

HISTORIA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA SALUD EN CHILE: 1938-1973

Dr. Carlos Antonio Molina Bustos
Magíster en Historia por la Universidad de Chile
Unidad de Patrimonio Cultural
Ministerio de Salud

I. INTRODUCCIÓN:

Un motivo fundamental que preside la voluntad de estudiar el desarrollo de las instituciones sanitarias chilenas, para un profesional de la medicina de mi generación, es la percepción de que resulta muy difícil e insuficiente la comprensión del presente histórico de estas instituciones sanitarias, a partir del mensaje que nos transmitieron nuestros maestros. Lo mismo es posible concluir de la mayoría de los trabajos publicados, en la bibliografía nacional disponible sobre la materia.

En efecto, una primera percepción de los mensajes explícitos e implícitos que recibió del pasado nuestra generación, así como una revisión panorámica de los trabajos aludidos, parecen ofrecer la imagen que, desde fines del siglo XIX, la evolución de las instituciones sanitarias ha sido el resultado de un largo proceso marcado centralmente por un trazo de continuidad histórica, producto de grandes e implícitos consensos sucesivos entre todos los sectores políticos y sociales protagonistas, como expresión de una serena madurez de la conciencia cívica colectiva.¹

Por otra parte, puede percibirse en las fuentes bibliográficas y en la literatura sanitaria referida, que la mayor parte de los antecedentes ha sido generada desde el interior del sector de profesionales y trabajadores de la salud, especialmente de los médicos, con una perspectiva que puede considerarse, en general, coyuntural en lo temático y en lo temporal. Son pocos los trabajos de investigación que han provenido de historiadores o científicos sociales, situados en una perspectiva epistemológica de carácter histórico-estratégico de mayores alcances.

Así, el transcurso de la institucionalidad sanitaria nacional aparece más bien como una cronología insuficientemente explicada, como una secuencia de decisiones estructurales que se presentan como la lógica arquitectura lineal del progreso, de modo tal, que parece un esfuerzo descriptivo de estructuras sucesivas y complementarias, en una perspectiva de progreso continuo, en cuyo seno poco se advierte la presencia histórica de los conflictos, tensiones y contradicciones que han caracterizado la vida social y política de Chile.

¹ Cruz-Coke, Ricardo: "Reseña histórica, política y social de la medicina chilena". Rev. Méd. de Chile (116): 55-60; 1988.

Cruz-Coke, Ricardo: "Historia de la Medicina Chilena". Ed. Andrés Bello; Santiago, Chile; 1995.

Mardones, Restat, Jorge: "Origen del Servicio Nacional de Salud". Rev. Med. de Chile 105; 654; 1977.

Rosselot, Jorge: "Origen, desarrollo y perspectivas de las instituciones de salud pública en Chile". Rev. Med. de Chile (121): 1075-1085; 1993.

Rosselot, Jorge y Mardones, Francisco: "Colegio Médico y salud en Chile". Pediatría al Día, 13 (4); 1997.

Mardones Restat, Francisco: "Planes y Programas de Salud en Chile". Cuadernos Médico-Sociales. Vol. 46; N° 1; Santiago, Chile; 2006.

En consecuencia, este carácter de crónica o relato descriptivo de rasgos lineales parece haber ocultado el trasfondo de profundas disputas históricas entre los diversos segmentos sociales, con intereses contrapuestos y/o antagónicos.

Ello parece haber operado como una omisión interpretativa, eventualmente responsable de un grado suficiente de oscurecimiento del conocimiento de cómo ocurrieron los hechos y por qué se produjeron de ese modo, de manera tal que resulta poco comprensible la dinámica entrelazada de avances y retrocesos que permite comprender la historia reciente y actual de la institucionalidad sanitaria nacional.

Una mirada más atenta que intente historizar los hechos, permite identificar los procesos generales y sectoriales que se desarrollaron en las diversas etapas del período estudiado. Con ello se logra visualizar los diversos sujetos sociales que, desde la conciencia vívida de los grandes problemas de salud-enfermedad, han luchado por la transformación o la conservación del orden social y político vigente, contienda principal que parece haber determinado el carácter central que tuvo, en cada etapa, la respuesta estructural y social que el Estado dio a esos problemas.

Desde esta perspectiva, la aparentemente serena linealidad progresiva de las instituciones sanitarias creadas por el Estado, se transforma en agitados conjuntos sucesivos y simultáneos de luchas y movimientos sociales. En esta temporalidad se imponen ciertas tendencias, sin que desaparezcan las otras, en confrontaciones de creciente elaboración ideológica que se expresan en avances y retrocesos, en una dialéctica permanente, que parece alcanzar al siglo XXI, entre la salud entendida como un derecho humano colectivo e individual inalienable y una responsabilidad indelegable del Estado por un lado y por otro, como una mercancía que se compra y se vende en el mercado y con una responsabilidad subsidiaria, distanciada, secundaria y en disminución, del Estado.

Esta contradicción principal que se expresa con rasgos cada vez más nítidos en el devenir de las instituciones sanitarias durante el siglo XX, también está presente en las últimas dos décadas del siglo XIX.²

El surgimiento de las instituciones sanitarias nacionales, particularmente desde la coyuntura crítica de 1920, puede encontrar sus raíces en la década de los ochenta del siglo XIX. En esta década, como expresión del desarrollo del capitalismo como modo de producción dominante, emerge en el escenario social, en el espacio público de la política, el movimiento popular organizado con conciencia creciente de historicidad y que, con rapidez, comienza a constituirse en sujeto social enarbolando proyectos de transformación social, es decir, en protagonista de los acontecimientos políticos y sociales.

Parece pues evidente que el movimiento obrero, erigido en sujeto social protagonista, politizando el origen social de su organización, le confirió a la interpelación con que se enfrentó a la elite, significados y alcances que marcaron la época. Es lo que se desprende de la reflexión de Julio Pinto Vallejos, cuando se pregunta, “¿el pueblo se politiza? ”, contestándose:

“¿Qué era exactamente lo que se temía? Las desigualdades sociales y el descontento popular eran realidades demasiado antiguas como para que su sola presencia hubiese justificado tal alarma. Más

² Salinas, René: “Salud, ideología y desarrollo social en Chile 1830-1950”. Cuadernos de Historia. Universidad de Chile, 1983 (3).

bien, lo que llamaba la atención oligárquica parecía ser la manifestación inusual de problemas con los que, en su aspecto tradicional, ya se había acostumbrado a convivir. En un contexto así, el término cuestión social, servía para denotar nuevas modalidades de existencia popular, asociadas al hacinamiento urbano, el trabajo industrial, o la despersonalización de las relaciones laborales. Pero también, y tal vez más determinadamente, para dar cuenta de nuevas formas de interpelación popular, más organizadas y discursivas, más explícitamente políticas”³.

Así, es posible adentrarse en la comprensión del complejo proceso de construcción y deconstrucción del edificio sanitario nacional, de sus avances y retrocesos que, de un modo particularmente emblemático entre los años 1938 y 1973, expresa la dialéctica de las contradicciones y de su resolución por la vía de las síntesis, en cada una de sus etapas.

Se trata, a mi juicio, de dejar de ver la historia como una serie de situaciones lineales que se suceden progresivamente con algunas interrupciones, para entenderla, como un proceso complejo de construcción de voluntades sociales, como un horizonte abierto de posibilidades hacia el futuro, y al decir de Hugo Zemelman, *“comprender la política más allá de la esfera del poder, como conciencia de la historicidad del momento, como construcción de proyectos resolutivos en el plano de las contradicciones inmediatas”⁴.*

II. UN PERFIL DEL SIGLO XIX HASTA 1920:

La historia de las instituciones sanitarias chilenas del siglo XX encuentra sus raíces en estas transformaciones cruciales ocurridas en el siglo XIX.

Es el movimiento médico generado por la Universidad de Chile el que buscó y encontró al Estado oligárquico-liberal de la época dispuesto a jugar un rol sanitario asistencial distinto del tradicional. No parece casual que fuera durante el gobierno de Balmaceda cuando apareció un nuevo concepto acerca de la responsabilidad del Estado en materia de salud pública, materializado en la dictación y promulgación de las normas jurídicas que pueden entenderse como las más trascendentes de los últimos lustros del siglo XIX, en el desarrollo ulterior y moderno de la institucionalidad sanitaria.

Con gran agudeza, María Angélica Illanes ha afirmado,

“Desde la ventana del gobierno de Balmaceda, desde la mirada lúcida de los médicos y otros personeros, se inició entonces la conocida vía de las respuestas legales. A fines de la década de los años ochenta, comenzaba a gestarse la historia del siglo XX”⁵.

Las primeras instituciones con que el Estado respondió, tuvieron relación con las amenazas que las enfermedades infecciosas de carácter epidémico significaban para el conjunto de la población,

³ Pinto Vallejos, Julio: “¿Cuestión Social o Cuestión Política? La lenta politización de la sociedad popular tarapaqueña hacia el fin de siglo (1889-1900)”. HISTORIA. Vol. 30; 1997; pág. 212.

⁴ Zemelman, Hugo: “De la historia a la política. La experiencia de América Latina”. Siglo XXI Editores; Universidad de las Naciones Unidas; México; 1989; págs. 13-24.

⁵ Illanes, María Angélica: “En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia...”. Colectivo de Atención Primaria; Santiago; 1993; pág. 77.

amenazando a grandes contingentes de masas productivas. Este fenómeno observado en Chile, ocurrió de modo similar en los otros países de América Latina.⁶

Parece evidente que la creación en 1889 del Consejo Superior de Higiene Pública, debe entenderse como el primer hito significativo del proceso de centralización de la institucionalidad sanitaria en Chile. No obstante estas primeras señales en esa dirección, en el resto del siglo XIX y la primera década del XX, las municipalidades siguieron desempeñando labores y tareas vinculadas a la higiene y la salud pública, manteniéndose por bastante tiempo, una suerte de pluralismo de funciones entre el municipio y el Consejo Superior de Higiene Pública, sin que uno pretendiese anular al otro.⁷

El fin de siglo era tiempo de transformaciones y en los países occidentales, en especial en Europa y Estados Unidos, florecía la idea de un órgano estatal centralizado, de cobertura nacional y comandado por un estado mayor, formado por especialistas en la nueva disciplina de la administración sanitaria.

En este sentido debe comentarse que la Oficina Sanitaria Panamericana fundada en 1902, junto a la Fundación Rockefeller y la Universidad de Johns Hopkins tuvieron una importante influencia en la formación de la doctrina sanitaria de varios de los fundadores de la institucionalidad sanitaria chilena, particularmente en el período de los años treinta del siglo XX, así como en la creación del Servicio Nacional de Salud.

No es aceptable omitir de este perfil del siglo XIX hasta 1920, una mención muy destacada del rol jugado, en la institucionalidad sanitaria chilena, por la Beneficencia Pública, cuyos orígenes se remontan a los albores de la República.

Ello, porque la Beneficencia chilena tuvo y mantuvo el control de todos los hospitales del país, prácticamente desde la fundación de la República hasta la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 y porque, según ha señalado el Profesor Dr. Hernán Romero, los hospitales constituyen la espina dorsal de la profesión médica y de todos los sistemas de salud modernos, *“de modo que la propiedad original de los hospitales es determinante para entender, las vías más o menos estatizantes, que asumen los sistemas asistenciales y el tipo de relación laboral que la profesión médica establece con esas instituciones”*⁸.

En 1917, el gobierno convocó al Primer Congreso de la Beneficencia en el que tuvo lugar un debate a fondo que abordó los dilemas básicos del momento: si la salud era un deber de la caridad privada o del Estado y si los médicos debían dirigir los hospitales.⁹

Ante el ambiente público creado por los trabajadores organizados, que rodeó a este primer torneo de la Beneficencia, el Congreso Nacional aprobaba aceleradamente el 13 de Febrero de 1917 la Ley de Salas Cunas y el 3 de Noviembre de ese mismo año la reforma a la Ley de Descanso Dominical que amplió sus beneficios a todos los trabajadores.

⁶ García, Juan César: “La Medicina Estatal en América Latina: 1880-1930”. Revista del Instituto Juan César García. Sumario. Vol. N° 1; Quito, Ecuador; Enero de 1991.

⁷ Illanes, M. A. Ibid; 1993; pág. 101.

⁸ Romero, Hernán: “Desarrollo de la medicina y la salubridad en Chile”. Rev. Médica de Chile (100); 1972; págs. 853-903.

⁹ Revista de la Beneficencia Pública N° 1; 1917.

Las expresiones políticas y sociales del sujeto popular chileno parecían haber asumido el lenguaje de la salud, como bandera de lucha y movilización. Sus reivindicaciones se referían, como lo demostró la proclama y convocatoria de la Asamblea Obrera de Alimentación Nacional dirigida a todo el país, a su derecho a defender su vida por medio de una alimentación sana y barata, solución a los problemas de la carestía, pesca libre y abolición de las concesiones pesqueras, estabilidad monetaria, implantación de la jornada de trabajo de ocho horas y salario mínimo, imponiéndole al Estado plazos concretos para su satisfacción.¹⁰

El 22 de Noviembre de 1918 salieron a la calle 50.000 obreros y pueblo en general, en demanda de sus reivindicaciones.¹¹

Entretanto, como en la Beneficencia subsistieron los problemas de financiamiento y organización del trabajo médico y el Consejo Superior no funcionó por carecer de poderes reales, fue necesario convocar al Segundo Congreso de la Beneficencia en 1922.

Eran ya otros tiempos políticos, los tiempos de la Alianza Liberal, más favorables a las transformaciones que producirían el advenimiento del Estado Asistencial.

A partir de aquello, se presentó al Congreso Nacional un proyecto que creaba un Ministerio para la defensa de la Salud Pública como función del Estado, porque *“la caridad es humillante”*¹². En este proyecto se argumentó que como la Beneficencia era casi enteramente financiada por los fondos nacionales, los servicios debían pertenecer a todos los ciudadanos.

III. EL ESTADO ASISTENCIAL:

La segunda década del siglo XX representó para los países de América Latina, en el campo de la sanidad, una intensificación de las presiones de Estados Unidos por la limpieza de los puertos, que se vio interrumpida por la primera guerra mundial. En esta década un número considerable de países de la región, crean instituciones estatales de sanidad. Fue el caso de Venezuela, México, Honduras, Chile, Haití y Colombia.¹³

Los nuevos sectores sociales, que asumieron el control del Estado, pretendieron dejar de constituir sólo una respuesta ante la amenaza social y se transformaron en anticipadores de las demandas populares. Así, *“el Estado se configura siguiendo los pasos del Pueblo, saliendo al camino de su protesta, poniéndosele por delante, tomando sus banderas, asistencialmente, encausándole su marcha”*¹⁴.

Los médicos y sus organizaciones, consagrados entre los sectores más lúcidos de la época, asumieron progresivamente la mediación de la compleja y contradictoria relación entre el Estado y el movimiento popular, imponiéndole al Estado una nueva direccionalidad, propia del Estado Asistencial.

¹⁰ “La Federación de Obreros de Imprenta”; N° 8; Noviembre, 1918. Citado por M. A. Illanes. Ibid; 1993; págs. 132-134.

¹¹ Illanes, M. A. Ibid; 1993; pág. 135.

¹² Cámara de Diputados. Boletín de Sesiones; Sesión N° 19; 17 de Junio de 1924.

¹³ García, J.C. Ibid; 1991; pág. 14.

¹⁴ Illanes, M. A. Ibid; 1993; pág. 15.

Por todo ello, el lenguaje de la salud pública, los estigmas de la enfermedad y la miseria del pueblo adquirieron el carácter emblemático del principal ropaje con que se vistió el Estado, para contener las potencialidades revolucionarias del sujeto popular, que atentaba contra el orden establecido.

Esta confrontación entre el sujeto popular activo y el Estado decidido a contenerlo, es el perfil general que caracterizó el desarrollo de la salud pública desde 1920 hasta muy avanzado el siglo XX, para converger en nuevos desarrollos, entre 1938 y 1952 con la formación del Servicio Nacional de Salud.

La inspiración fundamental del proyecto de previsión social surgido del Segundo Congreso de la Beneficencia Pública celebrado en 1922, fue proteger al sector de obreros industriales que constituían el núcleo social organizado en el movimiento obrero, percibido como sujeto social perturbador del orden establecido.

Esta política social previsional suponía un nuevo ordenamiento social, una nueva diferenciación conceptual del pueblo entre trabajadores e indigentes y a pesar de que el proyecto contemplaba nominalmente a todo el pueblo en todas sus manifestaciones laborales, *“la historia sabe que esos sectores no asalariados van quedando fuera, pasando a esa categoría de indigentes”*¹⁵.

La transformación del rol del Estado planteaba un proyecto de inclusión, de todas las clases sociales en pugna, en su propio aparato y por ello, todas las clases debían costear su financiamiento. Esta lógica del financiamiento tripartito, fue el problema principal que dificultó su rápida aprobación. En los hechos, llevar a las organizaciones obreras al Estado central, prefiguró problemas de fondo, en los sectores dominantes del Congreso Nacional y hubo de idearse una figura jurídica que, manteniendo lo central del proyecto, generara un organismo público adyacente al Estado central, fuertemente controlado por los médicos y que dependiera de un Ministerio fuerte.

El 5 de Septiembre de 1924, horas después de que las Fuerzas Armadas depusieran al Presidente Alessandri el Congreso con la presencia física de la oficialidad del Ejército aprobó, sin discusiones, las leyes sociales que se habían propuesto desde 1922. Con ello nacieron, por la fuerza de las armas, la Ley 4.054 del Seguro Obrero Obligatorio, la Ley 4.055 de Accidentes del Trabajo y el Código del Trabajo, transformados en las bases jurídicas de la nueva institucionalidad.

Finalmente, en Octubre de 1924, la Junta Militar decretó que el Estado Asistencial fuera comandado por un ambicioso Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo, bajo cuya dependencia quedaron la Dirección General de Sanidad, el Departamento de Higiene y Beneficencia del Ministerio del Interior, la Inspección General del Trabajo, la Junta de Beneficencia, el Consejo de la Habitación Popular, y las Cajas del Seguro Obrero, de los Empleados Particulares y luego, la Caja de Empleados Públicos y Periodistas.¹⁶

Para operacionalizar el Seguro Obrero Obligatorio, la Ley dispuso la creación de una Caja Central con dependencias locales, encargada de otorgar los beneficios a todos los trabajadores asalariados, así como a los aprendices y trabajadores autónomos urbanos y agrícolas que se estimaban en la época en un millón de personas, destacándose que el seguro era obligatorio hasta determinado techo salarial

¹⁵ Illanes, M.A. Ibid; 1993; pág. 197.

¹⁶ Illanes, M.A. Ibid; 1993; págs. 203-207.

y que las Fuerzas Armadas, la policía, los mercantes, los ferroviarios y los empleados particulares tenían regímenes propios.

La organización del movimiento obrero continuaba adelante. Entre el 24 y el 30 de Diciembre de 1921, La Federación Obrera de Chile (FOCH) celebró en Rancagua su Cuarta Convención Nacional y resolvió la adhesión de la Federación, a la Internacional Roja, publicándose la proclama en la que se establecía el compromiso de la organización con la supresión total de la explotación del hombre por el hombre, aboliendo la propiedad privada.¹⁷

La agitación social y la crisis económica llegaron a expresarse en una nueva crisis política que agudizó las contradicciones al interior de los sectores dominantes del Estado, alcanzando a las filas de las Fuerzas Armadas. El 1 de Septiembre de 1931, la Marinería se tomó la Escuadra Nacional, movimiento militar que sólo pudo sostenerse hasta el 8 de ese mes.

El 4 de Junio de 1932, *“una extraña confluencia de alessandristas, ibañistas y socialistas, respondiendo al liderazgo del comandante de la Escuela de Aviación, coronel Marmaduke Grove, se tomó La Moneda con el apoyo del Ejército”*¹⁸.

Merece ser especialmente analizado el hecho que en 1931, poco antes de dejar el poder, el gobierno de Ibáñez promulgó la Ley de Seguridad Interior del Estado, cuerpo legal que impuso un nuevo Código Sanitario que finalmente logró perdurar. Este Código reorganizó las instituciones sanitarias, dio poderes omnímodos al Director de Sanidad y asentó el imperio de la ley sobre el derecho de propiedad, en lo que se refería a las obligaciones de los servicios de utilidad pública, a favor de los intereses generales del Estado, la salud de los ciudadanos y la salud pública.

La vieja disputa entre los intereses individuales y la salud del conjunto de la población, que entrabó por años las atribuciones de regulación y control sanitario, requirió de un poder militar de facto para resolverse. Así, la Dirección General de Sanidad creada en 1918 y que había resultado inoperante por falta de atribuciones ejecutivas, adquirió su plenitud en 1931.

Este fenómeno de latencia en la eficacia y efectividad real de las instituciones sanitarias que va creando el Estado, puede entenderse como un fenómeno común a casi todas ellas en la primera mitad del siglo XX. Resulta muy interesante y simbólico dar cuenta que, en 1932 durante la breve República Socialista, se crea por primera vez en la historia de Chile un Ministerio de Salubridad Pública, que sólo tuvo vigor hasta 1936.

IV. EL ESCENARIO POLÍTICO-SANITARIO DE LA DÉCADA DE LOS TREINTA: UN PERFIL DE LA PROFESIÓN MÉDICA ORGANIZADA:

La década de los años treinta en Chile puede entenderse como el período en que hicieron crisis las expresiones de la hegemonía histórica del individualismo, para hacer frente a los hondos problemas sociales que la caracterizaron.

¹⁷ Vitale, Luis: Ibid; 1979; pág. 45.

¹⁸ Correa, Sofía et als. Ibid; 2001; pág. 108.

La situación sanitaria de la mayoría de la población nacional se tornaba pavorosa y a diez años de la creación del Ministerio de Higiene y de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, la percepción del fracaso rondaba las mentalidades de todos los sectores sociales. Algunas cifras dan cuenta de la situación.

En este período y particularmente desde la década anterior, la profesión médica organizada se constituyó en protagonista principal de las transformaciones que experimentó la sociedad chilena en la construcción de la respuesta social de salud, pudiendo ser caracterizada como un sujeto social de la primera mitad del siglo XX.

Por primera vez en la historia de la salud nacional, los asuntos referidos a la asistencia médica, así como al rol de los profesionales, alcanzaron claros niveles de politización, lo que se expresó a través del Boletín Sindical del Sindicato de Médicos de Chile,* que divulgaba el pensamiento corporativista y el ideario socialista transcribiendo parte de las obras de Durkheim, Marx, Engels, Lenin y Trotsky, lo que determinó que sus directores fueran perseguidos y encarcelados. En Agosto de 1932, fueron detenidos en Valparaíso sus principales dirigentes junto con el joven estudiante Salvador Allende, de quien se *“admiraba su facilidad de expresión, la alegría de vivir y su gran energía”*¹⁹.

Terminada la efímera experiencia de la República Socialista, los intentos de democratización de las organizaciones sindicales de la profesión médica habían terminado y el conflicto del Sindicato con la Sociedad Médica de Santiago que se pronunció a favor de la creación de un Colegio Médico, lo que fue respaldado por el gobierno de Ibáñez, terminó en el ocaso del Sindicato, lo que abrió el camino para la fundación de la Asociación Médica de Chile (AMECH) en 1931.

Con la República Socialista en 1932, afloraron en la AMECH las divergencias ideológicas y políticas. Ante la caída del Presidente Constitucional Juan Esteban Montero, los médicos civilistas o legalistas pretendieron asumir una actitud similar a la de Julio de 1931 contra Ibáñez.

La Vanguardia Médica, integrada por Salvador Allende, Gustavo Molina, Vidal Oltra y otros en su declaración de principios señalaba:

- “1. Es inevitable el derrumbe del actual sistema social por la acción de la mayoría oprimida, para dar origen a una sociedad científicamente organizada.*
- 2. Los fundamentos del nuevo orden social constituyen un problema de organización de los grupos técnicos.*
- 3. El gremio médico debe transformarse en un sindicato que reúna las características técnicas, económicas y políticas de una organización moderna”*²⁰.

*Nota: El Sindicato de Médicos de Chile compartía en esa época el escenario de la profesión médica con la Sociedad Médica de Santiago. En 1931 se fundó la Asociación Médica de Chile (AMECH). Es en esta organización en la que discurren las visiones tecnocráticas de la década de los treinta, que parecen corresponder a la síntesis de las contradicciones emergidas en la década anterior y que construyeron las bases del proyecto sanitario que perduró hasta 1973. Ello hace posible formular como una hipótesis, que el modo como la profesión médica solucionó sus contradicciones en la época, puede encontrarse en la raíz de las contradicciones que la institucionalidad sanitaria arrastró hasta 1973 y que se proyectan al escenario del presente..

¹⁹ Boletín del Sindicato de Médicos N° 249; 1932.

²⁰ AMECH: N° 1; 1939.

Parece posible pensar que en la década de los treinta, el conflicto político se estructuró en dos grandes campos contrapuestos, izquierda y derecha, muy marcado por la separación de la sociedad en clases antagónicas y que en el caso de la izquierda, dio cuenta de la existencia creciente del movimiento obrero y popular, actuando como el agente principal de la estructuración política de la sociedad, que se ha señalado.

Los llamados “médicos jóvenes” de la AMECH concientes de su irrenunciable función social se mostraron abiertos, sensibles, capaces de asumir un rol activo y transformador en la vida del pueblo. Intentaron retomar la palabra y verbalizar el histórico enlace médico con la realidad del pueblo y la justicia. Sus principios y su pensamiento nos hablarán claramente del advenimiento de una nueva conciencia: la conciencia social-técnica. Sin abandonar las filas de la AMECH, formaron tienda aparte en la Vanguardia Médica, nacida al calor del golpe de Estado socializante.

Puesto que los grandes problemas de la medicina social, más que médicos son sociales, se planteaba que su solución eficaz sólo sería posible a través de la acción sinérgica, es decir, *“planeada, con finalidades y objetivos concretos por parte de los organismos del Estado y de la nación toda, poniendo en juego todos los recursos para la defensa de la vida del hombre”*²¹.

V. DEL FRENTE POPULAR AL SERVICIO NACIONAL DE SALUD:

Todos los antecedentes examinados en los capítulos y párrafos precedentes de este trabajo nos permiten afirmar que desde la vigencia política de las leyes previsionales de 1924 y 1925, el movimiento obrero había sido la voz principal en expresar la necesidad de su reforma.

No obstante, el proyecto de ley original de reforma de aquellas leyes fue presentado al Congreso Nacional por el Ministro de Salubridad del Frente Popular Salvador Allende, sólo en 1941, es decir, casi tres años después de que Aguirre Cerda asumiera el mando de la Nación y durmió sin tratamiento en las comisiones parlamentarias, durante casi una década.

¿Por qué el gobierno del Frente Popular presentó su emblemático proyecto de reforma previsional y sanitaria sólo en 1941?

¿Por qué transcurrió casi una década sin que el proyecto fuera examinado por el Congreso Nacional?

¿Qué ocurrió para explicarse que en 1950 se iniciara su discusión parlamentaria?

1. Las Contradicciones Internas del Frente Popular.

Las fuentes y los estudios consultados nos permiten afirmar que, no obstante los importantes grados de acuerdo respecto de las bases doctrinarias de la medicina social, alcanzados por las fuerzas políticas y sociales integrantes de la coalición de gobierno, es posible identificar posiciones

²¹ Boletín Médico-Social de la Caja del Seguro Obligatorio; Noviembre de 1935.

doctrinarias diversas y con contradicciones que pueden explicar la demora política vivida por el gobierno en proponer al Congreso el proyecto de ley de reforma del estatuto legal de los años 24 y 25.

En 1935, en la reunión de Los Maitenes, se habían convocado los médicos de la Caja del Seguro Obrero para denunciar la baja cobertura del seguro social, el nulo impacto de las acciones médicas en la mayoría de los indicadores biodemográficos de los asegurados y la importancia de los factores de la morbilidad en la demanda de la población beneficiaria.

A raíz del consenso anterior fue convocada la Primera Convención Médica de Chile en el mes de enero de 1936 en la ciudad de Valparaíso, cuyas conclusiones principales se refirieron a:

“...el Estado debe reunir a los servicios asistenciales, médicos, sanitarios y provisionales en un Ministerio único asesorado por un Consejo Técnico; estudiar la creación de un Seguro Social Único; orientar la enseñanza médica en un sentido social y centralizar la lucha contra los males de proyección social como la tuberculosis, la lúes, el alcoholismo y otros.

Y a que el gremio médico debe defender el justo equilibrio en la distribución de los productos del trabajo, así como la influencia del Estado en la producción, en la distribución y en los precios de los productos de subsistencia y su intervención en la mejoría de las condiciones de vida del pueblo”²².

A partir de las notas personales del Dr. Durán Morales, ha sido posible construir el cuadro de conceptos básicos de los que se armó la medicina social chilena y que constituyó la pauta de la actuación de la Asociación Médica de Chile, hasta la llegada del Frente Popular.

Las cinco ideas fundamentales fueron:

- La concepción social de los problemas médicos o medicina social.
- La socialización de la medicina en tanto obligación principal del Estado de Bienestar para toda la colectividad.
- La centralización de la función sanitaria en una sola institución de carácter técnico.
- El predominio del saber médico sobre la intervención legal y política en la planificación y comando de los servicios.
- Una visión corporativista de las relaciones entre profesionales y trabajadores de la salud y el Estado.

Estos principios de la organización médica fueron acogidos por los sectores vinculados con las ideas progresistas que crearon el Frente Popular.

A mi juicio, las distintas visiones y opiniones políticas de carácter ideológico-doctrinario que se confrontaron en el campo de la salud, tanto al interior del Frente Popular como en las relaciones de ese gobierno con los otros sectores políticos, reafirman la hipótesis central de este trabajo en el sentido del rol principal de la dialéctica del conflicto, en la generación de las opiniones y decisiones respecto de la medicina, el Estado y la sociedad.

Tres líneas fundamentales de pensamiento, protagonizaron las disputas políticas de la época.

²² Durán Morales, Hernán: Revista de Previsión Social N° 10; 1936.

Lo que podríamos llamar *el proyecto conservador* inspirado por el Prof. Dr. Eduardo Cruz-Coke y que fue publicado en 1938 por el autor, en un libro titulado “Medicina Preventiva y Medicina Dirigida”, plantea la tesis del círculo enfermedad-pobreza interesándose por el individuo concreto que produce y consume riqueza, considerando que la salubridad del pueblo es función de su propia vida económica ya que..... “*los fenómenos de inadaptación del individuo al medio en que se desarrolla, gobiernan toda la patología social*”²³.

Cruz-Coke afirma categórico, que “*la medicina social con caracteres demagógicos, basada en lamentaciones y consideraciones económicas vagas, no es válida*”²⁴.

Lo que podríamos llamar *el proyecto socialista* fue formulado sustancial y principalmente por Salvador Allende quien critica fuertemente y en toda su extensión la Ley de Medicina Preventiva del Dr. Cruz-Coke, Ministro de Salubridad del segundo gobierno de Alessandri, anterior al de Aguirre Cerda, desarrollando para ello la tesis de que se debe invertir el círculo vicioso “enfermedad-pobreza”, sostenido por Cruz-Coke, señalando que son los factores socioeconómicos y del medio ambiente los que inciden directamente en la salud, debiendo el Estado actuar sobre ellos.

Dice claramente Allende, “*esa Ley no hace justicia a su nombre por cuanto ese concepto científico incluye la atención integral de la salud, comprende a todos los individuos desde su gestación hasta su fallecimiento*”²⁵.

Allende continúa polemizando cuando sostiene que esa Ley es estrecha, reducida, porque apenas cubre a los asegurados activos, no considera el salario ni la higiene ambiental, no incluye muchas otras enfermedades, como las enfermedades profesionales, no contempla el núcleo familiar como un foco de enfermedades, descuida los aspectos curativos y no integra a los hospitales y demás servicios asistenciales, agregando “*...por último, los patrones utilizan la ley como un arma para eliminar al candidato a enfermo en el momento en que éste busca trabajo, agravando así el desempleo*”²⁶.

En síntesis, para Allende, la política de Medicina Preventiva “*tal como está proyectada e implementada es un fracaso completo*”²⁷.

En relación a las condiciones de vida del “capital humano”, Allende se extiende considerando que...

“las masas populares deben reivindicar su derecho a vivir como un pueblo culto y la Nación debe movilizarse con todas sus fuerzas para sanear el país, luchar contra los flagelos y los vicios y llevar la ingeniería sanitaria y la medicina social a los lugares más recónditos y distantes del país.

El capital humano, base fundamental de la prosperidad económica, ha sido abandonado a su propia suerte, impidiendo que la población sea compacta, sólida y sana, capaz de producir y de hacer florecer el desarrollo industrial y económico. Los gobiernos anteriores al Frente Popular estimaban postergables los gastos en salud pública sin pensar jamás que la preservación del capital humano constituye la más alta responsabilidad del Estado moderno”²⁸.

²³ Cruz-Coke, Eduardo: “Medicina Preventiva y Medicina Dirigida”. Editorial Nascimento; Santiago, Chile; 1938.

²⁴ Cruz-Coke, Eduardo: Ibid; 1938; págs. 13-16.

²⁵ Allende, Salvador: “La Realidad Médico-Social Chilena. Ministerio de Salubridad. Santiago; 1939; pág. 179.

²⁶ Allende, Salvador. Ibid; 1939; págs. 180-181.

²⁷ Allende, Salvador. Ibid; 1939; pág.182.

²⁸ Allende, Salvador. Ibid. 1939; págs. 195-197.

Lo que podríamos llamar *el proyecto radical*, que correspondía al partido político más fuerte de la coalición y que era el partido del Presidente Aguirre Cerda, pareció inspirarse en las propuestas de la Organización Internacional del Trabajo para las políticas sociales.

La categoría central de sus planteamientos era el trabajo. Por lo tanto, la preocupación estaba reducida a las fuerzas productivas insertadas en el mercado formal de trabajo. En consecuencia, el sistema de seguro social era entendido como una política destinada a mantener la salud y la capacidad de trabajo del asegurado, proteger a su familia y asegurarles existencia económica. El Seguro era entonces una institución económico-sanitaria que cumplía su objetivo a través de la prevención de riesgos, la recuperación de los afectados y la indemnización pecuniaria de los daños ocasionados. Su financiamiento debía ser, en consecuencia, tripartito de modo que el aporte de los trabajadores fortaleciera el reconocimiento de sus derechos, el aporte del empleador lo interesara por disponer de mano de obra de calidad y el aporte del Estado, promoviera la solidaridad social y la cohesión de los diversos componentes de la sociedad.²⁹

Estos planteamientos se adscribieron a la postura ideológico-doctrinaria de Cruz-Coke en el sentido de considerar a la medicina social o colectiva como una acción de vigilancia sobre el individuo sano y su familia, en tanto valor económico a preservar.

El problema con las tesis socialistas de unificar todos los servicios médicos en una sola institución, se ha hecho explícito.

Estas diferencias doctrinarias importantes rebasaron el campo de lo teórico-especulativo y se expresaron en las diversas instancias gremiales y políticas del proceso de toma de decisiones.

En 1937, en la Convención de la AMECH se había planteado un Plan Racional e Integrado para el Cuidado de la Salud Pública a partir de los fundamentos de la medicina social, cuya discusión hubo de ser postergada por intervención de los médicos radicales.

En la Convención de la AMECH de 1938 se aprobó que se enviara al Congreso un proyecto de ley que, en la misma línea del año anterior, contemplaba la fusión de los servicios médicos de la Caja del Seguro Obrero y de la Beneficencia, creando un Servicio Nacional de Salubridad, el que sería implementado por un Consejo, iniciativa para la cual el Ministro Allende había conseguido el respaldo preliminar del Presidente Aguirre Cerda.³⁰

Los radicales impugnaron ese proyecto porque significaba “*un paso atrás*” en relación a los progresos médico-sociales alcanzados en el país y en Europa. Para Bustos, Director General de Previsión Social de la época, era inaceptable la idea de fundir la Beneficencia, entendida como la asistencia médica caritativa, con el Seguro que significaba la previsión y con la Salubridad o policía sanitaria, en una sola entidad.

En síntesis, la iniciativa calificada como “*un grave retroceso*” se destruía con argumentos doctrinarios, técnicos, sociales y morales.³¹

²⁹ Bustos, Julio y de Viado, M.: “La Protección de la Salud a través del Seguro Social y sus Relaciones con la Sanidad y la Asistencia Pública”. Informe presentado al Congreso Interamericano de Previsión Social. Santiago, Septiembre de 1942. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. 1942.

³⁰ Labra, M.E. Ibid; 1997; pág. 180.

³¹ Bustos, Julio. Ibid. 1939; pág. 29-31.

Estas disputas en el seno del Frente Popular, proyectadas a la gestión de gobierno de Aguirre Cerda, permiten demostrar la existencia de profundas contradicciones en el seno de la coalición gobernante, en torno a los elementos fundacionales de la proyectada reforma del Seguro Social que habría de ser propuesta en 1941 y finalmente resuelta en 1952 con el Servicio Nacional de Salud y el Servicio del Seguro Social.

2. Casi 10 años de silencio legislativo.

A la luz de las contradicciones examinadas en el párrafo anterior, el texto del proyecto de ley de reforma de la seguridad social de los años veinte, que en 1941 presentó el gobierno al Congreso, expresa que la negociación al interior del gobierno del Frente Popular, se resolvió con la hegemonía de las tesis de los radicales, por cuanto sólo en los fundamentos del proyecto se encuentra la intención socialista de un régimen único para la previsión social chilena.

En efecto, el articulado del proyecto no propuso un servicio de salud para toda la población, alcanzando sólo a la propuesta de un Consejo Coordinador de los Servicios Médicos, sólo como un primer paso para su integración y sin alcanzar a proponer la creación de una institución nacional de salud de cobertura total.³²

Para comprender la larga demora que sufrió este proyecto de reforma, debe invocarse un conjunto de otras razones que se expresaron a la hora discutir el modelo de protección social y médica que se quería implantar. Es el caso de las divisiones al interior del estamento médico que se manifestaron independientemente o contra las decisiones de sus propios partidos políticos.

El crecimiento de la burocracia estatal de los años treinta en adelante, mostró una expansión inorgánica, en particular en el área social, que pareció reflejar más arreglos políticos circunstanciales que exigencias técnicas propias del trabajo institucional.

En el área de la previsión social, esto se expresaba en el acceso diferenciado de diversos grupos sociales minoritarios a Cajas y esquemas de jubilación y pensiones, lo que contrariaba la lógica universalizante proclamada por las políticas sociales del Frente Popular.

El problema político-administrativo que vivía la clase gobernante y que condicionaba sus contradicciones, debe ser evaluado como muy importante si se tiene en cuenta que uno de los argumentos centrales para debatir la reforma en 1950, fue la necesidad de unificar *“los 40 regímenes existentes, administrados por 30 instituciones, siendo la Caja del Seguro Obrero la mayor de todas y la que gastaba doce veces menos por beneficiario, que las cajas de los empleados, funcionarios públicos y militares”*³³.

Este crecimiento inorgánico del sistema previsional que finalmente, la reforma de 1952 no modificó, fue atribuido por algunos a *“la ignorancia y rapacidad de los políticos que querían congraciarse con los electores”*³⁴.

³² Mensaje Presidencial del Presidente Aguirre Cerda: 10 de Junio de 1941. Archivo Nacional. DIBAM. Santiago. Chile

³³ Senado de la República. Diario de Sesiones. 6° sesión extraordinaria: 21 de Noviembre de 1950.

³⁴ Romero, Hernán: “La Crisis del Seguro Social y la Reforma de la Salubridad”. Santiago. Ed. Universidad de Chile; 1958.

Aparte de los analizados, varios otros factores conspiraron también contra la rapidez del estudio legislativo del proyecto propuesto por el Ejecutivo.

Uno de ellos se refiere a las distintas posiciones de los partidos políticos frente a la cuestión social que, aparentemente había sido superada con la implementación de las leyes de 1924, pero que la discusión legislativa entre 1940 y 1952 demostró que permanecía vigente, porque se encontraba ligada a la disputa mayor en torno al proyecto de desarrollo económico que se quería para el país: librecambismo o desarrollo estatal.

También influyeron las divisiones internas de los partidos de la coalición, en particular la del Partido Socialista en el propio año 1941, que terminó en la formación del Partido Socialista de los Trabajadores, además de la decisión de la Confederación General de Trabajadores de Chile de marginarse del Frente Popular³⁵ y las duras disputas electorales entre los partidos que hacían aparecer a la coalición gobernante como destruída.³⁶

En 1946, González Videla obtuvo el 40,1% de los sufragios y para ser ratificado por el Congreso Pleno redefinió sus alianzas políticas, haciendo pacto con los liberales, lo que significó una importante restricción a la coalición de centro-izquierda original que había propiciado el hecho inédito en el país, de que tres comunistas asumieran carteras ministeriales.

A poco andar, el gobierno de González Videla decidió ingresar a la guerra fría desencadenando un proceso represivo, continuo y permanente, extendido al conjunto del movimiento obrero y a todas las latitudes del país. A ello se agregó una profundización de las condiciones de inequidad económica y social.

La respuesta movilizadora del movimiento obrero se incrementó progresivamente, llegando a transformarse en el factor subjetivo de lo que se planteó como una crisis orgánica, que se extendía a todos los ámbitos del acontecer nacional.

La movilización social y las protestas populares, potenciadas por una ley que los sectores populares llamaron “La Ley Maldita”, resquebrajaron la estructura y solidez de los propios partidos políticos que se involucraron en ella, contribuyendo a la configuración de la situación de crisis que terminó con los gobiernos radicales.³⁷

Se ha afirmado que la década de los cincuenta del siglo XX expresa, de algún modo, la culminación de la tolerancia del sistema político chileno a la presión y empuje de las organizaciones populares, tanto de los sectores obreros como de los sectores medios que, por diversos y múltiples medios legales e ilegales, forzaron una respuesta transformadora de la institucionalidad, en relación al régimen previsional y sanitario.

Es posible concluir entonces que, la larga espera del proyecto de transformación de la legislación del Seguro Social proveniente del año 1924, desde 1941 hasta 1952, aparece claramente influída por el juego muy variable de la correlación de fuerzas políticas que dividió al Frente Popular y a los

³⁵ Moulian, Tomás y Torres, Isabel: “Discusiones entre Honorables: Las candidaturas presidenciales de la derecha 1938-1946”. FLACSO. Santiago, Chile; pág. 154.

³⁶ Moulian y Torres. Ibid; 1987; pág. 155.

³⁷ Senado de la República. Diario de Sesiones: 39° Sesión Ordinaria: 31 de Agosto de 1948.

sectores conservadores y por la política errática y zigzagante del gobierno de González Videla que, luego de su origen en la izquierda viró a la derecha, aliándose con los sectores más conservadores.

También, por las condiciones políticas y sociales que se generaron en el país en ese período, a partir del término de la segunda guerra mundial y el surgimiento inmediato de la guerra fría.

A pesar de todo lo anterior, la situación social y política empujada por el movimiento obrero y popular y la crisis originada, obligaron al gobierno a abrirse en 1950, a una alianza con los sectores socialcristianos y de la naciente Falange Nacional, generándose lo que se llamó un gabinete de “sensibilidad social” que abrió la discusión parlamentaria del proyecto originado en 1941 y que luego de dos años, culminó con el Servicio Nacional de Salud y el Servicio de Seguro Social en la Ley 10.383.

VI. EL SERVICIO NACIONAL DE SALUD:

Más allá que la creación del Servicio Nacional de Salud pueda conceptualizarse como una reforma sanitaria y previsional o como una creación nueva y original, lo cierto es que la Ley 10.383 de 1952, al fundar la nueva institución, fusionó en ella diferentes organismos nacidos en momentos diversos de la vida nacional, que tenían funciones y atribuciones diferentes, cuyo conjunto ahora en el Servicio Nacional de Salud, suponía la integración en un comando único, descentralizado, autónomo y con financiamiento propio, que permitiría la ejecución armónica y coordinada de la prevención, fomento y recuperación, que caracterizaban la protección moderna e integral de la salud.

Las instituciones que concurrieron a la nueva organización fueron, la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social; el Servicio Nacional de Salubridad (antigua Dirección General de Sanidad); el Servicio Médico de la Caja del Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez; la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia; la Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo; los Servicios Médicos y Sanitarios de las Municipalidades y el Instituto Bacteriológico.³⁸

De este modo, el nuevo servicio cubría con las actividades de protección y fomento de la salud, es decir, con las acciones sanitarias y de asistencia social, al 100% de la población nacional, reservando las actividades de recuperación, es decir aquellas que se refieren a la atención médica curativa, al 70% de la población, privilegiándose a los grupos más desposeídos de obreros e indigentes.³⁹

Pertinente y necesario es señalar que quedaron al margen de la nueva organización, el Servicio Médico Nacional de Empleados que tenía a su cargo la aplicación de la Ley 6.154 de Medicina Preventiva a los imponentes de las demás cajas de previsión y el Servicio Médico de la Caja de Accidentes del Trabajo, cuya incorporación fue rechazada por el Parlamento.⁴⁰

³⁸ Mardones Restat, Jorge: “Origen del Servicio Nacional de Salud”. Rev. Méd. de Chile; 105; 1977; pág. 654.

³⁹ Horwitz, Nina y cols.: “Salud y Estado en Chile. Organización Social de la Salud Pública”. Publicaciones Científicas; OPS; Chile; 1995.

⁴⁰ Horwitz, Nina et als. Ibid; 1995; pág. 40.

Estas exclusiones institucionales, marcaron decisivamente el carácter restrictivo de la cobertura del Servicio que se pretendió, en su formulación doctrinaria original, como un servicio de cobertura nacional y único para toda la población del país.

Como veremos en las próximas páginas, desde el año 1953 en adelante el Estado de Bienestar representado por las dos más importantes instituciones creadas por la Ley 10.383, el Servicio Nacional de Salud y el Servicio del Seguro Social, sufrieron turbulencias, vaivenes, exclusiones y modificaciones que afectaron su administración y gestión y que contradecían las conquistas democráticas de la sociedad chilena, que debían expresarse a través de ellas.

El Servicio del Seguro Social fue considerado una institución muy por debajo de la expectativas de los trabajadores organizados y el Servicio Nacional de Salud fue objeto de políticas contradictorias y antagónicas con su doctrina fundacional, a veces demoledoras como el subfinanciamiento, lo que se tradujo en una estructura perturbada, marcada por retrocesos y avances, por profundos pesimismo y exultantes euforias que poblaban al ánimo institucional.⁴¹

1. Los grandes problemas del nuevo Servicio.

La estructura del Servicio Nacional de Salud, en los años siguientes a su creación hasta 1970, pareció apartarse paulatinamente de su modelo inspirador, debido a factores como las redefiniciones en el campo de las fuerzas políticas en cada elección presidencial o parlamentaria, con efectos en la continuidad del Servicio, las tensiones entre la tendencia a la socialización de la medicina sostenida por la presión popular y las tendencias a la mercantilización del trabajo médico, la contención de los gastos crecientes en salud y la intensidad de las luchas corporativas por la apropiación de los beneficios sociales, que el escaso desarrollo económico nacional permitía distribuir entre la población.

En 1950, al iniciarse los debates en el Congreso, un grupo de diputados propuso y fundamentó la propuesta de insertar en el proyecto, un conjunto de artículos que conducirían a la creación del Servicio Nacional de Salud, cuyas ideas centrales eran parte del Plan General de Seguridad Social que había sido elaborado por el Dr. Benjamín Viel y el economista Francisco Pinto. Este sostenía que para que fuese eficaz, el principio de solidaridad, debía acompañarse de la elevación de los salarios, asociado a los principios de unicidad, uniformidad, continuidad y universalidad en la protección legal de toda la población y en todas las etapas de la vida.⁴²

En el plano del financiamiento, el Plan propuesto significaba la transformación progresiva del financiamiento tripartito, hacia el financiamiento total a través del presupuesto fiscal, nutrido de los impuestos generales de la Nación, a través de un Fondo Único Nacional.⁴³

La propuesta parlamentaria basada en los contenidos de Viel y Pinto fue desechada en lo relacionado con el Seguro Social. En lo que se refería al Servicio Nacional de Salud, muchos de sus contenidos propuestos fueron incluidos. Sin embargo, la coyuntura política que configuró las reglas del juego

⁴¹ Labra, M.E. Ibid; 1997; págs. 218-237.

⁴² Pinto, Francisco y Viel, Benjamín: "Seguridad Social Chilena: Punto para una Reforma". Editorial del Pacífico; Santiago; 1950.

⁴³ Pinto y Viel. Ibid; 1950; págs. 93-98.

decisorio no aceptó lo referido al modo de financiamiento ni resolvió el problema de la inserción del Servicio de Salud en el Seguro Social, de modo tal que

“...el Servicio Nacional de Salud no pudo contar con la indispensable independencia financiera que habría tenido, si se le hubiera dotado de fondos provenientes de los tributos generales. Así también, en la atención médica se mantuvo la exclusión de los trabajadores rurales, domésticos y por cuenta propia, de los empleados particulares y de los funcionarios públicos”⁴⁴.

Desde la creación del Servicio Nacional de Salud y desde su estructura de institución autónoma, descentralizada y dirigida por un Honorable Consejo Nacional de Salud de carácter ejecutivo, pareció prevalecer en el sector que las discusiones se restringirían al ámbito de su organización y de sus programas, de modo que los problemas de política se transformasen en asuntos puramente técnicos y administrativos, lo que a mi juicio generó en el ámbito de la doctrina de salud pública, una tendencia tecnocrática hacia la despolitización de la salud.

Así parecen demostrarlo los acontecimientos ocurridos entre 1953 y 1973, esa gran multiplicidad de discusiones, hacia adentro y hacia fuera del ámbito de la arena pública y política que pueden ser atribuidas a los factores políticos, económicos y sociales del período y al fenómeno que puede tipificarse como una progresiva y controvertida mercantilización de la mentalidad médica, que se confrontó de modo creciente, con el vigoroso desarrollo de las organizaciones de los trabajadores de la salud, nucleadas en torno a la Central Única de Trabajadores de Chile (CUT), creada en 1953.

En el segundo gobierno de Ibáñez, el Índice de Precios al Consumidor subió en promedio 50%⁴⁵ y el gobierno intentó controlar tal ciclo recesivo con la misión Klein-Saks, cuyos planes de estabilización con el congelamiento de precios y salarios y reducción de los funcionarios públicos, afectó severamente el financiamiento del Servicio de Salud.

Expresión elocuente de la inestabilidad política en el sector salud fue la sucesión de once Ministros de Salud durante el gobierno de Ibáñez, de los cuales cuatro de ellos tuvieron, claramente, una actitud contraria al estatuto jurídico que sostenía al Servicio Nacional de Salud.

En tales condiciones, la autonomía del Servicio de Salud, parecía constituirse en “un Estado dentro del Estado” que incomodaba a los gobiernos. En 1954 el Colegio Médico denunciaba los intentos del gobierno de Ibáñez de modificar la Ley 10.383 que dio vida al Servicio de Salud, por medio de Decretos-Leyes.

Ciertamente, entre los grandes problemas que afectaron el funcionamiento del Servicio Nacional de Salud, debe ser anotado el proceso de mercantilización del trabajo médico, cuya iniciación como una tendencia ideológica formal de la opinión de la profesión médica organizada, podemos situar en la Convención Médica de 1956. A partir de este evento gremial de carácter nacional, lo que antes de esa fecha había sido una opinión minoritaria y no sostenida, se transformó en un proceso de expansión creciente con la conformación de la tendencia orgánica de lo que se llamó el “gremialismo” y cuyo desarrollo habría de culminar en el gobierno del Presidente Allende, con la intervención abierta de ésta en la generación del golpe militar de 1973.

⁴⁴ Labra, María Eliana: “Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950)”. Cuadernos Médico-Sociales 44; Chile; 2004; págs. 207-219.

⁴⁵ Valenzuela, Arturo: “El quiebre de la democracia en Chile”. FLACSO; Santiago; 1989.

La Convención de 1956 fue de crucial importancia histórica puesto que mostró que un nuevo espíritu mercantil iniciaba su marcha en la corporación, lo que queda demostrado paradigmáticamente como conclusión de un artículo publicado en la Revista Médica, órgano oficial del Colegio Médico,

“La medicina es una mercadería que, por paradoja, la necesitan preferentemente los que están en peor situación económica para comprarla”⁴⁶.

Los problemas para el SNS continuaron durante el gobierno de Jorge Alessandri. En su primer mensaje al Congreso Nacional, Alessandri junto con reconocer el enorme significado de la reforma social de 1952, estimó indispensable modificar los fundamentos del SNS y su confusa relación con el Servicio del Seguro Social, porque afirmó que no respondía a las exigencias de los asegurados, no guardaba relación con el elevado costo que significaba su mantención ni estaba contribuyendo a mejorar los pésimos indicadores de salud de la población.⁴⁷

El gobierno de Alessandri tomó varias medidas usando el expediente de los decretos del Ministerio de Salud Pública, que fueron rechazadas por el Colegio Médico, abriéndose los conflictos del período.

Una de esas medidas, en 1959, tuvo gran importancia en el ordenamiento del Servicio Nacional de Salud porque formalizó la centralización normativa y la descentralización ejecutiva de las acciones de salud, quitándole a los centros de salud el comando de las acciones sanitarias como lo había señalado la ley original, creando las Áreas de Salud centradas en los hospitales base, que pasaron a constituir la cabeza del comando.

Esta determinación que parece haber tenido como inspiración una mayor y mejor integración de las acciones de protección y fomento con las de recuperación de la salud que se entendían centradas en los hospitales, fue y ha sido muy criticada por algunos salubristas chilenos porque desplazó el comando y la jerarquía técnico-institucional de la salud, representada por los Centros de Salud, a la Enfermedad, representada por el hospital. Esta polémica técnica y cultural del ámbito sanitario, subsiste hasta hoy día.

Los grandes problemas con su financiamiento, se hicieron permanentes porque tenían como hemos analizado una base estructural y se prolongaron hasta 1970, hasta el gobierno de Salvador Allende.

“Desde el punto de vista financiero todos los balances anuales del período 1952-1970 demuestran que los gastos del SNS siempre superaron a sus ingresos. Esto incentivó la discusión sobre sus sistemas de financiamiento y sobre la pertinencia de mantener esa organización en la atención de salud. Esta discusión fue acentuada a fines del período con el aporte a la reflexión de la planificación, motivando algunos cambios estructurales”⁴⁸.

⁴⁶ Vida Médica: Vol. IX; N° 9; Septiembre de 1957; pág. 16.

⁴⁷ Jorge Alessandri Rodríguez, Presidente de la República. Mensaje Presidencial 21 de Mayo de 1959. Archivo Nacional. DIBAM; Chile.

⁴⁸ Horwitz, Nina et als. Ibid; 1995; pág. 45.

2. Grandes e inolvidables virtudes del Servicio Nacional de Salud.

El proyecto de ley del 10 de Junio de 1941 firmado por Pedro Aguirre Cerda y Salvador Allende Gossens comenzaba en su Título I, *“declarando obligatorio el seguro de enfermedad, invalidez, vejez, muerte, cesantía y accidentes del trabajo para todos los obreros que ordinariamente ganen un salario comprendiendo a los postulantes o aprendices de cualquier trabajo, industria u ocupación y a los trabajadores independientes como artesanos, artistas, pequeños industriales, pequeños comerciantes fijos o ambulantes o personas que realizan oficios o prestan servicios directamente al público en calles, plazas, portales o almacenes, siempre que su renta anual no exceda de \$ 20.000”*⁴⁹.

*“Si se considera que las estadísticas arrojan para cada imponente un promedio de dos familiares y que la Caja atiende aproximadamente a 1.200.000 asegurados, se tendrá que 3.600.000 chilenos, esto es el 70% de la población, estará amparada contra el riesgo de enfermedad por la atención médica, farmacéutica, dental y hospitalaria”*⁵⁰.

Ambos textos citados, a partir de la Historia Fidedigna de la Ley revelan una de las virtudes capitales del proyecto de ley original porque, pese al ámbito restrictivo del Mensaje en términos de coberturas, demuestran la pretensión universalizante de la cobertura del proyecto propuesto, toda vez que el total de la población nacional se elevaba en aquellos días a 5.142.857 habitantes y que el alcance de las categorías de trabajadores no obreros que se describen como beneficiarios del proyecto, incluyen las categorías de los sectores medios.

A pesar de las resistencias de los sectores conservadores en el Congreso Nacional, puede ser visto como una virtud agregada del SNS, el hecho que los discursos en pugna compartieron que la reforma del Seguro Social sólo podía ser enfrentada a partir de una responsabilidad fundamental del Estado y del conjunto de la sociedad, en formas y grados variables, de modo que el discurso y las iniciativas de las políticas públicas, no dejaron espacio alguno para la medicina individual.

La preeminencia de lo colectivo sobre lo individual y de lo público sobre lo privado, ciertamente debe ser mencionada como una de las grandes virtudes del primer estatuto del Servicio Nacional de Salud, que marcó de modo decisivo el curso de los hechos políticos sectoriales desde la creación del Servicio hasta 1973.

No debemos olvidar que la Ley 10.383 facultaba expresamente al Presidente de la República para incorporar a la estructura del SNS, según las circunstancias, a otros servicios fiscales, semifiscales o municipales, lo que reafirma la intención universalizante del Estado de la época, en materia de salud y seguridad social.

No obstante las exclusiones, las precariedades financieras descritas y los conflictos político-institucionales vividos por el SNS y su estatuto jurídico, con todos los gobiernos del país hasta 1970,

⁴⁹ Mensaje Presidencial de Pedro Aguirre Cerda. 4° Sesión Ordinaria. Cámara de Diputados. Martes 10 de Junio de 1941. Historia de la Ley 10.383. págs. 136-137: Biblioteca del Congreso Nacional. Santiago. Chile

⁵⁰ Mensaje Presidencial Pedro Aguirre Cerda. Ibid; 1941; pág. 139.

la preeminencia de lo colectivo y lo público le abrió paso a la constitución en todo el país del equipo multidisciplinario de salud.

Desde su creación hasta 1973, la tendencia a la universalidad de la cobertura del Servicio Nacional de Salud, con el más alto nivel del conocimiento y la tecnología médica de la época, junto a su extensión a todos los territorios del país, hizo posible la presencia protagónica del equipo de salud que, armado de la planificación y su expresión programática, se hizo cargo de las necesidades de la población, expresadas y reclamadas como problemas de salud a través de la demanda.

Los grandes grupos de población nacional en todos los rincones del país, abrieron, animaron y desarrollaron con la institución que se expandía, representada por sus recursos humanos armados de sus programas, una relación que la legitimó y respaldó, que se profundizó en el tiempo y que dotó al conjunto nacional, de una cultura sanitaria responsable de la eficacia epidemiológica expresada en los avances en el nivel de salud de nuestras poblaciones, con altísimos niveles de eficiencia.

No de otro modo es posible comprender y explicar que la población chilena haya alcanzado en la segunda mitad del siglo XX, incluso hasta nuestros días, niveles de salud comparables o superiores a las poblaciones de países con un gasto en salud cinco veces mayor que el nuestro.

Ejemplo destacado de lo anterior es la vacunación BCG, parte de nuestro Programa de Control de la Tuberculosis que de un modo señero en América Latina prácticamente ha erradicado del país las formas meningoencefálicas de la tuberculosis, que afectan especialmente a la población infantil.

Otra expresión destacada de la cultura sanitaria nacional generada por el Servicio Nacional de Salud, es la experiencia de salud colectiva vivida con ocasión de la epidemia de cólera de 1991, durante la cual otra vez, la población nacional se alineó detrás del liderazgo sanitario ejercido por el Ministerio de Salud, a pesar de los largos años recientes de tiranía y despojo del Servicio Nacional de Salud, de modo que la mortalidad por esta enfermedad, afectó mínimamente la salud colectiva, contrariamente a lo ocurrido en buena parte de nuestros países hermanos de la subregión.

También debe ser incorporado a esta muestra del respaldo ciudadano histórico a las políticas de salud, lo acontecido con el Plan de Mejoramiento de la Atención Primaria iniciado entre los años 2000 y 2002, que significó controlar el problema de los tiempos de espera y los rechazos discriminatorios de la red primaria de atención en todo el país.

Ciertamente entonces, entre las grandes e inolvidables virtudes del Servicio Nacional de Salud debemos incorporar, como parte de nuestro patrimonio cultural sanitario presente en nuestra memoria institucional de hoy, el conocimiento y la seguridad que la convergencia entre los equipos de salud y la población tributaria del trabajo sanitario, es un factor crítico del éxito o del fracaso de las políticas y programas de salud, en materia de salud colectiva.

VII. LA LEY DE MEDICINA CURATIVA: UNA REFORMA REGRESIVA:

El 30 de julio de 1964, en las postrimerías de su gobierno y dos meses antes de la siguiente elección presidencial, el Presidente Jorge Alessandri Rodríguez envió al Congreso Nacional un segundo proyecto de ley de Medicina Curativa, que el Senador y Candidato Presidencial Eduardo Frei

Montalva acogió, constituyéndose en la base de la discusión legislativa que culminó con la reforma de Abril de 1968 expresada en la Ley de Medicina Curativa.

1. El Proyecto de Ley.

El texto del Mensaje se inicia con una Introducción que expone los motivos del Ejecutivo y cuya brevedad de 10 párrafos, que no alcanzan a una página y media del acta de la Cámara de Diputados, demuestra a mi juicio, que no se exponen ni fundamentan en profundidad los motivos y los elementos doctrinarios que consideró el Ejecutivo, para una transformación tan radical de la doctrina de salud pública y previsión social que sostenía el Estado de Chile hasta ese momento y desde hacía décadas.⁵¹

En efectos, las fuentes primarias y la bibliografía consultadas, permiten demostrar que las transformaciones que induciría la ley que se derivó de este proyecto, constituyó una trascendental reforma del sector salud chileno por cuanto 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.

Se abrió la puerta legal a la existencia de dos tipos de atención médica, una funcionaria para los obreros y una privada para los empleados, a la que se destinarían los mayores recursos que ello significare, “*al real pago de beneficios médicos*”⁵². Aparte de la inequidad y del trato desigual que con este proyecto se consagró, está implícito en su exordio que la atención médica para los empleados sería individual y no de equipos profesionales, lo que ilustra acerca de su eventual carácter regresivo, desde una mirada técnica moderna. Todos estos efectos, necesariamente previstos por el Ejecutivo, sin duda no se encuentran presentes en los diez párrafos de su exordio.

Muy significativo resulta también comprobar que los primeros párrafos de este exordio señalaban, como antecedente, que los empleados beneficiarios de este proyecto recurrían mayoritariamente al SNS, cuestión que ratificaría con cifras el Ministro de Salud Pública del Presidente Frei Montalva, pocos meses más tarde. Ello significa que era perfectamente posible formalizar legalmente a los empleados como beneficiarios del SNS, haciendo los ajustes presupuestarios y financieros del caso.

El análisis del articulado del proyecto, Artículos 5 y 6 de la Historia Fidedigna de la Ley ya citada, revela de modo explícito que se incluyó como norma legal en la institucionalidad sanitaria chilena, el pago por acto médico, la libre elección y el rol intermediador del Colegio Médico, en la relación beneficiario-prestador, todo ello al interior del ámbito público de los establecimientos hospitalarios del SNS.

En el Artículo 11 del proyecto se consagró legalmente la existencia del co-pago por prestaciones médicas, creándose en el inciso siguiente un sistema de préstamos para los afiliados, para facilitar el co-pago a los prestadores en su totalidad.

⁵¹ Cámara de Diputados. Boletín de Sesiones. Sesión N° 27 del 30 de Julio de 1964.

⁵² “Historia Fidedigna de la Ley 16.741”. D.O. de 2-05-68. Biblioteca del Congreso Nacional.

Estas disposiciones legales establecieron, por primera vez en la legislación sanitaria nacional, este factor de resurgimiento de la medicina liberal y, consecuentemente, el desvío de los recursos, tanto de los beneficiarios como del Estado, al pago de honorarios médicos y servicios profesionales de carácter privado.

Todo lo señalado en los párrafos anteriores demuestra que no se trataba de un conjunto coherente de proposiciones, sino de un esbozo muy imperfecto elaborado por la tecnocracia del SNS y el Colegio Médico, enviado por el gobierno de Alessandri para colocar en la agenda pública un tema que concitara el apoyo político de los sectores medios, en las siguientes elecciones presidenciales.

El proyecto enviado no parece haber sido el producto de acuerdos previamente logrados en algún espacio de negociaciones, a pesar de la existencia del Honorable Consejo Nacional de Salud, de las Convenciones Médicas y de los vínculos permanentes entre las partes involucradas. Debido a este conjunto de presiones políticas, en Septiembre de 1964 los parlamentarios aprobaron en general la propuesta, dejándola para tramitación legislativa posterior.

Este proyecto de ley fue aprobado en su primer trámite constitucional, poco antes de finalizar el mandato de Alessandri y la Historia Fidedigna de la Ley demuestra que, desde 1964 hasta 1968, el Presidente Frei Montalva apoyó decididamente el proyecto, por la vía de las indicaciones y de su sólida mayoría parlamentaria en ambas cámaras.

Para culminar este párrafo de Antecedentes, resulta decidior citar parte de la primera intervención formal del Presidente Frei Montalva en el Congreso Pleno respecto de la salud, por cuanto resulta muy indicativo comprobar el marco contradictorio en el que se moverá el discurso del nuevo gobierno, en relación a su conducta legislativa y administrativa en la institucionalidad sanitaria.

“Teniendo en cuenta que la verdadera solución del problema debe consistir en hacer del Servicio Nacional de Salud un servicio de dimensiones efectivamente nacionales que abarque a todos los sectores de la población, cualquier solución que no sea esa debe ser vista y aceptada como transitoria, por cuanto no puede haber dos clases distintas de medicina, una para los obreros y otra para los empleados”⁵³.

Estas palabras de Frei, que le otorgaban carácter transitorio a la normativa propuesta que si establecía dos clases de medicina, determinaron la conducta de la mayoría parlamentaria, que terminó aprobando lo esencial del proyecto original de Alessandri.

2 Algunos Antecedentes.

Pertinente es anotar que desde la Convención de 1956 el Colegio Médico de Chile había iniciado su cambio estratégico hacia la mercantilización. El examen de los debates permite verificar que se trató de demostrar que la medicina funcionaria ejercida en el SNS había producido efectos muy negativos.

Los números 9 y 10 de la Revista Vida Médica de 1956, muestran que en estos debates se hizo evidente la emergencia en el seno del Colegio Médico de contradicciones de fondo con su propia historia, concluyéndose que debían estudiarse nuevas formas de trabajo y remuneraciones médicas que recuperaran la dignidad y la ética perdidas, especificándose que

⁵³ Mensaje del Presidente Eduardo Frei Montalva. 21 de Mayo de 1965. Archivo Nacional. DIBAM. Chile.

“Se acordó en principio limitar la funcionarización del ejercicio profesional en sus prestaciones a los sectores económicamente débiles y encomendar al Consejo General los fundamentos y redacción de este acuerdo....En lo interno, se acordó la creación de Departamentos de Acción Gremial en los Consejos Regionales”⁵⁴.

En la misma línea doctrinaria, la Revista Vida Médica daba cuenta que el Consejo General del Colegio Médico aprobaba el Reglamento de Libre Elección, publicado en Diciembre de 1957, en cuyo texto se precisa que sólo se acepta el *“trabajo médico funcionarizado en las instituciones públicas que señala la ley del Servicio Nacional de Salud”*; se define la libre elección como *“la facultad del paciente para elegir a su médico, sin intervención directa o indirecta de las instituciones o sus funcionarios y la libertad del médico para proporcionar sus servicios profesionales a un enfermo determinado”* y se consagra, por primera vez, la aparición del *bono en blanco*, como expresión del pago por acto médico.⁵⁵

Estos antecedentes fueron extremadamente importantes en la historia de la ley de medicina curativa, porque en la medida en que, aparentemente el SNS no conseguía universalizar la asistencia médica y la medicina privada no se expandía, la institución pública estaba colocada en un punto crítico, cuya resolución sería parte de la actitud zigzagueante de la organización médica en pro de uno u otro de los cursos en disputa: más Estado o más mercado.

La mayoría de los médicos se fue inclinando por la segunda alternativa y aunque en ese momento histórico no hubo claridad para promoverla e impulsarla y el Colegio Médico mantuvo una actitud contradictoria durante la tramitación legislativa de la ley de medicina curativa, la creciente adscripción de la opinión médica en la dirección referida, abriría el camino del resurgimiento de la medicina liberal, que se consagró durante la dictadura militar.

Por añadidura, no obstante que entre 1959 y 1962, hubo una sensible elevación de la tasa de crecimiento y estabilidad de los precios, ésta fue interrumpida drásticamente abriéndose otro ciclo de endeudamiento público, inflación e intranquilidad social.⁵⁶

A estos desafíos se agregaron, en los últimos años del gobierno de Alessandri Rodríguez, las presiones provenientes de los sectores marginales urbanos y de los empleados, que demandaban solución urgente a la falta legal de asistencia médica hospitalaria que los afectaba. El primer sector, por su inicial desarticulación social, recibiría asistencia a través del filtro de la indigencia contemplado en la ley orgánica del SNS, en tanto que los empleados, agrupados en combativas organizaciones, pugnaban porque el Presidente de la República ejerciera las atribuciones que le confería expresamente la Ley 10.383 para crear oportunamente para ellos, servicios de salud al interior del SNS.

Entre los antecedentes de la ley de medicina curativa, debe ser incluido el hecho que el Colegio Médico veía incrementada su influencia en las decisiones sectoriales, porque sus representantes integraron las múltiples comisiones parlamentarias y grupos de trabajo creadas para resolver los conflictos, lo que le dio capacidades de intervención directa con las organizaciones gremiales de la población:

⁵⁴ Vida Médica. Vol. VIII; N° 10; 1956; pág. 10.

⁵⁵ Vida Médica. Vol. IX; N° 12; Diciembre de 1957; pág. 9.

⁵⁶ Pinto, Aníbal: “Desarrollo económico y relaciones sociales”. Chile Hoy; Santiago. Editorial Universitaria 2° edición; 1970.

“Las experiencias de acercamiento de la Orden Médica con las bien organizadas asociaciones de empleados del sector privado y de los funcionarios públicos, le permitieron al Colegio Médico acumular fuerzas para imponer sus demandas a los gobiernos, en la medida que consiguieron convencer a los empleados de que, con los recursos e infraestructura de que disponía, el SNS era incapaz de proporcionarles atención, siendo necesario optar por regímenes propios de la medicina liberal, a cuyo financiamiento debían concurrir”⁵⁷.

No obstante la insistencia del Colegio Médico en el sentido que el SNS era incapaz de entregar atención a los empleados, las fuentes bibliográficas originadas en el propio Departamento de Salud Pública del Colegio (Cuadernos Médico-Sociales) permiten afirmar que tal afirmación no era sustentable y que, por los bajos salarios, la medicina socializada prestada por el SNS se estaba universalizando en el país, a pesar de sus reales limitaciones y de las drásticas determinaciones en contra, adoptadas por los médicos en su Convención de 1956.^{58 59}

Finalmente, en Enero de 1969, en relación al Reglamento de la Ley de Medicina Curativa que establecía nuevas funciones mediadoras para la Orden Médica, el Colegio se declaraba satisfecho diciendo:

“El Sistema de Medicina Curativa se asienta, en sus aspectos profesionales y éticos, sobre la exclusiva responsabilidad del Colegio Médico”⁶⁰.

3. Los Efectos y Figuras Centrales de la Ley de Medicina Curativa.

La Ley 16.741 y su Reglamento que configuraron el Sistema de Medicina Curativa, tuvo un conjunto de características y efectos que en general, antagonizaron con el espíritu y las prácticas concretas del Servicio Nacional de Salud en cuyo seno fue radicado.

Los efectos de la incorporación del régimen doble al interior del SNS fueron evaluados por la mayoría de los salubristas chilenos como discriminatorios y generadores de severos problemas de operación y gestión: *“...cabe destacar en primer lugar la existencia de una doble administración en el seno del SNS. Por un lado, la estructura y las líneas de administración regulares y por otro, las líneas de atención por el sistema de medicina curativa del Sermena. Actuando en los mismos locales, con los mismos recursos, con los mismos equipos, instrumental e insumos, los médicos especialmente obedecen a dos líneas de autoridades derivadas de dos fuentes y sistemas de pago y, sobretudo con dos niveles de remuneraciones distintas. Esta situación de hecho ha impedido implantar orden, racionalidad, disciplina, agilidad administrativa e igualdad en el trato”⁶¹.*

Además de los efectos negativos sobre la gestión, es necesario dar cuenta de los efectos técnico-médicos y culturales de esta doble práctica instalada en el SNS:

⁵⁷ Labra, M.E. Ibid; 1997; pág. 233.

⁵⁸ Jiménez Pinochet, Oscar: “Organización de la Atención Médica. ¿Cuáles son los beneficiarios del SNS?”. Cuadernos Médico-Sociales; N° 2; Chile; 1962.

⁵⁹ Sepúlveda, Orlando: “Hospitalización en el área metropolitana del Gran Santiago”. Cuadernos Médico-Sociales; Vol. II; N° 1; Chile; 1961.

⁶⁰ Vida Médica. Vol. XXI; N° 5; 1969; págs. 60,61,62 y 63.

⁶¹ Requena, Mariano: “Servicio Nacional de Salud 1971-1972”; Revista Apuntes (4); Santiago; 1972.

“Recibimos la herencia de un SNS desviado de la orientación que se le dio en su creación y centrado principalmente sólo en reparar el daño. Esta orientación ha impregnado la mente de los funcionarios y de la población, que sólo ven en la recuperación de la salud su única expresión. Los esfuerzos por corregirlo son doblemente difíciles por ser las acciones preventivas de mucho menos espectacularidad que las acciones reparativas”⁶².

La creación legal de la figura del co-pago, más allá de las cotizaciones, como una característica central del cuerpo legal analizado, constituye la iniciación de la política del traslado del financiamiento del sistema de salud hacia la población beneficiaria, que habrá de llegar a su máxima expresión durante la dictadura militar y que se mantiene hasta el presente. Históricamente analizado, este nuevo instrumento puede ser entendido como una palanca de desmantelamiento y destrucción del edificio sanitario nacional que, en las décadas anteriores había propugnado instrumentos de igualdad y equidad, lo que puede haberse visto facilitado por la estructura tripartita del financiamiento del SNS y la inexistencia de una estructura estrictamente solidaria a cargo del erario nacional.

Otra figura central es la incorporación, por primera vez en la historia del sector salud, del aparato financiero en la intermediación de la relación médico-paciente, paradójicamente a cargo inicial del Colegio Médico. Expertos en salud pública y administración sanitaria, de todas las orientaciones ideológicas, coinciden en afirmar que la adulteración o intermediación de la relación entre el prestador y el paciente por parte de terceros, ajenos a los protagonistas básicos señalados, constituye un requisito para calificar tal transformación como una reforma fundamental de carácter regresivo de un sistema de salud.

En el caso que se analiza, la figura comentada constituye el inicio de la corrosión de la naturaleza original, hipocrática y de carácter genealógico de la relación entre el saber médico y el individuo que requiere de esos servicios, lo que puede entenderse en la raíz de los grandes conflictos y desafíos bioéticos actuales.

Las normas contenidas tanto en la Ley como en su Reglamento, configuran una estructura de gestión de este sistema de salud, sobre la base de las estructuras de las instituciones financieras y de servicio de los sistemas privados.

Ello se desprende si se analiza que el Fondo de Asistencia Médica consagrado en la Ley, a cargo del Colegio Médico, constituye el núcleo de financiamiento del régimen de medicina curativa, es decir del “banco”, el cheque-bono, girado por la institución pública pertinente, corresponde al “medio de pago” y el ocupamiento de la estructura y de todos los recursos del Servicio Nacional de Salud para las actividades privadas y el lucro de los médicos, es decir, su privatización, está representado por “el pensionado”, según lo ha señalado el Dr. Mariano Requena en su trabajo ya citado.

La privatización del sector público por la vía de privatizar la gestión, junto a la política del cobro por acto médico, establecidas en Chile por la Ley de Medicina Curativa y su Reglamento, no sólo no tenían precedentes en el sector público del país, sino que estaban expresa y explícitamente prohibidas por la Ley 10.383 que creó el Servicio Nacional de Salud.

Por todas las características y perfiles analizados, esta Ley de Medicina Curativa de 1968, que constituyó un triunfo político de los sectores partidarios de la mercantilización del trabajo médico, es

⁶² Requena, Mariano: Ibid; 1972; págs. 4 y 5.

precursora de la intromisión hegemónica del capital financiero en el sistema de salud y seguridad social chileno, con lo cual le otorga preexistencia a la política de salud de la dictadura militar.

VIII. EL GOBIERNO DE LA UNIDAD POPULAR:

Sin pretender un análisis histórico del gobierno presidido por el Dr. Salvador Allende, si conviene señalar que este período estuvo centralmente marcado por una creciente politización de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, que venía desarrollándose, a lo menos, durante toda la llamada “década larga” de los años sesentas (1958-1973, según algunos), lo que pareció expresarse en una forma de ordenamiento creciente de las actitudes y conductas, de todos los actores individuales y colectivos, entre partidarios y detractores del gobierno y de sus políticas, que incluyó a todos los sujetos sociales.

Al movimiento obrero y estudiantil, se habrán de agregar, progresiva y crecientemente desde la década de los años cincuenta, los sectores medios y los pobladores particularmente en las grandes zonas urbanas. Finalmente, en la década de los años sesenta, el movimiento campesino.

Este movimiento popular que crece y se amplía en torno al núcleo original del movimiento obrero y que incluye finalmente, a los pobres de la ciudad y del campo constituye a mi juicio, una nueva categoría social que he denominado el “Sujeto Social Expandido”. Su conciencia crítica y su capacidad de crear una propuesta unitaria y convergente de transformación social profunda y democrática, popular y antiimperialista, le otorgó fuerza a la Central Única de Trabajadores de Chile (CUT) desde 1953 como expresión orgánica del movimiento popular.

El sujeto social expandido se constituye en fuerza motriz, en un factor catalizador de la unidad política de los sectores progresistas y revolucionarios, del mundo de los laicos, los cristianos y los marxistas, que convergen en el desarrollo y fortalecimiento de una nueva fuerza política que aparece y crece en el espacio público nacional a través del Frente del Pueblo en 1952, el Frente de Acción Popular en 1958 y 1964 y de la Unidad Popular en 1970, coaliciones políticas lideradas por Salvador Allende.

Una de las características excepcionales del gobierno de Allende fue que el sujeto social expandido produjo un resultado muy singular, único y sin precedentes históricos, que consistió en que la gran mayoría de las organizaciones populares adhirió al gobierno, volcando sus peticiones y reivindicaciones en la vigilancia del cumplimiento estricto del programa de gobierno. Como expresión concreta de esta voluntad, en Diciembre de 1970, al mes de iniciada la gestión del gobierno, se firmó con solemnidad y formalidad, el Primer Acuerdo entre la Central Única de Trabajadores de Chile y el gobierno de la Unidad Popular, cuya ratificación en 1972 señaló:

“Tanto el Gobierno de la Unidad Popular como la Central Única de Trabajadores de Chile reiteran su coincidencia en sostener que la solución definitiva de los problemas de los trabajadores se alcanzará solamente a través de profundas transformaciones en la estructura económica y social del país, especialmente en lo referente a la nacionalización de las riquezas básicas, la realización de una efectiva reforma agraria, la eliminación de los monopolios industriales y comerciales, la nacionalización de los bancos y compañías de seguros y el control del comercio exterior.”

Los acuerdos contenidos en dicha Acta se cumplieron rigurosamente por el Gobierno, el que envió al Parlamento los proyectos de ley respectivos. De éstos, se encuentran en actual tramitación el que otorga reconocimiento legal a la CUT y el que traspasa la administración de las Cajas de Previsión a sus imponentes.

Es necesario señalar que, como efecto principal de la política de remuneraciones aplicada en el año 1971, se ha logrado una real redistribución de los ingresos que ha hecho posible a los trabajadores, contar con un poder de compra que les ha permitido elevar sus condiciones de vida.

Debe destacarse también, que estas condiciones de vida se han visto mejoradas sustancialmente durante este Gobierno, al conquistar los trabajadores un mayor acceso a la educación, la salud, la vivienda y otros beneficios no monetarios”⁶³.

El texto citado es extrañamente elocuente para expresar cómo hay que abordar, con criterios intersectoriales y globales, las políticas de salud para lograr obtener mejorías concretas en las condiciones de vida de las poblaciones humanas, cómo es necesario politizar la salud y cómo es necesario asignarle grandes objetivos sanitarios, a las políticas económicas, salariales, al comercio exterior, a la agricultura, a las políticas de vivienda y urbanismo, a las relaciones exteriores, al desarrollo ambiental y a la educación a toda escala.

El texto analizado expresa magistralmente, el control y la vigilancia por parte de la Central Única de Trabajadores de Chile, del cumplimiento del programa de gobierno, cuyas medidas programáticas mayores se cumplieron en el primer año de ese gobierno, siendo monitorizado su cumplimiento por la vigilancia de la propia CUT. De ello da cuenta además el discurso del Presidente Allende del 4 de Noviembre de 1971 en el Estadio Nacional de Santiago, en el que entrega al conjunto del pueblo, una cuenta detallada de las acciones y metas cumplidas.⁶⁴

El pueblo activo, protagonista, a través de sus organizaciones y en todas las escalas del espacio público, en lo nacional, en el ámbito regional y ciertamente, en las comunas y en los barrios. Pocos han logrado describir lo apuntado, con mayor propiedad que la historiadora María Angélica Illanes:

“Uno de los signos más característicos del nuevo régimen socialista fue la presencia de la gente en las calles. Pero ya no se trataba de las imágenes de multitudinarias formaciones en marcha, que obviamente se acrecentaron, sino de la acción de la gente, de los jóvenes, de los profesionales, de los pobladores en las calles construyendo plazas, realizando trabajos voluntarios, alfabetizando, vacunando, educando...cada uno de los chilenos que apoyaba al gobierno se sentía comprometido en ayudar a la enorme tarea del enfrentamiento de la miseria material, fisiológica, cultural y moral”⁶⁵.

El Gobierno de la Unidad Popular planteó como marco doctrinario de su política sectorial que

“El pueblo expresa sus necesidades y problemas de salud vinculados a sus condiciones de vida, a través de la participación y que la salud es un proceso dialéctico, biológico y social, producto de la interacción del individuo y del medio ambiente, influido por las relaciones de producción de la

⁶³ “Acta de acuerdo CUT-Gobierno (1971-1972)”. <http://www.salvadorallende.cl/otros/cut-gobierno-1971-72-183.pdf>

⁶⁴ <http://www.salvador-allende.cl/Discursos/1971/Primer-aniversario.pdf>; págs. 2y 4.

⁶⁵ Illanes, M.A. Ibid; 1993; pág. 478.

sociedad, que se expresa en niveles de bienestar y de eficiencia física, mental y social. Es, antes que nada, una cuestión de estructura económica y social, de niveles de vida y de cultura. Es una obligación ineludible del Estado y sólo una sociedad socialista podrá solucionar integralmente...y su camino estratégico es el Servicio Único de Salud, capaz de otorgar asistencia médica eficiente, oportuna, igualitaria, continua, suficiente y gratuita”⁶⁶.

A partir de esas definiciones doctrinarias básicas el Gobierno desarrolló sus estrategias maestras fundamentales.

En primer lugar, la participación masiva de la soberanía popular en todos los planos y territorios nacionales y en todas las actividades de salud.

En este sentido movilizó y organizó a miles de ciudadanos en torno a las campañas de salud, con la coordinación de la Comisión Nacional de Emergencia en Salud.

La segunda estrategia fundamental estaba referida a la democratización de todas las estructuras en instituciones públicas de salud y se concretó en Septiembre de 1971 con la dictación por el Ministerio de Salud Pública, del Decreto 602, que contemplaba la creación de:

“Consejos Locales de Salud en cada uno de los establecimientos del Servicio Nacional de Salud integrados por el director del establecimiento, representantes de las organizaciones poblacionales y unidades vecinales y de los trabajadores urbanos y/o de los consejos campesinos, representantes de las organizaciones gremiales de la salud, del gobierno interior local y del municipio.

Consejos Paritarios por establecimiento, entre trabajadores de la salud y representantes de la población y Consejos Local y Paritarios de Área de Salud”⁶⁷.

Con el propósito de revertir o atenuar los efectos negativos de la aplicación de la Ley de Medicina Curativa de 1968 y su Reglamento, en el funcionamiento del SNS, el Servicio Nacional de Salud y el Servicio Médico Nacional de Empleados, acordaron y firmaron el 14 de Diciembre de 1972, un nuevo convenio interinstitucional para hacer operar la Ley de Medicina Curativa, de acuerdo a las facultades que esos cuerpos legales le conferían al Ministerio de Salud para determinar la forma y condiciones en que el SNS concurriría al otorgamiento de las prestaciones a que se referían dichos cuerpos legales.

Este Convenio determinaba el pleno cumplimiento de los derechos de atención médica para los empleados en el ámbito del SNS en todo el país, suprimiendo el cheque-bono como instrumento de pago asociado a la relación individual entre el médico y el paciente, conservando la libre elección del establecimiento, suprimiendo todo pago o co-pago de los beneficiarios por las hospitalizaciones, reservando el 15% de todos los pagos interinstitucionales para ser invertido en el mejoramiento de equipos e infraestructura de los servicios, generando un proceso de pago del Sermena al SNS, establecido a partir del arancel del Colegio Médico, sobre la base de una tarifa única compensada, por las prestaciones que esos beneficiarios recibían en el SNS.⁶⁸

⁶⁶ Mensaje del Presidente Salvador Allende al Congreso Nacional. 21 de Mayo de 1971. Archivo Nacional DIBAM. Chile.

⁶⁷ Decreto 602. Septiembre 1º de 1971. Ministerio de Salud.

⁶⁸ Actas del H. Consejo Nacional de Salud. Sesión 1.042 del 14 de Diciembre de 1972. Unidad de Patrimonio Cultural. Ministerio de Salud.

El propósito más importante del Convenio Interinstitucional sellado por acuerdo del H. Consejo Nacional de Salud, era encausar la expansión de cobertura del Servicio Nacional de Salud hacia los empleados, hacia la consolidación del Servicio Único de Salud, como estrategia rectora de una política de salud integral, universal, solidaria y no discriminatoria para todos los ciudadanos, que garantizara igualdad de trato técnico ante los mismos riesgos sanitarios.

Investigaciones publicadas en 1976 y en 1984 dan cuenta de los profundos impactos de la política de salud de la Unidad Popular, en indicadores de uso comúnmente aceptado para medir la eficacia sanitaria de las políticas públicas de salud.

La mortalidad general descendió de 8,6 por 1000 habitantes en 1970 a 8,1 en 1973.

La mortalidad infantil descendió de 79,3 por 1000 nacidos vivos en 1970 a 65,1 en 1973.⁶⁹

En el caso del Gasto en Salud, se publicó que subió de 7,1 % del gasto fiscal total en 1970 a 10,6 en 1973 y que subió de 17% del gasto fiscal social al 21,5 en 1973.⁷⁰

La magnitud de las cifras presentadas, particularmente las referidas a los descensos en la mortalidad y otras que en esta síntesis no se han mencionado, referidas a la morbilidad por enfermedades entéricas y respiratorias agudas, son extremadamente elocuentes y significativas si se vinculan al período de 1000 días de gobierno, menos de tres años, lo que revela la intervención decisiva de la mejoría sustancial en las condiciones de vida de las grandes mayorías ciudadanas.

¿De qué otro modo es posible explicar un descenso del 17,9% de la mortalidad infantil nacional y un descenso de 5,8% de la mortalidad general nacional en un período menor de tres años, sino a partir de una actividad sanitaria de masas, que permitió inmunizar en 1972 al 80% de la población nacional susceptible de poliomielitis, en 48 horas?

La vorágine de acontecimientos políticos que culminó con el golpe militar de 1973, alteró decisivamente el trayecto histórico político y sanitario marcado por la medicina social chilena e inició un trayecto antagónico, aprovechando los componentes de medicina liberal que mercantizaron las prestaciones médicas, a pesar de la hegemonía de lo público y de lo colectivo.

IX. REFLEXIONES FINALES:

1. Las instituciones sanitarias chilenas, particularmente en el período analizado, han sido el producto de la articulación dialéctica de profundas contradicciones entre intereses de clases y grupos sociales confrontados en los escenarios nacionales y de la forma como estas contradicciones se han resuelto en cada etapa.
2. El desarrollo de las instituciones sanitarias chilenas en el siglo XX, ha estado estrechamente asociado a la emergencia, al vigor y al protagonismo del movimiento popular, en primer término del movimiento obrero, el que erigido en sujeto social, enarboló proyectos de transformación de la sociedad que se han expresado en el devenir de las instituciones sanitarias.

⁶⁹ De Kart, E. et al (1976): "Políticas y Programas de Salud: 1964-1973". In. Livingstone, M. y Raczynski, D. (ed) Salud Pública y Bienestar; Santiago; Cieplan.

⁷⁰ Lavados, Iván: "Evolución de la Políticas Sociales en Chile: 1964-1980". Santiago. Naciones Unidas; 1984.

3. En la medida que el Sujeto Social Expandido (movimiento obrero, estudiantes, sectores medios, campesinos y pobladores) ha tenido mayor gravitación en el escenario nacional, la resolución de las contradicciones ha expresado una tendencia creciente de la cobertura de las instituciones sanitarias hacia la universalidad, lo que claramente ha estado asociado a la eficacia epidemiológica de esas instituciones y que se ha manifestado en el nivel de salud de nuestros grupos de población.
4. La contienda histórica principal entre los sectores que han luchado por la transformación o la conservación del orden social y político vigente, que ha perdurado desde comienzos del siglo veinte hasta el presente, ha marcado como un efecto directo y central, las características de la respuesta estructural y social de salud, perfilando este efecto como una consecuencia directa y no periférica ni secundaria, íntimamente asociado a la contienda principal comentada.
Esto ratifica la esencia política principal de la salud como un proceso colectivo. Por ello, todo enfoque tecnocratizante y despolitizado de la respuesta social de salud, ha resultado equivocado.
5. A partir del comienzo de las actividades del Servicio Nacional de Salud, los grandes grupos de población nacional abrieron, animaron y desarrollaron con la institución, representada por sus recursos humanos organizados en equipos de salud, una relación que la legitimó y respaldó, que se profundizó y dotó al conjunto nacional de una cultura sanitaria, responsable de la eficacia epidemiológica expresada en los avances en el nivel y en la situación de salud de nuestras poblaciones, con altísimos niveles de eficiencia. Todo ello, a pesar de las exclusiones legales, de las precariedades financieras que afectaron al SNS y de los conflictos políticos internos.
6. Las organizaciones de los trabajadores de la salud que han agrupado a los responsables del saber médico o de los dominios del conocimiento de las disciplinas de la salud, especialmente las organizaciones médicas, han ejercido históricamente desde el siglo XIX y de modo muy especial entre 1938 y 1973, un rol de mediación entre el Estado, la sociedad política y la sociedad civil. Esta mediación ha estado fuertemente condicionada por la forma como, en cada etapa o período, estas organizaciones han logrado resolver las contradicciones, entre sus definiciones doctrinarias de medicina social, de salud colectiva y el desarrollo de sus intereses corporativos.
7. Desde el Estado Asistencial de los años veinte del siglo XX hasta hoy, han estado presentes como antinomias principales en las instituciones chilenas de salud y seguridad social, las relaciones críticas entre la universalidad y la exclusión, entre la integralidad y la fragmentación y entre la solidaridad y el mercado.
8. Entre 1938 y 1973, la historia de la salud y la seguridad social chilenas muestra que, la forma y el curso que han adquirido las antinomias descritas, han estado fuertemente marcadas por el vigor y protagonismo social y político del sujeto social popular y su influencia en la conducción superior del Estado, de modo que la universalidad, la integralidad y la solidaridad han predominado, cuando el Estado ha asumido las orientaciones de la medicina social, expresadas por la soberanía ciudadana. Al contrario, se han impuesto la exclusión, la fragmentación y el mercado cuando el sujeto popular se ha debilitado y el Estado ha cedido la hegemonía, en los espacios sociales y económicos, al capital financiero.
9. Nuestro proceso dialéctico e inacabado de construcción-deconstrucción de nuestro edificio sanitario, desde los años veinte hasta hoy, no sólo interpela la vigencia, pertinencia y eficacia de impacto de nuestros programas de salud y seguridad social, sino que interpela la

existencia y la fuerza doctrinaria de nuestra inteligencia, de nuestra praxis sanitaria y de nuestro concepto de salud-enfermedad y sus determinantes.

10. Porque Salud-Enfermedad es un proceso propio de la vida. Conformar un fenómeno originalmente biológico que es parte constitutiva de la sociedad, ligado con sus especificidades al proceso general de reproducción social, es decir, a la transformación de la naturaleza y de la sociedad producidas, para satisfacer las necesidades humanas y en cuyo devenir, se transforma la propia conciencia humana individual y colectiva. Tiene lugar en individuos, comunidades y grupos de población concretos y en espacios y tiempos concretos. Por ello, es un proceso histórico.

Santiago de Chile, Octubre de 2008.