

En busca de una política de salud para Chile

In search of a Health Policy for Chile

Dr. Carlos Antonio Molina Bustos ¹

Palabras clave: *Planificación; política nacional de salud; Estado; Medicina Social; Servicio Nacional de Salud; modelo neoliberal; impacto sanitario.*

INTRODUCCIÓN

Nuestro país, como buena parte del mundo occidental, ha vivido desde los años setenta del siglo pasado y con una progresión y velocidad crecientes, las consecuencias de la instalación, consolidación y maduración de un modelo o modo de dominio neoliberal globalizado que, en nuestro caso se instaló a sangre y fuego desde el golpe cívico-militar de 1973, que se ha perfeccionado en los últimos 18 años de post dictadura, y que ha afectado a todas las instancias sociales del país, con una democracia pactada, tutelada, autoritaria y de baja intensidad, hasta hoy.

Aquello puede describirse como un oscurecimiento de la comprensión de lo que ocurre y transcurre cotidianamente en todos los ámbitos de la vida colectiva nacional y que se ha expresado en una subordinación de la conciencia original de la vida republicana previa (1), situándonos en un nivel de incapacidad de ver con eficacia la solución política de los problemas obvios de fondo que nos aquejan y causan los problemas secundarios que se derivan de aquello.

Este proceso de alienación de la conciencia crítica colectiva ha permitido la emergencia deletérea de la corrupción en manos del consumismo desenfrenado, todo ello inducido por los medios de comunicación de masas y la hipercibernética mercantil de sus nuevas redes sociales.

Esta consecuencia, a mi juicio, ha operado de modo a veces dramático, en el mundo de la salud pública en Chile.

Así, podemos entender por qué la voz “política de salud” con su singularidad que expresa su ámbito totalizador al conjunto social, su carácter nacional y/o territorial de amplia y generalizada cobertura, parece haber sido reemplazada en el lenguaje experto, por substantivos complementados por diversos apellidos y cualidades que la sectorializan o fragmentan, privándola de su significado ortodoxo y original. Nuestro lenguaje parece haber perdido la capacidad de decir lo que realmente se quiere hacer o no hacer.

Es preciso tener muy presente que en los últimos meses se ha producido un cambio trascendente en los cuerpos de gobierno del Colegio Médico de Chile que ha reemplazado a sus directivos por colegas jóvenes y nuevos, que nos hacen abrigar claras esperanzas de una mayor flexibilidad en su capacidad de pensamiento crítico del status quo, lo que para el campo de la política de salud puede ser decisivo.

REQUISITOS PARA PENSAR UNA POLÍTICA DE SALUD.

Debe tenerse presente que una política de salud es la expresión formal del poder político, acerca de la forma en que se abordarán las necesidades y problemas de salud de la población, que se materializa en lo que se hace o no se hace, luego del proceso de reflexión colectiva.

También, dicha política lleva implícito el conflicto de intereses que pretende resolver.

¹ Médico-Cirujano. Magíster en Historia por la Universidad de Chile. Ex Subsecretario de Salud

Ella no dejará de ser un instrumento plenamente sujeto a las presiones de los intereses sociales y al esfuerzo del gobierno por hacer de ella un mecanismo de legitimación del régimen, de su ideología, de sus valores y sus autoridades (2).

Una política adquiere vigencia en el momento en que la autoridad toma una decisión para asignar los recursos.

El poder formal de gobierno tiene el recurso de revisar a fondo una política, reconocer sus defectos, sus incoherencias y sus faltas de eficacia y eficiencia y puede proponer nuevas opciones para reducir dichos errores y actuar con la mayor eficacia posible

En consecuencia, es necesario contar con un Plan de Salud para favorecer las decisiones que permitan cumplir las finalidades de la política.

UN ESQUEMA DE LAS ETAPAS DE UN PROCESO DE PLANIFICACIÓN DE SALUD

- Análisis de la situación que se pretende corregir.
- Identificación y descripción de los problemas.
- Explicación de los problemas descritos e identificados.
- Fijación de prioridades de los problemas identificados y explicados.
- Formulación de Objetivos.
- Análisis de obstáculos y de viabilidad y factibilidad de impactos.
- Diseño y Elección de Estrategias.
- Apertura de Programas y de Proyectos.
- Evaluación de Resultados del Proceso.
- Proposición de Reajustes Necesarios.

En los marcos actuales de la globalización a escala mundial de las particularidades nacionales de situación del proceso salud-enfermedad, se hace necesario incorporar un análisis crítico, de los factores internacionales y/o transnacionales que pueden condicionar la Viabilidad y Factibilidad de nuestras decisiones políticas.

También de los tratados o convenios internacionales y/o regionales que nos comprometan, dados los ya largos años de adscripción de nuestro país a las reglas del juego y “los márgenes riesgo” de la Organización de Libre Comercio, el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y otras instituciones.

(Ver: “Aspectos Conceptuales y Operativos del Proceso de Planificación de la Salud”. Dr. Hernán Durán Morales. Cuadernos del ILPES; N° 35.

Organización de Naciones Unidas. Santiago de Chile, 1989.)

Esta síntesis apretada de requisitos para la formulación de una política, puede ilustrar acerca de cómo, en esta coyuntura actual, podemos ser capaces de tomar muy en cuenta la necesidad de conservar la conceptualización amplia y abarcadora, singular y substantiva de la voz “política de salud”, para no errar el camino, para neutralizar esa trampa o metáfora anglosajona del “elefante en la habitación” emergida en los tiempos recientes del neoliberalismo, que nos ha provocado una especie de testaruda ceguera para examinar una situación de salud-enfermedad en el Chile actual.

A mi juicio, ese “astigmatismo” ha impedido ver con nitidez el problema mayor y primario que tenemos al frente, lo que atentaría contra intereses económicos y sociales de quienes se benefician del status quo generado por el concepto prevalente de la voz “política de salud”, las más de las veces implícito y antagónico con ese status quo que los tecnócratas llamados expertos, se esmeran en evadir o morigerar.

Con ello, el “elefante en la habitación” seguirá impidiendo dar cuenta eficaz de las causas reales de los problemas fundamentales que nos aquejan, manteniéndonos en soluciones parciales y fragmentarias que a la larga fracasan, porque la causa primaria continúa actuando sobre estos problemas al permanecer sin rectificación.

ALGUNAS NOTAS Y APUNTES DE NUESTRA MEMORIA CHILENA. ETAPAS PRINCIPALES

Estoy plena y cabalmente persuadido que esta propuesta de adentrarnos en el (re)estudio de nuestra memoria, sólo puede ser abordable desde el pensamiento crítico, desde la dialéctica de la historia social de la modernidad, de las nuevas conceptualizaciones del proceso Salud-Enfermedad, de la nueva epidemiología, del valor de la construcción social y colectiva de las definiciones de la política de salud y del control social de su gestión.

De los avances en el conocimiento de los nuevos factores, inimaginados antes, que condicionan y determinan las nuevas respuestas a las grandes preguntas aún no suficientemente contestadas de, por qué nos enfermamos, de quiénes si lo sufren y quiénes no y por qué esto ocurre hoy y así y no de otra manera.

¿Qué medimos hoy de nuestro quehacer y por qué? ¿Cuáles son los reales factores que condicionan hoy nuestra real esperanza de vida? ¿Nuestra

actual expectativa de longevidad y condiciones de envejecimiento?

¿Por qué Sir Michael Marmot en Gran Bretaña y sus colaboradores, se acercaron a expresar en términos de condiciones de vida y prestigio social, “científicamente” medidos, el concepto de plusvalía pensado por Carlos Marx? ¿Por qué no lo hemos hecho nosotros en Chile ni América Latina?

Más allá de los detalles de cada momento de la vida nacional, intento aquí develar y hacer inteligibles los trazos fundamentales que han caracterizado este trayecto histórico, sus alcances y significados mayores, así como los factores políticos y sociales que han concurrido a su existencia, en particular la forma y modo como los sujetos sociales protagonistas, han actuado e interactuado en torno de la generación y curso de las instituciones sanitarias nacionales.

Se trata de un vuelo historiográfico a mediana altura sobre la historia de nuestra salubridad y de sus instituciones, que no pretende ingresar en la percepción detallada que proporcionan los lentes de mayor aumento, sino de una mirada que permita dar cuenta de los perfiles estratégicos que adquieren los espacios públicos de la vida nacional, en sus diversos períodos o etapas.

Desde el promontorio epistemológico referido, es pertinente para los efectos de esta contribución, concentrarme en tres momentos que me parecen claves, para explicar mi manera de comprender y transmitir a ustedes lo que me parece más importante a la hora de intentar formular una “política de salud” para Chile.

Un primer segmento situado en el primer gran período de nuestra historia sanitaria nacional, yo lo veo comprendido entre 1850 y el año de 1920 del siglo XX, que se puede caracterizar como la etapa en que todo el desarrollo de las instituciones sanitarias estuvo en manos de la iniciativa popular; del artesanado primero, luego del movimiento obrero y estudiantil que se desarrolló al margen del Estado y de los sectores patronales, con total independencia, autogestión y autofinanciamiento por parte de sus actores protagonistas (3).

El Estado y las oligarquías asumen una actitud contemplativa primero, desde la caridad y la filantropía y con preocupación creciente por los alcances políticos y sociales que logra la emergencia incremental del movimiento obrero y sus organizaciones sindicales en todo el país y que los sectores más lúcidos de aquella oligarquía denominan como “La Cuestión Social”(5).

En este período, el sujeto social emergido crea

sus propias reivindicaciones sociales, interpelando al Estado, colocando las necesidades de sus condiciones de vida, de trabajo y de salud como derechos sociales que se oponen al concepto de caridad y beneficencia voluntaria, junto a la emergencia del rol sanitario y académico del médico, como impulsor del derecho a la salud y la seguridad social.

Esta primera gran etapa marca indeleblemente el desarrollo de todo el Estado chileno en las décadas posteriores en el ámbito de la salubridad, la seguridad social y las luchas por los derechos sociales.

Es un período de profundas convulsiones sociales y políticas, marcado por el sello de la represión y la crisis final de ese Estado, que culmina en los albores de la década de los años veinte del siglo pasado.

Particularmente significativas desde 1850 en adelante son las Sociedades de Socorros Mutuos, las primeras manifestaciones de iniciación de los esfuerzos colectivos por la salud de la población y de la regulación de los procesos de trabajo y los conflictos inevitables en las relaciones del trabajo con el capital y la aparición en los espacios públicos y en los escenarios políticos, de la movilización callejera y la huelga.

Un segundo segmento situado entre los años 1920 y 1973 precipitado por la crisis política de la oligarquía parlamentaria y caracterizado por la emergencia creciente y sostenida del rol del

Estado, que abandona progresivamente su conducta pasiva propia de la caridad y filantropía, modifica la estructura de las instituciones sanitarias previas, bajo la influencia determinante de los cambios políticos, los estragos del primera guerra mundial, la emergencia de la Unión Soviética y las conductas políticas posteriores que consagran la obligación de los estados de hacerse cargo de los derechos sociales de los trabajadores, entre ellos el derecho a la salud, al trabajo y a la seguridad social.

En Chile y demás países de nuestra región el Estado crea las instituciones de salud y seguridad social, así como el primer Código del Trabajo, generando una asociación entre los trabajadores obreros urbanos, el Estado y los sectores patronales. Aparece la Ley del Seguro Obrero Obligatorio, la Ley de Accidentes del Trabajo, la creación de la Caja de Empleados Particulares (3).

En el diseño y formalización jurídica de estas nuevas instituciones el movimiento obrero es cooptado para integrar los organismos de administración de estas instituciones y en el que los

trabajadores deben incorporarse al cofinanciamiento permanente de ellas. Importantes historiadores de la historia social de Chile, denominan a esta etapa como la “estatización” de todos los recursos previsionales que, desde 1850 en adelante, había acumulado el sector laboral; se incorporan en términos de coparticipación con el sector patronal y el Estado asume una responsabilidad principal y obligada.

Esta etapa es el período de aparición histórica de las instituciones modernas de salud y seguridad social y laboral que caracterizan el Estado moderno.

Se comienza a hacer realidad el “sector salud” en los perfiles nacionales, con una activación creciente del concepto de “política de salud”, con los significados que he planteado en los primeros párrafos de este artículo (6).

En el curso de estos largos años de conflictos sociales y políticos se desarrolla con gran fuerza el sujeto social popular, desde al emergencia del movimiento obrero, luego de la organización del movimiento estudiantil con la creación de la FECH en la primera década del siglo XX, que dan las primeras batallas por la emancipación de los trabajadores y sus derechos sociales.

Se agregan desde los años siguientes de modo contundente y significativo los sectores medios con el desarrollo de los empleados públicos y empleados particulares, que enriquecen el sujeto social. Seguidamente, durante la década de los años cincuenta se incorpora el sector organizado de los pobladores que inunda Santiago y los principales centros urbanos, como producto de la migración campo-ciudad desde comienzos del siglo XX, para finalmente en la década de los años sesentas, el movimiento campesino organizado a escala nacional.

Este potente “sujeto social expandido” aumenta cualitativamente su poder de convocatoria social y política y sus organizaciones sindicales convergen en la Central Única de Trabajadores de Chile (CUT) y junto al desarrollo de las organizaciones políticas de las izquierdas, inducen los grandes cambios sociales, institucionales, económicos, políticos y culturales que caracterizan esa etapa de la vida nacional (7).

Como resultados principales emerge el concepto de la Medicina Social chilena, el fortalecimiento de la institucionalidad de salud y seguridad social a escala nacional que culmina en el Servicio Nacional de Salud y el Servicio del Seguro Social, en 1952 (4).

El desarrollo de estas largas décadas de cambios

y transformaciones políticas y sociales se expresó en una muy fértil acumulación de derechos y bienes sociales y económicos de expansión progresiva, los trabajadores y sus organizaciones validadas y legitimadas por las instituciones constitucionales, legales y jurídicas logradas por este mismo proceso de democratización de la vida social de Chile alcanzan su máxima expresión entre los años 1958 y 1973., conocido como la “década larga”.

Todo ello, en un trayecto salpicado de grandes conflictos sociales y políticos que sacuden y activan la conciencia de historicidad del sujeto social expandido que logra conservar la estabilidad política de nuestras instituciones.

Se trató de un largo período de construcción-deconstrucción, lleno de contradicciones entre los sectores que propugnan la medicina social y el derecho universal a la salud y la seguridad social, con un rol principal del Estado en su gestión, en condiciones de igualdad y acceso, gratuidad en todo el territorio nacional, oportunidad y no discriminación, de la mejor calidad técnica y al margen de toda discriminación imaginable entre los ciudadanos.

Todo esto implicó el imperio casi total de la medicina social, la casi completa ausencia de la medicina privada, regulado todo esto por el progreso de las instituciones jurídicas que lo reglamentaban y tal como había sido planeado con el surgimiento de la Medicina Social Chilena en la década de los años treinta, se alcanzó la máxima cercanía con el Servicio Único de Salubridad.

Ciertamente, los últimos años de este período, desde 1966, se vieron sacudidos por fuertes contradicciones entre los sectores partidarios de la medicina social y el derecho a la salud y la seguridad social universales, en los marcos de una socialización de estos derechos y aquellos sectores sociales que proclamaron a la salud como una mercancía que se compra y se vende en el mercado, en los marcos del principio de subsidiariedad del Estado.

Un tercer segmento de este vuelo historiográfico, nos muestra un cambio radical acaecido desde 1973, que ha sido denominado como la etapa de la “privatización” del capital social acumulado por los trabajadores en los períodos anteriores.

A mi juicio, esta etapa ha sido prolongada hasta hoy, por una época de postdictadura caracterizada por el perfeccionamiento de un modelo total y hegemónico de neoliberalismo, con un dominio absoluto del mercado no sólo ya nacional sino desde esa época, al servicio del capital financiero

neoliberal de carácter transnacional, que ha modificado todas las instituciones republicanas y ha dejado sujeta la soberanía del Estado de Chile, a los dictados de los mercados transnacionales y sus instituciones de control financiero, junto a una democracia cautelada, vigilada, autoritaria y de baja intensidad.

HECHOS E HITOS MÁS RELEVANTES DE POLÍTICA DE SALUD EN CADA ETAPA SEÑALADA

1. El Servicio Nacional de Salud y el gobierno de la Unidad Popular.

Sin la consideración primordial de esta institución nacional de salud, no nos será posible comprender la jerarquía histórica de todos el desarrollo de la Medicina Social chilena desde sus antecedentes del siglo XIX de la mano del movimiento social, que empuja y sostiene todos los desplantes del sujeto social en expansión, en el marco de la emergencia de los derechos sociales, económicos y políticos en los espacios de la vida pública nacional, en que se elaboran y forjan todos los perfiles de las política de salud y seguridad social chilenas, que han marcado nuestra historia (8).

Debemos, a mi juicio, (re)estudiar la historia del Servicio Nacional de Salud, su creación, desarrollo, perfiles fundamentales de su existencia, sus contradicciones, sus grandes y desaparecidas virtudes no repetidas hasta hoy. De la cultura sanitaria de nuestra población que condujeron al gran desarrollo de nuestro nivel de salud que transportó a Chile, desde su pasado reciente de grandes lacras y vergüenzas sanitarias, hasta el prestigio internacional del que hoy gozamos y aún giramos, de algún modo contra la acumulación de su historia, en especial en el campo de la planificación y de la política da salud. Debemos tener presente las raíces de nuestra Medicina Social inspiradas en los grandes médicos y epidemiólogos protagonistas de la revolución de 1848 en toda Europa. (Rudolph Virchow).

También debemos hacer lo propio, con la consideración crítica de todas sus contradicciones, de sus grandes imperfecciones e insuficiencias, causantes de sus defectos que marcaron no sólo a nuestra generación, sino que abrieron la puerta a las preexistencias que colaboraron a los conflictos sociales de la hecatombe de 1973 y a la etapa de “privatización” de la ideología del neoliberalismo, que hoy nos aqueja e impide que nuestra inteligencia de cuenta del “elefante ignorado”, que nos

impide el estudio y el desarrollo de una “política de salud nacional”.

“Uno de los signos más característicos del nuevo régimen 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”. (María Angélica Illanes. “En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia...” Colectivo de Atención Primaria, Santiago; pág. 478; 1993).

“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, un proceso dialéctico, biológico y social, producto de la interacción del individuo y del medio ambiente, influido por las relaciones de producción de la 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 solo 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”. (“Presidencia de la República. Mensaje del Presidente Salvador Allende al Congreso Nacional. 21 de Mayo de 1971.” Dirección de Bibliotecas, Archivo y Museos.)

“No se conocen cambios tan profundos y rápidos en América Latina. Ni el presidente mexicano Lázaro Cárdenas, padre de la primera reforma agraria y de la nacionalización del petróleo, ni Jacobo Arbenz en Guatemala, ni Joao Goulart en Brasil, ni el propio Fidel Castro, transformaron tanto en tan poco tiempo”. (Jorge Magasich. “Allende, la UP y el Golpe”. Ediciones Aun Creemos en los Sueños. Santiago, Chile; 2013.)

Más allá de los impactos sanitarios de la estrategia de participación popular masiva, publicados en la literatura entre 1976 y 1984, que dan cuenta de una disminución significativa y notable de la mortalidad infantil, de la mortalidad general y de la mortalidad materna, así como el impacto de las estructuras de democratización de todos los procesos productivos, en las condiciones de vida de las grandes masas populares, lo más relevante resulta ser que no había precedente de ello en la historia social y sanitaria de Chile, de decisiones político-institucionales de estas magnitudes, ni antes ni después de 1971.

En el mundo de la salud, esto alentó la acción de quienes sabotaban las políticas del SNS y expandían la concepción de la salud como una mercancía que se debía realizar en el mercado.

El impulso arrollador del sujeto social expandido, en el curso del gobierno de la Unidad Popular debió enfrentarse desde el primer día con el desarrollo larvado y Crecientemente acumulado en el seno del Colegio Médico que ya, desde la Convención Médica de 1956, había comenzado a manifestar sus contradicciones y discrepancias con la tendencia dominante al anterior de la Medicina Social, que había animado los acontecimientos en 1952, que dieron lugar al Servicio Nacional de Salud.

Los efectos deletéreos de la Ley de Medicina Curativa de 1968, referidos a la doble administración al interior del Servicio Nacional de Salud, que había sido promulgada sin el respaldo del Colegio, alentaron que el sector privatizador de desarrollo creciente entre los médicos, impidiera implantar orden, racionalidad, disciplina, agilidad administrativa e igualdad de trato al interior de los hospitales públicos (10).

Estos procesos fueron determinando progresivamente la aparición de una tendencia gremialista en el Colegio que llegó a plantearse el término de la hegemonía cultural de la medicina socializada y su reemplazo por una visión individualista del proceso de la atención médica.

La Ley de Medicina Curativa, tuvo así, un papel precursor del resurgimiento de la medicina liberal en el país. (Ver: "Servicio Nacional de Salud 1971-1972". Revista Apuntes (4). Santiago de Chile; 1972". Dr. Mariano Requena Bichet.)

LA DICTADURA CÍVICO-MILITAR

En la secuencia de los hechos e hitos históricos de nuestra política de salud, este período marca no solo el siglo XX, sino todo lo que va corrido del siglo XXI hasta hoy. Cualquier examen objetivo independiente, "científico" (si ustedes quieren) de nuestra historia, así lo podrá verificar, más allá de todo discurso que insinúe lo contrario.

Toda la institucionalidad vigente hoy, es esencialmente, la que nos ha legado la dictadura cívico-militar.

En consecuencia, si queremos pensar, elaborar y enarbolar una nueva política de salud, debemos estudiar a fondo este período, con los mismos criterios críticos que he propuesto para todo nuestro acercamiento a la historia política de salud en Chile.

En el primer semestre de 1974, el General Gustavo Leigh Guzmán, comandante en jefe de la Fuerza Aérea de Chile y miembro de la Junta de Gobierno, concurrió a la Convención de Consejos Regionales del Consejo General del Colegio Médico de Chile.

En su condición agregada de Jefe del Consejo de Ministros para el Desarrollo Social, pronunció un importante discurso, en el que se señalaron las bases doctrinarias e ideológicas en cuyos marcos se formulaba el Programa de Desarrollo Social de Chile a que se disponía el gobierno militar. Precisaba el General Leigh:

"Me es muy grato alternar con los médicos chilenos, que tan alto nivel profesional han logrado entre sus congéneres de todos los países; cuya vocación, patriotismo y entereza fueron puestos a prueba por el gobierno marxista y a cuya expulsión del Mando Supremo contribuyeron tan decisivamente... Para empezar quiero destacarles con toda franqueza que nos causa preocupación el que muchos chilenos, con tremenda superficialidad, crean o piensen que el gobierno marxista fue el origen y el término de los males de Chile.... Digo que nos causa preocupación, porque una visión errada de los hechos del pasado, conduce inevitablemente a diagnósticos equivocados y éstos, a su vez, a soluciones y remedios que agravan las enfermedades y las crisis... A esta generación de chilenos... le corresponde por el contrario comprobar el agotamiento de los esquemas tradicionales en que se ha pretendido enmarcar al país a lo largo de varios decenios. Y luego, como en todo proceso vital y positivo, acompañar a su Junta de Gobierno en la tarea, no de reconstruir lo que fue Chile antes de 1970, pues en aquella sociedad circulaban activos los gérmenes de nuestra desintegración, sino de construir una sociedad de raíces auténticamente chilenas, inspiradas en nuestra historia y en nuestros legítimos intereses".

"... la política de salud y sus metas generales y específicas forman parte integrante del Programa de Desarrollo Social del país... Es nuestro propósito ir cambiando y transformando las estructuras de la Salud, en forma paralela al progreso del resto de los programas socio-económicos, que tienen por finalidad la construcción de una sociedad más próspera, justa y eficiente... Pensamos que al Estado le corresponde un rol subsidiario en la producción de riqueza y en la operación de las prestaciones de Servicios... Al respecto, somos suficientemente realistas y pragmáticos para tener claro que pese a todo el progreso que estamos seguros nuestra acción de gobierno le dará a Chile en definitiva, existirán siempre sectores de chilenos en que por una u otra causa deberán apoyarse en el Estado para ciertas prestaciones o servicios... Por otra parte, sabemos que para el Estado, con su penuria actual de recursos, le es y será absolutamente imposible financiar la atención de toda la población. Y que los servicios estatales nunca pueden llegar

a ser realmente eficientes". (General Gustavo Leigh Guzmán. Discurso ante Convención Nacional del Consejo General del Colegio Médico de Chile. Santiago: Tangram Ediciones, 2007, pp. 123-133.)

Algunos meses más tarde, en 1975, el Ministro de Salud, general de Aviación Herrera Latoja, declaraba:

"1975 es el año de la transición para la incorporación de la salud a la política económica de libre mercado. La salud deberá estar de acuerdo con la capacidad de pago de los ciudadanos para costearla y será proporcional a la renta del grupo familiar, desapareciendo la gratuidad de los servicios y el concepto estatista y socializante imperante hasta esta fecha, permanecerá solo como una obligación apenas para los casos de extrema indigencia". (Racynski, Dagmar: "Reformas al Sector Salud: diálogos y debates". Estudios Cieplan (19), 1983, pp 5-44)

Estos enunciados centrales e iniciales de la Junta de Gobierno, fueron las más elocuentes expresiones de la política de salud hasta el término de la dictadura.

LAS SÉPTIMAS JORNADAS CHILENAS DE SALUBRIDAD. RELATO GENERAL

En el mes de Noviembre de 1993, se realizaron las VII Jornadas Chilenas de Salubridad inspiradas por la percepción del Directorio de la Sociedad, de que existía una crisis del sector salud en Chile.

Estas jornadas culminaron un proceso democrático de reflexión de un año de duración desarrollado por la comunidad de profesionales relacionados o interesados en la salubridad de la Nación. En ella participaron todos los sectores de opinión en estas materias, por cierto todos los opositores a la dictadura, pero también aquellos que representaron sus planteamientos de apoyo a sus políticas.

De acuerdo a las tradiciones de nuestra antigua Sociedad Chilena de Salubridad, cuya legitimidad jurídica fue rescatada por nuestro Directorio, luego de años de su clausura y cese de funcionamiento que había sido formalizado por la dictadura, resolvimos preparar y realizar las VII Jornadas Chilenas que habían sido suspendidas (9).

En ese trayecto transformamos la percepción descrita en certeza: Hay crisis en el sector salud.

"Naturaleza y Características de la Crisis:

Se trata de un fenómeno global que afecta al conjunto del sector, a todas sus partes y a la forma de articulación y relación entre ellas.

Encuentra sus causas en la lógica del modelo económico vigente, impuesto durante el gobierno

militar y sus consecuencias.

El Estado orienta sus esfuerzos y la dirección principal del sector al desarrollo de los objetivos de rentabilidad propios del modelo. Ello ha significado la mercantilización de la prestación de servicios, la emergencia de un sector privado que compite con el sector público y que terminará por someterlo.

La racionalidad epidemiológica ha cedido el paso a la mayor rentabilidad de las acciones reparadoras de la salud, por encima de las acciones de promoción prevención y este predominio se ha consagrado en la estructura orgánica y financiera que regula el sector.

La transformación progresiva del derecho a la salud en mercancía, ha reducido la accesibilidad de la población en los últimos 20 años y ha deteriorado las condiciones de trabajo de todos los estamentos.

Ello ha consagrado la inequidad que divide a la población entre los que concentran los riesgos y los que concentran los gastos.

El Relato General se despliega en los aspectos específicos de la crisis, así como Financiamiento. Estructura y Organización. Recurso Humanos. Participación y los Aspectos Éticos.

Más adelante se extiende en una caracterización de la Naturaleza de la Respuesta a la Crisis, agregándose los espacios para Financiamiento. Estructura y Organización. Recursos Humanos. Participación y los Aspecto Éticos, señalando en síntesis que, "A nuestro juicio esto implica la formulación de una Reforma Sanitaria Nacional que, con el carácter de una gran política de Estado, haga posible el imperio real de los grandes principios orientadores que conciben a la salud como un derecho universal de la población en función de sus necesidades y a la solidaridad y la equidad por encima de toda discriminación imaginable. Ello implica que esta Reforma asuma el carácter de un proyecto que logre sustraer al sector salud de la aplicación del modelo económico neoliberal vigente y sus consecuencias actuales llegando a que en el conjunto de las políticas sociales, la respuesta social organizada de salud se constituya en una agente de cambio del modelo."

"La rigurosidad científica obliga a entender que no asumir una estrategia de naturaleza global y, por el contrario insistir en modificaciones o correcciones parciales, significa no torcer el curso del proceso de crisis, no invertir las tendencias de sus indicadores más trascendentes y con ello, hacernos responsables de la mantención y reproducción del problema que enfrentamos."

En relación a la definición de los Pilares para la Formulación de una Política Nacional de Salud el Relato General señala en síntesis:

“El Sistema de Salud que se propone es nacional, mixto y participativo y conducido por el Estado a través del Ministerio de Salud. Deberá fortalecer al MINSAL, en su rol formativo y conductor enriqueciendo sus capacidades y recursos humanos. El Sistema deberá incluir en su estructura las instancias de participación de prestadores y usuarios en sus decisiones de política y en el control de su gestión y recurso (Consejo Nacional de Salud no consultivo)”.

INVITACIÓN A OBTENER SUS PROPIAS CONCLUSIONES ACERCA DEL QUÉ HACER EN POLÍTICA DE SALUD PARA CHILE

Si examinamos todas o las más importantes insuficiencias de nuestro proceso actual de concebir, ejecutar, medir y evaluar los impactos sanitarios reales, en particular aquellos que aún están ocultos o fuera de nuestros sistemas de vigilancia de las condiciones de vida de nuestra población, tendremos que tener un juicio crítico real (10, 11,12).

No hemos logrado ni acercarnos al diseño de una Política de Salud para la crisis que arrastramos desde hace décadas. Tampoco hemos acertado a formular un diagnóstico real de los principales y mayores problemas responsables de la esterilidad de nuestra política.

La contundencia que expresan las palabras señeras y aún vivas del General Leigh en el Colegio Médico, así como los incontestables perfiles de la crisis diagnosticada en 1993 por la Sociedad Chilena de Salubridad, a lo que podríamos sumar pequeños botones o muestras de nuestras contradicciones, como que Chile es hoy uno de los escasos países en el mundo en que el SIDA ha aumentado en los últimos años con un aumento del número de casos de aproximadamente el 40% entre 2010 y 2016 y la TBC ha detenido su marcha descendente en el país y su permanencia en cifras cercanas a 2400 nuevos casos al año, presagiando su probable e importante aumento, a no mediar una drástica inversión e implementación de políticas para su manejo epidemiológico

moderno y adecuado, nos aproxima inevitablemente a la condición de ineficacia y esterilidad de nuestra política en las últimas décadas.

¿El “elefante en la habitación” sigue impidiéndonos observar lo primario y lo mayor y alienando nuestra capacidad de eficacia?

REFERENCIAS

1. Behm H. Mortalidad infantil y nivel de vida. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2010
2. Molina C., Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989”. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2010.
3. Molina C., Historia de la protección social de la salud en Chile: 1938-1973. Santiago de Chile: LOM Ediciones/Fondo Nacional de Salud; 2009.
4. Molina C. Antecedentes del Servicio Nacional de Salud. Historia de Debates y Contradicciones. Chile: 1932-1952. Cuad Med Soc (Chile). 2007; 46: 284-304.
5. Molina C. La Cuestión Social y la opinión de la elite médica. Chile: 1880-1890: un Análisis de la Revista Médica de Chile y de los Anales de la Universidad de Chile. Anales Chilenos de Historia de la Medicina. 2006; 16: 1.
6. Molina C. Orígenes de la Asociación Médica de Chile: una mirada crítica. Revista POLIS-Universidad Bolivariana. 2005; 12: 3.
7. Molina C. Sujetos Sociales en el Desarrollo de las Instituciones. Sanitarias en Chile: 1889-1938”. Revista POLIS. Universidad Bolivariana. 2004; 3: 9.
8. Molina C., Salvador Allende y sus próximos 25 años. Revista Encuentro XXI. 1995; 1: 3.
9. Relato General de las VII Jornadas Chilenas de Salubridad”. Revista Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social. 1992; 14.
10. Molina C. La Ley de Medicina Curativa. Un Análisis Histórico de sus Antecedentes y Efectos en la Institucionalidad Sanitaria Chilena. Cuad Med Soc (Chile) 2006; 46: 1-2.
11. Molina C., El Médico para Chile en el siglo XXI: Algunos problemas y decisiones que enfrentar. Cuad Med Soc (Chile), Número especial. 1995.
12. Toward the Recovery of Popular Sovereignty. NACLA. Report on the Americas. 2003; 37: 1.