

La Ley de Medicina Curativa. Un Análisis Histórico de sus Antecedentes y Efectos en la Institucionalidad Sanitaria Chilena. Parte I

The Curative Medicine Act for white collar workers: a historical analysis of its background and its consequences in the Chilean Health Care System.

Dr. Carlos Antonio Molina Bustos¹

Resumen

“El resumen que se presenta a continuación corresponde al conjunto del artículo que se publica separado en dos partes por razones de espacio, en números consecutivos de Cuadernos Médico-Sociales. De este modo, se ofrece una síntesis del conjunto, porque el trabajo tiene una unidad que debería estimular su lectura completa.”

Se formula y expone un análisis historiográfico que demuestra cómo el desarrollo de la institucionalidad sanitaria chilena siempre ha estado fuertemente condicionado, por profundas contradicciones entre los diversos intereses de clases, grupos y sujetos sociales confrontados en el escenario de la vida política nacional, en los marcos del acontecer internacional.

Se analiza la relación histórica entre las etapas sucesivas del devenir institucional, desde la emergencia del Seguro Social en 1924, su prolongada y compleja reforma imaginada y propuesta durante el gobierno del Frente Popular que culminó en el Servicio Nacional de Salud en 1952, que mantuvo el carácter restrictivo del Seguro Social y cómo sus particularidades e insuficiencias, crearon las condiciones para el resurgimiento de la medicina liberal anticipado por la Ley de Medicina Curativa de 1968 y consolidado durante la dictadura militar desde 1973 en adelante.

Se analiza el origen y los motivos políticos de los proyectos de ley para la medicina curativa de los empleados, su confuso, complejo y contradictorio tratamiento legislativo, a partir de la Historia Fidedigna de la Ley, hasta la promulgación de la ley en 1968 y de su reglamento en 1969.

A partir del estudio de la Revista Médica, órgano oficial del Colegio Médico de Chile, entre los años 1954 y 1970, se configura el análisis del curso social y político de los intereses de la corporación médica, del juego de sus contradicciones internas entre la doctrina de la medicina socializada, inspirada en los años treinta y sus expectativas de mercado, alentadas desde los años cincuenta y de cómo estas últimas tendencias que se hicieron hegemónicas, hicieron posible la creación de la Ley de Medicina Curativa, que introdujo en el Servicio Nacional de Salud y demás instituciones públicas de salud, las categorías, prácticas e instrumentos

¹ Magister (c) en Historia, Unidad de patrimonio cultura. Ministerio de salud.

propias de las relaciones privadas y mercantiles que han prevalecido hasta nuestros días en la organización de la respuesta social de salud.

El análisis propuesto permite comprender cómo las restricciones políticas que impidieron la universalidad de financiamiento y cobertura y el carácter efectivamente nacional que se pretendió para el Servicio Nacional de Salud, se encuentran en la base que generó la tercera reforma, regresiva, del edificio sanitario nacional que constituyó la Ley de Medicina Curativa de 1968.

Palabras claves: *Institucionalidad sanitaria, sujetos sociales, reforma sanitaria, principio de solidaridad, Fondo Único Nacional, Exclusiones, Corporación Médica, pago por acto médico, orden de atención-cheque, copago*

Abstract

By means of a historiographical analysis we show how the development of the Chilean Health Care institutions has always been strongly conditioned by deep contradictions among class, group and social subjects interests, in the stage of our national political activity and within the framework of international events.

The 1924 Social Security Act finally developed into the National Health Service (NHS) and Social Insurance Law of 1952, after a long process started during the Popular Front government, at the end of the 1930's. In spite of its being a step forward in the history of Chilean Social Policy, the 1952 Act retained some restrictive characteristics and shortcomings: these created the conditions for the resurgence of liberal medicine, which was anticipated by the Curative Medicine Act for white collar workers, of 1968, and was later consolidated by the military dictatorship which took over in 1973.

The origin, political motivations and complex discussion of this Act up and until its approval in 1968 and that of the corresponding Regulatory Decree, 1969, are analyzed.

A detailed review of the official journal (*Revista Vida Médica*) of the Chilean Medical Association, 1954-1970, has allowed us to follow the social and political course of the interests of the medical corporate body, with its contradictions between the doctrine of socialized medicina of the 30's, on the one hand, and the market expectations born in the 50's, on the other hand. The latter became dominant and this explains the enactment of the Curative Medicine Law, which introduced into the NHS and related public health institutions the categories, practices and instruments that properly belong in the private commercial relationships which prevail to this day in the social response to health needs.

This analysis allows us to understand how the political restrictions which prevented the attainment of the national character which had been desired for the NHS, with universal coverage and financing, made possible the regressive reforms of the national health care system which started in 1968.

Key words: *Health Care System institutions, social subjects, health reform, solidarity principle, unified national health fund, exclusions, medical corporation, payment per service, service order-check, copayment.*

INTRODUCCIÓN

En la perspectiva de construir un trabajo de investigación referido al estudio de las instituciones sanitarias chilenas durante el siglo XX, resulta muy atractivo y tal vez indispensable, adentrarse en los diversos procesos de construcción de la respuesta social con que la sociedad chilena ha enfrentado sus problemas de salud-enfermedad, durante ese decurso histórico.

Una primera mirada panorámica y superficial puede ofrecer la imagen que, desde fines del siglo XIX, los desarrollos observados y la evolución de las instituciones sanitarias, han sido el resultado de un largo proceso marcado centralmente por un trazo de continuidad histórica, con ciertos rasgos lineales, producto de grandes consensos sucesivos entre todos los sectores políticos y sociales protagonistas, como expresión de una reposada y serena madurez de la conciencia cívica colectiva.

No obstante, una mirada más atenta de las diversas etapas del acontecer sanitario, que de cuenta de la rigurosidad del método histórico y de las ciencias sociales, muestra por el contrario, que estos procesos han sido el producto de profundas contradicciones entre los diversos intereses de clases y grupos sociales confrontados en el escenario y en los espacios públicos de la vida política nacional. Consecuentemente, esta mirada más atenta, con lente de mayor aumento, que permita identificar los procesos generales y sectoriales que se desarrollaron en las diversas etapas y períodos, logra visualizar los diversos sujetos sociales que, desde la conciencia vívida de los grandes problemas de salud-enfermedad, luchan por la transformación o conservación, del orden social y político vigente y con ello, de la respuesta social e institucional ante esos problemas.

Con ello, la aparentemente serena linealidad progresiva de las instituciones sanitarias, se transforma en agitados conjuntos sucesivos y simultáneos de luchas y movimientos sociales, en cuya temporalidad se imponen ciertas tendencias,

sin que desaparezcan las otras, en confrontaciones de creciente significado y elaboración ideológica, que se expresan en avances y retrocesos, en una dialéctica permanente que parece alcanzar al siglo XXI, entre la salud entendida como un derecho humano colectivo e individual inalienable y una responsabilidad indelegable del Estado por un lado y por otro, la salud como una mercancía que se compra y se vende en el mercado y con una responsabilidad subsidiaria, distanciada, secundaria y en disminución, del Estado.

Si consideramos que las bases doctrinarias de la medicina social chilena que se consolidaron en las instituciones jurídico-sanitarias, aparecen en la coyuntura histórica de 1920, es posible sostener que la emergencia en el espacio social de principios del siglo veinte de la "moderna cuestión social"(1), abrió la confrontación social y el discurso ético-político y con ello, un nuevo modo dialéctico de relaciones entre la vieja elite y los sectores emergentes, que parecen haber actuado con capacidad motriz suficiente para determinar los cursos históricos de las décadas siguientes.

Por ello resulta relevante para comprender las determinaciones que llevaron a la institucionalidad sanitaria del siglo XX, estudiar "las relaciones que se construyeron entre el Estado, los actores político-sociales y la crisis social de principios de siglo que surgió como efectos del proceso de cambios, desde una sociedad tradicional hacia una moderna o que, por lo menos, presentaba signos de modernización"(2).

La coyuntura crítica de 1920 entonces, puede encontrar sus raíces en la década de los ochenta del siglo XIX en la que, como expresión del desarrollo del capitalismo como modo de producción dominante, emerge al escenario social, al espacio público de la política, el movimiento popular organizado, con conciencia creciente de historicidad y que, con gran rapidez, comienza a constituirse en sujeto socio-histórico enarbolando proyectos de transformación social, es decir, en protagonista de los acontecimientos políticos.

La transformación de la previsión social y del edificio sanitario chilenos, ocurrida en 1952, aparece

como un resultado político-institucional, a nivel del Estado, de las formas de relación entre el movimiento popular en todas sus expresiones y el nuevo Estado, fuertemente influido por los sectores medios ilustrados, en especial las organizaciones médicas. El proyecto original de esta reforma previsional y sanitaria había sido presentado en 1941 al Congreso Nacional por el gobierno de Aguirre Cerda y su Ministro de Salubridad Salvador Allende y había dormido sin tratamiento, en las comisiones parlamentarias.

¿Qué ocurrió que en 1951 se inició su discusión parlamentaria?

Es posible afirmar que la década de los cincuenta expresa de algún modo la culminación de la tolerancia del sistema político chileno a la presión y el empuje de las organizaciones populares, tanto de los sectores obreros como de los sectores medios que, por diversos y múltiples medios legales e ilegales, forzaron una respuesta transformadora de la institucionalidad, en relación al régimen previsional y sanitario. Como señala María Angélica Illanes, “con la década de los cincuenta entró en escena en Chile la reforma de la Ley 4054, retomándose históricamente el proyecto de Estado Asistencial como la vía chilena de la política social, destinada a calmar y encauzar la histórica angustia existencial y revolucionaria de la clase trabajadora”(3).

A ello debe agregarse el vigoroso ascenso social y político de los médicos desde 1925 y la década de los años treinta, que estructuró un estamento organizado, con representación política importante en el Parlamento, con legitimidad intelectual y científica en las universidades y con prestigio social en la opinión pública, a partir de la labor desarrollada desde 1869 por la Sociedad Médica de Santiago, por la Asociación Médica de Chile desde 1931 y por el Colegio Médico de Chile desde 1948.

Como producto de la interacción de estos factores, en 1952 se promulgó la ley 10.383 que creó el Servicio Nacional de Salud y el Servicio del Seguro Social.

En el panorama internacional debemos recordar que las naciones europeas en general propiciaron en la postguerra el advenimiento de corrientes políticas progresistas que ayudaron a la evolución armónica del Estado de Bienestar, responsable de

la idea del progreso continuado, en la expansión de la ciudadanía social y la estructuración cooperativa de las relaciones entre el Estado y los intereses de los distintos segmentos de la sociedad civil. Así, el sello ideológico de los creadores de las reformas de salud en la Europa de postguerra, pareció no tener tanta importancia como el partido o combinación política que las implementara, destacándose en este sentido el papel jugado por los trabajadores ingleses organizados, en el suceso de creación del Servicio Nacional de Salud en 1948 (National Health Service).

No obstante este marco de referencia internacional, en Chile la situación fue muy diferente en los dos planos citados. En nuestro caso, la evolución del Estado de Bienestar y sus dos instituciones más importantes, el Servicio del Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud sufrieron turbulencias, vaivenes y exclusiones fundamentales que contradecían las conquistas democráticas. El Servicio de Seguro Social fue considerado una trágica burla a los trabajadores y el Servicio Nacional de Salud fue objeto de políticas contradictorias y antagónicas con su doctrina fundacional, a veces demoleadoras como el subfinanciamiento, lo que se tradujo en una estructura perturbada, marcada por retrocesos y avances, por profundos pesimismo y exultantes euforias que desvirtuaron en lo principal, lo que fue llamado por algunos como la época de oro de la medicina nacional.

Como producto de las especificidades de la cultura política y de la cultura médica chilenas, la estructura del Servicio Nacional de Salud, en los años siguientes a su creación hasta 1970 se apartó paulatinamente de su modelo inspirador, debido a factores como las redefiniciones en el campo de las fuerzas políticas en cada elección presidencial o parlamentaria, con efectos en la continuidad del Servicio, tensiones entre la tendencia a la socialización de la medicina sostenida por la presión popular, la contención de los gastos crecientes en salud y la intensidad de las luchas corporativas por la apropiación de los beneficios sociales que el escaso desarrollo económico permitía distribuir(4).

Estas particularidades del escenario político-sectorial de ese tiempo, se sitúan y culminan en la década de los sesentas, asociada al término de una época y a la aparición con rasgos dominantes de un largo proceso de cambios que encuentra sus inicios, como ya apuntamos, en los años veinte. Por ello los límites cronológicos precisos, ceden el paso al concepto de Década Larga, situada con mayor propiedad entre 1958 y 1973, que para los efectos de estudiar las transformaciones político-sanitarias, culmina con el golpe de Estado de 1973. En ella el país parece transitar a la consolidación del capitalismo en los marcos del estado de bienestar, en que se impone la búsqueda y defensa de un proyecto de nación autónoma y en que, consecuentemente, la ampliación creciente de la democracia abrió camino a la decisión de transformar institucionalmente los moldes del antiguo régimen que quedaba atrás.

Esta forma de pensar el Chile de los 60, que nos parece enteramente funcional al objeto de estudio de este trabajo, se ubica por cierto, en el marco contextual del mundo de los 60, en el que el agotamiento estéril del ordenamiento político y económico para América Latina, determinaba la entrada en escena de la Revolución Cubana y de su enorme influencia en la región, en las concepciones político-teóricas, en la cultura y en la conciencia de viabilidad de las transformaciones en todo el mundo, a pesar de los equilibrios de la guerra fría. Es la década del 68 francés y, aún cuando puede no corresponder al mismo proceso, de la crisis que experimenta el mundo socialista en Praga. Estados Unidos vive toda su oposición liberal y cultural interna frente a su aventura imperial en Vietnam, que comienza a mostrar tempranamente su sello de catástrofe para la salud del pueblo compelido a ser agresor.

Es en esta década en Chile, cuando se formulan y desarrollan la "Vía no capitalista de desarrollo" de la democracia-cristiana y la "Vía Chilena al Socialismo", que finalmente triunfa en Septiembre de 1970. Es la década en que la sociedad, en su conjunto, percibe que es protagonista y que las personas y sus organizaciones son los motores de la acción.

Por todo esto, nos parece posible afirmar que todo este largo proceso tuvo un claro carácter emancipatorio, particularmente su período de la Unidad Popular entre 1970 y 1973, que encarnó su última etapa(5). En la perspectiva de la transformación hacia el socialismo, en tanto modo integrado de producción que sustituyera al capitalismo, sus objetivos primordiales apuntaron a la invitación e inclusión del conjunto del pueblo, hasta esos momentos excluido, en el sistema político de las decisiones y los controles ciudadanos, en la cultura y en el logro disfrutado del acceso democrático a la capacidad de consumo y a una mejor calidad de vida.

Desde este punto de vista, el período 70-73 es enteramente fruto de los años 60, en tanto la sensibilidad latente criada desde los albores de esta década, resurge y aparece con su apelación a la fraternidad, al desafío a lo establecido, a la imaginación y al cambio(6).

Si los años 60 y de un modo especial su culminación entre 1970 y 1973, se caracterizaron básicamente por un proceso emancipatorio, entonces podemos afirmar que tuvieron un carácter revolucionario.

En este sentido, nuestra hipótesis se ve respaldada por Hannah Arendt cuando recuerda que la "Revolución es la esperanza de Emancipación de toda la humanidad, haciendo que cada pueblo, en rápida sucesión, ocupe entre las potencias de la tierra, el puesto igual e independiente que le confieren las leyes de la naturaleza y de Dios"(7).

Nuestra hipótesis de que la década de los 60 en Chile es una época cargada de decisiones, motivos e intenciones revolucionarias, se complementa con la percepción de que estos hechos y características se concentran, aceleran y profundizan entre los años 70 y 73.

La velocidad de los acontecimientos, la polarización de las emociones, la ocupación de todos los espacios sociales e incluso familiares e individuales por parte del gran conflicto político, la conciencia verbalizada

por parte de los protagonistas de la significación histórica de los momentos que vivía el país, la percepción creciente de que la institucionalidad tan respetada por el gobierno y los sectores populares ya no daba respuesta suficiente a los desafíos de la contingencia, así como la percepción de los adversarios del gobierno de que no era posible contener, con legitimidad institucional y democrática, los avances del proceso transformador, todo ello constituye sólido argumento histórico, a nuestro juicio, de que el trienio 70-73, condensa y concentra las características revolucionarias de la década de los 60.

Dicho de otro modo, la revolución chilena del siglo XX aparece y madura en la década de los 60 y con ello surgen, en el imaginario colectivo, en el inconsciente público de esos mismos años, con todas sus características explícitas e implícitas, calladas o vociferantes, autoreconocidas o negadas, democráticas o subversivas, las profundas motivaciones negativas, los grandes frenos y temores, las poderosas resistencias al cambio, todo esto en el campo de los adversarios al cambio transformador, pero también en el campo de los revolucionarios. A este gran conjunto lo llamamos el Miedo a la Revolución(8).

En este escenario de gran agitación social y política se configuró el complejo cuadro de tendencias que explicarían el extraño proceso decisorio que llevó en 1968, a la tercera transformación estructural en la salud chilena, que aquí hemos llamado resurgimiento de la medicina liberal.

1. DE LA FUNDACIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE LA SALUD AL PROYECTO DE LEY DE MEDICINA CURATIVA: 1953-1964

Más allá que la creación del Servicio Nacional de Salud pueda conceptualizarse como una reforma sanitaria y previsional o como una creación nueva y original, lo cierto es que la Ley 10.383, al fundar la nueva institución fusionó en ella diferentes organismos, nacidos en momentos diversos de la vida nacional, que tenían funciones y atribuciones

diferentes, cuyo conjunto ahora en el Servicio Nacional de Salud, suponía la integración bajo un comando único, descentralizado, autónomo y con financiamiento propio, que permitiría la ejecución armónica y coordinada de la prevención, fomento y recuperación, que caracterizaban la protección moderna e integral de la salud.

Las instituciones que concurrieron a la nueva organización fueron la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social; el Servicio Nacional de Salubridad (antigua Dirección General de Sanidad); el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez; la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia; la Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo; los Servicios Médicos y Sanitarios de las Municipalidades y el Instituto Bacteriológico(9).

De este modo, el nuevo servicio cubría con las actividades de protección y fomento de la salud, es decir con las acciones sanitarias y de asistencia social al 100% de la población, reservando las actividades de recuperación, es decir aquellas que se refieren a la atención médica curativa, al 70% de la población, privilegiándose a los grupos más desposeídos de obreros e indigentes(10).

Pertinente y necesario es señalar que quedaron al margen de la incorporación a la nueva organización, el Servicio Médico Nacional de Empleados que tenía a su cargo la aplicación de la Ley 6.154 de Medicina Preventiva a los imponentes de las demás Cajas de Previsión y el Servicio Médico de la Caja de Accidentes del Trabajo, cuya incorporación fue rechazada por el Parlamento(11).

Estas exclusiones que constituyeron parte de la agitada discusión del proyecto de la ley, que como ya habíamos señalado en la Introducción estuvo 10 años en el Congreso sin ser tratado, marcaron decisivamente el carácter restrictivo de la cobertura del Servicio que se pretendió, en su formulación doctrinaria, como un servicio de cobertura nacional y único para toda la población del país.

Desde la vigencia del Seguro Social en 1924, la asistencia médica ocupó definitivamente el espacio público y todo el tiempo posterior estuvo marcado por profundas discusiones acerca de la cuestión sanitaria, que hicieron que el tema de la salud adquiriera límites propios y autonomía conceptual crecientemente determinados por las diversas ideologías que se disputaban el campo de la política.

Cuando en 1950, a fines del gobierno de González Videla, el Parlamento retoma el viejo proyecto de Aguirre Cerda y Allende, el contexto histórico nacional e internacional había cambiado y se iniciaban los tiempos de la guerra fría.

Las distintas visiones ideológicas que debatían en el escenario nacional, parecieron condicionar enfoques epistemológicos diversos y aún contradictorios, a la hora de discutir el proyecto presentado en 1941 como una reforma de la ley 4054. En efecto, estos enfoques se articulaban con las razones y discursos políticos que enfrentaban a los distintos sectores de clase en la sociedad chilena de la década de los cincuenta, que debían dar cuenta de la lucha que los actores y sujetos sociales protagonizaban en el espacio social del país, en franco proceso de expansión y movilización.

En medio de estos debates, cuyas particularidades no trataremos en este trabajo, un grupo de diputados propuso y fundamentó la propuesta de insertar en el proyecto, un conjunto de artículos que condujeron a la creación del Servicio Nacional de Salud.

Esas indicaciones parlamentarias se basaron en un estudio del médico salubrista Benjamín Viel y del economista Francisco Pinto en el que, inspirados en la experiencia británica, demostraban que en Chile era posible un nivel superior de conciencia de los derechos sociales por cuanto existían las condiciones legales, institucionales y técnicas necesarias, recomendando la adopción de ese modelo.

Según ese planteamiento, se sostenía el principio de solidaridad que, para que fuese eficaz, debía acompañarse con la elevación de los salarios y su integración a un Plan General de Seguridad Social

que incluyera los principios de unicidad, uniformidad, continuidad y universalidad en la protección legal de toda la población y en todas las etapas de la vida(12).

La propuesta elaborada por los autores citados significaba abarcar a toda la población asalariada, ampliando la esfera de acción del Seguro Obrero de modo gradual. Se pretendía incorporar primero a los propios asegurados, luego todas las categorías de empleados, profesionales, civiles y militares, todos los cuales recibirían protección durante toda la vida y para todas las actividades y riesgos, de manera uniforme y continua. La perspectiva de principio se refería a servir a toda la población sin distinción alguna.

En el plano del financiamiento, la evolución desde el antiguo Seguro Obrero al Servicio Nacional de Salud, significaba la transformación progresiva del financiamiento tripartita, al financiamiento total a través del presupuesto fiscal nutrido de los impuestos generales de la nación, a través de un Fondo Único Nacional(13).

La propuesta parlamentaria basada en los contenidos de Viel y Pinto, fue desechada en lo relacionado con el Seguro Social y en lo que se refiere al Servicio Nacional de Salud, muchos de los contenidos propuestos fueron incluidos. Sin embargo, la coyuntura política que configuró las reglas del juego decisorio no resolvió el problema de la inserción del Servicio de Salud en el Seguro Social, de modo tal que "...el Servicio Nacional de Salud no pudo contar con la indispensable independencia financiera que habría tenido si se le hubiera dotado de fondos provenientes de los tributos generales. Así también, en la atención médica se mantuvo la exclusión de los trabajadores rurales, domésticos y por cuenta propia, de los empleados particulares y de los funcionarios públicos"(14).

Estos hechos fueron trascendentales en la determinación del curso de todos los principales debates posteriores de la historia de la institucionalidad sanitaria chilena. Las exclusiones anotadas, en particular la de los empleados públicos y particulares y el desfinanciamiento hecho crónico en el Servicio

Nacional de Salud, impidieron que este servicio fuese, en efecto, un servicio nacional, lo que creó las bases sociales para que se plantearan las reivindicaciones de los empleados por una legislación especial para ellos, que devino en la Ley de Medicina Curativa de 1968.

El propio Dr. Benjamín Viel, en una entrevista concedida en Enero de 1995, señalaba: "El Sistema Único de Salud (SUS) impugnaba el supuesto básico de la segregación ocupacional entre empleados y obreros, que yacía a la base del sistema de seguridad social que le dio forma y sentido a la organización de la salud pública en Chile desde la década del veinte. Así nació el llamado Servicio Nacional de Salud, que nunca fue nacional porque el sector empleado quedó fuera; ello dejó al Servicio de empleados fuera de atención.....Yo pensaba en aquella época que todavía se manifestaba la expresión de la guerra de Arauco, los obreros estaban en la condición de los araucanos y los empleados en la condición de los españoles"(15).

A partir de la creación del Servicio Nacional de Salud, pareció prevalecer en el ámbito sectorial que las discusiones se restringirían al ámbito de la organización de ese servicio y a la aplicación de los programas de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, de modo que los temas de política se transformasen en asuntos puramente técnicos y administrativos, en virtud de la naturaleza de los procesos involucrados en la institucionalización de la reforma y de la propia ideología médica, lo que llevaría a la despolitización de la salud.

Al contrario, en el período 1953-1973, habría una multiplicidad de discusiones, hacia adentro y hacia fuera del ámbito de la arena pública y política que pueden ser atribuidas a los factores políticos, económicos y sociales del período y al fenómeno que puede tipificarse como una progresiva y controvertida mercantilización de la mentalidad médica.

Así, el Servicio Nacional de Salud funcionando desde Agosto de 1953, enfrentó por más de una década serios inconvenientes provocados en parte

por sucesivas tentativas, de las autoridades y de los médicos, de modificar sus bases legales y las estructuras de poder que lo sostenían.

En este sentido puede señalarse que el período 1953-1970 se caracterizó por la concurrencia de factores negativos que se pueden ordenar en cuatro categorías:

a) Una vacilante voluntad política del poder público de hacer cumplir la Ley 10.383 de 1952 en los términos de su promulgación;

b) El carácter cíclico de la economía, la crisis fiscal y la espiral inflacionaria que impedían el traspaso regular de los recursos y corroía las remuneraciones;

c) El desgaste de las relaciones de la corporación médica con el Estado, debido a los continuos conflictos por cuestiones salariales, a lo que se sumó entre 1970-1973, la confrontación ideológica abierta;

d) La pérdida de la adhesión del grueso de los profesionales, al proyecto original de medicina socializada.

En relación a los problemas vividos por el sistema de salud, es necesario hacer referencia a los efectos determinados por las discontinuidades de la dinámica político-económica general del período, en especial en el gobierno de Ibáñez en que el Índice de Precios al Consumidor subió en promedio 50% (16), cifra inédita en el país. El gobierno intentó controlar el ciclo recesivo con la misión Klein-Saks, cuyos planes de estabilización con el congelamiento de precios y salarios y reducción de los funcionarios públicos, que afectó severamente el financiamiento del Servicio de Salud, fue estimado como uno de los más drásticos y ortodoxos de América Latina(17). Expresión elocuente de la inestabilidad política en el sector salud, fue la sucesión de once Ministros de Salud durante esa administración, de los cuales cuatro de ellos tuvieron claramente una actitud contraria al estatuto jurídico que sostenía al Servicio Nacional de Salud.

En 1954 el Colegio Médico denunciaba los intentos del gobierno de Ibáñez de modificar la Ley 10.383 que dio vida al Servicio de Salud, por medio

de Decretos-Leyes “con el objeto de suprimir los principios técnicos básicos del SNS. Uno de los intentos que se ha hecho ha sido el Decreto N° 310 actualmente vigente, que facilitaría el nombramiento de Directores de determinados hospitales a médicos que no cumplen con los requisitos establecidos en el Reglamento del Servicio Nacional de Salud”(18).

Las condiciones de autonomía técnica y administrativa del SNS parecían molestar al Ejecutivo, lo que producía enfrentamientos frecuentes y sostenidos entre el gobierno y el Colegio Médico. La editorial de Vida Médica de Septiembre de 1954 señalaba: “El SNS despertó apetitos políticos; se pretendió desprestigiarlo, al exigir que en un año la marcha del nuevo sistema fuera absolutamente perfecta y lo que es peor, se entorpeció su labor al no proporcionarle el gobierno fondos que hasta hace poco superaban los dos mil millones, es decir, un tercio de su presupuesto anual. En los momentos de entrar en prensa, un proyecto del Ejecutivo llega al Congreso y en su parte medular, echa por tierra la autonomía técnica y administrativa y entrega a los vaivenes de la política un organismo de misión trascendental para el país. Como si esto fuera poco, se habla de reducir en un 50% su presupuesto”. El texto denunciado de ese proyecto de ley consignaba en su articulado que “el SNS era una persona jurídica de Derecho Público que goza de autonomía sólo en cuanto al cumplimiento de las finalidades técnicas para que se crea” y que su “Director General será nombrado por el Presidente de la República, será de su exclusiva confianza y se mantendrá en su cargo mientras cuente con ella”(19).

No obstante, con la ayuda del senador Allende, fue posible dar estabilidad al cargo de Director General de la institución hasta el fin del mandato de Ibáñez, rechazándose el proyecto de ley en el Congreso Nacional.

Estas querellas entre el poder político del Estado y el poder corporativo de la Orden Médica en torno al control del SNS, se mantuvieron hasta el final del gobierno de Ibáñez y perduraron en los años siguientes.

Frente a las afirmaciones de personeros de gobierno en el sentido que el nivel de desarrollo económico del país no permitía el esfuerzo de mantener el SNS y que éste no pasaba de ser una copia del National Health Service de Gran Bretaña, el Senador Allende contraargumentaba en el Senado, en defensa del Servicio de Salud: “El SNS no es un remedo de instituciones extranjeras; fue creado de acuerdo con nuestra configuración geográfica, nuestra patología social, en virtud de las condiciones de vida de los chilenos y el conocimiento científico de que disponemos....Por su estructura, sus 31 mil funcionarios y su labor en defensa del capital humano, es el servicio más importante del país”. Denunciaba además, “la campaña del gobierno para desprestigiar al SNS, culpándolo del caos que lo está afectando, advirtiendo que los profesionales renunciarían a sus cargos si les fueran negadas las conquistas del Estatuto Médico Funcionario” y finalizaba anunciando que, “a pesar de sus convicciones, él mismo y el Decano de Medicina se retirarían del Consejo Nacional de Salud, en señal de repudio por la situación imperante”(20).

De este modo, a mediados de la década de los cincuenta, la salud vivió enormes problemas, suscitando críticas del gobierno al liderazgo del Colegio Médico, serias manifestaciones de los directivos del SNS de hacerlo funcionar a cualquier precio y una gran insatisfacción de los médicos en general, que comenzaban a expresar sus divisiones ideológicas.

En este cuadro se realizó la Convención Médica de 1956. Este acontecimiento que reflejó muy bien el momento político que vivía el país, tuvo una gran importancia por las redefiniciones que implicaron sus acuerdos. En la medida que se desintegraba el apoyo político que había sostenido al gobierno de Ibáñez, resurgieron con mucho vigor los partidos políticos. Los falangistas y social cristianos se preparaban para fundar la Democracia Cristiana y las izquierdas se reagrupaban en el Frente de Acción Popular. En el marco de este escenario nacional de movilización política y de las nuevas corrientes de pensamiento surgidas en el sector salud, la Convención de 1956

se erigió en un espacio de reanálisis de los problemas nacionales y de tratamiento en profundidad de los problemas del Servicio Nacional de Salud.

Con mucha perspicacia, María Eliana Labra sostiene “que la relevancia de la Convención se debió al hecho de haber operado como un factor decisivo en la división de la unanimidad doctrinaria que había llevado a los médicos al compromiso de la socialización de la medicina, puesto que sus conclusiones contuvieron un embrión prematuro de los principios economicistas que la Orden Médica postularía en los años venideros”(21).

Al analizar los documentos que produjo esta Convención, sus debates y sus conclusiones y recomendaciones que se contuvieron en una agenda de trabajo ordenada en tres áreas temáticas, Salud y Economía-Situación del Servicio Nacional de Salud- El Gremio Médico y el futuro de la profesión, es posible concluir que la Orden Médica organizada expresó de modo muy claro las dos grandes tendencias que atravesaban las políticas de salud y sus propios intereses corporativos: una de inspiración socialista y otra de matices liberal-conservador. Ambas tendencias se enfrentaron en la Convención, condicionando las recomendaciones finales en determinaciones contradictorias que habrían de marcar todos los debates posteriores hasta 1973.

En el primero de los temas, primó el abordaje político de inspiración marxista en el sentido que la salud de la población, la medicina y las instituciones asistenciales están determinadas en última instancia, por el desarrollo de las fuerzas productivas. Las soluciones propuestas afirmaban la planificación de la salud integrada al plano económico-social nacional, la distribución equitativa de la renta nacional, la corrección de la distorsión en la concesión de beneficios de la previsión, que establecía notorias ventajas para determinados sectores. Conforme a estas conclusiones, la Convención adhirió a la medicina socializada, precisándose que dada la estrecha relación entre la realidad económico-social y el alto costo de las técnicas médicas, sólo el sector de los proletarios e indigentes podía tener salud protegida

con la medicina funcionaria y los beneficios de la Ley 10.383. De este modo, en lugar de recomendarse la ampliación del acceso a la salud que resultaba consecuente con el acuerdo anterior, se reiteró la demarcación del universo poblacional restrictivo definido en 1924 y confirmado en 1952 (22).

En relación a la situación del SNS, las conclusiones confirmaron la defensa de su autonomía técnica y administrativa y aportaron medidas innovadoras de mejoría financiera y organizacional. Se enfatizó la necesidad de cambiar la distribución de los médicos en el país y la modificación de los planes de estudios universitarios, orientándolos a la formación de médicos generales. No obstante, considerando que el no cumplimiento de la entrega de los recursos fiscales al SNS, contemplados en la ley, afectaba la eficacia y el rendimiento del SNS, la cobertura debía mantenerse limitada a sus beneficiarios legales, reiterando así la conclusión señalada en el tema anterior(23).

En lo que se refiere a la discusión sobre el gremio médico y el futuro de la profesión, el examen de los debates permite verificar que se trató de demostrar que la medicina funcionaria ejercida en el Servicio Nacional de Salud, había producido efectos muy negativos, que llegaron calificarse de maléficos. Para ilustrar estas afirmaciones fueron exhibidas como efectos, las mismas distorsiones que habían inspirado la promulgación de la ley del Estatuto Médico Funcionario para evitarlas, es decir, la burocratización del trabajo médico, la pérdida del espíritu de superación, la dignidad y la ética profesionales rebajadas por el diagnóstico superficial y la pérdida de confianza de los enfermos en los médicos. No es menor anotar en esta materia, que el Estatuto Médico impedía legalmente, el ejercicio de la medicina liberal mediante el procedimiento de la libre elección, en el ámbito del SNS.

La emergencia de contradicciones de fondo con su propia historia, se hace evidente, si, como se observó en la Convención, el Estatuto pasó de haber sido en 1951 tabla de salvación para el trabajo médico digno en el SNS, a ser execrado porque “fraccionaba el trabajo médico y desorganizaba el SNS”, en la

medida que “los profesionales deben trasladarse de un hospital a otro consagrándose el problema de los médicos-taxis”(24).

Los números 9 y 10 de la Revista Médica de 1956, confirman que en este tema se concluyó que debían estudiarse nuevas formas de trabajo y remuneraciones médicas que desarrollaran la calidad de la profesión y recuperaran la dignidad y la ética perdidas.

En esas mismas publicaciones consta que los votos de los convencionales aprobaron como directriz para la corporación, que la medicina del Estado, que por ley incluía al SNS, las Fuerzas Armadas, a las universidades e instituciones filantrópicas, debía ser ejercida por médicos funcionarios y que en los demás servicios, fueran fiscales, autónomos o privados, ya creados o por crearse, la atención debía realizarse por la modalidad mixta, es decir, funcionarización mínima y el resto, a base de la libre elección sin restricciones.

La Convención de 1956 fue de crucial importancia puesto que mostró que un nuevo espíritu mercantilista se insinuaba en la corporación, reafirmada en un artículo de Vida Médica que concluía que “la medicina es una mercancía”. Con esa afirmación, se planteaba abiertamente que en el “altruista ejercicio del apostolado médico” el lucro es legítimo y es preciso luchar por fórmulas que permitieran su usufructo(25).

Como corolario, la Convención que fue enfática en mantener el criterio de limitar el ejercicio profesional funcionario a los sectores económicamente débiles, propuso que el Colegio Médico estudiara la regulación y reglamentación de la libre elección y determinó que el Colegio Médico creara un Departamento de Acción Gremial destinado a asumir las luchas propiamente sindicales de la corporación que ahora contaba al Estado como un enemigo común.

En efecto, el Colegio Médico, a través de su Consejo General, aprobó el Reglamento de Libre Elección que fue publicado en su Revista Médica en Diciembre de 1957 y que fue perfeccionado en 1960, en cuyos textos se precisa que sólo se acepta

el trabajo médico funcionarizado en las instituciones públicas que señala la ley del SNS; se define la libre elección como la “facultad del paciente para elegir su médico, sin intervención directa o indirecta de las instituciones o sus funcionarios y la libertad del médico para proporcionar sus servicios profesionales a un enfermo determinado” y se consagra, por primera vez, la aparición del “bono en blanco” como expresión del pago por acto médico(26).

Estos antecedentes fueron extremadamente importantes porque en la medida en que el SNS no conseguía universalizar la asistencia médica y la medicina privada no se expandía, estaba colocado en un punto crítico, cuya resolución sería parte de las actitudes zigzagueantes de los médicos en pro de una u otra dirección: más Estado o más mercado.

Como ya lo examinamos, la mayoría de los médicos se inclinó por la segunda alternativa y aunque en ese momento histórico no hubo claridad para promoverla e impulsarla, la creciente adscripción de la opinión médica en esa dirección abriría el camino del resurgimiento de la medicina liberal que se consagraría durante la dictadura militar.

El escenario de fines de los años cincuenta y comienzos de los sesenta, puede caracterizarse como dominado por los aires del reformismo y la transformación.

Desde el punto de vista político-económico la gestión alessandrista tuvo situaciones iniciales favorables. A la apertura y expansión del sector externo de la economía, nuevo pivote de la estructura económica, los buenos precios del cobre levantaron a la economía y permitieron aumentar el gasto público en los sectores sociales. Entre 1959 y 1962 hubo una sensible elevación de la tasa de crecimiento y estabilidad de los precios. Con todo, esa favorable evolución, fue interrumpida drásticamente, abriéndose otro ciclo igual al anterior, con el consiguiente endeudamiento público, inflación e intranquilidad social(27). Consecuentemente las bases políticas del gobierno se erosionaron y Alessandri tuvo que volverse hacia los partidos y hacer una alianza de la derecha con los radicales.

A estos desafíos se agregaron las presiones provenientes de los sectores marginales urbanos y de los empleados, que demandaban solución urgente a la falta de asistencia médica hospitalaria que los afectaba. El primer sector, por su total desarticulación social, recibiría asistencia a través del filtro de la indigencia, en tanto que los empleados, agrupados en combativas organizaciones, pugnaban porque el Presidente de la República ejerciera las atribuciones que le confería expresamente la Ley 10383 para crear oportunamente servicios para ellos.

En este sentido debe recordarse que la Ley 10383 facultaba expresamente al Presidente de la República para incorporar a la estructura del SNS, según las circunstancias, a otros servicios fiscales, semifiscales o municipales de carácter médico y asistencial(28).

En su primer mensaje presidencial, el Presidente Jorge Alessandri junto con reconocer el enorme significado de la reforma social de 1952, estimó indispensable modificar los fundamentos del SNS y su confusa relación con el Servicio del Seguro Social, porque afirmó que no respondía a las exigencias de los asegurados, no guardaba relación con el elevado costo que significaba su mantención ni estaba contribuyendo a mejorar los pésimos indicadores de salud de la población(29).

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

Una de esas medidas, en 1959 tuvo gran importancia en el ordenamiento del SNS porque formalizó la centralización normativa y la descentralización ejecutiva de las acciones de salud, creando las áreas de salud, centradas en los hospitales base y cambiando el eje de los centros de salud a los hospitales. Esta determinación que parece haber tenido como inspiración una mayor y mejor integración de las acciones de protección y fomento con las de recuperación de la salud que se entendían centradas en el hospital, ha sido muy criticada en los años siguientes por algunos salubristas, porque habría desplazado el comando y la jerarquía técnico-institucional desde la Salud, representada por los

Centros de Salud, a la Enfermedad, representada por el Hospital. Esta polémica técnica subsiste hoy día.

De estos incidentes surgieron algunas consecuencias importantes en lo que tenía que ver con las formas de tomar decisiones en las políticas de salud.

Una de ellas tuvo que ver con la práctica de introducir alteraciones en la estructura sectorial por la vía administrativa, o sea, a partir de decisiones del Director General del SNS, refrendadas por el Consejo Nacional de Salud, prescindiendo del poder legislativo. Algunas de ellas pretendieron acercar el SNS a las poblaciones interiores del país, como la creación de los cargos de Médicos Generales de Zona, abriéndose nuevas oportunidades de trabajo a los profesionales recién formados.

Como ese modo de operar por decreto implicaba marginación corporativa, el Colegio pasó a defender las modificaciones por ley, para así garantizar su influencia en la tramitación parlamentaria.

Ello configuró un nuevo frente de oposición a las reformas que los gobiernos intentarían introducir administrativamente al SNS, pasando el Colegio Médico, a asumir la defensa de esa vía legal siempre que se sintió amenazado, lo que aumentó las confrontaciones que culminaron durante la Unidad Popular.

Otra consecuencia fue que el Colegio Médico vio incrementada su influencia en las decisiones sectoriales, porque sus representantes integraron las múltiples comisiones y grupos de trabajo creadas para resolver los conflictos, a partir de aquella comisión sugerida en el Senado por Salvador Allende a nombre del Colegio Médico(30).

Se sostiene en la literatura revisada que, en el período analizado "las experiencias de acercamiento de la Orden Médica con las bien organizadas asociaciones de empleados del sector privado y de los funcionarios públicos, le permitieron al Colegio Médico acumular fuerzas para imponer sus demandas a los gobiernos, en la medida que consiguió convencer a los empleados de que, con los recursos

e infraestructura de que disponía, el SNS era incapaz de proporcionarles atención, siendo necesario optar por regímenes propios de medicina liberal, a cuyo financiamiento debían concurrir”(31).

No obstante, lo anterior, trabajos publicados en la revista Cuadernos Médico Sociales editada por el Departamento de Salud Pública del propio Colegio Médico, revelan que lo sostenido por la organización médica y argumentado a los gremios de los empleados, no apuntaba en la dirección correcta. En efecto, en 1960 Chile tenía 7.375.000 habitantes, la mayoría en precaria situación, puesto que el 72% de la población económicamente activa ganaba menos de un sueldo vital o salario mínimo. Al SNS recurría el 70% de los chilenos y sólo el resto (20% de trabajadores y 10% de patrones), usaba la asistencia médica privada(32).

Además de lo anterior, se constataba que en 1959, el 68,9% de los individuos que se hospitalizaron lo hicieron en establecimientos del SNS y sólo el 18% lo hizo en hospitales particulares, que la infraestructura hospitalaria era casi toda pública puesto que el SNS contaba con 28.500 camas y el sector privado tenía apenas 1.284 camas (33).

Esos datos demuestran que, por los bajos salarios, la medicina socializada prestada por el SNS se estaba universalizando en el país, a pesar de sus reales limitaciones y de las drásticas determinaciones en contra, adoptadas por los médicos en su Convención de 1956.

La situación de los empleados efectivamente era aflictiva. Cada vez más se imponía la necesidad de igualar derechos, extendiendo la medicina gratuita al 20% de asalariados (1.5 millones de personas) que ese sector social representaba y que estaba dispuesto a contribuir al financiamiento por medio de sus Cajas.

Pero, según Labra, como esa población era la que “recorría las consultas privadas mediante convenios a precios controlados por el Colegio Médico, éste presionó por el acceso de ese contingente al SNS,

manteniendo el mismo esquema de libre elección de la medicina liberal”.

En esta situación el gobierno de Alessandri asumió dos decisiones:

1. En 1960 mediante un decreto autorizó al SERMENA para prestar servicios médicos y odontológicos por el régimen de libre elección a los afiliados de las cajas de esa categoría (34).

2. En 1961 envió al Parlamento el primer proyecto de la Ley de Medicina Curativa, intentando regular el acceso de los empleados al SNS, mediante el mismo esquema.

En ese momento, el Colegio Médico anunció que “no dará su aprobación a ningún proyecto en tanto el gobierno no satisfaga las aspiraciones económicas y funcionarias del gremio y no procure recursos para dotar debidamente al SNS”(35).

Como resultado de la presión de los médicos y de las asociaciones gremiales de los empleados, el proceso legislativo fue paralizado, a lo que contribuyeron las disputas por la captación política de las capas medias asalariadas entre el Partido Demócrata Cristiano, el Partido Radical y los partidos de izquierda.

En los años siguientes del período de Alessandri se sucedieron conflictos salariales en el sector salud, algunos comandados por el Colegio y otros por la Fenats, con paralizaciones de los servicios. La Orden Médica amenazó con una renuncia colectiva de los profesionales y “el retorno al ejercicio liberal” y a la delimitación de responsabilidades. El Colegio Médico consiguió del gobierno de Alessandri la modificación del Estatuto del Médico Funcionario y su transformación en la Ley 15.076 de 1963, con lo que actualizó las normas relativas a las nuevas complejidades del trabajo médico, manteniendo sus privilegios y aumentando los estímulos económicos (36).

No es de extrañar entonces que los temas centrales y recurrentes de las convenciones médicas del período alessandrista fueran la cuestión salarial

y la reforma del SNS, siempre en el sentido de detener el avance de la medicina funcionarizada. El Colegio asumió que “los intereses gremialistas se confunden con el mejoramiento de la asistencia médica”, debiendo ser esos cambios los que lideren las transformaciones.

Con esa determinación el Colegio Médico se jugó, no para extender el derecho a la ley 10383 de los empleados, sino para garantizar en el SNS, las hospitalizaciones, interconsultas y exámenes solicitados por los médicos a los pacientes que atendían en sus consultorios privados, con base en las tarifas fijadas por el Colegio. La idea era conjugar ventajas en términos de independizarse de los cuadros administrativos, como inicio de una transición que llevase a largo plazo, a un sistema integral de salud, en el que el Colegio fuese obligatoriamente el intermediador(37).

Antes de terminar su gestión, Alessandri envió al Parlamento, el 30 de Julio de 1964 un nuevo proyecto de Ley de Medicina Curativa que Frei Montalva acogió, constituyéndose en la base de la discusión legislativa que culminó con la reforma de Abril de 1968, expresada en la Ley de Medicina Curativa.

“Desde el punto de vista financiero todos los balances anuales del período 1952-1970 demuestran que los gastos del SNS siempre superaron a sus ingresos. Esto incentivó la discusión sobre sus sistemas de financiamiento y sobre la pertinencia de mantener esa organización en la atención de salud. Esta discusión fue acentuada a fines del período con el aporte a la reflexión de la planificación, motivando algunos cambios estructurales” (38).

A mediados de 1964 el clima de elección presidencial presidía la vida nacional. Por primera vez, las fuerzas se polarizaban en torno al Frente de Acción Popular (FRAP) y a la Democracia Cristiana. Ambas fuerzas declaraban su propósito de emprender transformaciones estructurales que permitiesen superar el atraso económico y social, diagnosticado con crudeza por ambas postulaciones.

Así, en cuanto el nuevo gobierno asumió, los médicos obtuvieron finalmente el trato al que habían aspirado, porque una de las primeras acciones del nuevo gobierno fue conceder a la administración pública en general, un reajuste del 38.4% y a los profesionales de la salud, entre 51 y 58%(39).

2. EL PROYECTO DE LEY DE MEDICINA CURATIVA

Como se señaló en el capítulo anterior, el 30 de Julio de 1964 llegó a la Cámara de Diputados el Mensaje del Presidente de la República don Jorge Alessandri Rodríguez que proponía al Congreso un segundo proyecto de ley referido a la atención médica de los empleados. En la exposición de sus motivos, deben ser resaltados los siguientes párrafos textuales:

“Por otra parte dicha atención médica, para ser realmente eficiente requiere cada vez en mayor escala, de elementos costosos de diagnóstico y de tratamiento lo que ha traído como consecuencia que su costo actual, sea cuatro o cinco veces mayor que a comienzos del siglo. A su vez, este costo creciente hace que las posibilidades de obtener atención médica por los grupos sociales de ingresos bajos o medianos sean cada vez más inalcanzables.

Consideramos que es un deber del Estado el velar porque este problema sea solucionado. La legislación previsional que rige en nuestro país desde hace más de cuarenta años, si bien contempla numerosos beneficios para sus afiliados, sólo establece atención médica para los indigentes, para el sector asalariado y sus familiares.

Queda al margen de estos beneficios un sector importante y en pleno crecimiento, el de los Empleados Públicos y Particulares los que junto a sus familiares alcanzan hoy a un número aproximado de 1.500.000 personas.

Dichos sectores sólo disponen hoy día de los beneficios de una legislación restringida e

insuficientemente financiada y su alternativa ante una emergencia médica es, o recurrir a los escasos servicios de bienestar que algunos grupos han logrado desarrollar, o bien lo que ocurre con mayor frecuencia, utilizar al SNS, cuyo personal e instalaciones no están calculados ni financiados para atender a este grupo social.

Al redactar este Proyecto de Ley, se han tenido en cuenta algunas consideraciones fundadas por una parte en lo limitado de nuestros recursos económicos y, por otra, en la necesidad de desarrollar un sistema de atención desprovisto al máximo de burocracia y que pueda utilizar la totalidad de sus recursos en el real pago de beneficios médicos.

Es así como se establecen disposiciones que facilitan la utilización, hasta donde sea posible, de las actuales instalaciones y equipos del SNS, en las horas en que ellos no perturben la atención de sus beneficiarios legales. Del mismo modo, se dispone que el mayor volumen de la atención médica, la que corresponde a medicina general, se efectúe en los propios consultorios de los médicos, evitando así la construcción e instalación de costosos centros de atención”(40).

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

En efecto, las fuentes primarias y la bibliografía consultadas permiten demostrar que las transformaciones que induciría la ley que se derivó de este proyecto, constituyó una trascendental reforma del sector salud chileno, por cuanto se abrió camino a la generación de un sistema doble al interior del Servicio Nacional de Salud, usando sus mismos recursos; se privatizó la atención ambulatoria al

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

Debe tenerse presente además que este proyecto de Medicina Curativa para empleados, presentado por el gobierno de Alessandri en sus postrimerías, constituyó una iniciativa de ley hecha pública en plena campaña electoral para elegir al nuevo Presidente de la República.

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

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

Los artículos séptimo, octavo y décimotercero anticiparon, a mi juicio claramente, los efectos que produciría el doble régimen al interior del SNS y los vicios de mercado que se cernían sobre el sistema público de salud, cuando expresaban:

“Las prestaciones que se otorguen en el SNS deberán efectuarse de manera que no interfieran con las que esta institución debe proporcionar a sus beneficiarios.

Para estos fines el SNS reglamentará los horarios de atención, el uso de sus locales, instalaciones, equipos de consultorios, laboratorios, pabellones quirúrgicos y demás servicios y tomará las medidas necesarias para adecuar las plantas de su personal y organizar turnos de su personal profesional, administrativo, auxiliar y de servicio. Será responsabilidad del Director del Hospital y de los Jefes de Servicios respectivos velar por el cumplimiento de estas disposiciones y adoptar las medidas adicionales para asegurar la adecuada atención de los beneficiarios del Servicio y de la presente ley”.

“El Consejo dictará las disposiciones necesarias para evitar abusos en la distribución de las consultas entre los médicos inscritos, para controlar el exceso de atenciones, limitar su número y obtener una relación continuada entre médico y beneficiario”.

A mayor abundamiento, al precisar el artículo 11 del proyecto que “La diferencia que resulte entre el valor de cada prestación y la cantidad con que el Servicio contribuirá a su pago será de cargo del imponente”, se consagró legalmente la existencia del co-pago por prestaciones médicas, creándose en el inciso siguiente un sistema de préstamos para los afiliados para facilitar el co-pago a los prestadores, en su totalidad.

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

Todo lo señalado en párrafos anteriores demuestra que no se trataba de un conjunto coherente de proposiciones, sino de un esbozo muy imperfecto elaborado por la tecnocracia del SNS y el Colegio Médico, enviado por el gobierno de Alessandri para colocar en la agenda pública un tema para lograr el apoyo político de los sectores medios en las siguientes elecciones presidenciales. El proyecto enviado no parece haber sido el producto de acuerdos previamente logrados en algún espacio de negociaciones, a pesar de la existencia del Consejo Nacional de Salud, de las convenciones médicas y de los vínculos permanentes entre las partes involucradas. Debido a ese conjunto de presiones políticas, en Septiembre de 1964, los parlamentarios apoyaron en general la propuesta, dejándolo para la tramitación legislativa posterior.

El proyecto demostró claramente la idea del Ejecutivo de acoplar el régimen de libre elección con sus copagos, a los servicios ofrecidos gratuitamente por el SNS. Se atenderían también de forma razonable, las reivindicaciones del Colegio Médico y de los empleados. No obstante, quedaron insatisfechos los médicos, los potenciales beneficiarios y las instituciones incluidas, lo que se demostró por el arrastrado debate parlamentario y las actitudes de los actores sectoriales.

Este proyecto de ley fue aprobado en su primer trámite constitucional, poco antes de finalizar el mandato de Alessandri y la Historia Fidedigna de la Ley demuestra que desde 1964 hasta 1968, el presidente Frei Montalva apoyó decididamente el proyecto, por la vía de las indicaciones y de su sólida mayoría parlamentaria en ambas Cámaras(41).

Este apoyo al proyecto presentado por Alessandri lo expresó el Presidente Frei, en su primer mensaje al Congreso Nacional señalando a la atención médica para los empleados como prioridad nacional: “Teniendo en cuenta que la verdadera solución del problema debe consistir en hacer del SNS un servicio de dimensiones efectivamente nacionales que abarque a todos los sectores de la población, cualquier solución que no sea esa debe ser vista y aceptada como transitoria, por cuanto no puede haber

dos clases distintas de medicina, una para los obreros y otra para los empleados”(42).

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

La cronología de esta ley muestra elementos fundamentales para comprender cómo las discusiones sobre ella y las luchas corporativas atravesaron toda la década de los años sesenta, a lo que también se agregó como espacio de negociación política su reglamentación.

En síntesis, las fechas básicas que se consignan en la Historia Fidedigna de esta ley se inician con un primer proyecto enviado por Alessandri en 1961, que fue rechazado; luego en Julio de 1964, se formalizó la segunda propuesta que inició su tramitación; entre 1964 y 1968 el Presidente Frei apoyó el proyecto y continuó la discusión parlamentaria; en el mes de Mayo de 1968 tuvo lugar la promulgación de la ley con el N° 16.781 y en Enero de 1969 se dictó su Reglamento Orgánico.

Tal como aconteció en 1952 con la tramitación parlamentaria del Servicio Nacional de Salud, uno de los principales problemas para avanzar en su perfeccionamiento fue la insuficiente definición de las formas de financiamiento que viabilizaran la inclusión de un contingente de población adicional al SNS.

En Mayo de 1967 el Diario de Sesiones del Senado(43) consigna que el Ministro de Salud don Ramón Valdivieso hace presente a la Comisión de Hacienda, ante la duda de los Senadores respecto de la real capacidad del SNS de atender lo que se estimaba en 900.000 del total de 1.500.000 de beneficiados del proyecto en discusión que:

“El SNS no sólo se limita en la actualidad a la atención de sus usuarios legales, sino que destina alrededor del 15% de su presupuesto a servir a

personas indigentes, empleados u otros quienes no tiene obligación de atender. Se estima que, de una forma u otra, aproximadamente el 30% de los empleados obtiene prestaciones médicas en dicho Servicio”.

En esa misma sesión de la Comisión de Hacienda se consignan intervenciones textuales de algunos senadores y autoridades del gobierno, que resultan muy ilustrativas de los términos del debate y de las dificultades financieras que presentaba el proyecto a esa altura de su trámite constitucional:

El Senador Luis Bossay señala: “.....el proyecto de ley en informe, no obstante referirse a un problema social de carácter nacional, no soluciona nada, porque no dispone de financiamiento y el aprobarlo en estos términos exhibiría a la Comisión de Hacienda como irresponsable. Señalo mis temores de que tal como ha ocurrido entre los propios obreros, en que los de ingresos más altos han desplazado en la obtención de beneficios médicos a los que ganan menos, los empleados con su mayor influencia y más altas remuneraciones, desplazarán con tremendo perjuicio social y económico al elemento obrero en las prestaciones que otorga el SNS”.

El Subsecretario de Hacienda, don Andrés Zaldívar expresó en nombre del gobierno, respecto del financiamiento: “la absoluta imposibilidad en que se encuentra el Erario Nacional de financiar el nuevo gasto que representa este proyecto de ley”.

El Subsecretario de Salud Pública don Patricio Silva Garín señaló que “ante la imposibilidad de obtener nuevos recursos, era indispensable estudiar a fondo nuevamente la estructura del proyecto y considerar la posibilidad de transformarlo sencillamente en un fondo o seguro de salud costado por los propios beneficiados”.

El Ministro Valdivieso señaló: “.....el proyecto se encuentra insuficientemente estudiado tanto en el aspecto técnico como en el financiero, derivando ello principalmente, de haberse mezclado conceptos dispares contenidos en tres o cuatro proyectos diferentes”.

El Presidente del Senado, Salvador Allende recordó que “.....este proyecto se encuentra supeditado a una tramitación especial en virtud de un acuerdo unánime adoptado por los Comités de Senadores y por el cual deberá pronunciarse el Senado en general sobre él en el curso de la próxima semana. Insistió en la trascendencia social de la materia que abarca esta iniciativa de ley y de la necesidad de ponerle fin a su dilatada tramitación en el Honorable Senado, donde se encuentra pendiente desde hace más de tres años”.

Estas referencias ilustran acerca de la insuficiente preparación del proyecto de ley, de sus severos problemas de financiamiento y de las contradicciones entre los planteamientos de política sanitaria y el texto mismo presentado, que explican su larga y dificultada aprobación por un parlamento en el que el gobierno tenía todas las mayorías necesarias para ello.

Estas contradicciones y dificultades pueden tener que ver con que las motivaciones para crear el régimen de libre elección con copago de honorarios a los médicos para los empleados, no estuvo basado en la ausencia de prestaciones para ellos en el SNS ni en razones técnicas de peso, sino en otras consideraciones de orden político

En este sentido debe considerarse que el escenario político de 1964 en adelante era completamente distinto del observado en 1952. El Colegio Médico era poderoso e influyente, estaba claramente en contra del desarrollo de la medicina funcionaria, principalmente en esos momentos en que el Ministerio de Salud insistía en modificar el Estatuto Médico Funcionario para aumentar la jornada de trabajo a ocho horas diarias.

La orden médica se oponía a esa extensión y, al contrario, quería imponer alguna forma de trabajo remunerada a base de honorarios. Sin embargo, no conseguía presentar un sistema alternativo viable, dentro de los marcos legales vigentes que imponían restricciones fiscales al Estado y de las escasas posibilidades económicas de los empleados.

En verdad, el funcionamiento del SNS, unido a las transformaciones de la sociedad, demostraba que era preciso repensar totalmente el sector salud y elaborar colectivamente una reforma en profundidad, espíritu que quedó de manifiesto cuando el Director General del SNS, estableció con claridad en los debates parlamentarios de 1964, que la política del nuevo gobierno era encaminarse hacia un Sistema Nacional de Salud, para lo cual era debido uniformar el financiamiento y la organización porque el ideal era la fusión de todos los regímenes vigentes(44).

No obstante el categórico triunfo político de la Democracia Cristiana, con su énfasis en la planificación global, vinculada a la modernización industrial, las reformas sociales y el apoyo a la organización y participación de la sociedad civil, las relaciones entre las autoridades, la corporación médica y las poderosas y emergentes organizaciones gremiales del resto de los trabajadores de la salud, nucleadas en torno a la Central Unica de Trabajadores de Chile, adquirieron un carácter tormentoso, puesto que tales organizaciones de trabajadores agregaron a sus reivindicaciones salariales, la exigencia creciente de democratización de las instituciones sanitarias, en los marcos de una transformación revolucionaria de la sociedad en su conjunto.

Puede sostenerse que el importante y sostenido conflicto que tuvo el gobierno de Frei en la salud, puede atribuirse a ese fenómeno de legitimación del derecho a la salud, a la centralidad del Estado en el manejo y solución de los conflictos sociales y a la pérdida del apoyo general del gobierno de 1966 en adelante, en un contexto de aumento muy considerable de la movilización social, debida a la expansión del sufragio y al incentivo oficial para la incorporación de las masas rurales y marginales urbanas, en un claro contexto de aspiraciones a una transformación profunda de la sociedad chilena(45).

Sin desconocer el clima de creciente movilización, ideologización y radicalización de la sociedad chilena entre 1964 y 1970, para explicar la animosidad de los profesionales en relación al gobierno, hay que poner atención a las especificidades del discurso y el comportamiento de la organización médica, de lo

cual sería posible inferir que, en el período de Frei, “cristalizan las tendencias que se venían anunciando hacia la oligarquización de la Orden Médica, su economicismo creciente y el boicot a cualquiera iniciativa legal del Ejecutivo que contrariase los intereses del Colegio y del control de éste sobre sus bases”(46).

A pesar del claro respaldo del gobierno de Frei al proyecto de ley de asistencia médica para los empleados que consagraba las crecientes aspiraciones del Colegio Médico de detener el desarrollo de la medicina funcionarizada, la política de salud enunciada por el gobierno demócratacristiano se basaba en el concepto de que la salud es un derecho básico al que todo ciudadano debe tener acceso, para lo cual debía cumplirse la Constitución de 1925 en cuanto a que es deber del Estado proveer los medios para hacer efectivo ese derecho, elaborando un Plan Nacional de Salud.

Una directriz principal señalada por Frei se refería a mejorar el desempeño del SNS, dado el diagnóstico crítico efectuado en lo que se refería a organización, productividad, cobertura e impacto en los niveles de salud.

Las metas formuladas para obtener el objetivo, afectaban directa o indirectamente el trabajo médico ya que explicitaban, por ejemplo, ampliar la red de consultorios periféricos, instalar postas rurales, redistribuir las horas médicas, hacer énfasis en la medicina general, extender la asistencia médica a horarios accesibles a la población trabajadora (tarde y noche); incrementar el rendimiento en los hospitales aumentando la formación de personal de colaboración médica (enfermeras, matronas, tecnólogos); controlar el gasto médico que se elevaba al 5,6% de la renta bruta. Además, Frei anunciaba el establecimiento del postergado Seguro Obligatorio contra los Accidentes del Trabajo y las Enfermedades Profesionales, para disminuir los elevadísimos riesgos del trabajo en el país. Otras medidas estuvieron destinadas a disminuir la mortalidad infantil y materna y la desnutrición, reforzando los programas de inmunización y alimentación complementaria(47).

Estas contradicciones pueden encontrarse en la base de los desajustes y conflictos político-sectoriales incrementados, de modo tal que las tendencias descritas al interior de la profesión médica organizada, se acompañaron de una progresiva incapacidad de la corporación de comprender el mundo social que la rodeaba, lo que se tradujo en un distanciamiento, tanto del reformismo que la democracia cristiana promovía, como del movimiento popular y democratizador de los trabajadores de la salud, fuertemente inspirado por los partidos de izquierda.

Esto se puede deducir, de la voz oficial del Colegio Médico que hacía evidente el ascenso de la corriente dura o gremialista en el liderazgo de la Orden de 1965 en adelante, frustrando así la expresión de las corrientes partidarias de la medicina socializada, que se habían visto alentadas por la gran votación obtenida por Allende en 1964 que se dirigía hacia la formación de la Unidad Popular.

A pesar de que el Ministro de Salud, Dr. Ramón Valdívieso, señaló en el Senado que la asistencia médica a los empleados era una cuestión de alto interés nacional y que estaba subordinada a la suprema decisión de “ crear un Sistema Nacional de Salud para dar a todos los ciudadanos una medicina universal, integral, eficiente, suficiente, oportuna y con igualdad de trato, que respetara la dignidad humana y basada en la participación de la comunidad” (48) y de que el Presidente Frei había afirmado que las modificaciones introducidas al proyecto de Alessandri, estaban siendo consideradas por el Colegio Médico y los demás interesados(49), la Orden Médica desmintió públicamente al Presidente reclamando que no fuera consultada y rechazando las proposiciones oficiales porque “el derecho universal a la salud en todo el mundo está en crisis, por los altos costos de la medicina, lo que exige buscar los medios para que la sociedad pueda asumir parte de ese costo según sus capacidades económicas y remunerar adecuadamente a los médicos”(50).

A través de su portavoz, el Presidente del Colegio y sobre la base de las resoluciones de las convenciones, la Orden denunció que se pretendía otorgar atención médica amplia e ilimitada a los

empleados sin calcular previamente el número de prestaciones y los recursos financieros y materiales para hacerla efectiva, en particular en la deficiente área del SNS. Además reclamó también que las prerrogativas estatutarias del Colegio estarían siendo seriamente atropelladas al marginalizar al gremio del control directo del régimen de libre elección(51).

En este escenario, el Ministerio de Salud realizó estudios sobre la capacidad económica de los empleados, cuyos resultados fundamentaron la principal modificación introducida al proyecto original de Alessandri. Ella consistió en la división del sector de los empleados en tres estratos de renta, medida en salarios mínimos, cada uno con un acceso diferenciado a los cuidados médicos mediante el pago de valores determinados por tablas especiales. De ese modo, el Ministerio dejaba planteada la complicada cuestión de la ecuación económico-financiera del régimen de libre elección, cuya solución debía compatibilizar los diversos intereses, del gobierno que precisaba minimizar costos; de los usuarios que buscaban minimizar sus gastos de copagos y de los profesionales que querían maximizar sus ganancias.

Según los datos del Ministro Valdivieso, el 70% de los empleados tenía renta de hasta dos salarios mínimos, asemejándose así a los obreros que por ley, recibían atención gratuita. Por lo tanto, no se justificaba que el SNS los acogiese en términos discriminatorios(52). Además, si se estimaba el total de posibles beneficiarios del proyecto de ley en 1,5 millones, era evidente que el total que estaba en condiciones de pagar una cantidad extra, era muy reducido.

El gobierno se debatía en fuertes contradicciones por cuanto en su ámbito institucional coexistían decisiones que apuntaban a políticas divergentes. Por una parte, esfuerzos principales se dirigían a la integración de las actividades de todos los servicios médicos del país, con vistas al Sistema Nacional de Salud; por otra parte el Plan Decenal de Salud enarbolado desde el principio por el propio Frei, se refería al ámbito del SNS y finalmente, la

actividad legislativa se concentraba en el proyecto de medicina curativa, que justamente rompía la lógica planificadora, integradora y socializante pretendida en las demás instancias.

En este escenario, al gobierno parecía escapársele el control de la dinámica social y así también, el propio Colegio Médico se enfrentaba con imprevistos, como una mayor densidad y autonomía de intereses sectoriales no médicos y una expandida conciencia popular en cuanto al derecho a la salud.

El proyecto entretanto seguía su curso, porque ya era tarde para cambiar la ruta puesto que todas las expectativas de los médicos y de los empleados estaban puestas en el régimen de libre elección que chocaba, justamente, con los principios de universalidad, integración y equidad sostenidos por Frei.

Desde un punto de vista más general y a partir de las claras contradicciones observadas en el ámbito de los sujetos sociales y políticos protagonistas de estos procesos, es posible pensar que, el proyecto de ley de Medicina Curativa puso de relieve las tres lógicas que venían atravesando el desarrollo del sistema de salud chileno desde sus comienzos.

En primer lugar, una política que apuntaba a la universalización del acceso al SNS en los moldes originales, o sea, de atención gratuita y con profesionales asalariados del Estado, que se remontaba al primer cuarto del siglo XX.

Una segunda, sostenida en la pujanza y potencial político de los sectores medios emergidos desde los años treinta y cuyos sujetos sociales protagonistas, organizados en las fuertes instituciones gremiales de los empleados, que en sus niveles directivos se resistía a aceptar compartir en igualdad de condiciones, los servicios de los obreros.

Y una tercera, corporativa, que buscaba imponer la flexibilización del mercado de trabajo médico, en la intersección de lo público con lo privado, con fórmulas no asalariadas de ejercicio profesional y que

procuraba mantener el financiamiento y consolidar en la institucionalidad jurídica sectorial, el lucro individual, restableciendo así en la esfera pública el velo sombrío de la medicina liberal, afianzada por el poder extractivo del Estado.

Esta situación se expresó en los debates parlamentarios en que fueron escuchados todos los representantes de los intereses involucrados y no sólo los médicos y el oficialismo; el parlamento de la época lo permitía. Así fueron escuchadas las diversas organizaciones de empleados y no sólo el oficialismo y el Colegio Médico, lo que imprimió formas diferentes a las transacciones políticas, ya que con sus demandas diluían en cierta forma, la influencia hasta entonces sin contrapeso del Colegio Médico y obligaban al gobierno a separarse de posiciones tecnocráticas.

Especialmente relevantes fueron la Confederación de Empleados Particulares de Chile (Cepch) y la Asociación de Empleados Fiscales (Anef).

Intervenciones de los dirigentes nacionales de la ANEF en el Senado expresaban tanto el respaldo a la iniciativa legal en discusión, como los temores por las conductas anunciadas por el gremio médico: "...este proyecto constituye para el sector de los empleados una vieja y sentida aspiración, por cuanto las bajas rentas que perciben no les permiten cubrir los gastos por concepto de medicina, situación que se torna muy grave debido a la notificación que la Federación Médica ha hecho a la ANEF, en el sentido de que sólo dará atención médica exclusivamente a los beneficiarios legales del SNS", "el sistema más conveniente para los intereses de los empleados es el de la libre elección, coordinada con el sistema de la medicina funcionaria"(53).

No obstante, importantes sectores de la ANEF expresaron su rechazo a las formas de financiamiento del proyecto, así como a la indicación del gobierno de Frei que establecía categorías discriminatorias de los empleados, según sus ingresos. A través del Senador Jaime Barros, dirigentes de la ANEF de Valparaíso hicieron llegar su opinión a la Comisión de Salud del

Senado: "Rechazamos este proyecto por significar un gran paso hacia atrás en el desarrollo de la medicina social en Chile. Después de enormes esfuerzos por lograr una medicina curativa tarifada y levemente funcionaria, se retrotrae al sistema de libre elección en un medio en que los médicos fijan sus Roles de Honorarios a su amaño, desatendiendo el imperio de la ley"..... "Rechazamos este proyecto por establecer enfermos de primera, segunda y tercera clase, según sus remuneraciones"..... "Rechazamos el proyecto, porque provocará desplazamiento o rechazo de los asegurados e indigentes, actuales beneficiarios del SNS"..... "Rechazamos el proyecto porque significa el desmantelamiento del SERMENA, transformándolo en una simple caja pagadora...."(54).

Las discrepancias en el seno de la ANEF se debieron probablemente al hecho que esta organización de los empleados públicos, había logrado conquistas de atención médica en los servicios de bienestar y en el propio Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Contrariamente, el apoyo de la Confederación de Empleados Particulares de Chile (CEPCH) al proyecto fue más uniforme, por cuanto la desprotección de ese sector de empleados era mayor. Así lo señalaba el Senador Jaime Barros, "...la Confederación de Empleados Particulares naturalmente, apoya el proyecto porque nada o casi nada posee; es lógico que proceda así"(55).

El Colegio Médico no obstante haber hecho grandes esfuerzos para conseguir el apoyo de las asociaciones de empleados al esquema de libre elección, amparándose en la campaña de denuncias sobre la ineficiencia e incapacidad financiera del SNS, desarrolló una campaña frente a la determinación de Frei de avanzar en la inclusión de la atención a los nuevos grupos, mediante la racionalización de los procesos y el aumento de la productividad, de gran tenacidad y crecientemente agresiva.

Se denunció con vehemencia que el proyecto implicaba funcionarización completa de la medicina en Chile, en circunstancias que la solución para el acceso de los empleados al SNS era el sistema de medicina de prepago (seguros de salud), porque en el atrasado

SNS “no existían condiciones ni remotas para absorber la mayor demanda”. Y el Colegio agregaba: “se crea un grave problema para el SNS al aumentar la actual plétora de pacientes que rebaja la dignidad humana”, produciéndose un retardo de meses en las consultas y una restricción de la hospitalización a los casos de urgencia. Proponía enseguida el Colegio “un nuevo principio”: la separación de la asistencia médica entre abierta y cerrada, que significaba iniciar la libre elección para los empleados en las consultas médicas, en condiciones de pago de toda la clientela y postergando la atención hospitalaria para dos o tres años después, plazo necesario para habilitar los servicios correspondientes. Esta distinción tiene que ver, con entender que la atención hospitalaria o cerrada es más cara y precisa de intermediación institucional, en tanto que la consulta médica (atención abierta) puede ser remunerada directamente por el paciente al profesional. Los médicos querían un tratamiento diferenciado en término de los pagos, tanto para los asegurados como para los profesionales, de acuerdo al tipo de atención y de acuerdo con fórmulas y esquemas que la Orden generaría y controlaría(56).

El Ministro entretanto argumentaba con dureza, en una carta al Director de la Revista Vida Médica, que con el proyecto de ley del gobierno sólo se estaba regularizando situaciones que de hecho existían, por cuanto el 25% de los días-cama del SNS en Santiago y el 10% en las provincias eran ocupados por no beneficiarios, justamente empleados de bajas rentas y sus familiares, según demostraba un estudio realizado por el Ministerio de Salud en Diciembre de 1964, en 14 grandes hospitales del SNS en todo el país, más los hospitales José Joaquín Aguirre y de la Universidad Católica de Chile y, en un orden general de cosas, decía “No comprendo ni acepto que el diálogo descienda hasta el nivel en que se coloca”(57).

Las relaciones entre el Colegio Médico y el gobierno adquirieron un carácter muy conflictivo en estos años, en particular desde la elección del nuevo Presidente del Colegio, el Dr. Emilio Villarroel, que inauguró una

política de línea dura, con amplia movilización de las bases contra el proyecto de Medicina Curativa y de aproximación a las organizaciones de empleados. Como resultado de esto, la Cepch no sólo apoyó las demandas de los médicos, sino que planteó la libre elección para toda la población del país sin discriminación económica(58).

El perfil de las discusiones en torno a la ley de medicina curativa se tornaba muy confuso, lo que acrecentó los pleitos entre los médicos con el gobierno por el aumento salarial y porque el Sermena y otros servicios prestaban asistencia médica a precios inferiores a los fijados por el Colegio.

La confrontación de 1966 fue una de las más violentas del período y al reivindicacionismo económico enarbolado por los sectores gremialistas del Colegio Médico, se unieron las voces de los históricos de la medicina social que formaron un frente común, porque la profesión se encontraba en una encrucijada, “discriminada en sus remuneraciones funcionarias, hostilizada en el ejercicio de la libre elección tabulada por el Colegio y obligada a trabajar en condiciones intolerables en los servicios públicos”. Porque el gobierno había transformado al SNS en “la negación de la imagen moderna de la salud”, colocando a la propia medicina en peligro, por lo que la profesión se ve en la obligación de “deslindar responsabilidades y revisar los esquemas doctrinarios y de remuneración propuestos en 1950-1952”(59).

Resulta muy ilustrativo de la convergencia de los diversos sectores de la opinión médica contra el proyecto del Ejecutivo, una publicación del Dr. Gustavo Molina, uno de los más destacados impulsores de la medicina socializada en Chile desde la década de los treinta, que situaba el conflicto de la profesión en Chile en el contexto mundial de las transformaciones y costos crecientes de la medicina. Decía el profesor Molina, “Chile y los médicos chilenos se enorgullecen de haber impulsado el proceso que nos ha aproximado al ideal de Sigerist para la sociedad industrial, esto es, eliminar las barreras económicas entre el hombre enfermo y el recurso médico, liberando al médico de vender sus servicios en el mercado. Pero ese sistema

quiebra cuando les son negadas a los médicos las remuneraciones suficientes y adecuadas a la importancia de su trabajo. La experiencia universal, en distintos regímenes financieros y sociales, ha demostrado que el pilar de cualquier sistema eficiente de atención médica es la existencia de una profesión espiritual y económicamente satisfecha. La política miope de los Ministros de Hacienda viene provocando varias huelgas médicas en el mundo...”.

Continuaba el autor, “.....la profesión médica está irritada y no acepta que los servicios sean financiados a expensas del trabajo médico.....en tales circunstancias y en defensa de la profesión, el Colegio ha decidido someter a revisión todo el sistema de distribución de servicios y de remuneración del trabajo médico, buscando un trato más directo entre los verdaderos interesados en dar y recibir salud;.....esto porque el Colegio no ha logrado en estas décadas de funcionarización masiva, convencer a los círculos rectores de la sociedad acerca de la necesidad ineludible de pagar bien a los médicos para que la medicina constituya un servicio social y no un negocio;.....y deberá persistir en este empeño, aún usando voces destempladas y acentos de violencia, contrarios a nuestra imagen profesional”(60).

En ese período, la línea dura del Colegio se expresó además en la creación de la Federación Nacional de Médicos del Servicio Nacional de Salud que pasó a integrar la poderosa y respetable corriente gremial de las federaciones de todas las profesiones de la salud del SNS, buscándose vínculos solidarios con la Fenats y la Feprotect en torno a los intereses gremialistas, con el objetivo de “organizar acciones comunes cuando las circunstancias lo exigieran ya que la angustia económica es similar para todos los que se desempeñan en la protección de la salud” (61).

El Colegio Médico logró así formar un nuevo perfil sindical agresivo y profesional, que penetró todas las estructuras del SNS, generando una pirámide de control desde los dirigentes hasta las bases en todo el país, estableciendo la base de un movimiento gremialista que se tornaría muy luego, agresivo y reaccionario.

Desde esta perspectiva, es posible pensar que se generaban las condiciones favorables para que la oposición a la hegemonía demócratacristiana, hiciera que los gremialistas y los sectores históricos de la medicina social caminaran juntos, hasta el momento en que las definiciones ideológicas exigidas por la coyuntura electoral siguiente, dividieran al cuerpo médico en dos fracciones irreconciliables, que se expresaron en el gobierno de la Unidad Popular, en el que el Colegio, con total hegemonía gremialista reaccionaria, participó activamente en el golpe de Estado.(62)

No obstante, la tramitación de la Ley de Medicina Curativa siguió su curso en el Congreso hasta que fue aprobada en 1968. En ese mismo instante el Colegio declaró que se oponía a su implementación porque no atendía a los intereses de los profesionales, sobretudo que no daba a la Orden la cantidad de poder que demandaba en la co-administración del sistema, en la tuición sobre los precios, en las formas de pago, en los estímulos económicos adicionales por el aumento de la carga de trabajo. En verdad, las indicaciones en ese sentido habían sido hechas en el Congreso Nacional, pero la mayoría parlamentaria las había desestimado.

Por esos motivos, el Colegio determinó que todos los médicos boicotearían la nueva ley, no inscribiéndose en el registro abierto para ejercer por la libre elección, no participando en ninguna actividad oficial, no atendiendo a otros pacientes que no fueran los beneficiarios legales del SNS y tomando medidas como el nombramiento de dos médicos por establecimiento, para vigilar el cumplimiento de estas órdenes, proponer modificaciones a la ley, incorporando las posiciones acordadas entre el Colegio y los empleados y financiar una campaña nacional de denuncia de las irregularidades de la ley(63).

A pesar de la controvertida participación del gremio médico en la tramitación constitucional de esta Ley de Medicina Curativa, a la que se opusieron tan duramente, la consolidación del régimen de libre elección, el establecimiento del concepto del pago por

acto médico en el orden institucional y la consagración formal de una nueva forma de remuneración al trabajo médico, determinó que a la hora de generarse el Reglamento de la Ley, se abriera un espacio que sirviera para acomodar los intereses de los contradictores.

Se formó así una Comisión Mediadora integrada por representantes de los profesionales, de los empleados, de las instituciones y del Congreso Nacional. Sus resultados fueron llevados a las Convenciones Médicas de Septiembre y Noviembre de 1968, donde fue aprobado el proyecto de Reglamento Orgánico de la Ley de Medicina Curativa porque “garantizaba de modo razonable los intereses legítimos del gremio y las justas expectativas de los empleados.....recomendándose a los profesionales la participación en el sistema de libre elección durante la etapa experimental de un año”(64), dado que permanecían algunas restricciones a la libre elección en la asistencia hospitalaria que afectaban la autonomía y las ganancias de los profesionales.

El Reglamento que entró en vigor en Enero de 1969, instituyó nuevas funciones mediadoras para la Orden Médica que se declaraba satisfecha: “El Sistema de Medicina Curativa se asienta, en sus aspectos profesionales y éticos, sobre la exclusiva responsabilidad del Colegio Médico”(65).

Así, después de tantos años de lucha, el Colegio asumiría legalmente entre otras funciones, el registro de los profesionales participantes del esquema, el control disciplinario, la intermediación financiera en los pagos del Sermena a los médicos, así como el mandato de vigilar que la atención de libre elección se realizara en horarios diferentes de aquellos destinados a atender a los pacientes regulares del SNS.

En el año 1977, el Dr. Ramón Valdivieso, Ministro de Salud del Presidente Frei Montalva, escribía en la Revista Médica de Chile:

“El 26 de Mayo de 1968 se promulgó la Ley 16781 que otorga asistencia médica y dental a sus beneficiarios. Para el financiamiento establece el Fondo de Asistencia Médica (FAM) con un 1% de las remuneraciones imponibles de cargo del empleado;

1% de las remuneraciones imponibles de cargo de los organismos previsionales; 1% de las pensiones de cargo de los pensionados; 2% de las pensiones de cargo de los organismos de previsión. El FAM financia todo o parte del valor de las prestaciones, según recaudación: Consultas, Visitas Domiciliarias, Juntas Médicas, Operaciones, Hospitalizaciones, Rayos X, Laboratorio, Histopatología, Partos, Urgencias, Traslados y Atención Dental. Se crea además el Fondo de Préstamos que permitirá, de acuerdo al Reglamento, cubrir la diferencia entre la bonificación y el valor de la prestación.

Tiene el beneficiario la facultad de elegir al profesional que habrá de atenderlo, como también el hospital o clínica, para lo cual se requiere que el profesional esté inscrito en el Sistema de Libre Elección del Colegio respectivo y que el establecimiento haya celebrado convenio con el Servicio Médico Nacional de Empleados.

El valor de las prestaciones corresponde a la tarifa mínima del Arancel de Honorarios, lo que representa un aporte solidario importante de los profesionales a la comunidad. La institución administradora, Sermena, cancela directamente a las clínicas y hospitales el valor de las hospitalizaciones y, por intermedio de los Colegios profesionales, los honorarios. Para éstos, el instrumento de pago es la “orden de atención-cheque”, procedimiento que facilita el control ético del ejercicio profesional dentro del sistema.

En resumen, se trata de una ley que, con bajo costo administrativo, da atención médica integral a 2 millones de chilenos dentro de un sistema de remuneración por acto médico con libre elección del profesional.” (66)

La referencia hecha por el Dr. Valdivieso en 1977 constituye una buena síntesis de los términos centrales de la ley aprobada y en los párrafos anteriores a los citados se refiere a sus más importantes justificaciones: el volumen de los recursos económicos y humanos necesarios para atender a los 2 millones de beneficiarios que cita, que “era cuantioso y excedía toda posibilidad de

obtenerlo, si se insistía en una estructura según el modelo de medicina funcionaria del SNS, que estaba dando pruebas de un gasto administrativo creciente en detrimento del gasto destinado a mejorar las prestaciones”.

Se refería además, el Dr. Valdivieso, “.....en ese momento disponía el país de 1 médico activo por 1.600 habitantes y, teóricamente al menos, no se podía contar sino con algo más de 1.000 médicos a tiempo completo para la atención de una población estimada en 2 millones, los que en un sistema de remuneración por sueldo fijo tienen un rendimiento de 1.750 horas por médico por año. Esto, confrontado a una moderada estimación de demanda resultaba francamente insuficiente”.

Como es posible observar, largos e importantes años después de 1968, en los que el sistema de medicina curativa consagrado en la ley hacía agua por los cuatro costados, se mantenía el debate sobre la trascendencia y consecuencias que la aplicación de esa ley tuvo en el sistema de salud chileno.

Nina Horwitz y colaboradoras señalaban en 1995 que: “El enfrentamiento de ideas, relaciones de fuerza, intereses y estrategias han seguido vigentes en el debate nacional sobre la salud. Uno de ellos corresponde al acceso diferencial al sistema de salud, pudiendo focalizarse en el Sermena y la Ley de Medicina Curativa y el otro se relaciona con el financiamiento del sistema de salud como elemento estructural y paradigmático.

En el origen del sistema de seguridad social chileno se encuentra el reconocimiento de diferencias entre sus beneficiarios, de acuerdo con el tipo de trabajo desempeñado. En 1924...el acceso estuvo condicionado por la definición del status laboral y el sector económico al que el trabajador pertenecía. Tales servicios, para obreros y para empleados, se fueron diferenciando entre sí en cuanto al tipo de prestaciones, su financiamiento y calidad, el grupo familiar cubierto y la capacidad de elección. Es en este sentido que, pese a su avanzada concepción, a este sistema previsional se le ha adjudicado la facultad de haber consagrado la separación entre

categorías de trabajadores, que traspasadas al plano de las prestaciones de salud, se vieron acentuadas en el transcurso del tiempo.

Las diferencias entre empleados y obreros en la legislación social respondían a una interpretación de la realidad social que impuso al Estado la misión de protección de los más débiles. La tendencia que primó, en especial con respecto a la atención de salud, fue la de una discriminación positiva. Es decir, no conceder beneficios igualitarios para toda la población.....Por esta razón a los empleados no se les otorgó el acceso gratuito a la atención médica...En el ámbito de la salud, el Sermena en 1942 significó un refuerzo simbólico de esta orientación, legitimando las diferencias entre las poblaciones trabajadoras a través del sistema de libre elección en lo curativo” (67).

Las autores citadas abundan en consideraciones importantes sobre el tema, al señalar: “El proyecto de ley de medicina curativa fue sólidamente apoyado también por el Colegio Médico ya que este sistema implicaba mantener el pago por acto médico. Pese al progreso que representó en cuanto a mejorar la situación de postergación de los empleados, también es cierto que acrecentó las diferencias en la atención de salud entre empleados y obreros. Conceptualmente esto significó que se aceptaba y establecía en la práctica, lo que posteriormente sería un sistema mixto (público y privado) de salud aunque con un papel central del Estado. En el debate técnico y de prensa de la época, se planteaba también por primera vez la disyuntiva entre un sistema estatal único y un sistema mixto. Ciertamente no ha sido tampoco la última”.

Lo anterior permite inferir que la aprobación de la Ley de Medicina Curativa coronó una larga lucha del Colegio Médico, lo que sería una demostración de la fuerza del nuevo poder gremial oligarquizado y refractario a las transformaciones socializantes y que se afianzaba justamente, cuando la democracia política y social se expandía en Chile y surgían proyectos sociales alternativos que se oponían a la autoridad de la jerarquía médica.

Referencias

1. Grez Toso, Sergio: "La Cuestión Social en Chile. Ideas y debates precursores (1804-1902)". Santiago, Chile; DIBAM; 1995.
2. Yáñez Andrade, Juan Carlos: "Estado, consenso y crisis social. El espacio público en Chile 1900-1920"; Santiago; DIBAM; 2003.
3. Illanes, M. Angélica: "En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia"; Colectivo de Atención Primaria; 1993.
4. Labra, M. Eliana: "Política, Salud e Intereses Médicos en Chile: 1900-1990"; Río de Janeiro, Brasil; 1997.
5. Revista Encuentro XXI; Editorial: "La Dignidad de la Memoria"; Nº 3; 1995
6. Soto, Hernán: "Cambiano a Chile de faz"; Revista Encuentro XXI; Nº 3; 1995.
7. Arendt, Hannah: "Sobre la Revolución"; Alianza Editorial; Madrid, España; 1963.
8. Molina Bustos, Carlos: "Un Perfil del Chile de los Sesenta: Escenario de la Revolución y del Miedo a la Revolución"; Departamento de Historia; Universidad de Chile; 1999
9. Mardones Restat, Jorge: "Origen del Servicio Nacional de Salud"; Rev. Médica de Chile: 105: 654; 1977.
10. Horwitz, Nina y cols.: "Salud y Estado en Chile. Organización Social de la Salud Pública"; Publicaciones Científicas; OPS; Chile; 1995.
11. Horwitz, Nina y cols.; Ibid, pág. 40; 1995
12. Pinto, Francisco y Viel, Benjamín: "Seguridad Social Chilena. Puntos para una Reforma"; Editorial del Pacífico; Santiago; 1950.
13. Pinto y Viel: Ibid; pág. 93-98; 1950.
14. Labra, M. Eliana: "Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950)"; Cuadernos Médico-Sociales 44; 207-219; Chile; 2004.
15. Horwitz, Nina y cols.: Ibid; pág. 71; 1995.
16. Valenzuela, Arturo: "El quiebre de la democracia en Chile"; FLACSO; Santiago; 1989.
17. Pinto, Aníbal: "Desarrollo económico y relaciones sociales"; Chile Hoy; Ed. Universitaria; Santiago; 1970.
18. Vida Médica: Vol. VI; Nº 3; Julio de 1954.
19. Vida Médica: Vol. VI; Nº 5; Septiembre de 1954.
20. Vida Médica: Nº 11; 1955.
21. Labra, María Eliana: "Política, Salud e Intereses Médicos en Chile"; Ibid. Págs. 223-228; 1997.
22. Vida Médica: Nº 9; 1956.
23. Vida Médica: Nº 9; 1956.
24. Vida Médica: Nº 9 y 10; 1956.
25. Vida Médica: Nº 9-10; 1957
26. Vida Médica: Vol. IX: Nº 12 de Diciembre de 1957 y Vol. XII: Nº 9 de Septiembre de 1960.
27. Pinto, Aníbal: "Desarrollo económico y relaciones sociales"; Chile Hoy; Santiago; Editorial Universitaria, 2 edición; 1970.
28. Horwitz, Nina y cols: Ibid; pág.42; 1995
29. Jorge Alessandri Rodríguez, Presidente de la República. Mensaje Presidencial 21 de Mayo de 1959.
30. Vida Médica: Nº 9; 1959.
31. Labra, María Eliana: "Política, Salud e Intereses Médicos"; pág. 233; 1997.
32. Dr. Jiménez Pinochet, Oscar: "Organización de la Atención Médica. ¿Cuáles son los beneficiarios del SNS?"; Cuadernos Médico Sociales; Nº 2; 1962.
33. Sepúlveda, Orlando: "Hospitalización en el área metropolitana del Gran Santiago"; Cuadernos Médico Sociales; Vol. II; Nº 1; 1961.
34. Decreto con Fuerza de Ley Nº 286 del 31 de marzo de 1960.
35. Vida Médica Nº 9; 1961.
36. Labra, M.E.: Ibid; pág. 235; 1997.
37. Vida Médica Nº 9; 1962.
38. Horwitz, Nina: Ibid; pág. 45; 1995.
39. Vida Médica Nº 9; 1965
40. Boletín de Sesiones de la Cámara de Diputados. Sesión Nº 27 del 30 de Julio de 1964.
41. "Historia Fidedigna de la Ley 16.741 que Otorga asistencia médica y dental a los imponentes activos y jubilados de los organismo que señala"; D.O. de 2-05-1968; Biblioteca del Congreso Nacional.
42. Presidencia de la República. Mensaje del Presidente Eduardo Frei Montalvo. 21 de Mayo de 1965.
43. Diario de Sesiones del Senado. Sesión 16. Mayo de 1967.
44. Diario de Sesiones del Senado. 47 Sesión Ordinaria; 14 de Septiembre de 1964.
45. Morales, Eduardo: "Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud: Chile 1964-1978". Documento de Trabajo Nº 110; FLACSO; 1981.
46. Labra, M.E.: Ibid; pág.239.
47. Intervención del Ministro de Salud, don Ramón Valdivieso. Comisión de Salud del Senado. Diario de Sesiones del Senado. Sesión Nº 16 del 16 de Junio de 1965.
48. Diario de Sesiones del Senado. Sesión Nº 16. 10 de Abril de 1965
49. Primer Mensaje del Presidente Frei. 21 de Mayo de 1965.
50. Vida Médica Nº 7; 1965

51. *Vida Médica* N# 7; 1965
52. *Vida Médica* N# 7; 1965
53. *Diario de Sesiones del Senado. Sesión del 24 de Octubre de 1964.*
54. *Diario de Sesiones del Senado. Sesión 17 del 17 de Mayo de 1967.*
55. *Diario de Sesiones del Senado. Sesión 17 del 17 de Mayo de 1967.*
56. *Vida Médica* N# 7; 1965.
57. *Vida Médica* N# 9; 1965
58. *Vida Médica* N# 7; 1965
59. *Vida Médica* N# 4; 1966
60. *Vida Médica* N# 5; 1966.
61. *Vida Médica* N# 5-8-9; 1967
62. *Labra, M.E. : "Política, Salud e Intereses Médicos en Chile":* pág. 261; 1997
63. *Vida Médica* N# 8; 1968
64. *Vida Médica* N# 8-11; 1968
65. *Vida Médica* N# 5; 1969
66. *Dr. Valdivieso, Ramón: "La Ley de Medicina Curativa para Empleados y el Formulario Nacional de Medicamentos"; Rev. Médica de Chile; 105: 663; 1977.*
67. *Horwitz, Nina y cols: Ibid, págs. 72 y 73; 1995.*