

## Estado y políticas de salud en Chile: el proceso de conformación de un nuevo proyecto para el sector salud, 1973-1979\*

*Carolina Tetelboin  
Darío Salinas*

### Introducción

EN AMÉRICA LATINA SE ASISTE a un momento de creciente preocupación por la problemática de la acción pública del Estado en relación a los denominados "sectores sociales": salud, educación, vivienda y seguridad social. Este señalamiento no es azaroso. Sus manifestaciones sociales pueden constatarse por lo menos en los siguientes aspectos: en el lenguaje del discurso oficial gubernamental, en los desfases reales entre los propósitos de la acción pública y sus grados de plasmación, y también en las diversas formas de opinión pública que filtran un conjunto heterogéneo de demandas, posiciones y derechos de la población. La dinámica real que de todo ello resulta configura un campo siempre conflictivo de comportamientos políticos.

Conforme se acrecientan los problemas acumulados o parcialmente resueltos en estos ámbitos de la sociedad, se acentúan simultáneamente los problemas que atañen a la acción pública del Estado. Y éste que, en tanto órgano de poder, condensa en el contenido de sus políticas, aunque no siempre de modo evidente y más allá de la formalización de sus planes, metas y enunciados doctrinarios, los límites y los alcances de los objeti-

\* El presente trabajo fue redactado en el Departamento de Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Iberoamericana, en el marco de sus proyectos de investigación correspondiente al año 1983. Su contenido temático forma parte de una investigación más amplia sobre "El proceso actual de la práctica médica en Chile, las políticas de salud y sus repercusiones en la población", cuya instrumentación contó con el apoyo de PISPAL y el patrocinio de FLACSO de Chile.

vos sociales en pugna. De acuerdo a esto último, no parece lícito suponer la posibilidad de una relación automática y directa entre las características de un régimen y la acción estatal que logra.

El presente trabajo pretende ubicarse en la perspectiva de estas preocupaciones, buscando desarrollar una línea argumental orientada a demostrar, por medio de la investigación de un proceso concreto, que el análisis de la política pública constituye otro modo muy específico de conocer el Estado. El proceso concreto que se somete al análisis es el caso de Chile. Y el aspecto específico de la política pública se refiere a la política social del gobierno en materia de salud en el transcurso del periodo que va de 1973 a 1979.

La importancia de analizar este caso radica, de un modo general, en el fenómeno de reversión sustantiva del proceso político chileno a partir de la ruptura institucional ocurrida en 1973. Existe el consenso acerca de que las transformaciones de los aparatos de Estado han establecido procesalmente correspondencia con el contenido de la acción pública para responder a las dinámicas sectoriales. El sector salud no ha sido una excepción en este sentido; más aún, la misma estrategia de desarrollo que ha impulsado el actual gobierno lo ubica en las llamadas "siete modernizaciones". Otro argumento estriba en el papel del Estado que el gobierno se ha empeñado en darle. Sobre esto último, en efecto, se ha tratado, de manera sostenidamente afanosa, de que el Estado asuma un papel cualitativamente diferente en la organización económica y social del sector salud, tanto en la perspectiva de los usuarios como en la de los proveedores. Al hacerlo se ha ubicado en franca oposición a toda la historia anterior.

Por último, es justamente en este recorte temporal que escogimos donde se producen las grandes redefiniciones del sector salud. Es también el periodo en el que van madurando las condiciones institucionales generales que permitirán el paso efectivo a una etapa de concreción del proyecto privatizador.

## Antecedentes

### DEFINICION DEL PROBLEMA BAJO ANÁLISIS

La historia de la política social en el sector salud hasta 1973,

al margen de los vaivenes coyunturales y las metas específicas de los gobiernos, tiene una característica insoslayable marcada por la importante presencia del Estado. La fundamentación para hacerlo y la medida de su intervención ha sido de diversa índole, aunque de un modo general tal fenómeno guarda relación con el tipo de desarrollo económico preexistente y la progresiva democratización del sistema político. En efecto, es esta fuerte presencia estatal el marco en el cual se inscribe el surgimiento y desarrollo de la estructura institucional fundamental de la práctica médica, de carácter solidario y participativo, cuya expresión la constituye el Servicio Nacional de Salud (SNS).

Podría decirse que el SNS ha sido el principal soporte de la práctica médica chilena como forma de respuesta social a los fenómenos de salud y enfermedad de la población. De ahí que cualquier intento de análisis sobre el sector presupondrá necesariamente su relevamiento, así como también cualquier cambio significativo en la tendencia general de su desarrollo se traducirá en modificaciones importantes no sólo de su estilo de organización y funcionamiento, sino en la del conjunto del sector.

A modo de síntesis podría decirse que su importancia radica por lo menos en los siguientes aspectos:

*a)* Ha dado atención —desde su creación en 1952— a alrededor de un 70% de la población con acciones curativas, y a un 100% con preventivas.

*b)* Concentra la mayor parte de los recursos del sector, tanto financieros y humanos como materiales. A título de ejemplo, es interesante consignar que para el año 1972, el SNS concentraba 78.4% del gasto en salud de las instituciones (Arellano, 1976:169).

*c)* Mantiene un nivel de desarrollo científico y tecnológico que está a la cabeza del resto de las instituciones (Goic, A., 1978:629).

*d)* Por su organización administrativa y los principios sustentados en un enfoque salubrista de gran raigambre social, su gestión acuñó un modo de “hacer salud” que influenció la percepción y el tratamiento de estos problemas al resto de las formas de práctica, y a la sociedad en general.

*e)* Introdujo en su gestión, desde su Dirección General, iniciativas planificadoras de las acciones de salud a nivel nacional, haciendo que éstas se tradujeran en una forma de subsidiariedad ejercida por el Estado a través del SNS.

El espectro del sector cuenta además del SNS, con otras instituciones tanto públicas como privadas. En segundo orden de importancia podríamos situar al Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). A su cargo está el cuidado de una población de alrededor de dos millones de empleados públicos y particulares y sus familiares. Creada en 1968 a la luz de la Ley de Medicina Curativa, esta estructura es más bien de tipo administrativo ya que no cuenta con infraestructura clínica. Actúa a través de convenios con instituciones hospitalarias privadas y públicas, y con los médicos a través de su colegio.

La creación de esta alternativa que permite satisfacer una ansiada aspiración de los sectores medios chilenos, debe entenderse en el marco del gobierno demócratacristiano de Frei, como una conquista de los sectores pluriclasistas que integran este partido. Por un lado, permite el acceso de los empleados a la llamada "libre elección" del profesional y del establecimiento donde el usuario quiere ser atendido, mediante la compra de un bono que es financiado en parte por el usuario y en parte por el Fondo de Asistencia Médica (FAM) del SERMENA; por otro lado, responde a la expectativa de ampliación de la consulta privada para los médicos. En ese momento podría haberse optado por la integración de los empleados al SNS. Sin embargo, la alternativa elegida permitía garantizar el control político de estos sectores y encauzar "los esfuerzos de diferenciación propios de los sectores medios en ascenso" (Morales, 1981).

Es importante consignar en todo caso que la historia del SERMENA ha sido la de un continuo desfinanciamiento, con lo cual se ha visto recargada la acción del SNS.

Bajo el impulso reordenador de la sociedad a partir de 1973, el panorama recién descrito comienza a ser cuestionado por quienes intervienen en la discusión sobre los asuntos públicos que atañen a la decisión estatal. En tal sentido, el papel tradicional del Estado en el sector salud manifiesta desde muy temprano la tendencia a debilitarse. Se podría decir que la voluntad privatizadora fue relativamente evidente desde un principio. Habiendo sido ese un elemento central en la voluntad política del proyecto gubernamental desde un comienzo, cabe preguntarse ¿por qué hay que esperar hasta 1979 para que aparezca un cuerpo normativo global, incorporado en el decreto ley 2763 para transformar el sector salud? ¿Quiénes fueron los políticos que incidieron en la política de salud para retardar hasta ese año la

presentación por parte del gobierno de un proyecto global? (tetelboin y Salinas, 1980).

A fin de adentrarnos en la cuestión arriba planteada hemos considerado indispensable la necesidad de conocer, de la manera más detallada posible, el proceso mediante el cual se fue estructurando la política de salud y la definición de sus contenidos. En su desarrollo se fueron gestando los elementos que articulan la alternativa del nuevo proyecto de organización social del sector. Dentro de esta línea argumental planteamos el siguiente campo de proposición explicativa. Ciertamente, el proceso de conformación de la política de salud que ahora conocemos ha sido lento, "zigzagueante", con aparentes retrocesos o estancamientos si nos atenemos a la radicalidad de los propósitos políticos que tempranamente insinuaron la idea de que no se trataba simplemente de reformar el sector, a pesar de lo cual su evolución comporta una lógica cuya explicación guarda relación por lo menos con tres aspectos: *a)* grado de avance en el estilo general de desarrollo vigente y su alcance en el plano de las consolidaciones institucionales; *b)* efectos de los componentes políticos e ideológicos que habrían de avalar y justificar las proposiciones de transformación, cuestión indeslindable del juego de comportamientos políticos que en la práctica ha logrado imponer una determinada velocidad a los propósitos gubernamentales; *c)* y por último dos hechos objetivos. El primero, que la radicalidad de las propuestas se encontraban con una estructura sólida como el SNS frente a la cual no existían alternativas de reemplazo, y el segundo que ni en los primeros momentos del régimen militar ni menos aún con posterioridad, la liberalización no habría de contar con la posibilidad de que la población contribuyera a través del pago directo en el financiamiento de las atenciones de salud.

#### EL ENFOQUE ANALÍTICO Y SU PERSPECTIVA

En la perspectiva de encontrar respuestas plausibles a la proposición explicativa, el documento reconstruye el debate desarrollado alrededor de la política de salud, ordenando y sistematizando las propuestas, e identificando las líneas más sobresalientes que se vinculan a su evolución. En tal sentido, la investigación ha adoptado una estrategia de acercamiento a las cosas desde el punto de vista de lo que parece que son, pero tratando siempre de evidenciar las sospechas iniciales.

Sin embargo, en la base de nuestro trabajo existe una postura analítica, constituida a partir del problema que nos preocupa y que parece importante explicitar. Al abordar la política de salud, hemos tratado de asumir que su evolución se produce en un contexto específico de relaciones de fuerza, y que a la postre se ubicará como un asunto de jurisdicción estatal. De acuerdo con esto, la política de salud remite a la forma histórica de conducción de los problemas sanitarios de la población por parte del Estado. Conducción que puede variar coyunturalmente de acuerdo a las condiciones sociopolíticas concretas. Por ello mismo, evidencia una serie de contradicciones, incoherencias y oposiciones tanto en la formulación como en la instrumentación. Finalmente, el proyecto estatal en materia de salud tendrá que convertirse en acto a través de determinadas instituciones. En este sentido, el proceso de la política de salud guarda ciertos nexos con un proyecto hegemónico determinado.

Este documento no pretende dar cuenta de la historia global de la política de salud, en el sentido de recuperar el contenido de las fases que van desde la formulación hasta la implementación. Tampoco se trata de un análisis de evaluación, ni de conocer los procesos técnicos administrativos que ha involucrado, ya que no estamos ante un fenómeno concluido sino en plena evolución. El recorte fija como centro de atención una dimensión específica en la que se configura el movimiento de las concepciones, propuestas y medidas que en un terreno más general adquieren significación política. Hablamos de acontecimientos en tanto reservorio de comportamientos políticos, esto es, respuestas sociales que expresan posiciones, demandas y juego de intereses, contradictorios o convergentes, que giran en torno a la acción estatal en el terreno de la política de salud.

Nuestra postura de análisis ha implicado operativamente, la revisión cronológica de los temas que fueron debatidos alrededor de la política de salud, la recuperación e identificación de los "actores sociales" que mediante la prensa escrita aparecían encarnando posiciones y demandas,<sup>1</sup> y el relevamiento de las medidas resolutorias que en su oportunidad fueron apareciendo en el *Diario Oficial* (Tetelboin y Salinas, 1980). El seguimiento

<sup>1</sup> Usamos la imagen de "actores sociales" como una metáfora de la realidad para describir y ubicar formas de comportamiento en situaciones políticas complejas, cuyas determinaciones últimas, claro está, se encuentran en la trama de la lucha de clases y en el nivel en que ésta logra expresarse de acuerdo a las características coyunturales.

de estas categorías permitió calibrar día a día el desenvolvimiento del juego político por la vía de la discusión.

#### ALGUNOS ASPECTOS DEL CONTEXTO IDEOLÓGICO-POLÍTICO DE LA POLÍTICA DE SALUD

Para comprender el significado real de los temas que se debaten alrededor de la política de salud y las medidas que se han ido adoptando en su momento, resulta imprescindible considerar que ellos surgen en un nuevo marco de poder. En este marco se configuran los elementos ideológico-políticos de este escenario en el que surgirá la política social, y dentro de ésta las líneas de política de salud.

Instaurada en el gobierno la alianza triunfante en 1973, se impulsa un proyecto encaminado a reorientar radicalmente la estructura y el funcionamiento de la sociedad. En efecto, sobre la base de la relación entre modelo económico y modelo político, no sólo se ha tratado de acuñar una alternativa al socialismo, elemento central de la voluntad política del gobierno anterior, sino también al tipo de democracia participativa que se había afianzado en Chile hasta 1973. Esto ha implicado, desde luego, el cuestionamiento del tipo de desarrollo capitalista preexistente.

Este cuestionamiento profundo, encaminado hacia la instauración de un nuevo orden, necesitaba a su vez desmovilizar demandas y presiones sociales, de la clase obrera en primer lugar, y de grupos medios, e incluso de ciertas fracciones de la burguesía que no estaban en condiciones de adecuarse desinteresadamente a los lineamientos de la nueva estrategia de desarrollo. Una de las necesidades principales de esta nueva lógica de poder, se asienta en la concepción no representativa de la política.<sup>2</sup>

Las transformaciones que se prefiguran desde muy temprano en la perspectiva del poder político emergente guardan relación con el ámbito de la acción estatal. En el razonamiento oficial, los regímenes democráticos preexistentes aparecen como un factor negativo que bloqueó la expansión de la economía, por el margen limitado que dejaba para el crecimiento de la iniciativa

<sup>2</sup> La caracterización de la concepción no representativa de la política que ejerce el régimen de Pinochet, cuyo alcance explicativo compartimos, corresponde a Moulian y Vergara, 1980.

privada. Era esa forma de Estado existente, justamente, que por integrar finalidades sociales en su gestión, “desplazaba al dinamismo del mercado en la asignación de los recursos” (Moulian y Vergara, 1980: 67).

Históricamente, las características del Estado en Chile preva-  
leciente hasta 1973 se consolidan en el marco conocido como  
“desarrollo sustitutivo”, cuyos rasgos han sido, de un modo ge-  
neral, la incorporación creciente de los distintos sectores a los  
beneficios del sistema económico, junto con la progresiva par-  
ticipación del sistema político. Esta tendencia sostenida alcanza  
una altura significativa cuando el movimiento popular logra en  
1970 conquistar una parte del poder político, cristalizada en la  
rama ejecutiva del gobierno. En el plano de la política de salud  
en particular, se acentúa la concepción según la cual aparece el  
cuidado de la salud como un deber irrenunciable del Estado y  
al mismo tiempo un derecho inalienable de la población.

Esta era justamente la tendencia que debía revertirse, hacia  
otra estrategia en la que la acción del Estado, en el reordena-  
miento de la economía en general, y en la acción pública en  
particular, requería ceder su poder de decisión a lo que pasó  
a llamarse “economía social de mercado”. En el lenguaje del  
discurso gubernamental, en efecto muy tempranamente aparece  
el concepto según el cual la libertad económica resulta impres-  
cindible para alcanzar una real libertad política.

Dentro de este marco de principios doctrinarios que sustenta  
la estrategia gubernamental, la preocupación por la política so-  
cial (salud, vivienda, educación, etc.) aparece principalmente en  
torno al aseguramiento de la satisfacción de las necesidades bá-  
sicas y de la erradicación de la extrema pobreza como medio a  
su vez para asegurar la igualdad de oportunidades.

En términos más globales, el recubrimiento ideológico de la  
estrategia de desarrollo que empezó a impulsar la Junta de Go-  
bierno contemplaba algunas ideas estrechamente complementa-  
rias. En tal sentido puede mencionarse el principio de “seguridad  
nacional”, que en tanto invocación doctrinaria, aparecía justifi-  
cando las medidas de control social frente a las amenazas del  
“enemigo”, principio que al mismo tiempo resguardaba las  
condiciones de un cierto orden, el cual aparecía como necesario  
para la “unidad nacional”. Se entiende que esta concepción no  
acepta ni tolera la posibilidad de conflictos, sean estos de grupos,  
intereses, posiciones o institucionales, que al menor atisbo de los

mismos, ingresaban al terreno de la ilegitimidad, ya que atentaban contra la “unidad nacional” (Garretón, 1978).

Evolución de las principales líneas de la política de salud

#### NORMALIZACIÓN. PRIMERA ETAPA DE LA POLÍTICA DE SALUD

Esta etapa que abarca desde los momentos posteriores al golpe de estado en septiembre de 1973 a julio de 1974, momento en que toma posesión el segundo de los ministros de Salud, se caracteriza por la prioridad que confiere el debate a los objetivos de normalizar el funcionamiento del sector en su conjunto. En los hechos, según el ministro de Salud vigente, la normalización correspondía a una tarea inmediata, mientras que la formulación de la política de salud —manifestaba— venía a ser una preocupación de largo plazo (*Revista Ercilla*, 3/10/73:3).

Sin embargo, si bien no existe por el momento un proyecto coherente y de largo alcance, a lo más que se llega es a expresar la conciencia de la necesidad de modificar las bases existentes en salud. La idea de la normalización no sigue, en todo caso, una línea uniforme, durante los primeros meses del nuevo gobierno. Para unos, significaba poner en marcha o reanudar el funcionamiento de los servicios de salud luego de un prolongado periodo de irregularidades, producto de los paros que precedieron al 11 de septiembre. Para otros en cambio, “normalizar” tenía un sentido menos “profesional” y significaba más bien “despolitizar” o “sanear” las estructuras y su funcionamiento, obviamente en correspondencia con las nuevas condiciones del país que imponía medidas disciplinarias enérgicas. Para el Colegio Médico, la normalización tipificaba en gran medida la intención de quienes, habiendo contribuido al derrocamiento del gobierno anterior, esperaban el momento de asumir la reafirmación de su poder como agentes fundamentales en las líneas futuras del sector (*El Mercurio*, 21/9/73:20). El abanico de estas ideas que se encarnaron en posiciones concretas tras el manifiesto propósito gubernamental de la “normalización” no aparecían divergentes entre sí. Por el contrario, en su conjunto apuntalaban las características de un cuerpo coherente a tal propósito, que resultaba enteramente funcional con el nuevo marco político que a su vez lo favorecía.

Junto a la idea de la normalización aparecen otras en la discusión como es el tema de la reestructuración del SNS, que en rigor corresponde a una medida oficial que declara a éste y a SERMENA en reorganización (*Diario Oficial*, 21/9/73). Esta medida lejos de contemplar un esquema alternativo al existente, apuntaba más bien a cambios administrativos, que junto a la idea de normalización permitieron al gobierno designar cargos claves y conferirles a éstos nuevas facultades, especialmente en lo concerniente a manejo de personal en los servicios públicos de salud, acompañado de un profundo despliegue de las ideas de orden y disciplina. La premisa de una virtual "guerra interna" permea también el discurso gubernamental dirigido al sector salud.

En la aplicación de las primeras medidas concretas para el sector, se ordena: *a)* el reintegro a las labores del personal de las instituciones de salud; *b)* se advierte que serán penados con expulsión o pena de muerte quienes incurran en actos de sabotaje sean estos de hecho o de palabra, y *c)* se prohíben las reuniones y deben ser denunciadas a los directores, a fin de poner a los culpables ante los tribunales de guerra respectivos (*El Mercurio*, 17/9/73:17). Esta fase inicial, incorporaba el sector salud al reestablecimiento del orden.<sup>3</sup>

Sin que apareciera en términos de un interés generalizado, el Colegio Médico pone tempranamente en el plano de los temas de política para el sector la cuestión SNS, pero no surgen hasta más tarde líneas de acción al respecto. Lo que caracteriza a esta etapa, tanto por parte de los médicos como en general por todos los que de una u otra forma intervienen en la discusión, es la crítica de esta estructura, lo cual abrirá en adelante un espacio de diálogo público entre el Colegio Médico y el gobierno.

En efecto, el comienzo de las ideas reestructuradoras tienen su asiento en la crítica de las actuales estructuras, pero con una tónica particular. Podría decirse que en semejanza a lo que se produce para esos momentos en todos los planos de la sociedad chilena, los que mantienen la posibilidad de una tribuna hacen un ataque frontal al Estado, manifestándose ésta más que en críticas de fondo, en una serie de frases que se repiten de uno a otro sector. El antiestatismo, aparece como un argumento propio

<sup>3</sup> En correspondencia con el marco político prevaleciente, incluso el Colegio Médico ha llegado a manifestar que habrá sanciones para los médicos de la Unidad Popular a través del Código de Ética Profesional (*La Prensa* 22/9/73:6).

de esta etapa. Aparte de ser éste un requisito de los nuevos valores económicos, el Estado es percibido como la imagen de todo un pasado que se quiere borrar. Si bien aún no existen líneas claras, se hace evidente la idea de que el Estado debe apartarse de la gestión de salud, argumentándose que su administración es burocrática, centralizada e ineficiente, y sosteniendo al mismo tiempo que su presencia habría impedido el desarrollo de la gestión privada. Junto a los planteamientos normalizadores y reestructuradores, se avanzaba en el enunciado de una de las características que debía asumir este último: la descentralización de los servicios públicos de salud (*Las Ultimas Noticias*, 26/9/73).

Con esta flexibilidad que adquiere el diálogo entre el Colegio Médico y el gobierno, ambos sectores mantienen una búsqueda de adecuación de intereses que se expresa por parte de los primeros en una anexión a los intereses y al discurso político del gobierno, aunque manteniendo una cierta soltura propositiva, en tanto que por los segundos en retomar algunas de las propuestas médicas y crear una atmósfera adecuada que contribuya a estimular el apoyo del gremio a las actuales y futuras iniciativas gubernamentales. En ese marco deben entenderse las manifestaciones según las cuales el Estado debía abocarse a la recuperación de la "dignidad profesional" de quienes trabajaban para la salud de los chilenos (*Las Ultimas Noticias*, 26/9/73). En tal ambiente de reciprocidad, el gobierno va haciendo suyas, de modo casi inmediato, las críticas del Colegio respecto al SNS, traduciéndolas en criterios tales como que las acciones en salud deberán incorporarse al proceso económico, y que el SNS tendría que ser la base de un Sistema Nacional de Salud que agrupara a todas las instituciones incluyendo las privadas (*El Mercurio*, 14/11/73. 22). El Colegio, si bien se manifiesta dispuesto a que el sector se rija por la competencia, explicita que ella no debería tener un carácter financiero sino social.

Nunca tal vez, como durante estos primeros meses, fueron tan óptimas las relaciones entre este grupo y el gobierno. A éste comenzaba a asistirle la convicción de estar conquistando el apoyo más adecuado para la afirmación de un esquema programático en proceso de construcción para el sector salud, y a qué, la posibilidad de ir copando las esferas máximas de la decisión gubernamental en materia de política de salud. Los profesionales de la salud opinaban que los planes del minis-

terio reflejaban metas programáticas del Colegio Médico. Hacían referencia a la necesidad de descentralización y desburocratización y a la participación de todo el equipo médico y de la comunidad, para afirmar el no al “servicio único de salud” y la necesidad de reafirmar la medicina curativa por libre elección.

La necesidad de atacar el “centralismo” y el “burocratismo” que —se decía— arrastraba el SNS fue inicialmente planteada sólo como requisito técnico a fin de obtener una mayor eficiencia y aliviar de este modo al Estado de su “pesada carga presupuestaria” en salud. Se trataría de una política “neutra” en cuanto a los efectos sociales que no tendría por qué alterar estructuras sino simplemente optimizarlas. Pero el verdadero significado de estas directrices se acercaba bastante a los criterios anunciados por el equipo económico del gobierno que según las propias palabras del ministro de Economía era “provocar, de una sola vez, por la línea dura, la necesidad de volver al rigor profesional. . .” (*El Mercurio*, 23/11/73:28). Estos criterios ya empezaban a aclarar los alcances de la política de “desembolsos moderados” que se enunciara desde los primeros días del gobierno militar, y que habría de tener, con el tiempo, un profundo impacto en el comportamiento de las variables que integran el gasto fiscal social (Marshall, 1981).

Pese a las reiteradas manifestaciones públicas acerca de la armonía en las relaciones entre el gobierno y el Colegio Médico, se llegaron a traslucir, no obstante, algunas discrepancias que ameritan ser consideradas. El principal generador de elementos de política de salud durante esta etapa fue justamente el Colegio Médico; el gobierno por su parte, al margen de insistir en que la política de salud debe encuadrarse en la política general de la Junta Militar, no alcanza a delinear precisiones mayores que establecieran un esquema programático para el sector fuera de las que acoge del Colegio Médico. El Colegio, con plena conciencia de esto, y en virtud de su capacidad de maniobra, incorpora al debate, además de los puntos ya señalados, una línea reivindicacionista acorde con sus intereses más inmediatos que ya empezaban a ser afectados como consecuencia de la aplicación de las políticas generales del gobierno, particularmente las económicas. Este hecho inicia una línea de discrepancias, que si bien para este momento son compatibles con la cabeza ministerial, e incluso cuentan con su apoyo, habrán de adquirir un tenor mayor con el paso de los sucesos. En la base de estas discrepancias

podría citarse la medida oficial sobre fijación del escalafón de sueldos para el sector público, que amenaza sus ingresos, y simultáneamente el recorte presupuestario que desde temprano había empezado a impactar el funcionamiento de los servicios públicos de salud.

El planteamiento de estos puntos de vista se realiza de modo medurado y en un nivel de argumentación estrictamente técnico. Sin embargo, si bien los médicos retoman la discusión desde un punto de vista social, por medio de invocaciones sobre el cuidado de la salud de la población y la responsabilidad de los médicos ante su deterioro, debe entenderse que la primera motivación responde a sus intereses inmediatos, enmascarados en una envoltura legitimadora. Así, en febrero de 1974, el Colegio indicaba que las medidas contempladas por el gobierno podían resultar inconvenientes para la “atención médica de todos los chilenos”, ofreciendo su asesoría a fin de que el Ministerio de Hacienda ponderara las repercusiones que el escalafón único podía tener en el campo de la salud (*El Mercurio*, 1/2/74:18).

Cuatro meses más tarde se refiere que “un brusco recorte de los presupuestos de los servicios fiscales tiene consecuencias muy serias para la salud de la población, especialmente la de recursos escasos, pues por muchos esfuerzos que se desplieguen para mejorar la utilización de los recursos de estas instituciones, adolecen de tan grandes fallas estructurales que entran seriamente cualquier empeño por incrementar su eficiencia” (*El Mercurio*, 22/6/74:30).

En el marco de este debate sobresalen otros aspectos que merecen destacarse. En primer lugar, este tipo de alegatos pone de relieve que existe un número considerable de usuarios que dependen de la atención del SNS, hecho insoslayable para quienes critican su actual estructura. En segundo lugar, los médicos califican de peligroso el posible traslado de los profesionales de la salud al sector privado. Esto último es evidentemente una exageración, dado el limitado espacio de este sector, pero tiene su importancia como forma de presión ejercida sobre el gobierno a fin de que éste se aboque a resolver las “deficiencias del SNS”. En tercer lugar, los médicos constatan que no existe en ese momento una estructura capaz de reemplazar con eficacia al SNS: (*El Mercurio*, 21/5/74:17) podría decirse que, quizá por primera vez, rebasan los límites de la crítica al SNS y llegan a plantear la necesidad de su reemplazo. Ello se evidencia cuando el Colegio

Médico plantea que “es partidario de la formación de equipos de salud, cooperativos o privados u otras alternativas socialmente eficaces que reemplacen paulatinamente al sector estatal...” (*Tercera de la Hora*, 23/6/74:2).

No resulta fácil reconstruir la secuencia lógica de este debate, ya que se entrecruzan abigarradamente elementos que son componentes de la normalización con otros que son propósitos de largo plazo. Debemos consignar así la incubación de estos últimos aunque aparezcan todavía de un modo pulverizado. Entre ellos es fundamental hacer mención al menos a dos líneas que se siguen desde entonces: la nutrición y la planificación familiar.

La primera, ha constituido uno de los principales aciertos de la política de la junta militar, en prevención del deterioro en las condiciones de salud que la aplicación del modelo económico implicaba. La segunda, la planificación familiar, que junto a la anterior, si bien no se enunciaban relacionadas, en conjunto podría pensarse que constituían elementos demográficos, por cuanto que, mientras la primera apuntaba a disminuir claramente el riesgo de muerte en la población infantil, la otra garantizaba —junto a otros fenómenos que empezarían a incidir posteriormente— la disminución de los nacimientos.

En síntesis, podríamos decir que, si bien hacia fines del periodo aparecen estas discrepancias en la relación entre el Colegio Médico y el gobierno, no alcanzan a constituir una situación de distanciamiento. Ambos reflejaban más bien, la conciencia de las dificultades reales para conformar esquemas de mayor elaboración que sirvieran de alternativas convincentes para el sector salud. De allí que se afirmara que sólo una vez lograda la estabilidad en la implantación del nuevo esquema de desarrollo, se “solucionarían los graves problemas en salud”, y consecuentemente, se impulsarían acciones más a fondo orientadas a soluciones duraderas (*La Patria*, 15/4/74:11; *Tercera de la Hora*, 9/4/74:7). La ausencia de un proyecto hegemónico permitiría al gremio médico, lo contrario de lo que sucedería más adelante, reivindicar intereses sectoriales y expresar las demandas gremiales propias.

#### OFENSIVA DE LAS PROPUESTAS PRIVATIZADORAS. SEGUNDA ETAPA DE LA POLÍTICA DE SALUD:

La delimitación temporal que señala el inicio de esta etapa coin-

cide con la nominación del general Francisco Herrera Latoja<sup>4</sup> como ministro de Salud, el 11 de julio de 1974. La fijación de este momento no es arbitraria; por el contrario, esta nueva dirección ministerial, a pesar de las tempranas declaraciones sobre la continuidad de los programas con base en lo que se había venido impulsando (*La Patria*, 16/74:3), anuncia cambios. En efecto, la gestión del nuevo ministro se orientó desde el principio hacia una estrategia más definida de modificaciones de largo alcance. Desde allí surgirán planteamientos de tipo estructural, en el marco de un discurso político más audaz, menos tradicional, y con inocultables esfuerzos de accionar la maquinaria ministerial de modo más independiente respecto del campo de influencia del gremio médico.

Las preocupaciones estratégicas que aparecen en los lineamientos ministeriales, se resumen en la explicitación clara de la intencionalidad privatizadora. Su fuerza en el discurso oficial establece un verdadero marco para el debate. Con ello se inicia, por parte del gobierno, un discurso que parece desbordar el límite de la simple adhesión ideológica a dicha intencionalidad, tal como en general, había prevalecido en el transcurso de la etapa anterior. Este avance influirá de modo importante en el curso de la discusión, la cual se presentará marcada por una gran riqueza de propuestas y contrapropuestas sobre el futuro de las instituciones de salud. El desarrollo de este proceso, en el marco indicado, tendrá finalmente un límite a partir del cual se iniciará la reorientación de la discusión. Ello acontece después de la intervención del Presidente de la República, hacia fines de 1975, en los asuntos fundamentales de la política de salud, con lo cual se abrirá paso a una nueva etapa.

El marco para el debate estipulado por el ministerio podría sintetizarse en las siguientes declaraciones:

Estamos trasladando lentamente una salud estatista y sin perjuicio de la atención gratuita al indigente médico, a un concepto de libre mercado, lo cual es algo complejo y difícil y por lo mismo, hay que hacerlo con cautela, pero con audacia y agresividad, además con decisión (*El Mercurio*, 18/11/74:1).

1975 es el año de la transición para la incorporación de la salud a la política económica de libre mercado del gobierno (*La Segunda*, 30/12/74:3).

Se reformará completamente la previsión para permitir canalizar los recursos previsionales al libre mercado (*El Mercurio*, 31/1/75:19).

<sup>4</sup> El general Latoja no es profesional médico como su predecesor pero al igual que éste es oficial de la fuerza aérea.

No cabe duda de que la posición ministerial experimenta avances en la formulación política. Su discurso, aparentemente indicativo pero que encierra todo un propósito, se dirige al conjunto de la población, aunque de modo especial al gremio médico, como interlocutores capaces de generar una respuesta crítica favorable. El gobierno suponía que con ello se podría generar el clima necesario para estimular las propuestas de la iniciativa privada. Esto explica el motivo de las reuniones entre el general Leigh, miembro de la Junta de Gobierno, y los representantes de la Corporación Privada de Desarrollo Social.

Simultáneamente a la generación de este clima para la apertura de propuestas, el propio Ministerio avanza en una mayor delimitación de la propia. Así, por ejemplo, si bien permanece la idea del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) acuñada durante la etapa anterior, en la presente ésta se amplía. Además de ser entendido como “el área donde se van a juntar todos aquellos elementos de orden público y privado” de salud, (*La Segunda*, 13/1/75:6) se avanza en la precisión —*aún no completa sin embargo*— de que estos serían servicios integrales, pero manejados como empresas.

Un pensamiento que se va confirmando y que surge hacia octubre de 1974 es la creación de cooperativas de salud para la entrega de prestaciones de acuerdo con un sistema de seguros (*El Mercurio*, 13/10/74:41). Este cuadro se completaría con la creación del Fondo Nacional de Salud con aportes privados y del Estado, determinándose el pago por atención prestada a las empresas de salud a través de la fijación de un fondo per cápita. En este esquema la reforma de la previsión permitiría —como decía el ministro— derivar recursos al libre mercado (*El Mercurio*, 13/1/75:6; *La Segunda*, 31/1/75:4; *El Mercurio*, 31/1/75:19).

Junto a la intención de liberalización de los servicios de salud, se avanza en la de los usuarios dentro de este particular “mercado” en etapa de gestación. La demanda de servicios de salud se reformula en función de la capacidad de pago de los demandantes: por un lado los que pueden pagar; por otro, los que no lo pueden hacer.<sup>5</sup>

Las cosas, empero, no se presentan de manera fácil. Al pare-

<sup>5</sup> En enero de 1975, el ministro de Salud, informaba que el presidente Pinochet había dicho que se daría salud a todas las personas; que no habría más gratuidad excepto para los indigentes.

cer, la pretensión de un corrimiento de las preocupaciones estatales para ubicarlas en el plano de lo privado requería necesariamente la creación de las condiciones propicias para que ello ocurriera. Uno de los problemas fundamentales en este sentido es la institución SNS cuya estructura imposibilitaba mayores avances. En esta medida va siendo cada vez más clara la necesidad de regionalizar, de descentralizar, más allá e independientemente del planteamiento del discurso, más que para hacer eficiente la acción del Estado en salud, para lograr su desarticulación. En julio de 1975 el ministro daba a conocer que el SNS y el SERMENA serían refundidos en una sola estructura, mediante la creación de doce servicios regionalizados y un área metropolitana (*La Segunda*, 14/7/75:32). Este paso era percibido como un requisito para la posterior puesta en marcha del SNSS, y con esta base se establecería una nueva modalidad de relación entre lo público y lo privado; esta vez bajo el influjo de la libre elección.

Para el SERMENA, se trazaba una línea de acción en el mismo sentido. En efecto, la futura administración del servicio debería ser responsabilidad de los propios usuarios; al tiempo que se planteaba una nueva fórmula de redistribución del Fondo de Ayuda Familiar (FAM) según los ingresos, lo que significa que el Fondo perdería la función solidaria que lo caracterizaba.

Al mismo tiempo, la reestructuración del Ministerio de Salud era visualizado como una necesidad estrechamente vinculada a los cambios que se pretendía hacer a la estructura institucional del SNS. Hasta este momento, el comando de las acciones de salud estaba ubicado en la dirección general del SNS. Por lo tanto, era fundamental que de ahora en adelante ese nivel de decisión pasara a manos del Ministerio. Los instrumentos para esta nueva concepción de centralidad política administrativa están en el Decreto 913 del 28 de febrero de 1975, según el cual se entregaba al Ministerio las facultades requeridas y que anteriormente descansaban en organismos a su cargo (*Diario Oficial*, 7/3/75). Este paso constituye un adelanto para la delimitación del proyectado SNSS, en la medida en que el Ministerio queda como la instancia normativa máxima del sector, con un nivel ejecutivo constituido por todas las instituciones, públicas y privadas, que suministren servicios de salud, y con un nivel financiero constituido por el Fondo de Compensación de Salud.

No obstante las dificultades objetivas que supone la propia

estructura del SNS para la creación de los planes ministeriales, lo drástico de la ortodoxia del pensamiento económico prevaleciente desencadenó en los hechos un aceleramiento del proceso de jibarización de esta estructura pública de salud, a partir de la aplicación de las rigurosas medidas económicas. Los efectos de la política de “shock”,<sup>6</sup> en los hechos, coadyuvan a la aplicación de las propias políticas reestructuradoras del Ministerio de Salud y conjuntamente presentan un efecto que beneficia la intencionalidad de retracción de la acción estatal.

Sin embargo, el gobierno trató de amparar lo drástico de las reducciones con el principio según el cual el Estado asumía un papel subsidiario. El “resguardo del bien general”, la “igualdad de oportunidades” y la “protección a los sectores de extrema pobreza” son invocaciones de principios que se entrecruzan y se movilizan políticamente en el discursus oficial para disminuir el significado real de la perspectiva que se abría en el terreno de la salud. En ese marco se dirá –meses más tarde– que a pesar de la crisis financiera, se había logrado, sin embargo, mantener los índices de salud.<sup>7</sup> En los momentos de la aplicación de la política de “shock”, el propio general Leigh reconocía que ciertamente se vivía una hora difícil, pero que ahora sí, se contaba con un gobierno realmente preocupado por los sectores más pobres, aunque enfatizaba: “la hora actual es de renunciamientos” (*El Mercurio*, 13/5/75:17).

Dos grandes movimientos se advierten en el comportamiento político del gremio médico en el transcurso de esta etapa: el primero en torno a la reestructuración del sector dentro de la perspectiva de su incorporación a la economía de mercado. Este movimiento tiene su límite en el cambio de la directiva del Colegio, cuando en junio de 1975, es reemplazada la mesa que encabezaba el doctor Salvestrini por la del doctor Medina. De allí en adelante se desata un proceso en el que los médicos re-

<sup>6</sup> La política de “shock”, se refiere a las medidas económicas que el gobierno aplicó en el segundo trimestre de 1975 el propósito de enfrentar los desajustes financieros del sector fiscal, en el marco de su estrategia antiinflacionaria, por la vía de una drástica contracción de la demanda. “En la práctica, los gastos totales cayeron en 27 por ciento en términos reales en 1975, reduciéndose a la mitad la inversión pública”. Alejandro Fexley, “Experimentos neoliberales en América Latina”, Estudios de CIEPLAN, núm. 7, Santiago de Chile, 1982, p. 48-49.

<sup>7</sup> El jefe de la oficina de Finanzas, Control y Presupuesto del Ministerio de Salud, Eleodoro Matte, informaba en julio de 1975 que ya se habían cumplido las primeras metas para reducir el gasto público sin impacto en niveles de atención de salud, logrando reducir en un 50% el gasto en moneda extranjera del sector.

plantean la inserción de las instituciones de salud a la economía de mercado, acompañado de una revalorización de las estructuras estatales de salud.

Uno de los elementos que indica el nexo de intereses ha sido el tratamiento de la formación médica, donde el Ministerio y Director General del SNS proponen conjuntamente el acortamiento, de la carrera de medicina para la formación de un profesional intermedio. De acuerdo a esta alternativa podrían solucionarse tanto el problema de manejo de los recién egresados que empezaban a presionar por contrataciones en el SNS, como el de la distribución de recursos a nivel nacional. Todo ello —argumentaba el Ministerio— en concordancia con la intención de extender la cobertura.

La dirección del Colegio se ve envuelta en esta propuesta y participa de ella, lo que provocará finalmente su derrumbe al perder el apoyo de las bases. Sin embargo, esto fue sólo la gota que derramó el vaso. Dentro del gremio se habían venido generando una serie de discrepancias en torno de la discusión sobre mayor o menor privatización.

Ante la convocatoria ministerial, la mesa de Salvestrini generó propuestas que representaron tal vez el primer proyecto explícito en los marcos de los nuevos lineamientos. Se trataba de una alternativa teóricamente congruente, relativamente completa y que en definitiva significaba la entrada a una nueva etapa en el desarrollo de las instituciones de salud en el país. Estipulaba claramente su adhesión a la incorporación a la economía social de mercado. Así manifestaban en agosto de 1974 que:

la entronización de concepciones ideológicas partidistas que alejaron al SNS y de su nivel técnico, el centralismo que también tenía una causa ideológica por la necesidad de manejar férreamente todo el servicio, el burocratismo, la mala distribución de los recursos, la enorme carga que representa para el erario y —lo que es más grave— la deficiente calidad humana de las prestaciones, desvirtuó los nuevos propósitos iniciales. Ahora no queremos volver ni a la arcaica forma de medicina liberal, ni a la estatista. De ambas experiencias que vivimos, deseamos sacar una alternativa, basada en la posibilidad creativa del hombre e incentivando su espíritu de iniciativa (*Ercilla*, 14/8/74:10 ss).

Sin lugar a dudas, el pensamiento que vertía Salvestrini, encarnaba toda una intención de cambio de la gestión médica. La pretensión era pues erigir una fórmula que, acuñando celosamente sus intereses, no fuera incongruente con el sentido general de las

transformaciones que el gobierno impulsaba. En tal posición, la propia tradición salubrista lograba ser permeada por el enfoque economicista.

En el proyecto, los médicos definen la relación de los ámbitos públicos y privados, manteniendo para el primero el resguardo de la salud de la población a través de la realización de acciones preventivas, en tanto que para el sector privado, reivindicaban los aspectos curativos. Al mismo tiempo, el Estado asume el papel de contralor del conjunto del proceso, en tanto que al Colegio Médico le adjudican las funciones del control ético.

De acuerdo al razonamiento de este esquema, el "rol monopólico" que el Estado había tradicionalmente jugado en salud debía desaparecer, dando lugar a la competencia real que se establecería entre un Estado no monopólico y las cooperativas de salud privadas, sin fines de lucro, que los médicos propiciaban.

En esta alternativa, los médicos tratan de mantener su liderazgo en el sector, además de garantizar que en las nuevas formas mantendrían el control de la gestión y los recursos de las nacientes instituciones. Al respecto, son enfáticos en su oposición al ingreso de grandes capitales al sector, manifestando que:

Todos los monopolios son nefastos. . . si mañana un capitalista decide adquirir una clínica o un hospital y contrata a profesionales a sueldo. Es mejor que sean los profesionales de la salud quienes manejen eso (*La Segunda*, 19/7/74:8).

Respecto del financiamiento que posibilitaría las transformaciones, los médicos avalan la existencia y desarrollo de aseguradoras privadas. Entre éstas se gestaría la competencia, ofreciendo financiamientos, de modo que los "beneficiarios podrán elegir aquellas que ofrezcan bonos más altos u otra clase de regalía que le sean atractivos" (*La Patria*, 5/8/74). A su vez, estas entrarían en competencia con los sistemas de seguridad que el Estado debería mantener, los cuales también invertirían sus fondos en el mercado de capitales para asegurar su valorización.

No obstante este claro planteamiento respecto del SNS, exigían del Ministerio un fortalecimiento de los recursos de esta institución en tanto la estructura privada no se hubiera constituido como real alternativa.

Un brusco recorte de los presupuestos de los servicios fiscales tiene consecuencias muy serias para la salud de la población, especialmente la de recursos escasos, pues por muchos esfuerzos que se desplieguen para mejorar la utilización de los recursos de estas instituciones, ado-

lecan de grandes fallas estructurales que entaban cualquier empeño por incrementar su eficiencia. Por lo tanto, mientras no se efectúen las debidas modificaciones, habrá una grave disminución de las prestaciones de los servicios públicos de salud (*El Mercurio*, 22/6/74:30).

Es decir, si bien estaban a favor de una disminución del ámbito estatal, lo condicionaban en tanto “no se tomen las medidas que faciliten la instalación de infraestructura privada eficiente que reemplace al Estado”. Simultáneamente, reconocen que por el momento no existe tampoco “un poder comprador en salud que la sostenga” (*El Mercurio*, 5/8/74:20).

En esta medida, su posición que a largo plazo es clara, se ve afectada por las disposiciones que se adoptaban en torno al SNS. Por un lado sus ingresos se veían menoscabados, y por otro se sentían presionados por el Ministerio que, con posterioridad a la aplicación de la política de “shock”, aumentaba sus exigencias laborales. El ministro de Salud de la época señalaba enfáticamente que a pesar de la disminución de los ingresos del SNS ello no se traduciría en una disminución de la calidad y capacidad de la atención del sector público.

En relación con SERMENA, los médicos se jugaban una carta más audaz aún. El planteamiento de fondo era la administración del servicio por los usuarios, a fin de liberalizar los aranceles entre éstos y los médicos, sin participación del gobierno. La base de la discusión en este punto se sintetizaba en dos elementos: el primero, la insistencia en el bono compensador, que permitiría, según los médicos, acercar el valor de las consultas de SERMENA a sus niveles reales. Esto significaba en los hechos dos posibles vías de solución: el incremento de los aportes del usuario al Fondo de Asistencia Médica (FAM), o el acuerdo entre paciente y médico de los honorarios compensatorios al bono. El segundo elemento de la jugada médica era la petición de liberar los ingresos percibidos vía SERMENA de aranceles tributarios. El argumento que respaldaba esta petición era que ellos tributaban doblemente vía SERMENA y SNS.

Mientras la mesa Salvestrini generó las iniciativas privatizadoras, su sucesor, el doctor Medina, las cuestionaba. “Las razones políticas no son suficientes para destruir sistemas de atención organizada que demostraron eficiencia en la reducción de riesgos de muerte y en la mejoría de las expectativas de vida”. La postura del doctor Medina era mantener estas estructuras por lo menos mientras no se experimentara otro sistema (*Qué Pasa*,

16/8/74: 169). El prestigio de Medina en el gremio, que resguardaba las concepciones salubristas en las que se había desarrollado la salud por décadas, produjo una correlación de fuerzas que possibilitó el cambio de la mesa directiva, y su nombramiento como presidente del Colegio Médico.

Un segundo movimiento se inicia entonces. Sin embargo, creemos que si bien su actitud era de defensa de las instituciones de salud vigente, su postura no niega la búsqueda de nuevos sistemas alternativos.

Al asumir su cargo en junio de 1975, Medina planteaba que la nueva mesa surgió como producto de problemas internos y discrepancias respecto al destino de las instituciones de salud. Caracterizaba a la época por la carencia de alrededor de la mitad de los recursos necesarios, por el elevado monto de las técnicas modernas y, como elemento fundamental, por la incapacidad de la mayoría de los chilenos para costear la atención. Estos elementos, planteaba, debían armonizarse con el nuevo esquema que se pretendía implantar (*La Segunda*, 5/6/75:1).

El inicio era auspicioso en cuanto a las relaciones que el Colegio pretendía mantener con las autoridades ministeriales; ofrecía la colaboración en el desarrollo de la política de salud, a la vez que manifestaba su total respaldo a la política de gobierno (*La Segunda*, 5/6/75:1). A pesar de ello, mantuvo una postura de menor incondicionalidad frente a las autoridades en el plano del debate sobre política de salud. Al menos en lo que a esta etapa se refiere, la directiva abandonó las propuestas que sus predecesores habían presentado. Prácticamente, durante su gestión hasta el final del presente periodo, la opinión del Colegio se mostró más en oposición al manejo del sector de acuerdo con una lógica que a otros niveles de la sociedad se empezaba a plantear. Se hacía referencia a las experiencias internacionales que indicaban que justamente las líneas que se trataban de implementar en Chile estaban siendo abandonadas en otras sociedades, aun en las desarrolladas. Asimismo, se introducían elementos en la discusión sobre los criterios de conversión de los hospitales en empresas de salud. Esta crítica se enfrentaba en términos técnicos con los criterios de los economistas que ya decidían sobre el sector.

Se trataba pues del planteamiento de un conflicto que si bien en las líneas generales no se oponía a un cambio en las estructuras de salud, exigía la realización de un mejor diagnóstico técnico

hecho por especialistas médicos, y, por otro lado, el ensayo mediante experiencias piloto previas a la instauración del nuevo sistema, a fin de que el cambio garantizara un mejoramiento cualitativo (*Mercurio*, 20/10/75:1).

En este marco debe entenderse que no aparezcan durante este periodo grandes conflictos con el Ministerio. Por el contrario reiteradamente durante el año de 1975 el Colegio Médico expresó a las autoridades de salud, incluido el general Leigh, su apoyo irrestricto. Además hacia fines de 1975, se inicia un giro en los planteamientos oficiales que muestran por parte del Estado una reconsideración de la importancia de las instituciones públicas. Este hecho motiva que en diciembre de ese año, en ocasión de la celebración del Día del Médico, Medina planteara que la política de salud de ese momento era la mejor para el país y la que siempre propició el gremio médico (*El Mercurio*, 3/12/75:24; *El Cronista*, 3/12/75:12; *Las Últimas Noticias*, 3/12/75).

La concepción antiestatista casi visceral de los primeros tiempos se había logrado convertir en un discurso más coherente a partir de los elementos que la racionalidad general del régimen había empezado a irradiar, permeado e influido por el discurso de los economistas. El enfoque de estos últimos parte —a diferencia del salubrista— del diagnóstico de los recursos que moviliza el sector. De ahí que declararan que el sector es clave, no sólo por su misión social, “sino por el enorme presupuesto que maneja”. Sostienen que estos recursos no han tenido un rendimiento adecuado y que el SNS no cumple con dar servicios a los más necesitados.

Para enero de 1975, la oficina de planificación nacional (ODEPLAN)<sup>8</sup> formula un plan más integral y definido. La propuesta de este organismo parte del financiamiento, mediante la creación de un sistema de capitalización: asociaciones de ahorro previsional que invierten en activos financieros para mantener el valor real de los fondos. Creación de un sistema nacional de seguros de salud que permite a los chilenos una salud de “alto nivel e igualitaria”, eligiendo a través de estas aseguradoras servicios privados o públicos. Luego el esquema seguía con las cooperativas de servicios médicos. Estas serían de constitución similar a las anteriores, proporcionando la atención médica.

<sup>8</sup> La formulación es realizada a través del equipo de economistas que esta reparación (ODEPLAN) asignó al ministerio de Salud.

Para julio de 1975 se completaba esta visión, insertándola más claramente dentro del SNSS que se pensaba entraba en vigor a fines de ese año, junto con el nuevo sistema de seguridad social que regiría a los sectores estatales y privados. En el esquema, los hospitales del SNS no serían entregados al área privada. Seguirán bajo el SNSS, organismo que debía cautelar la calidad del servicio en materia preventiva pero descentralizados y con mayor autonomía en lo administrativo y financiero.

Este análisis de las posiciones que se dan durante todo el año de 1975, es por cierto un buen ejercicio que deja al desnudo a los que contribuyen con sus propuestas. En general, se otorga al sector salud un dinamismo orientado fundamentalmente por las fuerzas del mercado. Se puede decir incluso que se plantea la apertura de un campo nuevo para la iniciativa privada, supuestamente a partir del interés de los usuarios.

#### REPLIEGUE TÁCTICO DE LA OFENSIVA PRIVATIZADORA. TERCERA ETAPA DE LA POLÍTICA DE SALUD

A diferencia de la anterior, la presente etapa se caracteriza por el giro que experimenta el discurso ministerial, donde la voluntad radical de incorporar el sector salud a la economía de mercado se debilita. Al mismo tiempo, el discurso se orienta a una reconsideración de la importancia del sector público. Tanto es así que las declaraciones oficiales que revela la prensa escrita se apoyan en un discurso que, a la vez que invoca la responsabilidad estatal en el campo de la salud, retoma la importancia del SNS y el SERMENA.

Este proceso se inicia alrededor de diciembre de 1975 y enero de 1976, después del amplio debate que tiene un hito significativo con la intervención presidencial en los asuntos de salud, para culminar con la promulgación del decreto ley 2 763 del 3 de agosto de 1979. Este decreto ley no sólo debe ser visto como el cierre de esta etapa, sino también como la culminación de todo un periodo en el cual se fue gestando el enfoque para la reestructuración del sector salud, en el marco político del régimen instalado en 1973 (*Diario Oficial*, 11/7/79).

No es posible avanzar en la desagregación de las discusiones que se desarrollan durante esta etapa, sin antes preguntarse acerca del significado que guarda el giro experimentado por el discurso oficial. ¿Por qué si el proyecto económico, vector de las

transformaciones, aparecía ratificándose e intensificándose con mayor fuerza en las redefiniciones que tuvieron lugar durante 1976, el sector salud tendría que experimentar un repliegue en las líneas de su política?

Para fines de diciembre de 1976 De Castro asumía la cartera de Hacienda, produciéndose con este cambio nuevas consecuencias. En lo fundamental, podría decirse que se define más claramente que aquéllos técnicos que utilizaban la lógica del mercado toman posesión del campo político mediante una profundización de la línea ultraliberal que trastocaba la relación entre Estado y economía, y Estado y sociedad. En esa medida, “el mercado debe determinar también la asignación del gasto social y por lo tanto la privatización debe cubrir áreas que hasta entonces se consideraban vedadas” (Moulian y Vergara, 1979:52). Este enfoque político era además complementado por el carácter técnico que daba a los presupuestos y propuestas la apariencia de “necesidad”.

Cuando todo mostraba que el proceso privatizador se intensificaría, aparecía como inverosímil, entonces, que la cuestión salud fuera distinta. En efecto, un examen más detenido de los planteamientos oficiales prevalecientes en esta etapa sugieren que más que un retroceso real en la intención privatizadora, se trataba de un cambio en el tratamiento político del problema, de los mecanismos y de los tiempos para impulsar las tareas necesarias a fin de asegurar dicho objetivo, el que indudablemente se mantenía. En definitiva, se trataba de pasar de un manejo audaz y acelerado a otro de menor rapidez, pero de mayor congruencia con el ritmo de las transformaciones globales.

Dados estos elementos, ese discurso debe ser entendido como un problema de redefiniciones más a corto que a largo plazo. Es la concreción de un mejor juego político en el manejo del sector hoy, y que simultáneamente irá construyendo las bases materiales que generarán las condiciones necesarias para la efectucción de la política privatizadora a largo plazo.

A corto plazo, cuando sucede lo que hemos denominado “cambio táctico de la política de salud”, el Ministerio se abocó a desarrollar y afianzar los cambios del sector público, ya iniciados, con mayor profundidad, tratando al mismo tiempo de garantizar durante la transición, a través de ciertas políticas específicas, el mínimo costo para los niveles de salud de la población.

Los elementos que intervienen en la definición de este cambio táctico —cuyo desarrollo se dio en la etapa anterior— son producto de la generación de propuestas que, dada la variedad de los proyectos, además del diferente grado de radicalidad que mostraban, produjo una situación de *impasse* que provocó finalmente la intervención directa de Pinochet y sus asesores. Esta intervención “desde fuera” del ámbito de la salud, ingresa al sector en calidad de directiva presidencial.

Esta directiva, que lógicamente recogía los problemas y las soluciones de los proyectos discutidos, definió el cambio táctico, tomando en consideración probablemente los siguientes elementos por lo menos:

a) la viabilidad de las transformaciones en salud debía contemplarse y resolverse dentro del conjunto de transformaciones generales contempladas en la estrategia de desarrollo. Las transformaciones descansaban en lo que pasó a llamarse “las siete modernizaciones”, cuyo campo de afectación abarcaba el terreno de la seguridad social, la educación, el campo laboral, la descentralización regional, la agricultura, el aparato judicial y el sector salud;

b) la previsión es un factor puntual. Sin embargo, pese al anuncio de su promulgación legal en 1974, no se consolida hasta noviembre de 1980 para entrar en vigencia a mediados de 1981. Este gran lapso influyó en la necesidad del desaceleramiento en el avance de las líneas de política de la salud. Mientras no entrara en vigor, el Sistema Previsional aquellas arrastrarían una severa dificultad, ya que no estaría resuelto el problema del financiamiento que cambiara los patrones de acceso de los usuarios;

c) la población constituye otro de los factores a tomar en cuenta. Podría decirse que hasta ese momento las variables sobre las condiciones y posibilidades de la población se habían considerado más en función de un proyecto en perspectiva que se pretendía desarrollar, que de su situación real. Ello indica que durante los años precedentes se había jugado con una ilusión: la de convertir a los usuarios en potenciales compradores de servicios de salud. El debate al respecto, en este periodo, revela que hasta hace poco se empieza a trabajar con un diagnóstico más objetivo al considerarse los inconvenientes que socialmente existían para dar cumplimiento a dicha aspiración. Esto se vincula a las expectativas basadas en la confianza que los incondicionales del régimen depositaban en el éxito a corto plazo del modelo

económico que suscribían, uno de cuyos efectos sería el incremento de la capacidad de pago por parte de importantes grupos de la población;

d) es posible que haya tenido incidencia en el viraje aludido, la previsión de las consecuencias que una acelerada privatización podría tener sobre las condiciones de salud de la población,<sup>9</sup> cuestión que en los hechos corría el riesgo de agravarse por la restricción del gasto público en salud;

e) el capital privado tampoco demostraba un gran interés por acercarse más de lo que hasta ahora había hecho, al campo de la salud. Al respecto, algunas declaraciones del ministro de Salud, general Matthei, dejaron entrever este aspecto, al señalar que no se puede privatizar al SNS si no hay capitales privados para operarlo<sup>10</sup> y

f) la imagen social del SNS, sumada a su importancia para el sector salud, presentaban una dificultad más para la realización de cambios estructurales rápidos.

En síntesis, la esperada reforma de la previsión no llegaba, y tampoco el mejoramiento del nivel de vida de las distintas capas de la población. Por el contrario, éstas se veían sumidas cada vez más en un proceso de pauperización que se nutría del aumento del desempleo y de la disminución de los niveles de los ingresos, de modo que las posibilidades de pago de la atención médica se convertían en una falacia.

Probablemente los elementos arriba esbozados jugaron en la consideración presidencial que produjo el “desaceleramiento” de los enunciados sobre política de salud. En este periodo pues el Estado se aboca a las transformaciones del sector público, pero garantiza, al mismo tiempo y con las mismas estructuras, la salud de un sector de la población que empieza a ser preocupación fundamental del régimen, en tanto problema social de importantes magnitudes. Estos serán los llamados sectores de “extrema pobreza”. Así, las declaraciones oficiales adquieren este doble componente de resurgimiento del interés estatal y su orientación hacia estos sectores (*El Mercurio*, 4/12/75:1; *El*

<sup>9</sup> Además de diversas expresiones del Colegio Médico y otros interlocutores ocasionales de la política de salud, hasta el propio general Matthei, ministro de Salud, planteaba en abril de 1976 que la reestructuración no puede ser brusca, porque ello tendría “un costo en vidas humanas” (*La Segunda*, 29/4/76:35).

<sup>10</sup> Las declaraciones del ministro Matthei dejaban entrever esta situación, al manifestar que no se puede privatizar al SNS si no hay capitales privados para operarlo (*La Tercera*, 18/6/77:6).

*Mercurio*, 20/1/76:6; *La Segunda*, 29/4/76:36; *El Mercurio*, 12/3/76:17). Esta será la tónica de las declaraciones de los tres ministros de Salud que se suceden durante esta etapa, (general Francisco Herrera Latoja, general Matthei, coronel Jiménez), aunque sus gestiones no sean estrictamente homogéneas.

Podemos decir entonces que ya en esta etapa queda delimitada con mayor claridad hasta dónde deberá producirse la retracción de la presencia estatal en salud. Existen por lo menos dos aspectos más que ayudan a precisar este límite. La extensión de cobertura para los llamados sectores de extrema pobreza habrá de realizarse con base en una medicina muy simple, aunque ello significara, al decir del propio ministro, el retroceso de la medicina en sus aspectos más caros y sofisticados (*El Cronista*, 23/5/77:9). En segundo lugar, la responsabilidad del Estado cesa en las prioridades del nivel primario de atención y se desplaza la mayor especialización a prioridades secundarias (*El Mercurio*, 2/11/76:17). En esa medida se proyectará la organización de los recursos físicos y humanos, lo que se traducirá en el deterioro de la calidad de la atención ofrecida. Si se toman en cuenta los escasos recursos básicos, el personal sujeto a las restricciones salariales, incluso con supresión del pago de las horas extraordinarias, que en el campo de la salud adquiere una dimensión especial, por mencionar algunos elementos intervinientes, esta afirmación no resulta desatinada.

Por otro lado, el proyecto ministerial definía el campo de lo privado. Así, expresaba que:

... el compromiso del Estado será el de dar salud gratuita a todo aquel que realmente lo necesite. Pero los que tengan cómo costearla lo deberán hacer a través de la medicina privada. El gobierno actual dará las más amplias facilidades para que se desarrolle en el país este tipo de medicina, sin que esto signifique dinero del fisco (*La Segunda*, 5/5/77:16).

Se esperaba que el sector privado y las universidades asumieran las acciones y tareas que el Estado dejara descubiertas, criterio según el cual se produciría una distribución nacional de los recursos destinados a los distintos niveles de atención: muchos para los niveles primarios, menos complejos y que necesitan todos los chilenos; menos en los niveles medianos; y aún menos, pero de alto costo y complejidad, para los pacientes que son más escasos (*El Mercurio*, 2/11/76:17).

El requisito liberalizador de las estructuras era fundamental para dar a lo que finalmente fueron las regiones de salud, su verdadera autonomía y con ello la desarticulación de éstas de la estructura general. El primer paso importante en este sentido es la desaparición de la Dirección General del Servicio Nacional de Salud en noviembre de 1976. La base de la fundamentación de esta medida era en el discurso oficial, la necesidad de poner término a la dualidad que existía entre el SNS y el Ministerio de Salud. Efectivamente, por su tamaño esa estructura había tenido un peso mayor en el desarrollo de los fenómenos de salud que el Ministerio. Sin embargo, el argumento no dicho era la necesidad de desarticular al SNS en función de la restricción que el Estado debía darse para el caso de la salud, remplazando su dirección general por una oficina de coordinación a nivel del Ministerio. A partir de ello, se producía el desmembramiento de sus partes, pasando a formar parte de las estructuras regionales y actuando en función de la dinámica que el Secretario Regional Ministerial le diera al conjunto de instituciones de salud que le compitieran en su radiodeacción. Esta trascendental medida señaló la ruptura importante de la atención médica chilena, ya que los criterios de planificación de la salud, y de realización de acciones concertadas se remplazaban por una supuesta acción racionalizadora, que convertía al sector público regionalizado en consumidor y facilitador de la economía social de mercado.

De modo tal, que cuando el subsecretario de Salud decía en noviembre de 1976 que el SNS "...no desaparece, ni se vende, ni crece, sino que se transforma y sigue siendo nacional y a cargo de la salud" (*El Mercurio*, 2/11/76:17), estaba en realidad entregando sólo una parte de los elementos. Creemos que la idea era su desaparición. A diferencia de los periodos anteriores en que se planteaba como una exigencia a corto plazo, en éste es planteado como una línea de mediano plazo a fin de producir simultáneamente dos movimientos: por un lado, la retracción gradual del servicio en tanto fuera posible ir levantando alternativas privadas para su reemplazo, (cuestión que dependería como hemos visto de la resolución de fenómenos más generales); y por otro lado, la adecuación de la estructura que permitiría mantener una forma de atención estatal y daría pie en el futuro a una expresión más consolidada.

Durante esta etapa también se expresa en el SERMENA la aparente postergación del embate privatizador. Cabe recordar

que desde el golpe se profundiza la crisis económica del sistema de año en año, lo que además se habrá de traducir en una crisis en la relación con los médicos, al congelar el gobierno sus honorarios. A la vez, los gremios de empleados usuarios de los servicios entran en alianza con el gobierno por la defensa de sus derechos a la salud, en contra de los médicos, llegando a calificarlos como “mercaderes de la medicina” (*La Tercera*, 3/9/76:6).

Una de las alternativas más codiciadas a fin de superar la crisis tanto por parte del gobierno como por la de los médicos, era la elevación de los aportes previsionales de los empleados del 2 hasta el 7% según las diferentes posiciones. Sin embargo, su puesta una cierta situación general, esta idea es postergada por las autoridades de salud en prevención de las consecuencias políticas que tal medida podría generar. En su lugar se retoma la idea de que la reforma de la previsión vendría a resolver definitivamente el problema otorgando los recursos necesarios (*El Mercurio*, 28/9/76:1).

La postergación de cambios radicales en su estructura, al igual que para el SNS, se manifiesta en julio de 1976 en las declaraciones del ministro Matthei. Este sostiene que la medicina curativa (que ofrece el SERMENA) no sería eliminada por el momento, sino que más adelante y paulatinamente (*El Cronista*, 20/7/76:13). En efecto, para 1978 se inicia la modificación de la Ley de Medicina Curativa (ley 17063), lo que genera un gran debate entre los principales interesados en ella.

El proyecto de modificación de la Ley 17063 pretende en lo fundamental liberalizar el acceso de beneficiarios tanto del SNS como del SERMENA, como también la plasmación de la libre elección que el Estado propiciaba (*La Segunda*, 29/9 y 17/10/78; *El Mercurio*, 3,5 y 10/10/78; *La Tercera*, 5/10/78). De ponerse en acción, permitiría al menos dos cuestiones básicas: en primer lugar, con la ruptura de las trabas previsionales, la selección de la población tendería a hacerse mediante su capacidad de compra de servicios de salud, tal como ocurría en el resto de la economía. Los empleados que no tuvieran capacidad para comprar el bono podrían ser atendidos en el SNS, y a su vez los obreros de más altos ingresos podrían recibir servicios del SERMENA en consultas privadas, mediante un mayor aporte al bono en el momento del acto médico.

En segundo lugar, la modificación aludida aparentemente produciría un mejoramiento parcial del financiamiento del

SERMENA, por medio del ingreso de nuevos fondos. Sin embargo, estaba por verse si el efecto no sería el inverso, dada la esperable elección masiva por parte de los usuarios de una atención más barata.

En conjunto, estos dos aspectos daban una forma de resolución a la ubicación de los sectores que necesariamente recurrirían a las estructuras estatales de atención, particularmente a las de nivel primario. En torno a este proyecto se produce un reagrupamiento de las fuerzas: esta vez se nuclean médicos y empleados contra las autoridades, aunque con objetivos disímiles.

Podríamos afirmar que los principales conflictos de este periodo se relacionan con la situación del SERMENA. No obstante otros conflictos emergen, como por ejemplo los que se derivan de la incapacidad del Estado para contratar a los egresados de las carreras médicas y paramédica. Ante la ocupación pacífica de su Colegio por parte de los jóvenes médicos, (*Las Ultimas Noticias*, 14/3/79:13; *El Cronista*, 14/3/79:5) el Ministerio del Interior responde desalojando y arrestando a los implicados. Este tipo de “argumentos” tiene su correlato en la acusación que hace el Estado a médicos y sindicalistas que discrepan de las medidas del sector, en el sentido de que unos y otros, o son políticos, o persiguen objetivos políticos. Estas acusaciones son orquestadas por periódicos de la época (*El Cronista*, 18/10/78:11; *Las Ultimas Noticias*, 24/10/78:15).

Tal es el nivel del conflicto que el ministro Jiménez declara que de ahí en adelante los proyectos en estudio se comunicarán sólo una vez tomadas las decisiones (*El Cronista*, 24/10/78:3).

La crítica del Colegio Médico se hacía en general en dos niveles: el de las discrepancias que emergían respecto de su situación en el proceso transformador, y el del deterioro que este mismo proceso provocaba tanto en las condiciones de trabajo de sus afiliados, como en las condiciones de salud de la población.

Las discrepancias en torno al proceso transformador tenían una vertiente que expresaba la cada vez mayor pérdida por parte de los médicos de su papel de actores decisivos dentro del sector, tanto por la vía de la participación en la generación de la política de salud, como en la de la pérdida de jerarquía en el manejo de las instituciones de salud. Este alejamiento del poder provocará un repliegue de las posturas hacia planteamientos de corte más reivindicativo, para desde ahí enfocar las críticas al gobierno.

El Colegio Médico, particularmente a partir de la presidencia

del doctor Medina, se define por una postura de defensa de las instituciones tradicionales que plantea lo inoficioso de pretender convertir a la salud en un campo privado, e insiste en que ello mostraba un desconocimiento de las características de los factores que incidían en las decisiones de esta naturaleza. Así, calificaba de simplista la solución recomendada por los economistas de suprimir los sistemas de salud organizados, mediante la incorporación de la salud a un proceso de libre oferta y demanda:

... no representa, lamentablemente una buena solución, y además de introducir aspectos comerciales a la práctica profesional, que los médicos rechazamos de plano, tiene como resultante lógica el desplazamiento de recursos, con abandono progresivo de aquellos sectores de baja capacidad económica que son justamente los que requieren más protección y asistencia médica (*Mercurio*, 4/12/76:32).

Esta situación continúa incluso después de la promulgación de la ley 2763 de reestructuración del sector salud. Para el mes de agosto de 1979, a casi un mes de conocido el decreto ley, los médicos emiten el documento "Conclusiones sobre política de Salud y Reestructuración", en el cual acuerdan dar su respaldo a la doctrina de medicina social que siempre inspiró a la medicina chilena, rechazando los principios de subsidiaridad del Estado y los criterios "economistas" contenidos en ese decreto ley del Ministerio de Salud. Exigían la restitución del financiamiento del SNS y denunciaban las graves deficiencias materiales y de personal que afectaban a dicha institución (Colegio Médico de Chile, 1979).

En estas condiciones, las autoridades notaban en sus interlocutores una creciente dificultad, motivada tanto por las formas como por los contenidos. Es difícil entender este proceso cuando se dan coyunturalmente juegos de alianzas que posteriormente se rompen, rearticulándose la composición de las fuerzas. Cómo explicar que las dificultades entre los médicos y las autoridades no se tradujeran en un deterioro mayor. Podría decirse que ambas partes mantuvieron a pesar del distanciamiento y de los visos de confrontación desde trincheras opuestas, la necesidad de continuar la relación. Sin lugar a dudas, a pesar de los conflictos del sector, la directiva médica mantenía una cuota de adhesión no cuestionable para el régimen. La intención de diálogo se había expresado todavía durante la convención de 1978,

en la que se concluía que había acuerdos con el gobierno (*El Mercurio*, 18/3/78:37; 19/3/78:33; *La Tercera*, 19/3/78:13).

Indudablemente el sentido de la oposición, tanto de los empleados como de los médicos, se basó en definitiva en el paulatino deterioro de sus situaciones concretas de acceso a la salud en el primer caso y en las condiciones de trabajo en el segundo. Ambos sintieron que en este proceso que habían iniciado con profunda confianza, se había ido produciendo una exclusión de sus intereses, los cuales debían defenderse. En la lógica gubernamental, sin embargo, las instancias de la práctica médica no son estructuras de deliberación, sino de ejecución "independientemente de si se comparte o no la política del Ministerio", según afirmaba el ministro Jiménez en junio de 1979 (*Las Últimas Noticias*, 5/6/79:16; *El Cronista*, 5/6/79:4).

#### A modo de síntesis

Lo que a continuación desglosamos constituye un conjunto de proposiciones globalizadoras que intentan introducir un cierto ordenamiento a partir de nuestros principales hallazgos e interpretaciones. Los puntos agrupados, sin embargo, no pretenden ser exhaustivos ni tampoco tienen una jerarquía. Son propuestas abiertas a la discusión, ampliación y precisión:

a) recordemos antes que nada que el propósito de este trabajo consiste en dar cuenta del proceso de conformación de un proyecto orientado a transformar el sector salud de la sociedad chilena. Al abordarlo, el enfoque ha tratado de concretar una preocupación mayor, esto es, la relación entre un régimen político determinado y la acción estatal que logra la delincación de una política sectorial;

b) creemos que el análisis realizado ha logrado demostrar que el propósito de transformar radicalmente el sector salud y la presencia del Estado que en su desarrollo se había consolidado es real. Ello aleja la posibilidad de que tal proceso sea concebido en términos de simples reformas a un sector. De ahí que al hablar de un "propósito drástico" aludimos a aquella misma voluntad política que estuvo en la base de la conjura que culminó con el derrocamiento del gobierno de la Unidad Popular y cuyos intereses económicos y políticos no eximirán al desarrollo alcanzado en el terreno de la salud por la sociedad chilena;

c) sin embargo, el grado de cristalización, amplitud y pro-

fundidad de tal propósito va indisolublemente ligado a un proceso social, efectivamente sinuoso, con momentos de inflexión y hasta de aparentes involuciones que no son más que momentos reales de la política de salud. Este modo de entender la política de salud nos ha permitido distinguir tres etapas en el proceso de desarrollo de la misma;

d) insistimos en el carácter procesal de la política de salud. Y lo hacemos deliberadamente, ya que a la luz del análisis realizado, constatamos que esta política sectorial constituye una estrategia en desarrollo, es decir de plasmación no fácil ni menos acabada globalmente. En suma, asistimos al desarrollo de un nuevo proyecto cuyo transcurso es problemático, a veces extremadamente confuso, y con diversos parámetros de éxito de acuerdo con los propósitos políticos que la acción estatal impulsa, y

e) la idea de que el servicio de salud debe adecuarse a los cambios actuales de la sociedad chilena, frecuentemente enunciada en el discurso oficial no es simple retórica. Por el contrario, ella encierra todo un proyecto en el cual el Estado ya no debe ser un regulador y garante de las acciones en salud. En lo fundamental, éstas deben ser un resultado de la dinámica privada y de los mercados que dependen de ella. En este sentido pensamos que el documento logra demostrar que finalmente la política de salud está orientada a trastocar profundamente los patrones de relación entre usuarios y proveedores. Esta es la nueva lógica en desarrollo que se esconde detrás de aquello que inicialmente fue planteado, y que, de acuerdo con el discurso gubernamental, aparece como un requisito de eficiencia para la "normalización" y "reorganización" del sector salud.

### Bibliografía

- ARELLANO, José Pablo, "Salud y distribución del ingreso", en Livingtone y Raczynski (comp.), *Salud pública y bienestar social*, CIEPLAN, Santiago de Chile, 1976. p. 169.
- CASTRO, Manuel, "Fascismo dependiente y rasgos de una política anti-fascista", *Araucaria*, núm. 14, 1981.
- , "Conclusiones sobre política de salud y reestructuración", Convención de Asociación de Capítulos Médicos, Santiago de Chile, 12 de septiembre de 1979 (mimeo).
- CUEVA, Agustín, "La fascistización en América Latina", *Nueva Política*, núm. 1, enero-mayo de 1976.

- GARRETÓN, Manuel Antonio, "De la seguridad nacional a la nueva institucionalidad. Notas sobre la trayectoria ideológica del nuevo Estado autoritario", *Revista Mexicana de Sociología*, octubre-diciembre, 1978.
- , "Transformación social y refundación política. Notas sobre problemas de la alternativa en el capitalismo autoritario", FLACSO, Santiago de Chile, 1981.
- GOIC, Alejandro, "Visión crítica del SNS", *Mensaje*, núm. 273, octubre, 1978, p. 629.
- MARSHALL, Jorge, "El gasto público en Chile, 1960-1979", *Colección Estudios CIEPLAN*, núm. 5, julio, 1981.
- MORALES, Eduardo, "Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud en Chile, 1964-1975", FLACSO, Santiago de Chile, 1981 (mimeo).
- MOULIAN, Tomás y Pilar Vergara, "Estado, ideología y políticas económicas en Chile, 1973-1978", CIEPLAN, Santiago de Chile, octubre, 1979 (mimeo).
- PÉREZ, Adolfo, "Apertura democrática y proyectos políticos en América Latina", *Centro Latinoamericano de Economía Humana*, 23, julio-septiembre, 1982.
- TETELBOIN, Carolina y Darío Salinas, "El proceso actual de la práctica médica, las políticas de salud y sus repercusiones en la población", Informe de avance, PISPAL, diciembre, 1980, p. 8 (mimeo).
- , "Secuencia cronológica de la política de salud, 1973-1979", Segundo informe de avance presentado al PISPAL, 1982.

