

SALUD Y PROCESO CONSTITUYENTE. REFLEXIONES ACERCA DE LA SALUD Y LA NUEVA INSTITUCIONALIDAD POR CONSTRUIR

CONSTITUCION

DE LA

REPUBLICA DE CHILE

JURADA Y PROMULGADA

EL 25 DE MAYO DE

1833.

IMPRESA DE LA OPINION.

CONSTITUCION POLITICA

DE LA

REPÚBLICA DE CHILE

Promulgada el 18 de Setiembre de 1925



CONSTITUCION
POLITICA
DE LA REPUBLICA
DE CHILE
1980

EDITORIAL JURIDICA DE CHILE

HITOS RELEVANTES EN LA POLÍTICA DE SALUD CHILENA

Juan Carlos Concha Gutiérrez

Director Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud,
Universidad del Alba.

Ex Ministro de Salud del Gobierno del Dr. Salvador Allende G.

Hitos relevantes en la política de salud chilena

Prefacio

Cuando se habla de salud pública hay que declarar cuál de sus acepciones será usada. Universalmente la salud pública se refiere a las acciones del Estado destinadas a la protección de la salud de la población. Se trata de la prevención mediante las vacunas, del uso profiláctico de medicamentos para evitar la complicación de una enfermedad, del control periódico de enfermedad crónica para impedir recidivas, de la educación sanitaria dirigida al desarrollo de una conciencia de lo saludable que asegure una larga vida con reducidos número de días de enfermedad, de la vigilancia epidemiológica y zoonótica, del saneamiento básico, de la calidad de la vivienda, de la vigilancia epidemiológica, incluida la vigilancia de la calidad del agua, del aire y los suelos, entre otras medidas ejecutadas por el estado para proteger a la población de las agresiones del ambiente.

En Chile, con la puesta en marcha del Servicio Nacional de Salud se instaló la llamada doctrina del SNS, que comprendía la prevención y la reparación de la salud en forma integral.

“la protección de la salud al cien por ciento de la población y atención médica al 70 por ciento, constituida por trabajadores asegurados del campo y de la ciudad, así como a los trabajadores no asegurados de bajo ingreso”. (1)

Ambos componentes, la protección y la recuperación de la salud, se desarrollan en un proceso histórico con hitos relevantes que moldean un curso ascendente en el tiempo. Hay que advertir que no se trata aquí de un recuento historiográfico. Se trata de emitir un juicio social y político sobre hechos que cambiaron el curso del desarrollo de la política de salud entendida aquí “como parte

constitutiva de la política general de cualquier clase social (o alianza socio política) que pretenda conducir el estado y la sociedad”. (2)

Sus inicios en Chile se encuentran a finales del siglo XVIII con la formación de médicos en la Universidad de San Felipe. Quejábase el entonces el doctor de los Ríos, Protomédico de la universidad colonial:

“Lástima que, por una preocupación perjudicial, juzgan los chilenos por indecoroso el estudio de una facultad notable (la medicina) que, en juicio de muchos doctores, disputa ventajas con la jurisprudencia... que un reino como éste no encierre en su dilatado seno de quinientas leguas más que cinco facultativos”. (3)

Esto es, 1 médico cada 200 000 habitantes. Hoy disponemos de 1 médico cada 700 ciudadanos. Desde este precario inicio hasta hoy, la historia de la salud pública chilena ha pasado por un largo proceso en el tiempo.

Variolización: primera actividad de salud pública en Chile

La primera actividad en salud pública en Chile fue la vacunación antivariólica realizada por el Padre Manuel Chaparro a fines del S.XVIII y que culminó con su aplicación a 10.000 santiaguinos en 1805, sin que se registraran complicaciones (3). El Padre Chaparro quería ser Protomédico; pero nunca lo consiguió debido a que la herencia medieval de la universidad había establecido que “la filosofía era sierva de la teología”. Incluso, él fue parte del Congreso de 1811, pero no alcanzó las alturas de la especulación teológica. Primero había que ser teólogo; después, médico. Su mérito de iniciar la vacunación antivariólica era estimado por inferior a la competencia exitosa en exponer intrincadas cuestiones teológicas. Entre 1805 y la instauración de la Constitución de 1833 no hubo hechos relevantes que produjeran cambios importantes ni para la salud pública ni para una política de salud que se proyectarán en el tiempo. Un año antes de proclamada la Constitución pelucona impuesta con el triunfo de la fracción conservadora en la batalla de Lirquén fue creada la Junta Nacional de Beneficencia, institución encargada de administrar los hospitales existentes. Como también de los que habrían de construirse hasta 1944, fecha en la que fue creada la “Sociedad Chilena Constructora De Establecimientos Hospitalarios. SA.” (4)

Segundo hito: la creación de la Escuela de Medicina seguida por la fundación de la Universidad de Chile

La enseñanza formal de conocimientos de la medicina científica se inició en nuestro país en abril de 1833 con la creación de la primera escuela de la especialidad, la que empezó a funcionar en dependencias del antiguo Instituto Nacional. Años más tarde, en 1842 y sobre la base de esta Escuela, nace la Facultad de Medicina, una de las cinco que dieron origen a la Universidad de Chile.

El segundo viraje en el desarrollo de la política de salud chilena ocurrió con la creación de la Universidad de Chile. El discurso de inauguración de la Universidad de don Andrés Bello, su primer Rector, en 1843, señaló respecto a la medicina:

“La medicina investigará, siguiendo el mismo plan, las modificaciones peculiares que dan al hombre chileno su clima, sus costumbres, sus alimentos; dictará las reglas de la higiene privada y pública; se desvelará por arrancar a las epidemias el secreto de su germinación y de su actividad devastadora; y hará, en cuanto es posible, que se difunda a los campos el conocimiento de los medios sencillos de conservar y reparar la salud.” (5)

El paso de la medicina colonial a la medicina científica demoró 30 años en madurar. Es verosímil que uno de los primeros efectos positivos- y con impacto en la población- fuera la reducción de la mortalidad materna y parte de la mortalidad del recién nacido, como efecto de la universalización de la profilaxis del embarazo, parto y puerperio, que consistió sencillamente en el adecuado lavado de manos, la esterilización de los instrumentos y el uso de un campo operatorio no contaminado, conocimiento y práctica difundida por las matronas, surgidas de la Escuela de matronas creada por Lorenzo Sazie.

“La difusión de los beneficios que reportaban los servicios de matronas entrenadas y de médicos comenzó en las últimas décadas del siglo XIX, entre otras modalidades, con la publicación de manuales dedicados a la puericultura que, junto con dar a conocer los cuidados de los recién nacidos, entregaban información sobre los cuidados que debían recibir las mujeres mientras estaban embarazadas, al momento del parto y durante el periodo puerperal”. (6)

El efecto demográfico fue notable. Antes de la aplicación de tales medidas el número de viudos era mayor que el número de viudas. Después de tal cambio, se invirtió la relación, como lo constatamos hoy. Estos y otros avances demostraron a los sectores más ilustrados que la medicina científica era efectiva.

Tercer hito. Uso generalizado de los avances del progreso médico, bajo dos formas: la salud según capacidad de pago y la de las mutuales puestas en marcha por los artesanos.

Los sectores más pudientes pudieron acceder a los visibles avances de la medicina mediante una tarifa; es el origen de la medicina según capacidad de pago. Los “indigentes”, continuaban bajo el alero de la Junta Nacional de Beneficencia, fundada en 1832:

“Durante el siglo XIX, el ejercicio de la medicina en Chile se circunscribió por largo tiempo al ámbito privado, apoyándose en la caridad. A pesar de ello, tempranamente surgieron algunas instituciones como la Junta Directora de Hospitales de Santiago y

la Junta de Beneficencia y Salud Pública, ambas creadas en 1832. Se les encargó de hospicios, hospitales y orfanatos. Las parroquias crean dispensarios gratuitos para los pobres". (6)

La primera demanda social fue poner la medicina científica a disposición de los artesanos y trabajadores con sus propias fuerzas. Este acceso fue conseguido con la creación de las Mutuales. Mediante una cotización modesta, contrataban médicos para atender los problemas de salud, en un dispensario de la propia Mutual.

"Desde 1840, a lo largo de todo Chile, se organizaron agrupaciones de trabajadores y trabajadoras destinadas a brindar protección ante accidentes, enfermedad o muerte a sus afiliados. De forma solidaria, las mutuales y sociedades de socorro mutuo reunían sumas de dinero -a partir de la cotización directa de sus miembros, por lo general agrupados por tipo de oficio o lugar de trabajo- que les permitía cubrir los gastos de enfermedad, invalidez o fallecimiento de sus cotizantes. Estas asociaciones se vincularon desde sus inicios, a las distintas formas de organización política del movimiento popular chileno, desde la Sociedad de la Igualdad hasta la formación de los primeros partidos políticos obreros. A su alero florecieron las tertulias y filarmónicas, instancias de desarrollo de la vida cultural y la educación autogestionada por los trabajadores y trabajadoras organizados." (7)

La herencia política española se prolongó en la cohesión social que surgió con la Independencia, consistente en ejercitar el autoritarismo por los patrones criollos, liberales o conservadores, y en el sometimiento del pueblo.

Se incorporan nuevas ideas a la discusión política con la inmigración francesa que siguió a la caída de la Comuna de París y que llegó a Chile en la segunda mitad del S. XIX con la inmigración de exiliados políticos de la Comuna de París que se concentraron en la ciudad de Victoria y otras cercanas. Ellos parecen ser los primeros que ingresaron obras escritas por Marx y Engels a Chile. (8)

Una indicación de los avances en los conceptos de salud y enfermedad alcanzados en la segunda mitad del S.XIX es el comentario de Benjamín Vicuña Mackenna a la creación de la Escuela de Medicina (9). Él usa términos como demografía, epidemiología, estadísticas y otras, que denuncian el grado de diversificación en el conocimiento de la salud y del paso de una concepción exclusivamente individual y curativa a una visión preventiva fundada en las ciencias de la salud.

Cuarto hito. El despertar de la conciencia del derecho a la salud

Los trabajadores de la industria del salitre y los artesanos urbanos vieron en las mutuales una forma independiente de acceder al progreso de la medicina, en oposición al médico de empresa que era percibido como dependiente del mismo empleador, siempre a favor de los intereses patronales. De allí la resistencia a la cotización de "un peso" por trabajador que proponían las empresas salitreras y del cobre para financiar la atención médica de sus operarios. A partir de las experiencias de las

mutuales, la salud comenzó a ser una demanda cada vez más consistente de los trabajadores del salitre y de los asentamientos, como instituciones administradas por ellos mismos:

“(Recabarren)...deslegitimó el populismo de Estado al rechazar, por ejemplo, el sistema de ahorro establecido como una norma compulsiva para el pueblo, porque lo ahorrado por esa vía sería una tentación para los ricos”. A cambio, exaltó el sistema mutual de ahorro: “el trabajador que pertenece a una Mancomunal no necesita hacer ahorro, porque con las cuotas que paga tiene ahorros de sobra para atender sus horas de desgracia ...” (10)

La conducción de la política de salud era disputada por tres corrientes: los defensores de la salud según capacidad de pago, los trabajadores organizados que planteaban ser ellos los administradores y la fracción conservadora partidaria de una intervención del estado para hacer concesiones en derechos sociales que permitieran, sin embargo, mantener el poder del estado y de la sociedad en manos de las clases dirigentes tradicionales, como lo había sido desde la independencia.

La irradiación hacia Chile de las ideas de las políticas sociales y la protección social de la salud

Ya en la última década del S XIX comienza a aceptarse la intervención del Estado en la protección social y de salud del trabajador por parlamentarios que estudian la seguridad social bismarckiana. Lo que satisface la necesidad de asegurar la reproducción de la fuerza de trabajo en la incipiente industria mediante intervención del Estado, sin inversión privada y refuerza la idea que la salud es condición del crecimiento y desarrollo de las naciones.

En Alemania, Salomón Neumann, después de observar la relación entre las desigualdades sociales y la tuberculosis en la primera mitad del S.XIX afirma:

“Es y permanece de una vez y para siempre e inamovible que la pobreza, la miseria y la desdicha si no son idénticas con la muerte y las enfermedades agobiantes, al menos proceden de la misma fuente” ... “... la ciencia médica, en su núcleo y esencia fundamental, es una ciencia humana.” S.NEUMANN (11)

En el mismo país y fecha Virchow escribe “El desarrollo de la medicina nos lleva sin notarlo al ámbito de lo social y nos coloca en la situación, ahora mismo, de responder a las grandes cuestiones de nuestro tiempo”. “Ya no se trata de esta u otra epidemia de tifus... es la cultura de un y medio millón de nuestros ciudadanos, que ha llegado a ser una de nuestras tareas”. R.VIRCHOW (12)

Robert Virchow introduce la idea de la medicina social. Propone tareas al Estado para enfrentar la enfermedad en las condiciones sociales en las que se vive. Es un precedente de la política social alemana, que conduce a la creación de la seguridad social y de la salud. Su irradiación a diversas partes del mundo, entre otras a Chile, crea un ambiente propicio al control de epidemias, de infecciones puerperales, de heridas y traumatismos; del dolor en el parto y en las intervenciones quirúrgicas.

John Snow demuestra la transmisión del cólera por la contaminación de pozos de agua destinados a consumo humano en Londres. Paralelamente se desarrollan las estadísticas de salud y crece el progreso científico de la medicina:

“John Snow médico inglés conocido por sus estudios de cólera y ampliamente visto como el padre de la epidemiología contemporánea. Sus estudios más conocidos incluyen su investigación del estallido de la bomba de Broad Street en Londres, que ocurrió en 1854, y su “Gran Experimento”, un estudio que compara los casos de cólera transmitidos por el agua en dos regiones de la ciudad: una que recibe agua contaminada con aguas residuales y la otra que recibe agua relativamente limpia. El razonamiento y el enfoque innovadores de Snow para el control de esta enfermedad mortal siguen siendo válidos y se consideran ejemplares para los epidemiólogos de todo el mundo”. (13)

*El progreso en salud es resultado del progreso de la medicina.
Pero lo decisivo es hacerlo real mediante el acceso universal equitativo para todos.*

Cuarto hito: La ruptura de la cohesión social vigente desde la Independencia

*“Benditas víctimas que bajaron
desde la pampa llenas de fe
y a su llegada lo que escucharon
voz de metralla tan sólo fue”*

(Canto a la Pampa, Francisco Pezoa Véliz)

Los sucesos que culminaron en la trágica masacre de la Escuela Santa María de Iquique, el 21 de diciembre de 1907, constituyeron unos de los hitos más emblemáticos del movimiento obrero chileno. La huelga salitrera, estalló el 10 de diciembre en la oficina San Lorenzo, extendiéndose rápidamente a todo el cantón de San Antonio. Cinco días después, una columna de más de dos mil obreros caminó a Iquique en demanda de mejoras salariales y laborales, bajo la firme decisión de permanecer allí hasta que las compañías salitreras dieran respuesta a sus peticiones. Números gremios de Iquique se sumaron al movimiento huelguístico, todos los cantones salitreros se plegaron al paro y, periódicamente, nuevos contingentes de mineros llegaban a la ciudad. Según estimaciones de la época, las cifras de huelguistas oscilaban entre 15 mil a 23 mil personas, tanto las actividades del puerto, como la producción minera de toda la región, quedarán paralizadas por completo.

El general Roberto Silva Renard ordenó a sus tropas hacer fuego en contra de la multitud. Según testigos, más de 200 cadáveres quedaron tendidos en la Plaza Montt y entre 200 y 400 heridos fueron trasladados a hospitales, de los cuales más de noventa murieron esa misma noche. Los sobrevivientes fueron enviados de regreso a las oficinas o embarcados a Valparaíso. (14)

Este hecho produce la ruptura de la cohesión social instalada con la independencia de Chile, caracterizada por la dominación patronal, liberal o conservadora, y la sumisión popular. Convencido de poder manejar la vuelta atrás y recobrar la cohesión social anterior al desarrollo social y político del movimiento obrero, Gonzalo Vial como ministro de Educación de Pinochet, instala el lucro en la educación, un mecanismo para focalizar la calidad de la educación en los sectores pudientes, lo que asegura la reproducción cultural de la oligarquía, con lo que pretende retornar de modo permanente a la cohesión social anterior a 1907 con la dominación de los propietarios sobre los trabajadores dependientes.

La incapacidad de las medidas represivas para contener el movimiento social y político en rápido desarrollo en la segunda década del siglo XX amenazó la gobernabilidad del estado conservador mercantil, heredero de la revolución de 1891. Esta debilidad favoreció la emergencia de una fracción conservadora que reconocía que la represión no lograba contener el cambio social y político originado en 1907. El movimiento reivindicativo se convirtió rápidamente en un movimiento social y político. Poco después de 1907 es creada la Federación Obrera de Chile, que en 1912 se convirtió en el Partido Obrero Socialista y, en 1922, en el Partido Comunista de Chile. Desde 1912 el movimiento social y político de los trabajadores declara públicamente su aspiración a hacerse cargo de la conducción política del estado y la sociedad chilena, en competencia con los partidos dominantes de la época. (14)

“Al comenzar el siglo XX los trabajadores chilenos no tenían ningún tipo de legislación social o laboral que los favoreciera o les brindara protección. Fueron ellos mismos, a través de las mutuales, las sociedades de resistencia y las mancomunales, quienes se organizaron para proteger a sus asociados y fomentar la solidaridad proletaria. La Federación Obrera de Chile (FOCH) comenzó como una agrupación de obreros de ferrocarriles con una orientación mutualista ligada al Partido Demócrata. A mediados de la década de 1910, comenzaron a integrarse los trabajadores del salitre y adquirió un carácter nacional. Asimismo, el Partido Demócrata perdió influencia al imponerse en la organización las ideas revolucionarias del Partido Obrero Socialista liderado por Luis Emilio Recabarren, convertido después en el Partido Comunista, asumiendo la Federación una actitud anticapitalista y revolucionaria que se manifestó con fuerza en las movilizaciones sociales que caracterizaron la década de 1920” (15).

La fracción conservadora intervencionista se impuso a los sectores más reaccionarios y triunfó en las elecciones presidenciales de 1920, lo que hace posible el cambio constitucional que refleja el pensamiento y acción para construir un Estado y una Sociedad gobernables para esos sectores políticos. En la Constitución de 1925 (16) así como en la ley 4054 (17) que crea la Caja del Seguro

Obrero Obligatorio y en la ley que crea el Ministerio de Salubridad y Previsión Social (18) se expresa institucional y jurídicamente la política de intervención conservadora, que no temía hacer ciertas concesiones con tal de mantener el poder para conducir el estado y la sociedad.

Sin embargo, hay que dejar constancia que las motivaciones tienen valor escaso en la política, comparadas con la importancia de los hechos que precipita. Consultado una vez Manuel Cantero, dirigente y parlamentario comunista acerca de lo que pensaba su partido acerca del Seguro Obligatorio y del Servicio Nacional de Salud, respondió de esta manera:

“No era lo que comunistas querían ni lo que el mismo Recabarren se proponía; pero terminaron con las peores lacras de la miseria y de la enfermedad. Además, crearon mejores condiciones de vida para los dirigentes sociales y políticos y les aseguraron así un mejor desempeño en sus tareas de conducción del movimiento social y político hasta conseguir el triunfo de la Unidad Popular en 1970.”

La dictadura de Ibáñez de 1925 a 1931 no trajo cambios relevantes en la política de salud; pero la persecución a los estudiantes universitarios y, en particular a los estudiantes de medicina, indujo un movimiento social democratizador, que se expresa con fuerza notable a la caída de la dictadura.

La medicina social no surge como una especulación académica, sino como un hecho que emerge de la práctica de la medicina funcionaria en el Seguro Obrero, la que no le exige al paciente el pago previo de una tarifa a cambio de una prestación de servicios inmediata en una relación contractual. Basta imaginar el impacto que produjo la súbita incorporación de un millón de trabajadores -hombres y mujeres del campo y la ciudad- que fueron cubiertos por la protección social y la atención médica desde 1924 con la ley 4054 que crea la Caja del Seguro Obrero Obligatorio (17) y que consagra la Constitución de 1925 (16) como responsabilidad del Estado. Lo que desplaza a la medicina según capacidad de pago a un lugar irrelevante.

Lógicamente que este hecho llama la atención a los médicos de la época, lo que se refleja en las discusiones de los médicos del Seguro Obrero en la Revista de esta institución a lo largo de los años 30. (19) Emerge como el concepto que la salud es un fenómeno social y no solamente el resultado de la interacción económica individual entre el paciente y el médico. La medicina social no es una concepción creada por Salvador Allende (16), sino el resultado de las reflexiones y las discusiones de los médicos del Seguro Obrero en el curso de su práctica como médicos funcionarios, que no cobraban una tarifa previa a la atención médica, como era propio de la medicina según capacidad de pago. Allí, la relación médico paciente es vista como un acto contractual, donde se intercambia una prestación de servicio por una tarifa previa (20). El talento de Allende fue convertir una reflexión de la experiencia de la medicina chilena en acción política.

Quinto hito. 1938: punto de partida de la democratización de la salud

Los conservadores intervencionistas no imaginaron que 14 años después de la puesta en marcha del Seguro Obrero y de la Constitución del 25, la conducción del país sería asumida por la alianza política del Frente Popular, hecho que justamente querían evitar. Ni mucho menos que un socialista asumiera como ministro de Salubridad y Previsión Social.

No se puede hablar del Servicio Nacional de Salud chileno sin referencia al rol de Salvador Allende en su construcción política. Tuve la fortuna de escuchar de él mismo las circunstancias que dieron origen a la idea del Servicio Nacional de Salud. (21) Cuando ocurre el terremoto de Chillán, él era ministro de Salubridad y Previsión Social. Tiene que abordar una situación de catástrofe regional con alrededor de 20000 muertos y la desaparición de ciudades enteras. Llama a colaborar al Dr. Vizcarra, quien había organizado exitosamente en Valparaíso los “Servicios Integrados” para enfrentar el problema de las enfermedades venéreas, siempre frecuente en los puertos. Allende tenía la capacidad de identificar con acierto la eficacia de una medida, por más específica que fuera, y aplicarla en general. La catástrofe fue enfrentada exitosamente con la estrategia de los servicios integrados. Esta evaluación positiva señaló que era adecuada para construir un sistema nacional de salud. El proyecto de ley que lo creaba fue enviado al Parlamento en 1941, donde durmió en algún anaquel por 10 años. Desde entonces, Allende se convierte en el principal protagonista de la política de salud en Chile, porque fue la figura central de la política de salud. Desde entonces, se instalan tres dimensiones decisivas en el desarrollo de la política de salud.

Como ministro en 1938, Allende fijó los objetivos de una estrategia nacional:

1. La proposición de una estrategia nacional que convocó a la mayoría de los chilenos:
 - Reducir la mortalidad materna e infantil
 - Erradicar la desnutrición
 - Combatir la enfermedad infectocontagiosa
 - Mejorar las condiciones de vida de los trabajadores: la vivienda, el ingreso y la seguridad social
2. La elaboración, promoción y construcción de la institucionalidad estatal de salud.
3. La puesta en marcha de una política de salud que se proyecta hasta hoy.

Como parlamentario, (1941-1970), desarrolló las iniciativas políticas, sociales y de salud cuyo fruto principal fue crear las condiciones institucionales que aseguraran el vínculo entre la competencia de técnicos y profesionales de la salud, en particular los médicos, con las necesidades de salud de la población.

El proyecto de ley del Servicio Nacional de Salud duerme por diez años en algún anaquel del parlamento, hasta ser recuperado por un parlamentario falangista, con el propósito de neutralizar el conflicto social levantado en Chile con la decisión gubernamental de participar en la guerra fría, al tomar partido de la política norteamericana y aplicar por primera vez en Chile la doctrina de las fronteras ideológicas, como fundamento de la persecución a partidos obreros y sindicatos, en especial la justificación de la ilegalización del Partido Comunista de Chile:

“En 1948, el presidente Gabriel González Videla impone la Ley de Defensa Permanente de la Democracia, llamada también “Ley Maldita”. Esta ley, nacida bajo el signo de la Guerra Fría y el anticomunismo macartista imperante en Estados Unidos, declara la ilegalidad del Partido Comunista, así como un sinnúmero de restricciones a las libertades individuales, sindicales y de prensa.”(22)

Sexto hito: la creación del Servicio Nacional de Salud

El senador Salvador Allende retoma el proyecto original a comienzos de los años 50 y desarrolla una notable estrategia de persuasión para que los médicos chilenos apoyen esta iniciativa. Promueve la creación del Colegio Médico 1948 (23) y la ley del profesional funcionario de salud (24) en el curso del año 1953. Junto con resolver una deformación en la contratación de los médicos en el servicio público, ofrecía puestos de trabajo para todos los médicos y con salarios dignos. Incluso era conocido el hecho que un profesor de la Escuela de Medicina disponía de tres contratos simultáneos de ocho horas, diariamente.

La Junta Nacional de Beneficencia administraba los hospitales y la formación de especialistas, cuyo salario ínfimo o inexistente para una buena parte de su fuerza de trabajo médico se justificaba porque en su práctica hospitalaria adquirían las destrezas de un especialista, lo que les permitiría buenos ingresos en la práctica privada. Tales aberraciones administrativas fueron corregidas por la Ley del Profesional funcionario (25), lo que aseguraba un lugar de trabajo a todos los médicos, con salarios aceptables y la creación de trabajo exclusivo de 8 horas para médicos que se desempeñaran en labores de la gestión de la salud pública, jornadas controladas por el propio Colegio Médico. De este modo, los médicos, odontólogos, químicos y químicos farmacéuticos se interesaron en apoyar el proyecto de Servicio Nacional de Salud.

¿Qué es lo más característico del Servicio Nacional de Salud? Este proyecto integró siete instituciones (26) que realizaban funciones de salud pública, que fueron integradas en la primera etapa en una estructura nueva, original y distinta; con autonomía institucional y participativa, con un Consejo de Salud de carácter resolutivo, con un director propuesto por el Ejecutivo y aprobado por el Senado. En abril de 1955 culminó la integración de siete instituciones dedicadas a diversos aspectos de la salud: el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero (1924), el Servicio Nacional de Salubridad (1925), la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA, 1942); 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 de Chile.

Además, quedaron dependientes del Ministerio de Salud: La Polla Nacional de Beneficencia, y La Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios.

¿Cómo dar una visión sintética del Servicio Nacional de Salud? El distinguido epidemiólogo Dr. Manuel Zúñiga lo definió como “un exitoso producto del Estado de Bienestar en el escenario del subdesarrollo”.

El fundamento del SNS se apoyó en el diagnóstico del estado de salud de la época, en la fijación de ciertas metas y en la elaboración explícita de una doctrina de salud:

“Una cobertura universal de las acciones curativas y de rehabilitación al 70% de la población, constituida por asegurados y no asegurados de bajos ingresos. Una cobertura del 100 % de la población de las acciones de fomento de la salud y prevención de las enfermedades.”

A diferencia del sistema de salud de inglés, el chileno incluyó los policlínicos ambulatorios territoriales integrales preventivo curativos, similares a los creados a comienzos de la revolución bolchevique por Nikolái Semashko. En ellos, se instalaron equipos multidisciplinarios de salud diferentes al solitario médico general británico ubicado en los vecindarios urbanos o en las aldeas y campos de las islas británicas. Sin embargo, no incluyó a los empleados. Ellos solicitaron a los legisladores que el sistema dispusiera de salas de espera y hospitalización separadas para obreros y empleados, cuestión que no fue acogida por ser discriminatoria e imposible de aceptar ética y financieramente. La ley del Colegio Médico, la del SNS y la ley del profesional funcionario y la Escuela de Salubridad se consideran disposiciones complementarias que hicieron posible que los profesionales de la salud se comprometieran con el servicio público a la población.

Carácter, doctrina y estructura del SNS

El fundamento del SNS se apoyó en el diagnóstico del estado de salud de la época, en la fijación de ciertas metas y en la elaboración explícita de su doctrina de salud:

El impacto a largo plazo

Una estrategia, que hizo posible mejorar el estado de salud de la población mediante una integración de las acciones de fomento, prevención, curación y rehabilitación, con medidas concretas, sencillas y eficientes.

Un ordenamiento y desarrollo planificado, programado, regionalizado.

Evaluación y publicación completa y de los resultados de las actividades a comienzos del año siguiente.

Una estrategia de acción cerca de las comunidades compartida entre la Facultad de Medicina y el SNS: los médicos generales de zona y residencias de especialidades, en el marco de una armónica relación docente asistencial.

Una concepción integradora del fomento de la salud con la prevención y la reparación de la enfermedad al colocar como centro de gravedad del sistema a los policlínicos ambulatorios territoriales.

A comienzos de la década de los 60, el Gobierno de Jorge Alessandri, por la influencia de su ministro del Interior, el Dr. Sótero del Río, ex directivo de la Beneficencia, impuso la reestructuración del SNS, que se define por el cambio del centro de gravedad institucional desde el centro de salud al hospital, del acento a la protección y fomento de la salud hacia el acento a la medicina curativa. Se ha interpretado este hecho como una revancha del Dr. S. Del Río por su desplazamiento de la conducción del sistema de salud con la creación del SNS y un primer paso a la privatización.

Séptimo hito: los cambios médico-sociales de los años 60

Desde el comienzo del decenio es visible el cambio de comportamiento reproductivo, cuya primera medida es recurrir a la interrupción voluntaria del embarazo, la que se realizaba mediante procedimientos aplicados sin supervisión profesional, por lo que se complicaba grave y frecuentemente. A mediados de los años 50 los partos institucionales sumaban 270.000 y los abortos complicados atendidos en las maternidades fueron cercanos a los 60.000, lo que constituía un grave problema de salud pública y una grave competencia con la salud materna por los recursos. En 1966 fueron instalados programas de limitación de los nacimientos, que redujeron notablemente las tasas de aborto y las muertes maternas.

La creciente democratización determinó notables cambios en la cultura médico-social. La educación sanitaria, el fomento de la salud, la prevención y la interacción entre el equipo de salud con la población, por decenios, establecieron una relación de confianza y credibilidad entre la ciudadanía y el SNS, que se extiende hasta hoy y explica la disciplina sanitaria del pueblo.

El impacto de la incorporación de la población campesina a la economía incrementó la demanda del médico general de zona y de los equipos de salud en las zonas alejadas. Los cambios en la participación del ingreso favorecían al sector trabajo, así como lo hiciera la obtención de metas de alta escolarización que determinaron el mejoramiento de los niveles de salud de la población.

Octavo hito: 1970–1973. Culmina la democratización de la salud: salud igual para todos

El 4 de septiembre de 1970 Salvador Allende es elegido presidente y el 4 de noviembre se instala el Gobierno Popular. Culmina así el proceso de democratización de la sociedad chilena iniciado dos décadas atrás. La síntesis del Programa de la UP son las “Primeras Cuarenta Medidas”. Las siguientes se refieren a salud o a sus condicionantes más directos:

9. Previsión para todos

14. Mejor alimentación para el niño

15. Leche para todos los niños de Chile

“aseguraremos medio litro de leche diaria como ración a todos los niños de Chile”.

16. Consultorio materno-infantil en su población

19. Casa, luz, agua potable para todos

25. Asistencia médica y sin burocracia

26. Medicina gratuita en los hospitales

27. No más estafa en los precios de los remedios

La Herencia de Salvador Allende: Progreso en Salud

- La ampliación de la matrícula universitaria para las disciplinas de la salud
- La continuación del programa de alimentación complementaria, el popular “medio litro de leche”, que implicó cuadruplicar el programa tradicional llegando a distribuir medio millón de litros de leche por año a todos los niños chilenos. Continuó bajo la dictadura y se extiende hasta hoy, con el burocrático nombre de Programa de Alimentación Complementaria (PAC). Es muy probable que la desnutrición haya sido erradicada unos 7 años a partir de la instalación del programa del medio litro de leche, hacia 1978.
- La ampliación de los Programas de Bienestar Familiar (PESMIB) que se extendieron hasta 1987;
- La mantención de las matrículas en las escuelas de medicina ha significado pasar de 1 médico por 3000 Habs. en 1970 a 1 médico por 750 habitantes en el año 2017.
- El control de las infecto contagiosas a niveles cercanos a la erradicación.
- La notable reducción de las muertes infantiles y maternas.

Noveno hito: 1973–1989 El desmantelamiento del sistema público de salud

A partir del golpe, se inicia el desmantelamiento del SNS. La crisis económica de 1979–81 permite a los países más desarrollados imponer “la contención de gasto público” a los menos desarrollados, obligados a aceptarlo por las restricciones al acceso al crédito internacional para el desarrollo. Al mismo tiempo regresa la concepción de la política de mercado bajo la forma del neoliberalismo. Las medidas adoptadas por la dictadura obedecen a las indicaciones del Banco Mundial:

Propuestas del Banco Mundial	Medidas de la dictadura
Hacer pagar a los usuarios de la salud pública	Usuarios según capacidad de pago y copagos
Crear sistemas de seguro de enfermedad	Creación de las isapres
Estimular el desarrollo del sector privado	Apoyo preferencial al sector privado en desmedro del presupuesto de salud, reducido desde 3.7% histórico al 1% del PGB.
Descentralizar los Servicios de Salud Pública	Desarticulación del Servicio Nacional de Salud en el Sistema de Servicios de Salud. La municipalización de los consultorios

Además, hizo desaparecer al Servicio de Seguro Social y obligó al traslado obligatorio de obreros, empleados públicos y privados a las AFP.

La caída del socialismo real significó un vuelco en el prestigio de los servicios y seguros estatales, los que comenzaron a ser “demonizados” en los ámbitos de la política de salud mundial, para imputarles ineficiencia y falta de rendimiento, frente a la “eficiencia” de los sistemas privados. En su lugar se proponía el “mix público privado” que aconsejaba poner en competencia sistemas públicos y privados, así como el intercambio de “clientes” entre los dos sistemas.

El retorno del liberalismo como política hegemónica desplazó al “Estado de Bienestar” como modelo político, lo que obligó a quienes fueran sus sostenedores a competir por la conducción del nuevo proyecto de política de libre mercado, circunstancia que hacía imposible revertir el desmontaje del sistema público de salud para facilitar el modelo de “mix público privado”, eufemismo de la privatización y fundamento del desmontaje del sistema público.

A pesar de las apariencias, la política de salud de la dictadura no fue homogénea. Se disputaron su conducción dos corrientes, en cierta medida antagónicas. Una era encabezada por el economista Hernán Büchi, quien sostuvo, cuando fue subsecretario de salud, que cada chileno tendría su Isapre. La otra, era dirigida por Augusto Schuster, que también fue subsecretario de salud. Era un conservador consciente del éxito del Servicio Nacional de Salud, éxito que fortalecía el prestigio político del Gobierno dictatorial. Ninguno de ellos tuvo éxito en desplazar al otro. Por eso, el redactor de la Constitución se vio obligado a encontrar una fórmula de compromiso, que fue la redacción final que se encuentra en el texto actual de la Constitución de 1980 33.

El Tribunal Constitucional ha juzgado que no es aplicable a la salud la idea del “máximo disfrute” del derecho por ser una aspiración “irreal”. En sus juicios, así como en las ideas difundidas por quienes apoyan sus conclusiones, se señala que es ilusorio pensar en el máximo disfrute de la salud como derecho. Pero los hechos contradicen tal opinión. La mitad de las defunciones ocurridas en Chile alcanza los 77 años en 2016. Sin embargo, esta cifra varía según el nivel de desarrollo humano de cada comuna. Esto es, la longevidad en años es la medida de la salud. De tal modo que existen poblaciones más sanas que otras, de acuerdo a su longevidad media.

En 2015 la OPS publicó un listado de los países de las Américas ordenado según la tasa de mortalidad infantil. El primero que aparece es Cuba con 4 defunciones por mil nacidos vivos, seguido por Canadá con 5 por mil y EEUU con 6 por mil. El cuarto lugar lo ocupa Chile con siete por mil, lo que representa un lugar destacado en el estado de salud de las Américas. No obstante, si miramos la distribución del ingreso entregado por el INE para 2017 en la Encuesta Suplementaria de Hogares, llegaremos a la conclusión que junto al progreso en salud existe una marcada desigualdad social. El percentil 10 es 17,3 veces mayor que el percentil 1 y más del doble que el percentil 9. La educación es un indicador que entrega una visión cercana al conjunto de las determinaciones sociales de la salud. Solo es superado por la calidad de la vivienda que, desafortunadamente, no siempre está disponible. Puede confirmarse que en el nivel de educación universitario de postgrado se quintuplica al ingreso del analfabeto. Y que la mujer percibe menor salario que los varones a partir de los 4 años de escolaridad chilena. En todas las comunas de Chile el promedio de escolaridad alcanza a los trece años lo que coincide con la mediana del ingreso señalada por el Instituto Nacional de Estadística, que revela que el promedio de escolaridad es similar para los varones y mujeres, a los trece años de escolaridad. Por eso, es mejor utilizar para los efectos de la comparación el porcentaje de población de 15 a 24 años matriculada en la universidad.

Las diferencias entre las comunas como Providencia y La Pintana aparecen entonces muy claramente. En tanto Providencia con 45 por ciento de los jóvenes en la universidad, aparece con una mediana de edad de las defunciones de 81 años, La Pintana con seis por ciento de sus jóvenes estudiando actualmente en la universidad ostenta una mediana de edad de 70 años. **Los ricos viven 11 años más que los pobres.**

A modo de conclusión

La propuesta de un sistema universal de salud descansa en la capacidad de la economía chilena para sostener un mecanismo que asegure la protección social básica de los residentes en este país, así como la prevención y reparación de la enfermedad, la prolongación de la existencia y una vida libre de días de enfermedad. No es un concepto socialista. Por el contrario, es un concepto liberal, creado por Beveridge, profesor de Oxford de clara orientación liberal, que propuso al Gobierno del Reino Unido en 1941 la creación de un sistema universal de protección y reparación de la salud, fundado en la capacidad del sistema capitalista de ese país para otorgar a su población una protección social y de salud básica y suficiente. Se dirigió a los empresarios para señalarles que no se trataba de aproximarse al socialismo soviético, sino que era una demostración de la fortaleza y capacidad del capitalismo. La adopción por el estado de los gastos de salud contribuía a aliviar los costos de producción, a aumentar la productividad y, con ello, la competitividad de la economía de Gran Bretaña en el mercado internacional.

La nueva Constitución debe reparar errores y ciertas “amputaciones administrativas” que reducen el derecho a la salud. Entre ellos, hay que volver a colocar a la atención primaria de salud como centro de gravedad de la estructura del sistema público, porque el hospital es el escenario de la enfermedad severa, que afecta a no más de un 9,5 % de la población al año, en contraste con la atención primaria de salud, que atiende a la mayoría de la población en el escenario de la salud y de la enfermedad de la vida cotidiana.

Tiene que dar cabida a la posibilidad futura de recuperarse de las ya mencionadas “amputaciones administrativas”, como por ejemplo la supresión de la formación de educadores para la salud y de la función educadora médico sanitaria, que garantiza cambios positivos en la conciencia de la población en forma permanente, con el fin de asegurar una existencia libre de días de postración y enfermedad, condición de la libertad y del óptimo desempeño social de los ciudadanos.

Los acontecimientos de octubre de 2019 demuestran que, si bien las coyunturas políticas son inestables, las tendencias al cambio social, cuando aparecen, permanecen para siempre.

Referencias bibliográficas

1. Valdivieso DR, Juricic TB. El sistema nacional de salud en Chile. The national health system in Chile [Internet]. s.d. [citado 25 de enero de 2023]; Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/14488>
2. Spaar H. Gesundheitspolitik des Capitalismus. Akademie für Ärztliche Fortbildung. Berlin; 1986.
3. Medina JT. Historia de la Real Universidad de San Felipe. Santiago de Chile: Imp. y Lit. Universo; 1925.
4. Chile. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. Autoriza al presidente de la República para suscribir acciones de la sociedad anónima sociedad constructora de establecimientos hospitalarios [Internet]. Ley 7874 oct 17, 1944. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
5. Bello A. Discurso pronunciado en la instalación de la Universidad de Chile el día 18 de septiembre de 1843. U. de Chile. Reseña histórica.

6. La asistencia médica del parto en Chile, 1834–1940. Santiago: Editorial Difusión.
7. Illanes MA. En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile, 1880–1973. 1a ed. Santiago: Colectivo de Atención Primaria; 1993.
8. Conversaciones en el exilio con descendientes de inmigrantes franceses llegados a Victoria desde 1875. Manuscrito
9. Vicuña Mackenna B. Médicos de Antaño en el Reino de Chile. Editorial Difusión; 1947.
10. Confederación de Trabajadores de Chile. Luis Emilio Recabarren Forjador de la unidad de los trabajadores. Santiago: CTCh; 1952.
11. Neumann S. Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum. Riess, Berlin: Verlag A.; 1847.
12. Virchow R. Mitteilunge ueber die in oberschlesien herrshende Typhusepidemie. Reimer Berlin: Verlag G.; 1847
13. Frerichs, R. “John Snow”. Encyclopedia Britannica, 12 Jun. 2022, <https://www.britannica.com/biography/John-Snow-British-physician>. Accessed 25 January 2023.
14. Ortiz Letelier F. El movimiento obrero (1909–1953) Ed. LOM. Santiago de Chile. 2005
15. Constitución política de Chile. Promulgada el 18 de septiembre de 1925. Edición Oficial. Santiago de Chile. Imprenta Universitaria; 1925
16. Chile. Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo. Decreto 34 [Internet]. Ley 4054 mar 3, 1926. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
17. Chile. Ministerio de Salud. Historia del Ministerio de Salud.
18. La medicina social y sus principios. Boletín médico de la Caja del Seguro Obrero. 1935, (17):3.
19. Allende S. La situación médico-social en Chile. Ministerio de Salubridad y Bienestar Social; 1939.
20. Concha JC. Conversaciones con el Presidente. Los servicios integrados de salud en el terremoto de Chillán. Manuscrito
21. Biblioteca Nacional de Chile. Memoria Chilena. Ley de Defensa Permanente de la Democracia [Internet]. Memoria Chilena. [citado 26 de enero de 2023]. Disponible en: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-94088.html>
22. Chile. Ministerio de Salubridad. Previsión y Asistencia Social. Crea el Colegio Médico de Chile, que se registrará por las disposiciones que indica [Internet]. Ley 9263 dic 10, 1948. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
23. Chile. Ministerio de Salud Pública. Fija el texto refundido del estatuto para los médico-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas [Internet]. Ley 15076–Decreto 367 ene 8, 1963. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile>
24. Las primeras 40 medidas. Programa de la Unidad Popular, Editorial Prensa Latinoamericana; 1970.
25. World Bank. Financing health services in developing countries; an agenda for reform. Washington: World Bank.; 1987
26. World Bank. World Development Report 1993. Investing in Health. New York: Oxford University Press; 1993