

# LAS POLITICAS DE SALUD Y SU IMPACTO EN LOS SECTORES POPULARES. CHILE 1974 - 1986 (\*)

Jorge Schermann (\*\*)

Cuad. Méd. - Soc., XXIX, 2, 1988 / 47 - 61

**ABSTRACT:** *The information about public health expenditure and reforms in the 1974-1986 period and the impact on medical care are discussed.*

**Key Words:** MEDICAL CARE, PUBLIC HEALTH EXPENDITURE, HEALTH REFORMS.

## INTRODUCCION.

El conocimiento de qué ha venido ocurriendo con los niveles de salud de los grupos más pobres de la población en el período 1974 - 86 se ve dificultado por dos motivos principales. En primer lugar, la información estadística oficial disponible no presenta ninguna desagregación por estratos socio-económicos; se torna casi imposible visualizar en qué medida los promedios nacionales (o regionales) estarían escondiendo diferencias importantes en la evolución del estado de salud de los chilenos según su nivel de ingreso. En segundo término, los indicadores de salud tradicionales no muestran, en general, un empeoramiento, como cabría esperar en un contexto de claro deterioro de la situación socio-económica para la mayoría de la población del país.

La evidencia empírica con que se cuenta es fragmentaria, limitándose a algunos indicadores agregados, tipos particular de enfermedades, estudios de casos y encuestas. Es sólo a partir de dicha información que se puede intentar dar una visión del estado de salud de los grupos más pobres, y de cómo las políticas estatales en el área han afectado de manera particular.

Este trabajo es un intento de sistematización, a partir de la literatura existente, de las políticas gubernamentales en el campo de la salud y de lo que, a nuestro entender, ha sido su impacto sobre los sectores populares o, más específicamente, de aque-

llos que viven en una situación de pobreza y/o mayor precariedad económica.

El presente estudio está organizado en tres secciones. En la primera se analizan los antecedentes con respecto al gasto público en salud, poniendo énfasis en su evolución, comportamiento pro-cíclico y su carácter redistributivo. La segunda sección se centra en el proceso de privatización de la salud y el traspaso de su costo a los usuarios, tratando de identificar los mecanismos a través de los cuales las reformas implementadas en el sector de la salud han tendido a producir una mayor segmentación en la calidad de las atenciones y prestaciones que reciben los chilenos según su nivel de ingreso. En la sección 3 se estudian los programas de salud implementados y sus resultados. El análisis se centra en el impacto de la política de salud y nutricional sobre: a) los escolares, jóvenes, adolescentes, grupos particularmente desatendidos por los programas públicos y, b) el sector materno infantil, grupo definido como prioritario por las autoridades del sector salud. El trabajo termina con un resumen de las conclusiones principales que surgen de lo que a nuestro entender ha significado la acción estatal en salud para los sectores populares durante el período bajo estudio.

(\*) Publicado en *Salud Rural*, GIA, 1988.

(\*\*) Economista e Investigador del Programa Economía del Trabajo, PET.

## 1. EL GASTO PUBLICO EN SALUD; EVOLUCION, COMPORTAMIENTO PROCICLICO Y REDISTRIBUCION.

La evolución experimentada por el gasto público en el sector de la salud durante el gobierno militar constituye un primer indicador del impacto negativo que ha tenido la política de salud sobre los sectores populares. Si el gasto público fuese neutro, en el sentido de que afectase en proporción a su ingreso a todos los estratos socio-económicos, no existiría ninguna razón válida para plantear que su comportamiento en el período 1974 - 1983 ha afectado particularmente a los grupos más pobres. No obstante, los estudios existentes muestran que el gasto público en salud es redistributivo, en el sentido de que los sectores de menores recursos captan una proporción de los desembolsos efectuados por el Estado en salud que supera con creces su participación en el ingreso nacional. De esta forma, la acción del gobierno en salud subsidia a los sectores más pobres, tendiendo a atenuar las desigualdades existentes en la distribución del ingreso en el país.

El carácter redistributivo del gasto público en salud no es un fenómeno nuevo en Chile. El primer estudio al respecto, se realizó en base a la información del año 1969. En él se comprueba que a medida que disminuye el nivel de ingresos, los subsidios aportados por el sector público de la salud son crecientes. Ello era particularmente cierto en el caso del Servicio Nacional de Salud (SNS) al cual tenían acceso prioritario los grupos de ingresos más bajos (1).

Un estudio más reciente, basado en informa-

ción recopilada en 1983, confirma el papel redistributivo jugado por el Estado en el campo de la salud, a pesar de la tendencia privatizadora en el sector que se observa durante el gobierno militar y del "rol subsidiario" que se ha autoasignado el gobierno en materia de políticas sociales (2). Como se puede observar en el Cuadro 1., el 20 por ciento más pobre de la población sólo capta el 3,3 por ciento del ingreso nacional; en cambio, este sector recibe algo más de un 20 por ciento en salud. Resulta de interés señalar que los sectores de ingresos medios altos y altos (el 40 % más rico de la población) concentra alrededor del 80 por ciento del ingreso y capta un 27 por ciento de los subsidios que otorga el Estado en atenciones y prestaciones de salud; este fenómeno se debe principalmente a que estos grupos utilizan el Sistema de Libre Elección de la Ley de Medicina Curativa, mecanismo a través del cual el sector público les transfiere recursos por la venta subsidiada de órdenes de atención y programas del Fondo Nacional de Salud (FONASA) ex SERMENA. Este hecho debiera ser objeto de una detallada revisión por cuanto significa una filtración de recursos públicos hacia sectores de la población que están en mucho mejores condiciones de autofinanciar sus gastos en salud. Constituye sin duda una abierta contradicción con el principio sustentado por las autoridades gubernamentales y de salud, quienes han reiterado que el gasto social debe dirigirse a los sectores de extrema pobreza.

Teniendo en consideración de que la acción del Estado en salud atenúa las desigualdades en la distribución del ingreso, es muy importante cono-

CUADRO 1  
DISTRIBUCION DE LOS SUBSIDIOS DEL GASTO PUBLICO EN SALUD  
Y DEL INGRESO A NIVEL NACIONAL. 1983  
(quintiles nacionales y porcentajes)

Quintil	Ingresos	Salud	Población
1ro. (20% más pobre)	3,31	22,27	24,00
2do. (20% medio bajo)	7,10	28,98	23,20
3ro. (20% medio)	10,45	21,54	19,10
4to. (20% medio alto)	18,11	15,91	17,00
5to. (20% más rico)	61,03	11,30	16,70

Fuente: Rodríguez (1985), Cuadro Nro. 7, p. 34.

cer su evolución durante el gobierno militar. De acuerdo a la última información homogénea disponible, el gasto público en salud por habitante alcanzó en 1983 un nivel 22 por ciento inferior al registrado en 1970. Si tomamos en cambio todo el período 1974 - 1983, nos encontramos con que en promedio, la caída ha sido de 17 por ciento en comparación al mismo año base (3).

Un segundo aspecto muy importante a considerar es que el comportamiento del gasto público en salud ha sido procíclico; es decir, experimenta una disminución muy significativa en los períodos recesivos 1975 - 1976 y 1982 - 1983. En consecuencia, el gobierno no ha contribuido a atenuar la ya muy precaria situación económica que viven los sectores más pobres, la que se ve acentuada en los períodos de crisis vía disminución de sus ingresos reales y aumento en la tasa de desocupación. Este efecto negativo del gasto público en salud fue particularmente intenso en 1975 y 1976; en efecto, su disminución por habitante fue de 21 y 12 por ciento, respectivamente, muy superiores a las caídas del PGB (4). El mismo fenómeno, aunque con menor intensidad, se puede observar en 1982 - 1983 (5).

Nos encontramos por tanto con una política de gasto público en salud que es particularmente restrictiva, a pesar de que los principales beneficiarios del sistema de salud público son los sectores de me-

nores ingresos. Estos últimos, de acuerdo al discurso oficial, habrían sido los que se les ha otorgado prioridad en los programas gubernamentales. La realidad muestra en cambio que no sólo se disminuye el monto de recursos asignados al sector salud, sino que además la contracción se produce con particular intensidad en los períodos que las necesidades de la población son más apremiantes. En resumen, se podría concluir que los períodos recesivos se han traducido en la práctica en una mayor desatención a los estratos socio-económicos de menores ingresos, cuya alternativa básica es acceder al sistema estatal de salud.

## 2. LOS CAMBIOS EN LAS FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO PUBLICO EN SALUD.

El cambio en la orientación de la política de salud se puede visualizar con mayor claridad al analizar qué ha ocurrido con las fuentes de financiamiento de dicho gasto. Los desembolsos que realiza el gobierno para otorgar las prestaciones de salud provienen de cuatro fuentes:

a) **Aportes fiscales.** Corresponden a la contribución directa del Estado, o al desembolso efectivamente realizado por el gobierno con cargo a la Ley de Presupuesto.

b) **Aportes previsionales.** Constituyen el conjunto de cotizaciones para salud de los trabajadores

CUADRO 2  
FUENTES DE FINANCIAMIENTO DEL GASTO PUBLICO EN SALUD  
1981 - 1985

(millones de pesos de cada año y porcentajes)

	1981	1982	1983	1984	1985(a)
Aporte fiscal directo (%)	18.100 (56,5)	19.110 (50,2)	20.033 (49,6)	22.742 (48,2)	27.296 (47,5)
Cotizaciones previsionales (%)	9.831 (30,7)	9.645 (25,3)	13.745 (34,0)	17.311 (36,7)	21.005 (36,6)
Aporte usuarios y otros (b) (%)	4.123 (12,8)	9.323 (24,5)	6.629 (16,4)	7.151 (15,1)	9.156 (15,9)
TOTAL (%)	32.054 (100,0)	38.078 (100,0)	40.407 (100,0)	47.204 (100,0)	57457

(a) En 1985 corresponde al gasto presupuestado.

(b) En 1984 la partida otros representó sólo un 2,6% de los Ingresos.

Fuentes: Fondo Nacional de Salud (FONASA), Memoria Anual 1984, pp. 13-15.

que se canalizan hacia el FONASA desde las instituciones previsionales.

c) **Aportes de los usuarios.** Corresponden a los ingresos que se reciben por el pago de bonos (órdenes de atención) y programas de los beneficiarios del Sistema de Libre Elección de la Ley de Medicina Curativa.

d) **Otros ingresos.** Aquí se incluyen partidas menores tales el saldo inicial de caja, venta de activos, arriendo de inmuebles, etcétera.

De estas cuatro fuentes, las tres primeras son las más significativas. La información disponible indica una tendencia a la disminución del aporte fiscal directo y a un aumento de la contribución al financiamiento del gasto público en salud de sus beneficiarios.

De acuerdo a los datos elaborados en un estudio, el fisco aportaba en 1974 el 61 por ciento del gasto público en salud, porcentaje que había disminuido al 46 por ciento en 1982. Muy significativo resulta el hecho de que en términos absolutos el aporte fiscal por habitante se redujo entre ambos períodos en un 33 por ciento, mientras el aporte de los usuarios se incrementó en un 26 por ciento (6).

De acuerdo a cifras oficiales para el período 1981-1985, se confirma la tendencia hacia una disminución del aporte fiscal y un aumento del financiamiento por parte de los beneficiarios del sistema público de salud (Ver Cuadro 2).

Este cambio en la composición de las fuentes de financiamiento se produce básicamente por tres razones:

a) Debido a la política deliberada del gobierno de reducir su accionar en el ámbito de la salud. Ello se refleja claramente en la disminución del aporte fiscal directo.

b) Por el incremento sostenido en la tasa de cotización para salud sobre la renta imponible. Esta fue fijada en un 4 por ciento al implementarse la reforma previsional en 1981, aumentada a 5 por ciento entre enero y junio de 1983 y a 6 por ciento desde julio a diciembre del mismo año (7).

c) Como consecuencia del mayor aporte de los usuarios del Sistema de Libre Elección de la Ley de Medicina Curativa. El incremento es notorio al comparar el año 1981 con 1985; no obstante, se presentan importantes fluctuaciones al observar las cifras anuales, especialmente en el año 1982.

Como se desprende claramente de las cifras presentadas en el Cuadro 2, el aporte fiscal directo ha caído en términos relativos. Por su parte, su aumento en términos absolutos nominales fue de sólo 51 por ciento entre 1981 y 1985, muy inferior a cualquier indicador de precios que corrija por los efectos de la inflación durante estos últimos 5 años (8).

Las cotizaciones previsionales han experimentado un significativo incremento. Su participación en el financiamiento aumenta desde 30,7 por ciento en 1981 hasta 36,6 por ciento en 1985. Es interesante destacar que el cambio más importante se produce a partir de 1983, año en que la tasa de cotización previsional fue aumentada. El alza en la recaudación por este concepto ha estado muy por encima de la evolución de las remuneraciones nominales. De acuerdo a la información del INE, éstas han aumentado en 87,4 por ciento entre 1985 y 1981; esta cifra se compara con un 113,6 por ciento de incremento en los aportes previsionales para salud entre ambos años. Esta diferencia adquiere aún mayor significado si se considera que las remuneraciones reales fueron en 1985 un 15 por ciento inferiores a las de 1981 (9). Es decir, mientras el poder adquisitivo de las remuneraciones disminuía, el aporte en salud vía cotizaciones previsionales se elevaba considerablemente, reduciendo de esta forma los ingresos líquidos de los trabajadores.

Es necesario enfatizar que el impulso dado por el gobierno al desarrollo del sistema privado de salud a través de las ISAPRES, pueda operar en la práctica como un mecanismo de desfinanciamiento para el FONASA, por cuanto la cotización previsional para salud del trabajador que se traslada de una ISAPRE pasa ahora directamente de las Administradoras de Fondos Previsionales o de las Cajas de Previsión pre-reforma previsional, a que se encuentra afiliado a las nuevas instituciones privadas de salud. Es un hecho ampliamente aceptado que son los trabajadores de ingresos medios y altos los que se han incorporado al nuevo sistema. Esto significa que FONASA deja de percibir los ingresos de aquellos trabajadores que precisamente le aportaban la mayor cantidad de recursos. Mediante este mecanismo, se desfinancia el sector público de salud y se transfieren fondos al sector privado. Según algunas estimaciones, el traslado de la población de más altos ingresos desde el FONASA a las ISAPRES sig-

nificaría una pérdida de ingresos para el FONASA del 9 por ciento de trasladarse un 5 por ciento, del 15 por ciento de trasladarse un 10 por ciento, y del 17 por ciento de trasladarse un 15 por ciento de los beneficiarios que utilizaban el Sistema de Libre Elección (10).

A juzgar por la evolución experimentada por el número de cotizantes afiliados a las ISAPRES, el aumento en la tasa de cotización para salud, los ingresos del FONASA por concepto de cotizaciones previsionales y el aumento experimentado en las remuneraciones nominales, parece ser un hecho que el FONASA habría dejado de percibir un importante monto de recursos. Si comparamos el año 1981 con 1985, observamos en primer lugar que las remuneraciones nominales han aumentado en un 87,4 por ciento; por su parte, la tasa de cotización para salud fue de 4 por ciento en 1981 y de 6 por ciento en 1985. Ambas cifras permitirían inferir que, *ceteris paribus*, las cotizaciones previsionales captadas por el FONASA deberían haber experimentado un aumento de 180 por ciento entre ambos años, es decir de \$ 4 por cada \$ 100 de renta imponible en 1981 a \$11,2 por cada \$ 187,4 en 1985 (11). Como se mencionó previamente, la recaudación del FONASA por cotizaciones previsionales para salud aumentó en un 113,6 por ciento en vez de un 180 por ciento como indica nuestro cálculo hipotético.

Nuestros cálculos son en aproximación gruesa, pero resultan ilustrativos de la forma en que el proceso de privatización de la salud no es neutro en términos de su impacto sobre los sectores de menores recursos que sólo pueden acceder al SNNS, el que no ha recibido mayores aportes estatales directos en la medida que se impulsa el desarrollo del sector privado.

También cabe consignar que el aumento en la tasa de cotización para salud actúa, junto con aumentar el ingreso de las ISAPRES, como un incentivo para el traslado de trabajadores hacia dichas instituciones, debido a que aumenta en el monto en pesos destinado obligatoriamente a financiar las prestaciones de salud para todos los tramos de ingreso. A través de este expediente, trabajadores que antes eran rechazados por las ISAPRES, resultan ahora atractivos en la medida que deben destinar una mayor proporción de su ingreso para cubrir sus necesidades de salud.

Nos encontramos así con una situación en la

que la política de financiamiento del sistema de salud estatal se autoimpone limitaciones que redundan en menores beneficios para los usuarios del SNNS. Estos por una parte se ven perjudicados por el menor aporte directo del Estado. Por otra parte, se les aumenta el costo de la salud vía aumentos en la tasa de cotización y, finalmente, el mecanismo de redistribución de ingresos desde los sectores de más altas rentas tiende a desaparecer en la medida que se fomenta el desarrollo del sector privado y el traslado de los grupos más ricos desde el sistema estatal a las ISAPRES.

### **3. LAS POLITICAS DE SALUD Y SU IMPACTO SOBRE LOS NIVELES DE SALUD DE LOS SECTORES POPULARES.**

El estado de salud de la población depende no sólo de lo que el sector público realiza o deja de hacer en el campo de la salud. Las condiciones generales de vida y la acción estatal en otras áreas sociales son factores que han influido en los indicadores salud que se observan en el período 1974-1986. Nos centraremos en esta sección en dos aspectos que creemos relevantes para evaluar los resultados del quehacer gubernamental sobre los niveles de salud de los sectores populares. En seguida, se estudia la situación de los escolares, los adolescentes y los jóvenes, sectores de la población que se han visto muy postergados por los programas públicos. La evidencia parcial existente, muestra que la falta de programas y metas de salud para este grupo etario ha tenido importantes consecuencias negativas, especialmente en el campo nutricional y de las enfermedades mentales. Se analizan en detalle las políticas y programas de salud nutricional materno-infantil, estrato donde el actual gobierno ha concentrado gran parte de sus esfuerzos a través de la expansión de los recursos tanto humanos como económicos.

#### **La política de salud y los escolares, jóvenes y adolescentes.**

En primer lugar podemos identificar claramente un grupo etario que se ha visto directamente perjudicado por la orientación de política de salud oficial. Estos son los escolares quienes se han visto afectados negativamente a través de dos políticas gubernamentales.

Por una parte, fueron excluidos a partir de 1975 del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). Esta medida fue justificada por las autoridades de salud aduciendo que los riesgos de desnutrición afectaban particularmente a los lactantes, pre-escolares, embarazadas y nodrizas.

Por otra parte, este grupo se ha visto afectado por la notoria disminución en la entrega de desayunos, almuerzos, onces y comidas escolares del Programa de Alimentación Escolar (PAE), el cual está dirigido precisamente a los escolares con gran necesidad socioeconómica. En el caso de los desayunos y onces el número promedio de raciones distribuidas disminuyó en un 40 por ciento si comparamos el período 1974-1983 con 1970-1973. Los almuerzos y comidas se reducen entre ambos períodos en un porcentaje un poco mayor: 43 por ciento (12).

Estas medidas constituyen sin duda un claro retroceso en materia nutricional para este sector de la población y, a juzgar por los resultados que ellas han tenido en la población escolar, dejan en evidencia que los argumentos gubernamentales utilizados para excluir a los escolares del PNAC y reducir las raciones del PAE carecían de bases sólidas. Toda la información parcial recogida indica que la desnutrición afecta en mayor medida a los escolares que a los menores de 6 años (grupo etario en que se ha centrado la acción estatal).

A partir de estudios de caso se comprueba que la desnutrición es un problema grave dentro de la población escolar perteneciente a familias de menores ingresos. De acuerdo con los antecedentes existentes, un 53 por ciento de los escolares que asistían a los comedores populares de la Iglesia Católica se encontraban desnutridos en 1977 (13). Información recogida al respecto en 1979 en poblaciones del Sector Oriente de Santiago, indica que un 36 por ciento de los escolares que recibían alimentos en los comedores populares estaban desnutridos (14).

A similares resultados se llegó en 1985 en un estudio efectuado en niños de 6 a 14 años que pertenecen a familias que se han organizado en Ollas Comunes de la Zona Oriente del Gran Santiago. En este caso la desnutrición afectaba al 28 por ciento de los 346 escolares evaluados en dicho tramo de edad (15).

La desprotección a que se han visto enfren-

tados los escolares, se ve reforzada por el hecho de que ni siquiera se ha llegado a aclarar a qué programa de salud pertenecen los adolescentes (16). En la práctica su demanda de atención de salud se satisface de manera absolutamente "fragmentada en los programas infantil, del adulto, o de la mujer según sea la edad o el tipo de problemas" (17).

No resulta en consecuencia aventurado postular que la falta de programas específicos para los adolescentes y jóvenes representa una de las mayores carencias dentro de la política de salud actualmente vigente.

### **El Sector Materno-Infantil: grupo prioritario de la política de salud.**

Al revisar lo que ha sido la política de salud del actual gobierno, destaca nitidamente la prioridad asignada al sector materno-infantil. Este es el único grupo de la población que ha sido identificado como objetivo y el cual ha sido beneficiario de programas específicos en el período 1974-1985. En realidad lo que se ha hecho es dar un mayor énfasis a políticas y programas que ya se encontraban vigentes en el país desde la creación del SNS en 1952.

La mayor preocupación por el sector materno-infantil se puede visualizar en varios frentes. Por una parte, se ha producido una notoria expansión de los recursos y prestaciones destinadas a la madre y los recién nacidos. Por otra, se ha expandido notoriamente el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), destinado básicamente a mejorar la situación nutricional de los niños menores de seis años (lactantes y pre-escolares), embarazadas y nodrizas. Adicionalmente, se inicia en 1976 como parte de la labor del sector público el Programa de Control del Niño con Déficit Nutricional (Programa OFASA o PNAC focalizado), destinado a la entrega adicional de alimentos y de educación nutricional a la familia cuyos niños menores de 5 años presentan desnutrición a pesar del PNAC. Finalmente, se implementa a nivel nacional desde 1977 el Programa de Centros Cerrados de Recuperación Nutricional (CONIN), destinado a recuperar niños que presentan desnutrición grave.

Este conjunto de recursos y programas parece haber jugado un rol importante en mantener la ten-

dencia decreciente que venía mostrando desde mediados de la década del 60 del presente siglo la tasa de mortalidad infantil, y por ende a aumentar la esperanza de vida al nacer. La evolución positiva de estos indicadores tradicionalmente utilizados para evaluar el estado de salud de la población, han sido presentados por el gobierno militar como una prueba conclusiva de las bondades de la política de salud y para desestimar las críticas que esta ha recibido desde diferentes frentes. Resulta por tanto de interés conocer con mayor profundidad el contenido de la política de salud-nutricional materno-infantil, sus resultados, y cómo ella ha afectado en forma particular a los sectores populares.

#### **Prestaciones y atenciones profesionales recibidas por el sector materno-infantil.**

Podría parecer a primera vista contradictorio que en un contexto de restricciones presupuestarias y de una significativa disminución del gasto público en salud por habitante seamos testigos de una significativa expansión de los recursos destinados al sector materno-infantil. Ello ha sido posible, en primer lugar, gracias a la disminución de la inversión pública en salud(18). En segundo término, se han reducido notoriamente los ingresos reales del personal que labora en el sistema público, los que de acuerdo a las últimas estimaciones disponibles habrían alcanzado en 1983, un nivel 21 por ciento inferior al de 1970; si consideramos el período 1974-1983 en su conjunto, el gasto real promedio en personal de la salud ha estado durante estos años un 19 por ciento por debajo de lo que fue en 1969-1970(19).

De esta forma, sacrificando los niveles de inversión y reduciendo la dotación de personal y sus remuneraciones, se ha llevado adelante una política de salud altamente selectiva, que ha permitido un notorio aumento del tiempo médico obstétrico, del número de matronas, y de camas obstétricas y consultas médicas por nacido vivo. Conjuntamente con ello, la baja en la tasa de natalidad o en el número de nacimientos, se traduce en una mejora aún mucho mayor en los indicadores por habitante(20). Por su menor complejidad y costo, este tipo de atenciones y prestaciones profesionales, permite una mayor cobertura. Esta política es coincidente en los lineamientos generales expresados por las autoridades de salud, donde se privilegia la atención

primaria materno-infantil.

Aun cuando poco se sabe de la calidad de la atención médica recibida por el sector materno-infantil, parece ser una realidad que al menos en cuanto a cobertura, este grupo de población ha visto facilitado su acceso a las prestaciones que entrega el sector público de salud. No obstante, ello se ha llevado adelante en desmedro del resto de la población del país.

#### **Los Programas de Nutrición y Alimentación**

Correlativo con el aumento de las prestaciones y atenciones otorgadas al sector materno-infantil, se han desarrollado durante este período una serie de programas nutricionales y alimentación destinados básicamente a mejorar la situación de los niños menores de seis años (lactantes y pre-escolares) embarazadas y nodrizas.

El más importante por su cobertura y recursos involucrados es el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC). Este programa juega también un importante papel de control de los niveles de salud del sector materno-infantil, por cuanto la entrega de leche y sustitutos lácteos está condicionada a un control de salud en las postas y consultorios del SNSS, donde se hace entrega de los alimentos del PNAC.

Durante el actual gobierno, el PNAC ha sufrido algunas modificaciones que es necesario señalar. En primer lugar, como se indicara con anterioridad, fueron excluidos a partir de 1975 los escolares, aduciendo que se habría producido un desplazamiento de la desnutrición hacia los niños de menor edad. En segundo término se incrementó el contenido calórico y proteico de los alimentos distribuidos. Hasta 1975 todos los grupos etarios recibían leche descremada con un 12 por ciento de materia grasa; ésta fue mantenida sólo para las embarazadas. En cambio, los lactantes y las nodrizas comenzaron a recibir leche con un 26 por ciento de materia grasa. Finalmente, a los niños entre 2 y 5 años de edad se les cambió la leche por sustitutos lácteos o mezclas con un alto contenido proteico.

El PNAC se mantuvo sin alteraciones en cuanto a las cantidades entregadas por beneficiarios entre 1975 y 1982. No obstante, en el año 1983, se produce un recorte presupuestario y se dictamina una

**CUADRO 3**  
**REDUCCION DEL PNAC EN 1983**

Grupo de población	Cantidad anual (kilos)		Tipo de alimento
	1975-1982	1983-1984	
Embarazadas	36	12	Leche 26%o materia grasa
0 - 6 meses	36	24	
7 - 11 meses	24	24	
12 - 23 meses	24	18	
2 - 5 años	18	12	Sustitutos lácteos o mezclas proteicas.

disminución en el número de kilos de leche y sustitutos lácteos que afecta a casi todos los grupos beneficiarios, particularmente a las embarazadas (ver Cuadro 3).

A mediados de 1985 se produjo una nueva redefinición del PNAC. Esta vez se intentó, por una parte, sustituir para los niños de 2 a 5 años la leche-cereal por arroz, medida que luego de un par de semanas tuvo que ser derogada ante la reacción negativa que ella despertó tanto dentro de los profesionales de la salud como de los beneficiarios quienes efectuaron protestas frente a los consultorios.

Junto a este conjunto de redefiniciones sufridas por el PNAC, el sector público ha extendido su labor en el campo nutricional tomando a su cargo desde 1976 el llamado programa Obra Filantrópica de Asistencia Social Adventista (OFASA), destinado a proporcionar alimentos adicionales a los del PNAC, a aquellos niños (menores de 5 años) que presentan algún grado de desnutrición (grados 1, 2 y 3). Este programa, que ha llegado a ser conocido como PNAC focalizado, consiste en que durante un período de 6 meses los niños desnutridos reciben leche y/o sustitutos lácteos que se traducen en un aumento del aporte alimentario del PNAC en un 50 por ciento para los menores de un año y de 100 por ciento para los niños mayores de esta última edad (21). En resumen, podríamos decir que el PNAC tiene, a partir de 1976, dos componentes. El primero que se denomina PNAC básico, en teoría de cobertura universal, el cual ha sufrido algunas modificaciones de importancia durante el actual gobierno. En segundo término, el PNAC incluye desde 1976 un programa de carácter **curativo** denominado PNAC focalizado, el cual asumió como tarea del

sector público de salud iniciativa que hasta 1975 eran impulsados por entidades no gubernamentales(22).

En el Cuadro 4, se puede visualizar cuál ha sido la evolución experimentada por el PNAC durante el período 1970-1985, distinguiendo sus componentes básico y focalizado.

Destaca el hecho de que a partir de 1974 el PNAC experimenta una continua expansión, la que se extiende hasta 1977. Este período de bonanza se explica fundamentalmente por el PNAC básico que concentra mayoritariamente los recursos. Puede ser evaluado en consecuencia como muy positivo por cuanto el PNAC básico, tiene un carácter esencialmente **preventivo**. Adicionalmente, su crecimiento se da en un contexto de recesión económica (1975-1976), con lo cual se está contribuyendo a paliar los impactos negativos en términos de ingresos y empleo que dicha situación conlleva.

A partir del año 1977 se puede visualizar una doble tendencia. Por una parte, se produce una disminución de la cantidad total de leche y sustitutos lácteos distribuidos, la cual se acentúa notoriamente en 1983 por la restricción presupuestaria antes niveles alcanzados en el período previo a 1983. Por otra, el PNAC va adquiriendo cada vez más un carácter **curativo**; es decir, destinado a atender las necesidades nutricionales de aquellos niños que presentan algún grado de desnutrición y/o aumentos ponderales insuficientes. Como producto de este simultáneo traslado y disminución de recursos el PNAC, a partir de 1977 ha sufrido una importante alteración en su objetivo inicial, el cual era la prevención de la desnutrición. Aun cuando resulta altamente conveniente la atención de grupos con mayor



**CUADRO 4**  
**LECHE Y SUSTITUTOS LACTEOS DISTRIBUIDOS POR EL PNAC**  
**1970-1985**  
**(toneladas)**

	PNAC Básico		PNAC Focalizado		TOTAL	
	T.M. (1)	% (2)	T.M. (3)	% (4)	T.M. (5)	% (6)
1970	12.695	100,0	—	0,0	12.695	100,0
1973 (a)	20.291	100,0	—	0,0	20.291	100,0
1974	20.806	98,0	430 (b)	2,0	21.236	100,0
1975	23.584	97,8	540 (b)	2,2	24.124	100,0
1976	30.353	94,4	1.800 (b)	5,6	32.153	100,0
1977	31.842	85,5	5.400 (b)	14,5	37.242	100,0
1978	27.180	91,1	2.646	8,9	29.826	100,0
1979	25.707	89,5	3.102	10,5	28.719	100,0
1980	25.194	86,2	4.012	13,8	29.215	100,0
1981	24.636	82,7	5.146	17,3	29.782	100,0
1982	24.762	81,8	5.525	18,2	30.287	100,0
1983	17.053	70,9	4.993	29,1	22.046	100,0
1984	11.718	42,1	16.132	57,9	27.850	100,0
1985 (c)	12.641	41,8	17.630	58,2	30.271	100,0

(a) No incluye la leche distribuida a los mayores de 6 años.

(b) Cifras recopiladas por Raczyński y Oyarzo (1981), Cuadro 15, p. 63.

(c) Ministerio de Salud, Departamento de Control y Evaluación.

Fuente: Ministerio de Salud, Anuario de Atenciones y Recursos, publicación anual (1970-1984).

riesgo, uno podría cuestionar el hecho de que progresivamente se esté desatendiendo a los beneficiarios originales.

En la medida que el PNAC básico se ha ido restringiendo, obviamente la población beneficiaria del programa disminuye; como además paralelamente a la entrega de los alimentos se efectuaban controles de salud a las madres y los niños, se produce necesariamente un deterioro en los niveles de salud de aquellos que no acceden al PNAC básico. Si la atención y control de salud se efectúa a través del PNAC focalizado, entonces nos encontramos con que si bien la cobertura puede mantenerse, ésta se concentra en grupos que efectivamente presentan problemas de desnutrición. Como lo señalan algunos autores:

"El resultado práctico es que una medida tan digna de elogios como es la inclusión de grupos de riesgos, además de los con daño nutricional en el PNAC focalizado, **termina por desviar los recursos**

**ya disminuidos a un sector de la población que no es el grupo objetivo original".**

"No hay que olvidar que los programas de alimentación complementaria llevan explícitas metas nutricionales **pero además implican metas de mejoría de otros indicadores de salud**, puesto que sirven de estímulo a que la población acuda a los establecimientos de atención primaria (control de crecimiento, educación, inmunizaciones) al tiempo de retirar los alimentos. **La predominancia del PNAC focalizado hace peligrar la continuidad de dichas actividades de fomento de la salud**, que son importantes efectos colaterales del PNAC pero de difícil evaluación en el corto plazo"(23).

En términos de su impacto sobre los sectores populares, la reducción del PNAC a partir de 1977 debe considerarse como netamente negativo. Según han mostrado estudios al respecto, el programa contribuye significativamente al presupuesto familiar de los grupos de menores ingresos, en porcentajes

que varían entre un 4 y 35 por ciento, y mejora el estado nutricional de sus beneficiarios en los estratos más pobres, específicamente en los dos quintiles inferiores(24).

Si miramos las cifras oficiales en cuanto a mortalidad infantil, éstas indican un progresivo mejoramiento en el período 1974-1985 (ver Cuadro 5). En relación a la desnutrición, observamos el mismo fenómeno hasta 1982; de esta fecha en adelante, se observa un estancamiento e incluso en el año 1983 se aprecia un retroceso, el que coincide con la reducción del PNAC ya señalada. Esto revela lo vulnerable que se ha tornado el estado nutricional de la población pre-escolar y de las embarazadas bajo control del SNSS de la provisión de los alimentos del PNAC.

Es indudable que el PNAC ha jugado un papel muy importante tanto en la disminución de la mortalidad infantil como en la caída de los índices de desnutrición hasta 1982(25). No obstante las cifras representan promedios nacionales, que no discriminan por estrato socioeconómico. ¿En qué medida

ellos reflejan lo que ha ocurrido con la desnutrición en los sectores populares? Desgraciadamente, no existen estudios que hagan un seguimiento sistémico en el tiempo y que paralelamente distingan por **niveles de ingreso**. La información existente, aunque fragmentaria, indica no obstante que los porcentajes de desnutrición en niños menores de seis años son mucho mayores en los grupos más pobres de la población.

Como se desprende de los resultados presentados en el Cuadro 6, las tasas de desnutrición oficial subestiman en **más de la mitad** la prevaleciente en los grupos más pobres que viven en los barrios populares del Gran Santiago.

En general, el tamaño de las muestras es reducido, pero los resultados son reveladores de que la utilización de promedios nacionales o regionales conducen a una seria distorsión de la situación nutricional en que se encuentran los pre-escolares de las familias populares. Más allá de la labor positiva que pueda jugar el PNAC básico y focalizado, es indudable que éstas tienen un rol sólo paliativo y que resultan insuficientes mientras no mejoren las

CUADRO 5  
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y DE DESNUTRICION A NIVEL NACIONAL  
1974-1983

	Mortalidad Infantil (por mil nacidos vivos) (1)	Desnutrición (% población en control menor de 6 años) (2)
1974	65,2	n.d.
1975	57,6	15,5
1976	56,6	15,9
1977	50,1	14,9
1978	40,1	13,0
1979	37,9	12,2
1980	33,0	11,5
1981	27,0	9,9
1982	23,6	8,8
1983	21,9	9,8
1984	19,9 (a)	8,4
1985	19,3 (a)	8,7 (b)

(a) Cifras entregadas por el ministerio de Salud, W. Chinchón; El Mercurio, 24/7/86.

(b) Ministerio de Salud, Departamento de Control y Evaluación (s/f).

Fuente: Col. (1). INE. Compendio Estadístico, 1977 a 1985. Col. (2). Minist. de Salud, Anuario de Atenciones y Recursos, publicación anual.

**CUADRO 6**  
**COMPARACION DE LOS INDICES DE DESNUTRICION**  
**OFICIALES CON ESTUDIOS DE CASOS**  
 (porcentaje de desnutrición en niños menores de 6 años)

AÑO	o/o de desnutrición del grupo evaluado	%o de desnutrición oficial (e)	
		Nacional	R. Metropolitana
<b>1977</b>			
Asistentes a Comedores Populares (Santiago)	44,0 (a)	14,9	15,3
<b>1979</b>			
Asistentes a Comedores Populares (Sector Oriente de Santiago)	29,0 (b)	12,2	12,1
<b>1984</b>			
Campamento Raúl Silva Henríquez (Zona Sur de Santiago)	27,8 (c)	8,4	8,1
<b>1985</b>			
Pertenecientes a familias de Ollas Comunes (Zona Oriente de Santiago).	22,0 (d)	8,6	8,7

Fuentes: (a) Jiménez (1979), p. 62; (b) Chateau (1981), Cuadro Nro. 15, p. 19; (c) López (1984), Cuadro Nro. 15, p. 12; (d) Jansana (1985), Cuadro Nro. 2, p. 8; y (e) Ministerio de Salud, Anuario de Atenciones y Recursos, publicación anual y Departamento de Control y Evaluación para las cifras de 1985.

condiciones generales de vida de los grupos de nuestro país.

#### 4. CONCLUSIONES

El balance que surge del estudio de las políticas de salud formuladas y de los programas implementados y su impacto sobre los sectores populares durante el período 1974-1986 es claramente negativo. Las razones para arribar a esta conclusión principal pueden resumirse en los siguientes puntos:

a) El gasto público en salud se ha reducido notoriamente en términos per cápita, sin que existan signos claros que dentro de esta menor asignación de recursos al sector, los estratos de ingresos más bajos se hayan visto particularmente protegidos.

Continúan existiendo, a pesar del discurso oficial que reitera la necesidad de focalizar los recursos públicos hacia los más pobres, importantes "filtraciones" hacia el 40 por ciento más rico de la población chilena, básicamente a través del Sistema de Libre Elección de la Ley de Medicina Curativa.

Adicionalmente, el gasto público en Salud ha experimentado acentuadas reducciones en los dos períodos recesivos que ha vivido la economía chilena durante el gobierno militar, sin que se observe una recuperación compensatoria en las fases expansivas del ciclo económico. Se han potenciado de esta forma una menor cantidad de recursos públicos destinados a atender las necesidades de salud de los grupos más pobres, con la mayor desocupa-

ción y menores ingresos reales que afecta especialmente a estos sectores en los períodos de crisis económica.

b) El proceso de privatización de la salud impulsado por el gobierno militar -consecuente con el principio de "rol subsidiario" que debe jugar el Estado en el ámbito económico y de las políticas sociales-, y el paulatino traspaso de los costos de la salud a los beneficiarios del SNSS, apuntan en la dirección de una mayor diferenciación en la calidad de las atenciones de salud a que pueden acceder los chilenos. Los sectores de mayores ingresos se han ido trasladando paulatinamente a las ISAPRES, contribuyendo con ello a desfinanciar al sector público de la salud, sin que el Estado se comprometa a aportar mayores recursos al SNSS donde deberán permanecer los sectores de menores ingresos. De esta forma, se le ha ido ofreciendo alternativas de salud a los grupos más ricos y se ha continuado con un SNSS que permanece desfinanciado; en vez de aportar mayores recursos fiscales, la opción ha sido aumentar las cotizaciones de salud de los trabajadores, trasladando de manera creciente el costo de la salud a los usuarios en general.

c) En relación a los indicadores de salud de la población, se observa que los escolares, jóvenes y adolescentes, han sido claramente postergados por la política y programas de salud. El término y/o reducción de programas estatales de apoyo nutricional a estos grupos, parecen ser las causas fundamentales que explican esta situación.

d) El grupo privilegiado dentro de la política de salud ha sido el sector materno-infantil. Hacia éste se han dirigido los esfuerzos gubernamentales, concentrando gran parte de los recursos públicos. Por una parte se han incrementado las atenciones y prestaciones recibidas por el sector materno-infantil. Por otra, se ha expandido notoriamente la entrega de leche y sustitutos lácteos a las embarazadas, nodrizas, lactantes y preescolares a través del PNAC. Estos dos factores han contribuido a disminuir la tasa de mortalidad infantil durante todo el período y las tasa de desnutrición hasta 1982. No obstante, el PNAC ha ido adquiriendo un carácter cada vez más curativo y menos preventivo a partir de 1978. También se comprueba un estancamiento a partir de este año en la cantidad de alimentos distribuidos, rompiendo con ello la tendencia expansiva que se observó hasta 1977.

e) No es incompatible el hecho de que se presenten al mismo tiempo una sostenida disminución en la tasa de mortalidad infantil y de la desnutrición en los pre-escolares hasta 1982, con un deterioro en los niveles de vida de los sectores populares. La selectividad de la política de salud, con su énfasis en el sector materno-infantil, ha permitido, como lo señalan diversos autores, independizar en buena medida la evolución de estos dos indicadores de las condiciones generales de vida de los grupos más pobres. Esta orientación de la política de salud ha permitido, utilizando la expresión de Foxley y Raczkinski, **salvar vidas**, pero estos grupos se han visto desprotegidos una vez que cumplen el ciclo vital definido por los programas públicos.

El concepto de grupos vulnerables se ha limitado en consecuencia sólo a establecer un determinado período en que la población, específicamente la madre y el niño menor de seis años, enfrenta mayores riesgos de enfermedad y/o desnutrición. Una vez que este lapso de tiempo termina, los sectores populares se ven enfrentados a la limitación de recursos con que opera el sector público de salud y la falta de políticas y programas que enfatizan los aspectos preventivos y de fomento de la salud. Esta última orientación más integral de la política de salud, que se había ido desarrollando en el país, especialmente desde 1964 hasta 1973, ha sido abandonada en gran medida durante el gobierno militar. Desgraciadamente, no se visualiza en la actualidad un cambio en la concepción casi meramente curativa que ha caracterizado la acción estatal en salud en el período 1974-1986.

## RESUMEN

En el presente trabajo se analizan los antecedentes con respecto al gasto público en salud, poniendo énfasis en su evolución, comportamiento pro-cíclico y su carácter redistributivo. A continuación se estudian el proceso de privatización de la salud y el traspaso de su costo a los usuarios, tratando de identificar los mecanismos a través de los cuales las reformas implementadas en el área de la salud ha tendido a producir una mayor segmentación en la calidad de las atenciones y prestaciones que reciben los chilenos según su nivel de ingreso. Finalmente, se analizan los programas de salud implementados y sus resultados. Nos centramos en el

impacto de la política de salud y nutricional sobre: a) los escolares, jóvenes y adolescentes, grupos particularmente desatendidos por los programas públicos y, b) el sector materno-infantil, grupo definido como prioritario por las autoridades del sector salud. El análisis y los antecedentes presentados a lo largo de todo el trabajo se refieren al período 1974-1986 en que se han producido importantes cambios estructurales en el área de salud.

## RESUME

Dans ce travail on analyse les antécédents de la dépense publique en santé, en signalant son évolution, son comportement pro-cyclique et son caractère redistributif. On étudie ensuite le processus de privatisation des soins de santé et le transfert de son coût aux usagers, en essayant d'identifier les mécanismes à travers lesquels les réformes introduites dans le secteur santé ont eu tendance à produire une plus grande segmentation dans la qualité des soins et des prestations reçus par les chiliens d'après le niveau de leurs revenus. On analyse finalement les programmes de santé et leurs résultats. On s'arrête sur les effets de la politique de santé et de la nutrition adressée a) aux écoliers, jeunes et adolescents, groupes particulièrement oubliés par les programmes publics etc, b) au secteur maternel et infantile, groupe défini comme prioritaire par les autorités de santé publique. L'analyse et les antécédents présentés tout au long de ce travail, se rapportent à la période 1974-1986., années dans lesquelles se sont produit des changements structurels importants dans le domaine de la santé.

## SUMMARY

The information about public health expenditure is analysed; special attention is given to its evolution, its relation to economic growth and its redistributive character. In addition, the privatization process of the NHS and the transfer of health costs to users are studied in an attempt to identify the way the health reforms have produced a greater fragmentation in the quality of health care and what specific medical care and services Chileans receive according to their incomes. Finally, the health programs that have been carried out and

their results are reviewed.

We focus our attention on the impact of health and nutritional politics on: a) school-age children, young adults and adolescent groups that have been particularly unattended by these programs and b) maternal-child group, which has been defined as priority by the health authorities. The analysis covers the 1974-1986 period, in which important structural changes in the health system occurred.

## NOTAS

- 1) Arellano (1976), Cuadro N° 8, p. 166. Es importante señalar que el SNS efectuaba en dicha fecha el 80 por ciento del gasto público total en el sector salud.
- 2) Rodríguez (1985), Cuadro 7, p. 34. Desgraciadamente, las metodologías utilizadas por ambos autores son diferentes, lo cual impide obtener alguna conclusión acerca de si el gasto público en salud es más o menos redistributivo en el año 1969 que en 1983. En el estudio de Arellano la población es estratificada en tramos según sueldos vitales, en cambio, en la investigación de Rodríguez se la ha ordenado según quintiles de ingreso familiar per cápita.
- 3) Marcel (1984), Cuadro 7, p. 26.
- 4) Marcel, op. cit. El PG según las cifras revisadas por Meller, et al. (1984), habría sido en 1976 un 13,1 por ciento inferior al de 1974 (véase Cuadro 3.1., p. 43). Si a la cifra anterior agregamos el crecimiento de la población en dos años, 3,4 por ciento, el PG per cápita resulta un 16,5 por ciento más bajo en 1976 que en 1974. El gasto público en salud por habitante, en cambio, disminuye entre ambos años en un 31 por ciento, casi el doble del PGB per cápita.
- 5) Salas (1985), Cuadro 8, p. 50. La caída del gasto público en salud se produce en 1983, es decir, con un año de rezago con respecto a la disminución más significativa del PGB que se produjo en 1982. Si consideramos como base 1981, último año del período expansivo previo, el gasto público en salud per cápita fue en 1983 un 12 por ciento menor que en 1981; en cambio, el PGB por habitante alcanzó un nivel 16 por ciento menor al comparar los mismos años.
- 6) Requena (1985), Cuadro 4, p. 20. Existen diferencias significativas en la información sobre el monto del gasto público total en salud en 1974, entre las cifras oficiales y las corregidas por Marshall (1981 a). Requena utilizó las cifras oficiales como base para sus cálculos, las cuales indican un nivel de gasto público en salud un 19 por ciento superior a las obtenidas por Marshall. Si se toma la cifra de este último autor y se replican los cálculos efectuados por Requena, se obtiene como resultado que el aporte

- fiscal fue de 73 por ciento en 1974 en vez de 61 por ciento. Es decir, existen indicaciones de que la disminución en el aporte fiscal al gasto público total en salud es aún más pronunciada de lo que se infiere de las cifras elaboradas por Requena. Al respecto véase Castañeda (1984), Cuadro 8, cols. (3) y (5). p.31.
- 7) El aumento en la tasa de cotización fue dictaminada por el Ministerio de Hacienda el 30/12/82 a través de la Ley 18.196. Aparentemente, esta medida se llevó a efecto debido a que el gasto en medicina curativa de FONASA en 1982 habría sido superior en 16 por ciento a la que se había proyectado originalmente (véase, Raczynski (1983), p. 38) La tasa de cotización fue nuevamente aumentada a un 7 por ciento a partir del 1/1/86, con la entrada en vigencia de la Nueva Ley de Salud.
  - 8) A modo de ilustración se puede mencionar que el IPC muestra un aumento de 119,1 por ciento al comparar 1985 con 1981. Por su parte, el IPM, indica un aumento de precios aun mayor entre ambos períodos: 178 por ciento.
  - 9) Como indicador estamos utilizando el Índice de Remuneraciones calculado por el INE deflactado por el IPC oficial.
  - 10) Véase Raczynski (1983), op. cit. p. 37; los cálculos incluyen el menor gasto que tendrá que realizar el FONASA por concepto del subsidio recibido por los beneficiarios al comprar bonos y/o programas de la Ley de Medicina Curativa.
  - 11) El valor de \$ 112, se obtiene al aplicar la tasa de cotización del 6 por ciento vigente en 1985 al nivel de remuneraciones correspondiente al mismo año ( $0,06 \times 187,4 = 11,2$ ).
  - 12) Cifras calculadas a partir de la información anual proporcionada por Marcel (s/f), Cuadro 9.
  - 13) Jiménez (1979), p. 62.
  - 14) Chateau (1981) Cuadro 15, p. 19.
  - 15) Jansana (1985), Cuadro 2, p. 8. Todos los estudios citados revelan que la desnutrición afecta en mayor medida a los escolares y adolescentes que a los pre-escolares. Véase la Sección 3 de este trabajo donde se proporciona información sobre desnutrición para este último grupo etario.
  - 16) Contreras, et al., (186), p. 31.
  - 17) López, et al., (1985), p. 359.
  - 18) Marcel (s/f), Cuadro 4.
  - 19) La información para el período 1969-1982 proviene de Salas, op. cit., Cuadro 12, p. 54. Su actualización para 1983 se efectuó utilizando la información ya disponible para dicho año relativa a la dotación de personal del SNSS; véase, INE, **Compendio Estadístico 1986**, págs. 72-73.
  - 20) Raczynski y Oyarzo (1981), pp. 57-60. Véase también Romero, pp. 72-82, y Foxley y Raczynski, op. cit., Cuadro 7, p. 122.
  - 21) Raczynski y Oyarzo, op. cit., p. 63.
  - 22) El PNAC focalizado también es conocido con el nombre de Programa de Control del Niño con Déficit

Nutricional.

- 23) Atalah, et al. (1985), págs. 366-367. El énfasis es nuestro.
- 24) Raczynski y Oyarzo, op. cit., p. 62.
- 25) Atalah, et al., op. cit., Castañeda, op. cit., y Raczynski y Oyarzo, op. cit.

## BIBLIOGRAFIA

- ACUÑA, R. "Nueva Ley de Salud", en *Vida Médica*, Vol. 37, Número 1, Primer Trimestre 1986.
- ARELLANO, J.P. "Gasto Público en Salud y Distribución del Ingreso", en *Salud Pública y Bienestar Social*, Centro de Estudios de Planificación Nacional, Universidad Católica de Chile, Santiago, Marzo de 1976.
- ARELLANO, J.P. y SAEZ, R. *Reforma de la Previsión y Financiamiento de la Salud*, Corporación de Promoción Universitaria, Documento de Trabajo N° 48, Octubre, 1982.
- ATALAH, E., PUENTES, R. CASTILLO, C. y RADRIGAN, M.E. "Programa Nacional de Alimentación Complementaria 1965-1985", en *Revista Chilena de Pediatría*, Volumen 56, N° 5, Septiembre-Octubre 1985.
- AYLWIN, J. "Los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en Chile: Reconocimiento Jurídico y Vigencia Efectiva", en *Comisión de Derechos Humanos*, Marzo de 1986.
- CASTAÑEDA, T. "Contexto Socio-económico y Causas del Descenso de la Mortalidad Infantil en Chile", en *Estudios Públicos N° 16*. Centro de Estudios Públicos, Primavera 1984.
- COLEGIO MEDICO DE CHILE (A.G.). *Algunas Consideraciones sobre la Salud en Chile, Hoy*. Consejo Regional Santiago, 1° de julio de 1983.
- CONTRERAS, R., DUHART, S. y ECHEVERRIA, M. *Salud Pública, Privada y Solidaria en el Chile Actual*, Programa de Economía del Trabajo, Documento de Trabajo N° 44, Enero, 1986.
- CHATEAU, J. *Algunos Antecedentes sobre la Situación de los Pobladores en el Gran Santiago*, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Documento de Trabajo N° 115, Santiago, Junio, 1981.
- DE KADT, E. "Aspectos Distributivos de la Salud en Chile", en *Bienestar y Pobreza*, Centro de Estudios de Planificación Nacional, Universidad Católica de Chile, Santiago, Septiembre de 1974.
- DE KADT, E. "Las Desigualdades en el Campo de la Salud", en *Salud Pública y Bienestar Social*, Marzo, 1976.
- DE KADT, E., LIVINGSTONE, M. y RACZYNSKI, D. "Políticas y Programas de Salud, 1964-73", en *Salud Pública y Bienestar Social*, Marzo, 1976.
- FONDO NACIONAL DE SALUD. *Memoria Anual 1984*, 1985.

- FOXLEY, A. y RACZYNSKI, D. "Grupos Vulnerables en Situaciones Recesivas. El Caso de los Niños y Jóvenes de Chile", **Colección Estudios CIEPLAN 13**, Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica, Junio 1984.
- GIACONI, J. "Organización y Estructura del Sector Salud en Chile. 1974-1984. Análisis Preliminar", en **Política y Sistema de Salud. Análisis Preliminar de la Década 74-83**, Serie Documentos de Trabajo Número Especial, Corporación de Promoción Universitaria, Santiago, 1985.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS. **Compendio Estadístico**, publicación anual.
- JANSANA, L. "Situación Nutricional de los Menores de 15 Años y de la Alimentación Entregada por Ollas Comunes", en **Materiales de Discusión Nº 1**, Programa de Economía del Trabajo, Octubre 1985.
- JIMENEZ, J. "Desnutrición Infantil: Problema Siempre Presente", en **Revista Mensaje Nº 276**, Enero-Febrero 1979.
- JIMENEZ, J. "La Salud Pública en Chile 1985", en **Vida Médica**, Volumen 36, Número 1, Marzo, 1985.
- JIMENEZ, J. "Atención Médica en Chile. Datos y Reflexiones", en **Política y Sistemas de Salud. Análisis Preliminar de la Década 74-83**, op. cit., Santiago, 1985.
- LOPEZ, H.; YANJARI, R.; VARGAS, G. y SOLOVERA, N. "Situación Nutricional de los Grupos Marginados en Chile", en **Resúmenes de Trabajo**, IV Jornadas Chilenas de Salud Pública, Escuela de Salud Pública, Noviembre, 1984.
- LOPEZ, I., ROMERO, M.I., VARGAS, S., ROJAS, D., ARANDA, W., LE BERT, M. y GUERRERO, M.A. "Morbilidad Consultada por Adolescentes en Atención Primaria", en **Revista Chilena de Pediatría**, Volumen 56, Nº 5, Septiembre-Octubre 1985.
- MARCEL, M. "Gasto Social del Sector Público en Chile, 1979-1983", en **Notas Técnicas Nº 66**, Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica. Agosto de 1984.
- MARCEL, M. "Políticas Sociales y Transformaciones Estructurales en Chile 1974-1983. Notas sobre el Estado y Actores Sociales". Mimeo, sin fecha.
- MARSHALL, J. "Gasto Público en Chile, 1969-1979, Metodología y Resultados", en **Notas Técnicas Nº 33**, Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica, Julio, 1981.
- MARSHALL, J. "Gasto Público en Chile: 1969-1979", en **Colección Estudios CIEPLAN 5**, Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica, Julio, 1981.
- MEDINA, E., KAEMPFER, A.M., CUMSILLE, F., "La Atención de Salud en la Región Metropolitana: Comparación de Encuestas 1977-1983", en **Revista Médica de Chile**. Vol. (Año 113), Nº 10, Octubre, 1985.
- MELLER, P., LIVACIC, E. y ARRAU, P. "Una Revisión del Milagro Económico Chileno (1976-1981)", en **Colección Estudios CIEPLAN 15**, Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica, Diciembre de 1984.
- MINISTERIO DE SALUD. **Políticas de Salud, Chile-1977**.
- MINISTERIO DE SALUD. **Anuario de Atenciones y Recursos**, publicación anual.
- RACZYNSKI, D. y OYARZO, D. "¿Por qué Cae la Tasa de Mortalidad Infantil en Chile?", en **Colección Estudios CIEPLAN 6**, Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica, Diciembre, 1981.
- RACZYNSKI, D. "Reformas al Sector Salud: Diálogos y Debates", en **Colección Estudios CIEPLAN 10**, Corporación de Investigaciones Económicas para Latinoamérica, Junio, 1983.
- REQUENA, M. **Análisis del Proyecto de Ley Régimen de Prestaciones de Salud**, Instituto de Ciencias Alejandro Lipchutz, Documento de Trabajo, Octubre, 1985.
- RODRIGUEZ, J. **La Distribución del Ingreso y el Gasto Social en Chile - 1983**, Instituto Latinoamericano de Doctrina y Estudios Sociales, Diciembre de 1985.
- ROMERO, M.I. "Recursos Humanos en Salud en Chile. Análisis de una Década", en **Política de Salud, Análisis Preliminar de la Década 74-83**, Santiago, 1985.
- SALAS, V. "Recursos Financieros y Evolución del Gasto en Salud", en **Política y Sistemas de Salud. Análisis Preliminar de la Década 74-83**, Santiago, 1985.
- SALINAS, M.J., "Acerca de la Pobreza y su Relación con la Salud y Nutrición Materna", en **Informe Técnico/Doc. 4**, Universidad de Chile, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Marzo, 1986.
- SCHOKLNIK, M. "Sobrevivir en la Población José María Caro y en Lo Hermida", en **Colección Temas Sociales I**, Programa Economía del Trabajo, Abril, 1986.