace cuatro años y organizados en territorios menores (comunales) o sobre ejes temáticos específicos.

Abrir reales y efectivas instancias de participación social requiere reconocer que existen diversos intereses y aspiraciones, que al ser expresamente normadas y tecnicizadas intentan ser reducidas para la que no alcanza una división de clases o político-partidista ni de organizaciones gremiales y sindicales. La fortaleza de la sociedad civil en salud estará dada en la medida que se reconozcan espacios diversificados para la acción que incluyan lo individual, lo colectivo y lo político. Esa es una fórmula de existencia compartida, que no signifique la anulación de lo partidista, pero tampoco una cooptación de su parte sobre las organización de la sociedad. El riesgo de profundización de la apatía política se agudiza en la medida en que la representación de grupos canonizados adquieren poder.

Al concentrarse la participación social como estrategia deliberativa y de consulta para las políticas sociales se profundiza la división en la estructura social entre pobres y no pobres con el negativo resultado de integración social. El rescate del acceso justo a un

derecho, así continuará supeditada a la oferta del mercado. Se requiere así instalar la conciencia que la participación constituye una herramienta que va más allá de la determinación de lo público y lo privado, entendiendo lo público como deber de las políticas sociales; que traspasa la protesta, sino que tiende a la consecución de derechos sociales como parte de la condición de ciudadanía que medie entre el mercado y el estado por un bien común, que incluya interlocutores con diversidad de intereses.

El rol del estado como propiciador de espacios para los marginados es fundamental, no obstante esta no puede contar ni dejar de validar la expresión “natural”, fenómeno que no sólo acontece ante la falta de legitimación sino también ante la burocratización que impone a determinados contextos la normatividad para participación social en salud.

La recuperación de la acción local para contextos locales es vital, por cuanto permite la significación directa y el aprendizaje constante de cohesión social y aprendizaje colectivo; en donde la distribución de poder tiene alcances reales.

La misión actual del Estado es transitar hacia la apertura de los espacios generados, a reales posibilidades de co-gestión, decisiones y la concreción de ellos en evidencias concretas como forma de validación a los ojos de los participantes; en donde lo relevante no este dado por las formas o niveles de complejidad que alcanza (que va de la información a la decisión) sino que lo que en cada uno de ellos se genere alcance dimensiones visibles. Para esto y como queda en evidencia tras la revisión presentada, se requiere de la mediación y confrontación de la sociedad civil con poderosos intereses económicos, que se expresan políticamente y que fraccionan las iniciativas de participación; cuya única posibilidad de real impacto en la transformación de la realidad en salud dice relación con la confrontación directa.

Bibliografía.

- Aguiluz, M., De Los Rios, N. (Coord.) (2006). *René Zavaleta Mercado. Ensayos, testimonios y re-visiones*. Buenos Aires, Argentina: FLACSO-Miño y Dávila Editores.
- Almeida, N., Paim, J.(1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales*. 75, pp. 3-30.
- Alonso, L. (1995). *Sujeto y discurso; el lugar de la entrevista abierta en las prácticas de la sociología cualitativa*. En: Delgado, J. y Gutiérrez, J. (Ed.) Madrid, España: Ed. Síntesis.
- Alonso, L (2010). *El avance del neocomunitarismo y el discurso de lo no gubernamental: asocianismo y crisis del Estado de bienestar*. En: De Marinis, P. ;Gatti G. Irazuzta I. (editores). La comunidad como pretexto. En torno al (re)surgimiento de las solidaridades comunitarias. Barcelona, España: Editorial Antrophos-Editorial Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa.
- Allende, S. (1939). *La Realidad Médico-Social Chilena*. Santiago, Chile: Ministerio de Salubridad.
- Arantes, C., Mesquita, C., Machado, M., Otaga, M. (2007). O Controle Social no Sistema Único de Saúde: Concepções e Ações de Enfermeiras de Atencção Básica. *Enferm, Florianópolis.*, 16(3), pp. 470-8.
- Arévalo, D. (2004). Participación Comunitaria y Control Social. *Rev. Salud Pública*. 6(2), pp. 107-139.
- Ascanio, A. (2010). *Análisis del discurso político*. Distrito Federal, México: Ed. Trillas.
- Bermudez, D. *Metodología para el análisis de coyuntura*. [En Línea]. Disponible en:

<http://www.serapaz.org.mx/paginas/Analisis%20de%20Coyuntura.pdf> [Accesado el día 09 de febrero 2011]

Braudel, F. (1960). *La historia y las ciencias sociales*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Briceño, R. (2003). *Movimientos sociales y salud: transformaciones del estado y participación popular*. En: Cáceres, C., Cueto, M., Ramos, M., Vallenas, S. (coords.). *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. pp.91-97. Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Campos, L., Wendhausen, A. (2007). *Participação em Saúde: Concepções e Práticas de Trabalhadores de una Equipe de Estratégia de Saúde Da Família*. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. 16(2), pp. 271-9

Chávez, J. (2006). *Participación Social: Retos y Perspectivas*. Distrito Federal, México: Ed. Plaza y Valdés – UNAM.

Colegio Médico de Chile. *Historia* [En Línea]. Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=103> [Accesado el 18 de junio de 2011]

Concertación de partidos por la Democracia. *Programa de Gobierno. Documentos diario La Época*. [En Línea] Disponible en: <http://catalogo.bcn.cl> [Accesado el 30 de junio de 2011].

Confenats. *Historia*. [En Línea] Disponible en: <http://www.confenats.cl/historia.php> [Accesado el 25 de mayo 2011]

Corvalán, L. (2003). *A treinta años del golpe del 11 de septiembre: el imperativo político de "reescribir la historia."*. En: Francisco Zapata, (edit.). *Frágiles Suturas. Chile a treinta años del Gobierno de Salvador Allende*. (pp. 219-258). Distrito Federal, México: Colegio de México.

- Casas, J.; Torres, C. (1999). *Gobernabilidad y salud; Políticas públicas y participación social*. Organización Panamericana de la salud. Washington, DC.
- Castro, R. (1996). *En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo*. En: Szasz, I. y Lerner, S. Para comprender la subjetividad. (pp. 57-83) Distrito Federal, México: Colegio de México.
- De Marinis, P., Gatti G. Irazzuzta I. (2010) (editores). *La comunidad como pretexto. En torno al (re)surgimiento de las solidaridades comunitarias*. Barcelona, España: Editorial Antrophos-Editorial Universidad Autónoma Metropolitana – Iztapalapa.
- De Sousa, B. (2006). *Reinventar la democracia: Reinventar el Estado*. Buenos Aires, Argentina: CLACSO.
- Delgado, M.; Vásquez, M., Zapata, Y., Hernán, M. (2005). Participación social en salud: Conceptos de usuarios, líderes comunitarios, gestores y formuladores de políticas en Colombia. Una mirada cualitativa. *Rev. Esp. Salud Pública.*; N°6, 79, pp. 697-707.
- Delgado, M., Vásquez, M. (2006a). Barreras y oportunidades para la Participación Social en salud en Colombia: Percepciones de los actores principales. *Rev. Salud Pública*. 8(2), pp. 128-140.
- Delgado, M., Vásquez, M. (2006b). Conocimientos, Opiniones y Experiencias con la Aplicación de las Políticas de Participación en Salud en Colombia. *Rev. Salud Pública*. 8(3), pp. 150-167.
- Delgado, M., Vásquez, M. (2009). Percepciones de usuarios y líderes comunitarios sobre su capacidad para influenciar en la calidad de los servicios de salud: un estudio de casos de Colombia y Brasil. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 25(1), pp. 169-178.

Dias, M., Cunha, F., Amorim, W. (2005) Estratégias gerenciais na implantação do Programa Saúde da Família. *Rev. Bras. Enferm.* 58(5), pp. 513-8.

Donnangelo, M. (1994). *Salud y Sociedad*. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara.

FENATS. *Breve historia de la FENATS*. [En Línea] Disponible en:

http://www.fenats.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=35&Itemid=2

[Accesado el 25 de mayo de 2011]

Fleury, S. (2004) Ciudadanía, exclusión y democracia. *Rev. Nueva Sociedad*. 193, sept-oct pp. 62-75.

Fleury, S., Costa, L. (2009). *Participação, Democracia e Saúde*. Rio de Janeiro, Brasil: Editorial CEBES.

Fairclough, N., Wodak, R. (1997). *Análisis crítico del discurso*. En: Van Dijk, T. El discurso como interacción social. (pp. 367-404). Barcelona, España: Editorial Gedisa.

García, M., Ponte, C., Sánchez, M (2006). Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gac sanit.* 20 (1), pp. 192-202.

Garretón, M. (1995). *Hacia una nueva era política. Estudio sobre las democratizaciones*. Distrito Federal, México: Fondo de Cultura Económica.

Garretón, M. (2010). *El Gobierno de Michelle Bachelet y la política chilena ¿fin de un ciclo político?* [En Línea] Disponible en: En América Latine. Une Amérique latine toujours plus diverse. <http://www.manuelantoniogarreton.cl/ultimos1.html>
[Accesado el 15 junio 2011]

Gazmuri, C. (1998). *El 48 Chileno; Igualitarios, Reformistas, Radicales, Masones y Bomberos*. (2ª ed.) Santiago, Chile: Editorial Universitaria.

Gimenez, G. (1989). *Poder, Estado y Discurso; Perspectivas sociológicas y semiológicas del discurso político-jurídico*. (3ª ed.). Distrito Federal, México: Editorial Universidad Autónoma de México.

Gobierno de Chile. (2003). “Informe de la Comisión Asesora para la Calificación de Detenidos, Desaparecidos, Ejecutados Políticos y Víctimas de Prisión Política y Tortura”. [En Línea] Disponible en: <http://www.comisionvalech.gov.cl/InformeValech.html> [Accesado el 18 de junio de 2011]

Gobierno de Chile. (1994). Comisión Nacional de Verdad y Reconciliación. [En Línea] Disponible en: http://www.ddhh.gov.cl/ddhh_rettig.html [Accesado el 18 de junio de 2011]

Gobierno de Chile. (2006) Ministerio Secretaría General de Gobierno. “Agenda Pro Participación Ciudadana (2006-2010)”. [En Línea]. Disponible en: http://www.participemos.gob.cl/docs/agenda_participativa.pdf [Accesado el 14 de junio de 2011]

Gobierno de Chile (n.d). “Instructivo Presidencial sobre participación ciudadana”. [En Línea]. Disponible en: <http://www.guiaweb.gob.cl/recursos/documentos/InstructivoPresidencialParticipacion.pdf> [Accesado el 14 de junio de 2011]

Gutierrez, J. (n.d). “Descentralización y Participación Social en el Derecho a la Protección de la Salud”. [En Línea]. Disponible en: www.paho.org/spanish/dpm/shd/hp-x-taller03-gutierrez.pdf [Accesada el 23 de marzo 2011]

- Habermas, J. (2002). *Ensayos Políticos*. Barcelona, España: Ediciones Península.
- Heller, C. (1973). *Políticas de Unidad en la Izquierda Chilena (1956-1970)*. Guanajuato, México: Colegio de México.
- Hernández, M. (2003). El enfoque sociopolítico para el análisis de las reformas sanitarias en América Latina. *Rev. Cubana de Salud Pública*. 29(003), pp. 228-235.
- Illanes, M.A. (1993). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la conciencia, (...); Historia Social de la Salud Pública; Chile 1880/1973*. Santiago, Chile: Colectivo de la Atención Primaria.
- Iñiguez, L. (1994). *Manual de Análise do Discuso em Ciências Sociais*. Sao Paulo, Brasil: Editora Vozes.
- Jenkins, K. (1991). *Repensar la Historia*. Madrid, España: Editorial Siglo XXI.
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido; teoría y práctica*. Barcelona, España: Editorial Paidós Comunicación.
- León, A.(2009). *Ciudadano en Tránsito; acechado desde el análisis político del discurso*. Temuco, Chile: Editorial Universidad Católica de Temuco.
- Livingston, M.; Dagmar, R. (1976). *Salud Pública y Bienestar Social*. Santiago, Chile: CEPLAN.
- Martínez, E. (2007). La gestión del conocimiento en políticas públicas en salud y participación social. *Rev. CES Med* ; 21(1) pp. 101-108.
- Mate, R.(2006). *Medianoche en la Historia; Comentarios a las tesis de Walter Benjamin "sobre el concepto de historia"*. Madrid, España: Editorial Trotta.
- Méndez, C., Venegas, J. (2010a). Priorización de las Garantías Explícitas en Salud:

- ¿es posible la participación social?. *Cuad Méd Soc.*, 50 (1), pp. 66-72.
- Méndez, C., Venegas, J. (2010b). La participación social en salud: el desafío de Chile. *Rev Panam Salud Pública.* 27(2), pp. 144-8.
- Menéndez, E. (2006). *Las múltiples trayectorias de la participación social.* En: Menéndez, E. y Spinelli, H. *Participación Social ¿Para qué?*. (pp. 51-80). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Mercer, H., Ruiz, V. (2004). Participación de organizaciones comunitarias en la gestión de salud: una evaluación de la experiencia del Programa UNI. *Interface-comunic., Saúde, Educ.* 8(15), pp. 289-302.
- Molina, C. (2010). *Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989.* Santiago, Chile: Editorial LOM.
- Molina, C. (2012). “Orígenes de la Asociación Médica de Chile: una mirada crítica” en *Revista Polis* [En Línea] n°12. Disponible en: <http://www.revistapolis.cl/12/moli.htm> [Accesado el 27 de junio de 2012]
- Nanzer, R.; Rosemblyt, J. (2000). Elecciones, sufragio y democracia en Chile. *Rev. Mapocho/Biblioteca Nacional.* v., n°48, pp. 215-229.
- Nogueira, M. (1999). “Un Estado para la sociedad civil” en *Rev. de CLAD Reforma y Democracia.* [En Línea], disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un.../unpan041729.pdf> [Accesada el 31 de marzo 2011]
- Olave, P. (2003). *Chile: neoliberalismo, pobreza y desigualdad social.* Distrito Federal, México: Instituto de Investigaciones Económicas UNAM- Miguel Ángel Porrúa.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), (2007). “Agenda de salud para las Américas 2008-2017”, [En Línea] disponible en:

ww.paho.org/.../D/ECUADOR_III CongresoSaludyVida_final.ppt

[Accesada el 14 de abril de 2011]

Organización Mundial de la Salud (OMS), (1986). “Carta de Otawa para la promoción de la salud”, [En Línea] disponible en: www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf [Accesada el 14 de abril 2011]

Organización Panamericana de la Salud (OPS), (1978). “Declaración de Alma Ata”, [En Línea], disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm [Accesada el 31 de marzo de 2011]

Organización Panamericana de la Salud (2012), “Informe Chile. logros en promoción de la salud con respecto a los compromisos asumidos en la declaración de México”, [En Línea] disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/hpp/InfChile.pdf> [Accesada el 14 de abril 2011]

Orozco, E., González, M., Kageyama, L., Hernández, B. (2009). Participación social en salud: la experiencia del programa de salud materna Arranque Parejo en la Vida. *Salud Pública de México*. 51 (2), pp. 104-113.

Osorio, J. (2001). *Fundamentos del análisis social; La realidad social y su conocimiento*. Distrito Federal, México: Fondo de Cultura Económica – UAM Xochimilco.

Parada, M. (2004). *Evolución del Sistema de Protección Social de la Salud en Chile*. Tesis para optar al Grado de Doctor en Sociología. Madrid, España: Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Universidad Autónoma de Madrid.

Plan de Salud, Atención Médica y Medicina Social, Chile 1964, (2006). *Cuadernos médico sociales* © 46 (1). Colegio Médico de Chile, disponible en: www.salvador-allende.cl/Biblioteca/SALUD.pdf [Accesada el 24 de mayo 2011]

Programa de la Unidad Popular 1970. [En Línea], disponible en:
http://www.salvadorallende.cl/Unidad_Popular/up1.html [Accesada el 24 de mayo 2011]

Puerta, C., Dover, R. (2007). Desarrollo de un Modelo de Interlocución para el Sistema de Salud basado en el Caso de la Guajira Colombiana. *Rev. Salud Pública*. 9(3), pp. 353-368.

Randle, M.(1998). *Resistencia civil. La ciudadanía ante las arbitrariedades de los gobiernos*. Madrid, España: Editorial Paidós.

Ramirez, F. (2009). *Sociedad Civil, participación y democracia en el nuevo contexto político latinoamericano*. En: Fleury, S., Costa, L. Participação, Democracia e Saúde. (pp.48-82.) Rio de Janeiro, Brasil: Editorial CEBES.

Ramos, A. (1999). *Comprender el Estado; introducción a la politología*. (2ª ed.). Mérida, Venezuela: Editorial Producciones Karol C.A.

Restrepo, H. (2001). “Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover la salud”. *Rev de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol.19, Núm.001, enero-juni. Universidad de Antioquia, pp. 41-56

Romero, D. (2007). Capacidad comunitaria en beneficio de promover salud en la colectividad. *Rev. Cubana Med Gen Integr*. 23 (3), pp.55-67.

Ruelas, E., Poblano, O. (2008). *Participación ciudadana en la mejora de la calidad de los servicios de salud*. Distrito Federal, México: Editorial Médica Panamericana – Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Ruiz, E. (2009), “René Zavaleta y el poder dual”, disponible en:
www.socialismo-chileno.org/PS [Accesado el 25 de junio de 2012]

- Salazar, G. (1999). *Historia Contemporánea de Chile II. Actores, identidades y movimiento*. Santiago, Chile: LOM ediciones.
- Salinas, D. (2000). Lo social desde la política. *Papeles de Población*, nº 24, pp. 159-174.
- Samaja, J. (2004). *Epistemología de la Salud; Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A.
- Sanabria, G. (2004) Participación social en el campo de la salud. *Rev Cubana Salud Pública*. 30 (3) pp. 105-126.
- Smith, P. (1997) *Ascenso y caída del Estado de Desarrollo en América Latina*. En: Vellinga, M. El cambio del papel del Estado en América Latina. pp. 74-102. Distrito Federal, México: Editorial Siglo XXI.
- Tarrow S. (1998). *El poder en Movimiento. Los movimientos sociales, la acción colectiva y la política*. (2ª ed.) España: Alianza Editorial.
- Testa, M. (2006). *Pensar en Salud* (3ª reimp.). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial S.A.
- Tetelboin, C. (2003). *La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990; Reformas de primera categoría*. Ciudad de México, México: Editorial de la Universidad Autónoma Metropolitana.
- Toledo, M., Baly, A., Ceballos, E., Boelaert, M. et.al (2006). Participación comunitaria en la prevención del dengue: un abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales. *Salud Pública de México*. 1(48), pp. 39-44.
- Trad, L., Esperidião, M. (2009). Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Interface –*

- Comunic., Saude, Educ.*, 13(1), pp. 557-70.
- Torres, G. (2006) *Políticas Públicas y Participación Social: retos y limitaciones de los programas de combate a la pobreza (estudio de casos de políticas alimentarias)*. En: Chávez, J. *Participación Social: Retos y Perspectivas*. (pp.16-43). Distrito Federal, México: Editorial Plaza y Valdés – UNAM.
- Ugalde, A. (2006). *Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud en Latinoamérica. múltiples trayectorias de la participación social*. En: Menéndez, E. y Spinelli, H. *Participación Social ¿Para qué?*. (pp. 19-50) Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.
- Ulloa, V. (2003). *El movimiento sindical chileno; del siglo XX hasta nuestros días*. 1ª ed. Imp. en Chile: Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Valdés, T. (1986). “El movimiento poblacional: La recomposición de las solidaridades sociales”, Programa FLACSO N°283. [En Línea], disponible en: www.salvador-allende.cl [Accesada 24 de mayo de 2011]
- Valdivia, V. (2003). *Del “Ibañismo” al “Pinochetismo”: las Fuerzas Armadas chilenas entre 1932 y 1973*. En: Zapata, F. (ed.); *Frágiles Suturas. Chile a treinta años del Gobierno de Salvador Allende* (pp. 157-196). Ciudad de México, México: Colegio de México.
- Valenzuela, J. (2003). *El Gobierno de Allende: aspectos económicos*. En: Zapata, F. (ed.); *Frágiles Suturas. Chile a treinta años del Gobierno de Salvador Allende* (pp. 283-310). México: Colegio de México.
- Varas, A., Abregú, M., Palacios, M., Lacoste, J-P. et.al. (2006) *La propuesta ciudadana; una nueva relación sociedad civil-Estado*. Santiago, Chile: Editorial Catalonia.
- Vásquez, M. (1994) *Participación ciudadana y control social*. Ciudad de México, México: Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa, México.

- Walzer M. (2010). *El argumento pro sociedad civil. Un camino hacia la reconstrucción social*. En: *Pensar políticamente*. (pp. 177-201). Madrid, España: Editorial Paidós.
- Weidenmeyer, C. (2006) “Apuntes sobre la teoría del Estado en Gramsci”, Universidad ARCIS. [En Línea], disponible en: www.archivochile.com/Ideas.../gramscia/s/gramscisobre0014.pdf [Accesada el 31 de marzo 2011]
- Wendhausen, A. (2006). Relaciones de poder y democracia en los consejos de salud en Brasil: estudio de un caso. *Rev. Esp. Salud Pública* 2006, 80(6), pp. 697-704.
- Wieviorka, M. (2009). *¿A dónde va el debate sobre los nuevos movimientos sociales?*. En: Mestries F., Pleyers, G., Zermeño, S. (editores). *Los movimientos sociales: de lo local a lo global*. (pp.23-42). Barcelona, España: Editorial Anthropos.
- Zapiola, J. (1902). *La Sociedad de la Igualdad i sus enemigos*. Santiago, Chile: Editorial Guillermo Miranda.
- Zavaleta, R. (2009). *La autodeterminación de las masas*. Tapia, L. (compilador). Bogotá, Colombia: Siglo del Hombre Editores- CLACSO.
- Zemelman, H. (1986). *Estado, Poder y Lucha Política*. Ciudad de México: México. Editorial Villicaña S.A.

Normativas legales.

Gobierno de Chile. Ley 17.398, Modifica la Constitución Política del Estado. Diario Oficial del 09 de septiembre de 1971 en Diario Oficial. Disponible en:

URL: <http://www.leychile.cl/N?i=28981&f=1971-01-09&p=>

Gobierno de Chile. Decreto Ley N° 602. Crea Consejos Locales de Salud. Diario Oficial del 01 de Septiembre de 1971. Disponible en:

URL: <http://www.leychile.cl/N?i=169362&f=1971-09-21&p=>

Gobierno de Chile. Decreto con Fuerza de Ley 1-3063, Reglamenta aplicación inciso segundo artículo 38° del DL.N° 3.063, de 1979. Diario Oficial del 13 de junio de 1980. Disponible en: URL: <http://www.leychile.cl/N?i=3389&f=1981-12-31&p=>

Gobierno de Chile. Decreto 5; Decreto 5-E. Ministerio de Salud, Crea Consejo Consultivo Nacional de Salud. Diario Oficial del 24 de mayo de 1990. Disponible en:

URL: <http://www.leychile.cl/N?i=7322&f=1993-03-23&p=>

Gobierno de Chile. Ley 18.993. Crea Ministerio Secretaría General de la Presidencia de la República. Diario Oficial del 21 de agosto de 1990. Disponible en:

URL: <http://www.leychile.cl/N?i=30361&f=2005-01-01&p=>

Gobierno de Chile. Decreto 608, Aprueba Instrucciones para el establecimiento de oficinas de información para el público usuario en la administración del Estado. Diario Oficial del 16 de octubre de 1990. Disponible en:

URL: <http://www.leychile.cl/N?i=15058&f=1991-12-05&p=>

Gobierno de Chile. Ley 19.130. Modifica Ley 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades. Diario Oficial del 17 de marzo de 1992. Disponible en:

URL: <http://www.leychile.cl/N?i=30497&f=1992-07-07&p=>

Gobierno de Chile. Ley 19.418, Establece normas sobre Juntas de Vecinos y demás Organizaciones Comunitarias. Diario Oficial del 09 de octubre de 1995. Disponible en: URL: <http://www.leychile.cl/N?i=30785&f=1996-12-01&p=>

Gobierno de Chile. Municipalidad de Independencia. Decreto 1046 Exento, Aprueba Ordenanza Municipal de Participación Ciudadana. Diario Oficial del 20 de marzo de 2000. Disponible en URL: <http://www.leychile.cl/N?i=161523&f=2000-03-20&p>

Gobierno de Chile. Ley 19.937. Modifica el D.L. N°2.763, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Diario Oficial del 24 de febrero de 2004. Disponible en: URL :<http://www.leychile.cl/N?i=221629&f=2008-12-31&p=>

Gobierno de Chile. Decreto 474 Exento, Aprueba Norma General de Participación. Diario Oficial del 26 de mayo de 2009. Disponible en:
URL :<http://www.leychile.cl/N?i=1002636&f=2009-05-26&p=>

*** el detalle de la bibliografía consultada en el análisis de los momentos coyunturales de estudio se adjunta en el Anexo 2.**

ANEXO 1.

CARACTERIZACIÓN PRENSA ESCRITA EN CHILE PERÍODO 1970-2010.

Como señala Raul Sorh en su libro “Historia y Poder de la Prensa”, (Sorh, 1998) la prensa es parte y depende de las estructuras de poder, sean estas políticas, económicas o sociales. Desde esa perspectiva, esta refleja sus ambigüedades, pugnas y debates.

La propiedad privada de los medios de comunicación en general, asegura una representación de intereses particulares y bien establecidos: “Los medios independientes prestan atención al “desorden”, es decir, prestan especial atención a los conflictos de intereses de diversas fuerzas en conflicto.” (Sorh,1998:19). De caso contrario, representan los intereses de los sectores con quienes se identifican y/o representan.

Especialmente en Latino América, dada su historia de consecutivos períodos dictatoriales, la prensa independiente siempre ha constituido un riesgo para los poderes establecidos, atentando a su existencia mediante estrategias que disminuyen su independencia económica y/o simplemente erradican legalmente su libertad. Así, en Chile el despliegue de los medios de comunicación y especialmente de la prensa escrita sigue patrones disímiles en su historia que a continuación se analizan para objeto de la investigación:

Período 1970-1973

Previo a 1970, los medios de prensa tenían un comportamiento “tradicional”, que si bien daba cuenta de intereses según los grupos de propiedad, mantuvo a nivel de línea editorial y de uso del lenguaje, un estilo no directa ni abiertamente politizado.

Como señala González: “(...) *de hecho, hasta 1973 cada partido relevante del sistema político chileno posee directamente un diario o una revista, o se vincula a alguno de ellos.*” (2008: 30).

El Clarín y la Tercera eran los periódicos de mayor venta en este período. El Mercurio, que con una pretensión de objetividad e independencia con respecto a los partidos políticos constituyó el medio que mayor influencia ejercía sobre la formación de opinión pública, con una alta circulación diaria.

Se calcula que El Mercurio tenía una circulación de ciento setenta y dos mil ejemplares en 1972, mientras que de Las Últimas Noticias y La Segunda, circulaban ochenta y un mil y cuarenta mil respectivamente (estos últimos dos, también de propiedad Edwards). Sin contabilizar la distribución de diarios regionales, mayoritariamente del mismo conglomerado, este tenía una circulación en promedio de docientos cincuenta mil ejemplares diarios. (Mönckeberg, 2008, tomado de Uribe, “Prensa y periodismo político en los años 1960/1970).

Los medios escritos, hasta 1970 según propiedad correspondían a:

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| El Mercurio (1900-) | Familia Edwards |
| Las Últimas Noticias (1931-) | Familia Edwards |
| La Segunda (1931-) | Familia Edwards |
| La Tercera (1950-) | Familia Picó |
| La Prensa (¿?) | Partido Demócrata Cristiano |
| El Siglo (1940-1973) | Partido Comunista |
| Noticias de Última Hora (¿?) | Partido Socialista y Clarín |
| La Nación (1877-) | Estatal |
| El Diario Oficial (1877-) | Estatal |
| El Clarín (1954-1973) | Empresario Darío Saint (hasta 1972) |

Desde el período pre-eleccionario, que terminó con el triunfo de la Unidad Popular, la politización de estos medios jugó un rol fundamental en la toma de posiciones. Algunos historiadores, señalan que en el período de esos tres años de gobierno de Allende, este fenómeno contribuyó al término del sistema democrático, dada su abierta polarización y estilo de agresividad, uso de injuria, insulto y alto compromiso ideológico, transformándose en “prensa de barricada”. La lucha ideológica se llevó a las portadas, con descalificaciones mutuas y discriminación:

“El combate verbal era sin cuartel y en muchos casos las consideraciones éticas no parecían estar presentes al titular o escribir. Tampoco en las decisiones que se tomaban en los altos mandos de El Mercurio, ni entre sus editores. Como se ha demostrado después, “el decano” y su dueño principal, Agustín Edwards Easmen,

fueron determinantes en la gestación del Golpe de Estado y en la creación de un ambiente propicio en la ciudadanía para llegar a él. ” (Mönckeberg, 2008: 112).

En el marco de esta lógica, a los mencionados medios escritos se sumaron:

| | |
|-------------------------------|--------------------|
| Diario Tribuna (1971- 1973) | Partido Nacional |
| Diario Puro Chile (1970-1973) | “tabloide popular” |

Mientras la circulación de los tres medios de la familia Edwars alcanzaba docientos cincuenta mil ejemplares diarios, el ultraderechista Tribuna alcanzaba cuarenta mil, con una estrategia explícita de combatir el gobierno de Allende. Se puede señalar así mismo, que los de apoyo al Gobierno de a Unidad Popular, incluyendo a La Nación alcanzaban los trecientos once ejemplares diarios. (Mönckeberg, 2008)

COPESA es una empresa periodística que hasta 1987 fue propiedad de la familia Picó, pertenecientes al Partido Radical.

En el ámbito de las revistas, el comportamiento fue similar, existiendo en este período:

| | |
|------------------------------|--------------------------------|
| Rev. Que Pasa (1971-) | Derecha política de la época |
| Rev. Sepa (1971) | Derecha política de la época |
| Rev. Ercilla (1936-1976) | Democracia Cristiana |
| Rev. Punto Final (1965-1973) | Izquierda política de la época |

Con ocasión del Golpe Militar, fueron clausurados: El Clarín, Puro Chile, El Siglo, Noticias de Última Hora y Punto Final.

A partir de la clasificación de Bernedo (2003) en “prensa seria” y “prensa popular”, usada para el tipo de contenido, se señala que este escenario, las fuerzas políticas quedaron organizadas de la siguiente forma hacia 1972:

| | |
|-----------------------------|-------------|
| Prensa de oposición “seria” | El Mercurio |
|-----------------------------|-------------|

| | |
|-------------------------------|--|
| | Rev. Que Pasa |
| Prensa de izquierda “seria” | El Siglo |
| Prensa “de combate o popular” | La Segunda Las Últimas Noticias Tribuna Puro Chile Clarín Rev. Sepa Rev. PEC |

La clasificación responde principalmente al tipo de lenguaje empleado; Bernedo clasifica como “prensa de combate” aquella que implementó una forma “maniquea, violentista e intransigente”(2003:60). Por ejemplo, si bien el Mercurio se definió como un medio de oposición al gobierno de Allende, no implementó la agresividad en titulares, sino de gran beligerancia en las notas editoriales, que reflejaban una semi-lealtad con el sistema democrático, alertando sobre la peligrosidad del gobierno de la UP. Similar estilo seguía El Siglo, de apoyo al gobierno. Independiente de los lenguajes empleados, es indudable que los discursos de enfrentamiento existieron y esto jugó un rol fundamental en el debate público y que la forma que los discursos adquirieron no dice relación con aspectos internos de los medios, sino por el contexto de politización y polarización.

La revista Ercilla, vinculada al pensamiento de la Democracia Cristiana, es considerada de corte más central. Así también los periódicos La Tercera y La Prensa.

Período 1973-1990.

De manera directa o indirecta, el gobierno militar controló los medios de comunicación en Chile de manera similar a cualquier otro esquema autoritario. En contraposición a lo existente en el período político previo y en gran parte del Siglo XX, se persiguió y en gran medida se terminó con la asociación directa entre partidos políticos corrientes ideológicas y medios de prensa.

Se refuerza el duopolio de El Mercurio S.A y COPESA, clausurando El Siglo, Última Hora, Clarín y Puro Chile, todos identificados con el gobierno de la Unidad Popular. Más tardíamente, tuvo el mismo destino La Prensa, del partido Demócrata Cristiano.

La clausura de estos medios fue casi inmediata tras el golpe militar. La afiliación de El Mercurio y COPESA con el proyecto del gobierno no sólo se explica desde afinidades ideológicas sino desde el apoyo económico recibido del gobierno militar para solventar la subsistencia económica en la época de la crisis económica de la década de los años ochenta.(Gonzalez,2008). En el año 1987, una parte de las acciones de COPESA son vendidas por la familia Picó a Alvaro Sahié para terminar de desprenderse definitivamente de ellas el año 1990, cuando entraron en la sociedad Angel Poduje y otros empresarios del círculo de negocios más directamente beneficiarios del régimen económico del gobierno militar.

El escenario de los medios de prensa diarios clasificado según grupos de propietarios, queda así constituido por:

| | |
|-------------------------------|----------------------|
| El Mercurio | El Mercurio S.A |
| Las Últimas Noticias (1931-) | El Mercurio S.A |
| La Segunda (1931-) | El Mercurio S.A |
| La Tercera | COPESA |
| La Cuarta (1984-) | COPESA |
| La Nación | Estatal |
| La Época (1987-) | E. Fillipi |
| El Diario (1988-) | Estatal |
| Fortín Mapocho (1988-1990) | Jorge Lavandero (DC) |

La Nación fue un medio de circulación menor, comparado con los mencionados anteriormente; El Fortín Mapocho aparece entonces como el único abiertamente contestatario al discurso de prensa del oficialismo convocando a la mayor parte de los grupos de izquierda que luchaba por el retorno a la democracia.

En términos de contenidos y líneas editoriales, la totalidad de los diarios pertenecientes al grupo El Mercurio S.A y COPESA mantuvieron un apoyo al gobierno de la época. En este sentido, un caso emblemático resulta a juicio de Otano, el de La Época:

“no pudo responder a las expectativas que en ella se habían depositado. Una publicación que llegaba a los decisores políticos, económicos y sociales más

importantes del país, debía haber nacido con una estrategia temática y comunicacional mucho más elaborada. Se suponía que iba a operar como el eje de aperturista y culturalmente liberal de la transición. Era el hueco que se abría en contraste con El Mercurio, órgano indiscutible de la línea periodística conservadora y comprometida con el régimen militar. Sin embargo, La Época pecó de timidez.” (2000: 45).

Las revistas de la época:

| |
|------------------------|
| Rev. Gestión (1975-) |
| Rev. Que Pasa (1971-) |
| Rev. Ercilla (1936-) |
| Rev. Hoy (1976-) |

María Olivia Mönckeberg ejemplifica el cerco de la censura y restricción a los medios de prensa en la transcripción del Bando N°107, emitido en 1977 por el jefe de la zona de estado de emergencia del área metropolitana y que señaló: *“la fundación, edición, publicación, circulación, distribución y comercialización en cualquier forma de nuevos diarios, revistas, periódicos e impresos en general, deberán contar con la autorización previa de esta jefatura de zona en estado de emergencia; asimismo la importación y comercialización de toda clase de libros, revistas e impresos en general, estarán sujetos a autorización previa.”* (2008:37-38)

Hacia 1976, surgió la necesidad de generar iniciativas “no oficialistas”: el primer intento estuvo dado por “Solidaridad”, un boletín informativo editado por la Vicaría y posteriormente “Apsi” (hasta esa fecha exclusivamente de corte internacional) y “Análisis” (con apoyo de la Academia de Humanismo Cristiano) que desde 1980, cubrieron noticias nacionales con la respectiva autorización del régimen militar y su cerco de censura. En 1983, surgen Cauce y Fortín Mapocho, que con un estilo abierto, irónico y humorístico, tuvo gran llegada a la población.

En términos de contenidos y líneas editoriales, la totalidad de los diarios pertenecientes al grupo El Mercurio S.A y COPESA mantuvieron un apoyo al gobierno de la época. En este sentido, un caso emblemático resulta a juicio de Otano, el de La Época

que murió en 1998, asfixiada por el duopolio:

“no pudo responder a las expectativas que en ella se habían depositado. Una publicación que llegaba a los decisores políticos, económicos y sociales más importantes del país, debía haber nacido con una estrategia temática y comunicacional mucho más elaborada. Se suponía que iba a operar como el eje de aperturista y culturalmente liberal de la transición. Era el hueco que se abría en contraste con El Mercurio, órgano indiscutible de la línea periodística conservadora y comprometida con el régimen militar. Sin embargo, La Época pecó de timidez.”
(Otano, 2000:1)

El cierre de la Revista Ercilla en 1976 permitió el surgimiento de la revista Hoy, con el mismo editor (Emilio Filippi) y gran parte de su equipo de trabajo, constituyó un espacio de crítica al modelo económico y exposición de la incipiente actividad política.

Análisis, que surgió como un espacio para los académicos al margen de la aulas, a fines de los setenta guió su línea editorial hacia una defensa comprometida de los derechos humanos, la movilización social y la asociatividad de actores para el término de la dictadura (Mönckeberg, 2008).

Período 1990-2010.

A partir de 1990, se dio en Chile un acelerado proceso de concentración de los medios de comunicación, que significó paradójicamente, el término de aquellos que surgieron en período de dictadura y que apoyaron ideológicamente a los grupos políticos protagonistas del acuerdo político que se plasmó en las elecciones de 1989.

A juicio de González (1998), la falta de pluralismo a la que asistimos en período de dictadura, se ve refrendada en el período de gobiernos de la concertación.

Actualmente en Chile existen en Chile noventa publicaciones periódicas, nueve de carácter nacional de circulación diaria, cuarenta y cinco regionales y dos gratuitos zonales. Según propiedad, se distribuyen como sigue:

| |
|----------------------|
| El Mercurio |
| Las Últimas Noticias |
| La Segunda |

| |
|-----------------------|
| La Tercera |
| La Cuarta |
| La Nación |
| Estrategia |
| El Diario |
| El Diario Oficial |
| Cauce (hasta 1989) |
| La Época (hasta 1997) |

Según Corrales y Sandoval, grupos del área como el Mercurio y COPESA se vieron francamente favorecidos por el régimen militar en términos de acuerdos económicos y condonación de deudas.

Hacia el año 2003, los diarios nacionales de mayor circulación de lunes a viernes, ordenados en orden decreciente fueron: Las Últimas Noticias, La Cuarta, El Mercurio, La Tercera y La Nación. Los fines de semana, esta cambia, constituyendo El Mercurio el primer lugar, seguido de La Tercera, Las Últimas Noticias y La Cuarta. El 99% del total del mercado resulta así dominado por dos empresas: 53% para el grupo de El Mercurio, un 46% para COPESA y un 1% para La Nación. (Corrales y Saldoval, 2005)

La inversión publicitaria también es mayoritariamente concentrada por El Mercurio, con un 51%, seguido por La Tercera con un 15,2% de la inversión total. El resto de los medios se distribuyen el resto. (Corrales y Saldoval, 2005).

De esta manera, según estos mismos autores, existiría en el país una especie de monopolio ideológico, que opera a través de los medios de prensa que en el ámbito de lo escrito, se expresa en las editoriales, los contenidos de las noticias y la intervención que tendrían los avisadores. Estos tres elementos muestran un “alto nivel de compromiso con el modelo neoliberal y en lo cultural en un fuerte conservadurismo valórico”, la inversión publicitaria refuerza el círculo, no permitiendo la aparición de otros medios ni formas de expresión.

En el terreno de las revistas, su distribución por grupos de propiedad y época de existencia muestra:

| |
|-----------------------------------|
| Rev. Que Pasa |
| rev. Apsi (hasta 1995) |
| rev. Análisis (hasta 1994) |
| Rev. Cauce |
| rev. Hoy (hasta 1998) |
| Rev. Punto Final (aún circula) |
| Rev. Capital de Negocios (1996-) |
| Re. Ercilla (aún circula) |
| Rev. Gestión |
| Rev. El Siglo (aún circula) |
| Rev. El Periodista |
| Rev. Pluma y Pincel |

Otano señala que en la década de los 90', "Análisis" fue perdiendo su carácter altamente denunciador (después de ser adquirido por un grupo empresarial cercano a la DC); el socialismo renovado acudía en auxilio de la crisis económica de APSI, que terminó por desaparecer en 1994 y así casi la totalidad de los emblemas periodísticos de la lucha por el restablecimiento de la democracia.

Para Rafael Otano, en la década de los 90' se vivió un ambiguo contexto, que significan un tramposo empate entre "el pasado y el presente, el oficialismo y la oposición, la dictadura y la democracia" que hizo ver una especie de complacencia con el discurso, los métodos y resultados de la "transición democrática" pero que a partir de entonces, asistimos a una crítica y autocrítica cada vez más generalizada al modelo o esquema político y económico imperante. Esta crítica, no alcanza a modificar la administración, propiedad, ni líneas editoriales de los medios de prensa que controlan las comunicaciones en la actualidad en Chile.

Referencias Anexo 1.

- Bernedo P. (2003) "La Prensa Escrita Durante la Unidad popular y La Destrucción del Régimen Democrático. En 1973 La Vida Cotidiana de un año crucial. Santiago, de Chile. Trabajo reseñado por César Espinoza Orihuela.

- Corrales O., Sandoval J., (2005) “Concentración del mercado de los medios, pluralismo y libertad de expresión.” Año 5 N°53 Colección Ideas.
- González G. (2008) “Medios de comunicación en Chile bajo el signo de la concertación”. Capítulo del libro “The Media in Latin America”. Open University Press. McGraw-Hill Education.
- Mobarec P., Spiniak D. (2001) “Revista HOY: 1.108 Ediciones con historia”. Ediciones Cpyugraph. Santiago, Chile.
- Mönckeberg M.O (2008) “Los Magnates de la prensa. Concentración de los medios de comunicación en Chile”. Editorial Debate, Santiago de Chile.
- Otano R. (2000) “Seis revistas, dos diarios y ningún funeral” Revista Comunicación y Medios. N°12 año 2000 Prensa y transición ISSN 0716-3991. Disponible en: <http://www.icei.uchile.cl/comunicacionymedios/12otano.html> al 12 de abril 2010
- Sorh R. (1998) “Historia y Poder de la Prensa” Editorial Andrés Bello. Barcelona