



Gestación e Implementación de las Políticas Neoliberales en Salud: Una Aproximación a la Despotenciación de la Vida. Chile 1973-1989

Claudio Merino Jara ¹
Cristian Tejeda Gómez ²
Cristian Ojeda Rodríguez ³

RESUMEN

El 11 de septiembre de 1973 inicia la dictadura militar en Chile prolongándose hasta los primeros meses de 1990. Considerando ese proceso histórico, nuestro trabajo analiza la transformación del sistema de salud chileno. A través del análisis de los discursos presidenciales de Augusto Pinochet, se aborda la historia social de Chile 1973-1989, con la finalidad de comprender desde las políticas públicas de salud la re-estructuración del Estado y la asunción de las prácticas económicas neoliberales en el campo sanitario. Nuestro trabajo concluye que la intervención militar de 1973 constituyó un ejercicio radical de la despotenciación del cuidado colectivo de la vida, no sólo por la reestructuración-metamorfosis que experimentó la relación Estado-Pueblo, vía políticas sociales, sino por las consecuencias inmediatas en materia de vulneración de derechos humanos y la consolidación de un sistema de protección social sanitario mediado por la capacidad de pago del consumidor.

Palabras Clave: Salud Pública; Neoliberalismo; Dictadura; Chile.

¹ Doctor en Ciencias Humanas, Departamento de Salud, Universidad de Los Lagos. claudio.merino@ulagos.cl

² Doctor en Ciudadanía y Derechos Humanos. Departamento de Educación, Universidad de Los Lagos. cristian.tejeda@ulagos.cl

³ Magíster en Ciencias de la Educación, Universidad de Los Lagos. cristojeda14@gmail.com

El 11 de septiembre de 1973 inicia la dictadura militar en Chile prolongándose hasta los primeros meses de 1990. Considerando ese proceso histórico, nuestro trabajo analiza las políticas sociales en salud gestadas e implementadas durante la dictadura cívico-militar. La metodología de trabajo se despliega a través del Análisis del Discurso de los mensajes Presidenciales de Augusto Pinochet publicados en la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, abordando el período desde 1973 hasta 1989. Este corpus de estudio se complementa con actas de la Junta Militar que abordan lineamientos de salud, así como su programa de gobierno (liberado íntegramente en la década de 1990 por el Centro de Estudios Públicos). En este contexto se analizan las condiciones de posibilidad y de emergencia de las prácticas discursivas del Régimen Militar, el cual, en contexto de dictadura utiliza distintas tácticas de gobierno para implementar una revolución económico-social que, implicará transformaciones profundas en las políticas sociales de salud.

El desarrollo de nuestro trabajo se divide en dos periodos, el primero, la fractura de 1973 y la aniquilación del Estado de protección social, enfatiza las primeras acciones del régimen militar para gestar las bases del modelo neoliberal en construcción, es decir, genera las condiciones de posibilidad para la re-estructuración de la relación Estado-Pueblo, vía políticas sociales, consolidando la doctrina de la seguridad nacional como despotenciación de la vida⁴. El segundo apartado, “la instalación del modelo”, da cuenta de los principales cambios en las políticas públicas sanitarias en Chile: la eliminación del Servicio Nacional de Salud, (institucionalidad pública implementada en 1952 y reformada en 1979); la creación de las Instituciones de salud previsional (Isapres), la municipalización de la salud y la consolidación de la soberanía del consumidor.

En su último mensaje presidencial Augusto Pinochet, aludiendo a su derrota en el plebiscito de 1988, planteaba la encrucijada respecto del escenario político que se configuraría posterior a las elecciones de 1989 –la continuidad de sus políticas económico sociales- o el cambio y regreso a las políticas de corte social. Desde la perspectiva histórica, la encrucijada o punto de inflexión sigue abierto: la posibilidad del despliegue de las acciones para potenciar/despotenciar la vida, o una política resguardada por el Estado como garante del cuidado colectivo.

LA FRACTURA DE 1973 Y LA ANIQUILACIÓN DEL ESTADO DE PROTECCIÓN SOCIAL

A principios de la década de 1990 Chile experimentaba una oportunidad de inflexión para reformar las directrices fundantes de la dictadura militar, la salida de Pinochet permitía soñar distintas posibilidades gubernamentales y ciudadanas. En aquello inmediato, la reparación de derechos humanos,

⁴ Evidenciándose la doble figura Estado policía-Estado policiaco.

la aplicación de sanciones legales en el marco de crímenes amparados en el permanente Estado de Excepción. La violación sistemática de derechos humanos, sustentado en la excepción de garantías constitucionales consolidó la fractura social en Chile, dividiendo a la sociedad en amigos y enemigos. El relato de la “extirpación de la amenaza marxista” que, entre otros factores, validaron la irrupción del golpe armado al Estado, facilitó la paranoia colectiva en la que cada ciudadano era un potencial enemigo, afectando la cohesión social y los lazos de solidaridad, al mismo tiempo, se fortaleció –al menos en lo comunicacional- la omnipotencia que aspiraba el régimen militar respecto del control absoluto de la seguridad interna del territorio, al instalar en el colectivo el virtual dispositivo móvil de denuncia, en el que cada ciudadano era parte del engranaje del panóptico social aliado a la dictadura. De esta forma, la táctica militar funcionaba en el formato de guerra interna, donde los aliados actuaban coherentemente con los principios de reconstrucción nacional, es decir, a) fortaleciendo la productividad como mecanismo para el financiamiento de la guerra interna y la seguridad nacional; b) eliminación del Estado productor y de seguridad social, c) fortalecer el sector privado; y d) facilitar la libertad individual mediante la competencia y elección de consumo. Estos pilares se observan esbozados en el primer discurso de la Junta Militar en 1974, titulado “Un año de reconstrucción”. Señala Augusto Pinochet:

El país, desde el más modesto trabajador, hasta los compatriotas con las más altas responsabilidades, ha reaccionado aportando su esfuerzo en una acción ejemplarizadora para las futuras generaciones, que sabrán del aporte individual y colectivo que todos hemos dado para nuestra Patria. Esta actitud y sus resultados comprometen el reconocimiento del Gobierno. Más tarde, será la historia la que establezca cómo los chilenos enfrentamos un enemigo poderoso, vencimos la destrucción en que se nos había sumido y, unidos, iniciamos el camino para hacer de Chile nuevamente una Nación fuerte y respetada. (Pinochet 1974, p.2)

El relato de la construcción nacional, bajo la lógica del amigo-enemigo, factor clave para el fortalecimiento del Gobierno como catalizador de la recuperación de una nación fuerte y respetada, exigía entre otras cosas el silenciamiento de la oposición y de los grupos disidentes al gobierno militar, esto se tradujo en grave vulneración de los derechos humanos, despotenciación de la vida materializada en represión armada que significó a nivel simbólico y operacional el uso de la violencia de Estado ejecutada sin medida para silenciar y exterminar a toda persona que pueda potencialmente ser oposición al gobierno⁵. Sólo entre “1973 y 1974, 30.000 chilenos son asesinados, 681 chilenos sufren la detención-desaparecimiento. Entre 1973 y 1975, 42.886 chilenos son encarcelados” (Colegio de Asistentes Sociales de Santiago de Chile 1988, p.80). Herida que, en la actualidad no cicatriza, principalmente por los pactos

⁵ La maquinaria de muerte desplegada en dictadura solo distinguía entre amigos y enemigos, aplicando perfectamente el racismo de Estado como práctica negativa del ejercicio biopolítico. Conmovedores son los testimonios de niños vulnerados, enjuiciados, desaparecidos y asesinados en dictadura. Antecedentes de las prácticas de terrorismo de Estado se pueden constatar en el Museo de la Memoria y los Derechos Humanos, Santiago de Chile. <https://ww3.museodelamemoria.cl/>

de silencio de los grupos de poder que impiden avances significativos en materia de reparación de derechos humanos. El punto de inflexión aún queda pendiente.

La autocensura del rol productivo del Estado y su retroceso en materia de garantías sociales, se desarrolló de forma mucho más sofisticada y táctica que las prácticas tanatopolíticas del régimen militar. La gestión gubernamental del “*medio*”, permitió las condiciones de posibilidad para realizar la transformación estatal de garante-protector a Estado subsidiario-neoliberal, cambio sustentado en el principio económico liberal del ejercicio de la competencia, como un bien que se debe preservar y garantizar para mantener la economía acorde a las expectativas de crecimiento y desarrollo nacional. Antes de 1973 el Estado concentraba la mayor cantidad de horas contratadas de profesionales de salud (Oyanguren 1962), hecho que era extensivo a nivel de especialidades, infraestructura e inversión, esto desde una óptica liberal, impedía la iniciativa privada, actuando el Estado como monopolio natural, provocando la consecuente fobia estatal (Foucault 2010) que se agravaba en base al argumento de la ineficiencia administrativa en la gestión de recursos, debido a la centralización, burocracia y en especial, la inyección de recursos sin la focalización técnica adecuada para garantizar eficiencia en la distribución de beneficios en los segmentos económicos con mayor pobreza. En virtud del “resguardo” de la riqueza nacional, se creaba el *milieu* propicio para crear un ambiente artificial, acorde a las directrices económico-político-sociales de la Dictadura, artificio que es conectado a las variables naturales que emergen en 1975-76 y 1982-83, cuando ocurren dos grandes recesiones económicas que afectan a Chile. En base a estas condiciones naturales, la dictadura crea el artificio de la “reconstrucción nacional”, sustentado en el resguardo de la integridad económica, demandando a la sociedad y en especial a los trabajadores, un esfuerzo y sacrificio para superar la “catástrofe” heredada de la Unidad Popular⁶.

Nuestra obra no ha estado exenta de sacrificios ni de exigencias. Primero fue necesario superar las funestas consecuencias de la administración marxista –un país desquiciado y arruinado–; más tarde, debimos enfrentar la crisis del petróleo y la baja del precio del cobre; finalmente, desde 1981, encaramos la segunda recesión mundial del siglo, considerada la más profunda, violenta y persistente, que nos ha obligado a adecuarnos a una nueva realidad de menores ingresos. (Pinochet 1983, p.6)

Bajo el artificio de la reconstrucción nacional el régimen militar realiza un drástico recorte presupuestario en políticas sociales, lo que se traduce en una reducción del gasto fiscal. Como señala Hevia (1988) en 1970 la participación del sector salud en el gasto fiscal equivale al 18,9%, en 1984 la

⁶ Coalición de gobierno que implementó una revolución socialista con fuerte participación de las bases sociales, siempre operando coherente al marco constitucional, vía chilena al socialismo que sustentó el accionar del Estado para realizar transformaciones al capitalismo dentro del mismo capitalismo, no obstante, incorporando matices en el crecimiento económico a través del desarrollo social-cultural de la población.

Claudio Merino Jara; Cristian Tejeda Gómez; Cristian Ojeda Rodríguez

inversión estatal a través de un progresivo ajuste presupuestario corresponde a 7,8%, la variación negativa de la inyección de recursos entre los periodos 1970-84 en salud fue de un 28,2%.

La participación del Estado como actor garante de la seguridad social, fue modificado por el proyecto refundacional político-neoliberal. Autocensurado, el propio Estado mutó a una lógica subsidiaria, focalizando los recursos en aquellos sectores más pobres de la población, segregando derechos sociales paulatinamente adquiridos desde la década de 1920. Posterior a la aniquilación del Estado de Bienestar, el nuevo relato de la subsidiariedad cubría el amplio espectro de la realidad sanitaria: a nivel macrosocial la recesión económica ocurrida el segundo quinquenio de la década de 1970 y a principios de los años 1980, permitía consolidar los argumentos técnico financieros para justificar el recorte presupuestario en políticas públicas; a nivel microsociales, el despliegue de dispositivos, permitía en la práctica ejercer en el domicilio de los grupos familiares la re-educación respecto del beneficio mediado por criterio técnico, hegemonizando la comprensión del bienestar como resultado de una acción individual y no como garantía pública; un bien escaso, no un derecho. Consolidando la política amigo-enemigo, mediante la pugna de la satisfacción de necesidades como salud, educación y vivienda; el punto de inflexión para potenciar la vida queda zanjado, la colectividad como concentración de potencia de la vida, es soterrada bajo el precepto de la des-inversión como norma. Como señala Illanes (1991, p.302):

El Estado, en este modelo, sólo entra a jugar un papel político y policíaco para la clásica liberación de obstáculos que pudiesen interponerse al mercado en su movimiento de libre despliegue y hegemonía. Respecto de su función social, el Estado, en esta etapa de la modernidad libre-mercantil, asume el rol de pseudo-caritativo para con los “indigentes” o de extrema pobreza.

Si bien Chile constituye un caso radical de la neoliberalización de las políticas sociales, cabe señalar que el desplazamiento de las políticas de salud estatal hacia las prácticas sanitarias libre-mercantiles, acontecen como fenómeno global que, según los distintos territorios se materializará sincréticamente con las identidades socio-culturales locales, adquiriendo materialidad histórica a través del Consenso de Washington a finales de la década de 1980. Canalizadas por intermedio de reformas, se orientarán en América Latina lineamientos de racionalización económica para reducir la pobreza, además de la “*liberación de los mercados y del sector financiero, la minimización del Estado a través de la privatización de empresas públicas, y la apertura del sector servicios a la racionalidad del mercado, incluyendo salud*” (Villasana 2010, p.33). Como señala Cueto (2015) las políticas económicas neoliberales para los países en desarrollo fueron catalizadas por el Consenso de Washington, fortaleciendo el papel del mercado sobre el Estado, delegando a este una estructura mínima encargada de la seguridad pública. La reducción del Estado como actor garante del bienestar social, afectó áreas prioritarias para el desarrollo humano como salud,

educación y vivienda. En el sector salud, señala Ugalde (2007) se agravó el deterioro de los servicios de atención de salud producto de la devaluación de las monedas locales y la reducción del gasto público. En todo caso, este fenómeno no ha ocurrido de forma homogénea, depende de la correlación de fuerzas sociales, las instancias democráticas y el desarrollo institucional de cada país. Existiendo casos polarizados en América Latina que se materializan “entre el modelo de la privatización de seguridad social (Chile) y el modelo de creación de un sistema de seguridad público universal (Brasil-Costa Rica⁷)” (Fleury 1998, p.15). En el caso Chileno, la reducción y administración de recursos escasos, requirió de una serie de dispositivos técnicos para diferenciar y estratificar socioeconómicamente a la población, se elaboran distintos instrumentos de caracterización socio-económica que permitirán discriminar los grupos prioritarios de aquellos que no “necesitarían la ayuda estatal”, la puesta en acción de dispositivos en esta línea oscilan desde la aplicación de encuestas en domicilio, visitas domiciliarias para constatar en terreno el nivel de pobreza-miseria de los solicitantes, así como evaluaciones psico-sociales para determinar el grado de vulnerabilidad de los grupos familiares; de esta forma, para acceder a prestaciones gratuitas de salud o reducir el costo total de la prestación, la familia y sus integrantes deben exponer sus condiciones de vida a la evaluación de un tercero, que mediante juicio técnico y la aplicación de una serie de instrumentos sanciona la entrega o rechazo del beneficio.

Cabe señalar que el proyecto refundacional económico-político que transforma el progresivo Estado-Protector en construcción, no inicia con el golpe armado al Estado el 11 de septiembre de 1973. Siguiendo la línea de investigación de Ortega (2014) se puede argumentar con datos plausibles, que la gestación de la revolución neoliberal chilena se comienza a gestar desde mediados de la década de 1950, propiciando la implantación de un modelo económico basado en el mercado como principal motor del desarrollo y asignador de recursos. El “Proyecto” cuestionaba los lineamientos de desarrollo implementados en Chile desde la década de 1930 y se intentó implementar por la vía democrática en 1969; con el triunfo electoral de Allende un sector importante del empresariado, académicos y de la

⁷ En el caso de Costa Rica, señala Behm (2011, p.234) respecto del quinquenio 1970-75, la esperanza de vida al nacer alcanza a 68,2 años (Constituyendo uno de los países con mejores indicadores sociales para ese período), debido a una sostenida política de desarrollo en materia de educación y salud, entre otras cosas, producto de una exitosa huelga bananera en 1930. En el caso de Brasil, como refiere Silva Paim (2013) la propuesta del SUS se vincula a una idea central, todas las personas tienen derecho a salud, no obstante, el Sistema Único de Salud no logra ser eficiente y efectivo para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida, si es considerado los niveles de desigualdad, pobreza y violencia en Brasil. Aspecto que se complejiza debido al grado de segmentación del SUS al convivir con otras carteras e instituciones. No obstante, un aspecto relevante en la emergencia del SUS, corresponde al papel desarrollado por los movimientos sociales y la búsqueda de la protección social universal, campo político en disputa, debido a que en “la lucha ideológica por la construcción de la salud como un valor público hay un retroceso importante, en el cual la salud pasa a ser vista como un bien de consumo, y más aún, como un modelo de consumo caracterizado por la ausencia de dolor y del sufrimiento” (Fleury 2007, p.153)

armada, catalizará por la fuerza más que la razón, las condiciones políticas para derrocar a Allende e implementar bajo dictadura los cambios económico-sociales del modelo neoliberal⁸.

LA INSTALACIÓN DEL MODELO

Chile enfrenta hoy el desafío de configurar una nueva institucionalidad, capaz de dar forma a una nueva democracia. Ante el imperativo de responder eficazmente a la amenaza marxista, que no constituye meramente una filosofía intrínsecamente falsa y amoral, sino que además se ha convertido en una agresión permanente contra los pueblos libres por parte del imperialismo soviético, surge la necesidad apremiante de reemplazar la neutralidad ideológica del viejo Estado liberal, por una doctrina fundamental que el Estado de Chile asuma como parte consustancial de su propia existencia. Sobre tales principios, la nueva institucionalidad avanza en la búsqueda para el momento actual, de un equilibrio entre el desarrollo de los derechos de las personas, una creciente participación de la comunidad organizada, y un régimen de autoridad que confiera al gobernante las facultades que hoy se requieren para derrotar a las fuerzas subversivas del caos, y neutralizar la obra desquiciadora de la demagogia, que el totalitarismo rojo utiliza para debilitar las sociedades que aspira dominar. La promulgación de las Actas Constitucionales sobre las bases esenciales de la Institucionalidad Chilena, sobre los Derechos y Deberes Constitucionales, y sobre los Regímenes de Emergencia, como asimismo la creación y puesta en marcha del Consejo de Estado, constituyen hitos que estos últimos doce meses registran en el proceso de elaboración gradual de la nueva institucionalidad. (Pinochet 1976, p.2)

A principios de la década de 1980 se promulgaba la nueva constitución forjada en dictadura, con ella, se implementaban cambios estructurales en materia de seguridad social, un año antes, se eliminaba el Servicio Nacional de Salud (SNS) y se consolidaba la descentralización sanitaria vía municipalización de consultorios y postas rurales. Se crean las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), se fortalece el emprendimiento empresarial en salud a través de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), y prácticamente finalizando la dictadura se emite la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza, promulgada el 7 de marzo de 1990. La relevancia de estas transformaciones en materia de seguridad social permitirán configurar una nueva relación Estado-Pueblo que, durante la primera fase de la dictadura se manifestó en represión, modificación del gasto social a través de la subsidiariedad del Estado y en el discurso amigo-enemigo, lo cual, entre otros factores constituyó al decir de Moulián (2002) un escenario difícil de interpretar por la intelectualidad de izquierda que, inicialmente tradujo la intervención militar como un elemento relevante, que no significaba una transformación profunda de la sociedad, no obstante, los cambios gestados e

⁸ Como ejes relevantes para la articulación del modelo refundacional económico-neoliberal, Ortega (2014) señala: a) la intervención de la inflación a través de la Misión estadounidense Klein-Saks, b) la consolidación del convenio entre la Universidad Católica de Chile y la Universidad de Chicago y c) el giro político-social que experimentó la SOFOFA (Sociedad de Fomento Fabril), catalizado a través de críticas profundas al modelo económico de la época. Estos elementos, conjugados mediante una compleja red de relaciones se concretan en un programa de gobierno para Jorge Alessandri, truncada esa opción, comienza a circular la idea de una intervención militar, bajo un círculo de académicos de la Universidad Católica, sectores del empresariado y de la Armada, la propuesta ideológica-técnica del Golpe de Estado se fundamenta en las “Bases de la política económica del Gobierno Militar chileno”, conocido como el Ladrillo. Un análisis meticuloso del proceso se puede ver en Martínez (2014).

implementados durante el régimen militar permitirán la instalación del modelo económico neoliberal y con ello, se configuran las bases de la sociedad chilena y las formas de relación social contemporáneas.

¿Qué relevancia tiene la segunda fase de la dictadura en la configuración del campo de las políticas públicas en salud de Chile? Una consecuencia inmediata, fue la eliminación del Estado de Bienestar⁹, aniquilando con ello el desarrollo progresivo de políticas sociales orientadas a potenciar la calidad de vida de la población, que significaron desde la década de 1920 un importante motor para el proyecto de modernización e industrialización productiva con fuerte incidencia estatal a través de la inversión en capital humano (Merino 2016). Cabe señalar que antes de 1920 la presencia del Estado en materia de políticas sociales era deficiente, como consecuencia, la calidad de vida de un amplio sector de la población estaba profundamente dañado, con altas tasas de mortalidad infantil, entre 1891-92 (312 por mil), en 1906 (327 por mil), en 1908 (317 por mil) (Illanes 2006), respecto de la mortalidad general el panorama no era muy alentador, en 1885 nacieron en Chile 61.965 personas, ese mismo año murieron 66.818 (Illanes 2010), en 1922 la esperanza de vida al nacer en hombres era de 30 años y en las mujeres 32 años (INE¹⁰ 1997). Estos problemas sociales obedecían a falencias estructurales de la sociedad chilena como consecuencia de un Estado ausente en materia de seguridad social, hecho del cual la elite económica y política de la época estaba en conocimiento, pero que interpretaba como problemas asociados al alcoholismo y mala raza de la clase asalariada, un hecho significativo que agravaba el problema, radicaba en la constitución liberal sobre las cuales estaba edificada la sociedad chilena, el cuidado de la vida e integridad de los cuerpos estaba en manos de la familia y el individuo, el Estado no se debía responsabilizar de problemas que correspondían al ejercicio libre e individual de cada persona. Las ausencias de garantías sociales se expresaron en otras áreas, las más relevantes respecto a la determinación social de la salud estaban vinculadas al ámbito laboral.

En Chile en esta época se puede decir que no existía ningún tipo de previsión social, salvo la que se proveían los propios trabajadores a través de sus sociedades mutuales y otro tipo de organizaciones. No hubo tampoco, sino hasta 1916, ninguna legislación sobre accidentes del trabajo. Tampoco se había legislado sobre la duración de la jornada de trabajo, que podía fluctuar entre 9 y 12 horas diarias e incluso más. Y el trabajo de niños y mujeres carecía de todo tipo de reglamentación, a pesar de que en conjunto representaban alrededor del 30% de la fuerza de trabajo. En fin, como es sabido, en Chile se careció hasta 1924 de todo tipo de legislación que regulara las relaciones de capital-trabajo. Recién este año se dictaron las primeras leyes laborales que fueron ampliadas y refundidas luego en el código del trabajo de 1930. (Garcés 2003, p.99)

⁹ La crítica respecto de las políticas desarrolladas por el Estado de Bienestar, no acontece exclusivamente en Chile. Ya sea por vía armada, democrática o por la influencia de organismos transnacionales, las acciones orientadas a lograr el bienestar de la población gradualmente son expropiadas como función exclusiva del Estado (Barba 2007) y gradualmente son incorporadas a la agenda de organismos internacionales, otorgando un rol preponderante al mercado, como entidad reguladora del bienestar social. (Banco Mundial 1993; Banco Mundial 1998; Ugalde 2007; Mattos 2011)

¹⁰ Instituto Nacional de Estadísticas. Chile.

Claudio Merino Jara; Cristian Tejeda Gómez; Cristian Ojeda Rodríguez

El progresivo Estado de bienestar implementado gradualmente desde la década de 1920 significó un avance sistemático en materia de resguardo de los derechos humanos, para el período 1969-70 la esperanza de vida de los chilenos correspondía a 61 años y la población había incrementado de 3.701.905 en 1920 a 9.569.631 en 1970 (INE 1997). En el caso de la mortalidad infantil, los programas vinculados a la alimentación complementaria al niño y las campañas de vacunación fortalecieron el sistema escolar y la seguridad vital, acciones de prevención dirigidas a la díada madre-niño, impactando significativamente en la reducción de la mortalidad infantil. Aludiendo a las medidas orientadas al mejoramiento de la infraestructura e higiene ambiental, Allende en su segundo mensaje presidencial, se refiere al impacto de las políticas dirigidas al bienestar de la población y su relación con la reducción de la mortalidad infantil.

Las medidas realizadas, complementada con el mejoramiento de la higiene ambiental en numerosos núcleos urbanos permitieron una substancial reducción de la tasa de mortalidad infantil, la que bajó de 79,3 defunciones por 1000 nacidos vivos en 1970 a solamente 71 defunciones para el mismo concepto. Con esta acción se salvaron 2.334 vidas adicionales respecto de los promedios de años anteriores (Allende 1972)

El relevante esfuerzo de la institucionalidad sanitaria chilena, complementado con las políticas orientadas a la regulación del trabajo, alfabetización y mejoramiento en las condiciones de viviendas de la clase obrera y del conjunto de la población, significaron desde la década de 1920 a 1973 cambios profundos en el bienestar social. La presencia de un Estado activo en materia de salud pública, permitió gradualmente avanzar en la protección de derechos sociales, incrementándose exponencialmente con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, unificando bajo un solo criterio rector la Dirección General de Sanidad, la Dirección Nacional de Protección a la Infancia, los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social, los Servicios Médicos de la Caja de Accidentes del Trabajo y Caja del Seguro Obligatorio, los Servicios Municipales y el Servicio Nacional de Empleados (Sermena). Se articulaba una visión estratégica unitaria que permitía tácticamente enfrentar los problemas de salud de la población, sin impedir con ello, un enfoque territorial a través de los consultorios y postas rurales que se nutrieron de jóvenes profesionales de la salud que, a través de la figura de los Médicos Generales de Zona, contribuyeron a descentralizar y a desconcentrar el recurso humano de las grandes ciudades. El Servicio Nacional de Salud, constituyó la figura sanitaria más importante en Latinoamérica, destacando además la convicción de un grupo de salubristas que intentaron abordar las políticas sanitarias desde otros campos relativos a la realidad social (Apráz 2010), los trabajos de Alejandro del Río, Eduardo Cruz-Coke, Salvador Allende, Gustavo Molina, Benjamín Viel, entre otros, facilitaron el despertar de una conciencia social sanitaria que tendrá impactos importantes en las políticas desplegadas desde 1924 y que, bajo los gobiernos de Frei Montalva y Allende, adquirirá mayor protagonismo. Señalaba Viel “la

Claudio Merino Jara; Cristian Tejeda Gómez; Cristian Ojeda Rodríguez

medicina socializada no puede ser un programa independiente sino parte integrante de una acción conjunta destinada a mejorar el destino del hombre” (Viel 1964, p.62), esta acción conjunta, se observa en el incremento en el aporte en la alimentación de los niños, en 1952, se distribuían 14.100.000 litros de leche, en 1961 la contribución a la nutrición infantil se incrementó a 67.818.090 litros (Jiménez 1962), respecto de la población alfabetizada, en 1920 el 57% de los hombres y el 49% era alfabeto, en 1970 el 90% de los hombres y el 89% de las mujeres declararon saber leer y escribir (INE 1997).

El avance gradual y progresivo en materia de seguridad social, como potenciación de la vida, se interrumpirá de forma violenta, graficado simbólicamente con el bombardeo a la Moneda. Incendiada y derrumbada, la institucionalidad que progresivamente avanzaba hacia una sociedad de derechos, se minimiza para tomar como bandera de lucha la libertad individual y la competencia como motor de crecimiento. Desde esta concepción los bienes de consumo como educación, salud y seguridad constituyen el insumo básico y fundamental para garantizar competitividad en la persona, capital humano, que debe ser fortalecido según libertad de consumo, el rol del Estado, ahora juez y garante del libre juego de oferta y demanda, favorecerá las condiciones y regulaciones para el despliegue del sujeto-empresa que, progresará en virtud del mérito y de la necesaria inversión contenida en él, valor que el nuevo Estado procurará resguardar como principio básico para la construcción del nuevo Chile.

Hemos procurado superar el estatismo centralista para reemplazarlo por un Estado subsidiario que fomenta la libre iniciativa de las personas, pero que, al mismo tiempo, está profundamente comprometido con la justicia social y la preocupación efectiva y eficiente por los sectores más necesitados [en consecuencia, hemos respetado y promovido el esfuerzo y el trabajo abnegado de cada chileno! (Pinochet 1989, p.10)

El respeto al trabajo abnegado de cada chileno, el resguardo a la iniciativa privada en el Estado subsidiario o de desinversión social, se tradujo en restricciones presupuestarias que afectaron negativamente la calidad de vida de las personas, carencia de protección social, que significó que en 1989 el 45% de las familias chilenas estuviera técnicamente caracterizada como pobre, para el caso de las familias santiaguinas, como refiere Ffrench-Davis (2014), la radicalización de una política económica regresiva favoreció la disminución en la participación en el consumo en 12,6% de los grupos familiares segmentados en los quintiles I y II¹¹, por el contrario, las familias con mejores ingresos incrementaron su participación real en un 54,9% en 1988, dato que revela que las desigualdades sociales derivadas de la distribución inequitativa de los ingresos, se incrementaron durante el período de la dictadura militar como resultado de sus singulares políticas económico-sociales.

¹¹ Clasificación según Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional. CASEN.

La despotenciación de la vida se expresó en políticas sanitarias orientadas a generar reformas estructurales en materia de salud pública, proceso que inicia con la persecución, encarcelamiento y exterminio de todos los funcionarios que mantenían cercanía con el Gobierno de la Unidad Popular o realizaban acciones sanitarias “progresistas”, interpretadas por la Dictadura como intervenciones de corte marxista¹², un segundo momento –menos inmediato- fue la elaboración de la Doctrina y Política Nacional de Salud, dirigida por el Ministro de Salud, el Coronel(s) de Aviación Alberto Spoerer Covarrubias en noviembre de 1973. En este documento conocido como Acta N° 90, se delimitaba el rol que le correspondería al Ministerio de Salud en coherencia con: los lineamientos generales de la subsidiaridad estatal, fomento de las entidades privadas de salud y aquellas dirigidas a respetar la libertad de consumo. Respecto de las medidas relativas a los reajustes de la inversión sanitaria, se paralizaban “una serie de obras cuya construcción estaba orientada funcionalmente a satisfacer anhelos políticos con un dispendio de medios materiales que ocasionaban un marcado deterioro en áreas en las que efectivamente se necesitan” (Junta de Gobierno 1974, p.3), priorizando en políticas de atención primaria en recintos de baja complejidad técnica, en infraestructura y especialidades, lo cual, implicaba una reducción importante del gasto y que se materializaba en la restauración y construcción de consultorios - postas rurales. Según Augusto Schuster (Asociación de Isapres 1989) – Ministro de salud subrogante – al año 1988, la red sanitaria nacional contaba con 369 consultorios y 1034 postas rurales, infraestructura dirigida principalmente a cubrir la demanda de la población pobre.

El fomento del sector privado experimentó su apogeo en la década de 1980, antes de 1973 el Servicio Nacional de Salud fue la entidad sanitaria más importante en América Latina, en Chile ostentaba el predominio de la mayor cantidad de horas de profesionales de salud, el sector privado institucionalizado utilizaba principalmente recurso humano técnico o paramédico, finalmente, existía un número reducido de familias que costeara la atención privada de salud a través de la figura del médico de cabecera u otro profesional que atendía en domicilio. Desde la óptica de la elite económico-militar, la participación privilegiada del Estado, como actor relevante en materia de salud pública era considerado poco eficiente en la asignación de recursos, al mismo tiempo, impedía la iniciativa privada para que actores económicos prestaran servicios sanitarios, como consecuencia, las personas no podían elegir libremente su atención de salud. Por esta razón, el propio Estado minimizó su rol como garante de la salud pública reduciendo los recursos fiscales para este ítem, no sólo, en inversión, sino en mantención de la capacidad instalada hasta 1973, lo cual significó, despidos masivos de funcionarios de

¹² Experiencias relatadas en primera persona de este proceso se pueden rescatar en el Libro Calbuco, Castro y Quellón. 1962-1973 (Carvajal et al. 2007).

Claudio Merino Jara; Cristian Tejeda Gómez; Cristian Ojeda Rodríguez

salud, recorte presupuestario para compra de materiales e insumos hospitalarios, financiamiento a la iniciativa privada y la implementación de la modalidad de libre elección¹³.

Es política de este Ministerio la supresión de toda idea de un “Servicio Único de Salud” (...) Este Ministerio; respetuoso del espíritu libertario de la ciudadanía, promoverá la existencia y funcionamiento de instituciones de salud, tanto públicas como privadas, así como el libre ejercicio de las respectivas profesiones del equipo de salud. (...) Se asegurará la libertad de elección de las instituciones de salud y profesionales para el cuidado de la salud de la población, de acuerdo a sus posibilidades individuales y/o previsionales garantizando la calidad y eficiencia de la atención. (...) Considerando la escasez de recursos humanos, de equipos y de consumo médico, se promoverá un esfuerzo mancomunado de la población y del Estado para desarrollar Servicios de Atención Médica simplificada. (...) En competencia con la cadena nacional de establecimientos asistenciales del SNS; interesa desarrollar otra cadena de establecimientos asistenciales privados: clínicas privadas de mutuales de seguridad. Dentro de esta cadena de establecimientos privados Sermena podría destinar a construcciones asistenciales un % (*dato borrado en el documento*) de sus fondos de medicina curativa de modo de construir establecimientos y aportarlos a sociedades con mutuales de asistencia médica curativa de modo que se incremente el número de clínicas administradas por mutuales privadas, asegurando una mejor gestión administrativa y desburocratizada. (Junta de Gobierno 1974, p.12)

Los cambios más relevantes de los lineamientos de la Doctrina y Política Nacional de Salud se concretarán en 1979 con la eliminación del SNS, dando lugar a un sistema descentralizado de Sistemas de Servicios Nacional de Salud (SSNS) y el traspaso de las postas y consultorios a la administración municipal, cambios que favorecerán la desarticulación de una política sanitaria nacional, debido a que cada municipio tendrá la potestad para administrar la salud de su comuna en coherencia a los lineamientos técnico, políticos y administrativos territoriales, esto agravó la desigualdad entre municipios, debido a la diferencia de ingresos, afectando la estandarización de remuneraciones, seguridad laboral, mantención e inversión en la red municipal de salud y concentración de recurso humano en los municipios más ricos, lo cual, mermó profundamente la calidad de vida y seguridad sanitaria territorial. Otro elemento a considerar, es que las corporaciones municipales en el período estudiado, se proyectaban en el mediano plazo como organismos de índole privado, en este caso, la política de descentralización de salud municipal obedecía a una lógica de privatización administrada en organismos intermedios, debido a que las corporaciones municipales se rigen por el Decreto Ley 2.200, al igual que las empresas privadas y sus trabajadores. No obstante, la mayor contradicción en la municipalización de la salud, se evidenciaba en el sistema piramidal y jerárquico de la dictadura militar, los alcaldes eran designados directamente por el Jefe Supremo de la Nación Augusto Pinochet, con ello, la representación local en la práctica constituía un dispositivo de las prácticas represivas de la dictadura, más no un ejercicio democrático de los gobiernos locales.

¹³ Con el retorno a la democracia la coalición de Gobierno Concertación realizaba un catastro del recurso humano en salud, existía un déficit de 11.000 funcionarios públicos. (Merino 2016)

Claudio Merino Jara; Cristian Tejeda Gómez; Cristian Ojeda Rodríguez

La Constitución de 1980 señaló en su artículo 25 transitorio que hasta marzo de 1989 todos los alcaldes serán designados directamente por el presidente de la República. De este modo, la verticalidad y la jerarquización permean toda la dinámica municipal. La participación real de la comunidad local no existe, ya que el alcalde mira y responde frente a la autoridad superior en vez de hacerlo ante la comuna y sus habitantes. (Hevia 1988, p.10)

A través de la municipalización de la salud, la eliminación del Servicio Nacional de Salud y la reducción presupuestaria de la salud pública, perjudicó letalmente a los hospitales de la red sanitaria nacional; los otrora edificios que concentraban la mayor cantidad de horas profesionales de salud estaban convertidos al final de la dictadura en infraestructura marchita. *“El rostro más nítido de la política de des/igualdad implementada durante la dictadura cívico-militar se reveló en el deterioro alcanzado en la institucionalidad pública de salud al finalizar la década de 1980: imágenes dantescas de la ruina de los hospitales se pudieron observar a televisión abierta”* (Illanes 2016¹⁴), estas imágenes contrastaban con las elegantes clínicas y los centros de salud privado, que a finales de la década de 1980, constituían la proyección del nuevo Chile que se había gestado en las transformaciones neoliberales de 1973. Las políticas de apoyo estatal a las empresas de salud privada, permitieron el crecimiento exponencial de las ganancias del sector, su nicho enfocado a la población sana, más la posibilidad de establecer barreras de entrada a mujeres, tercera edad y personas enfermas facilitaron suculentos ingresos en una década, la externalización de servicios vía convenio con los servicios de salud consolidaron una política de despotenciación de la vida, ahora transada como valor de cambio y brindada a la suerte de la capacidad económica de los enfermos.

CONCLUSIONES

Finalizada la dictadura cívico-militar, los gobiernos de la Concertación, incorporaron mayor regulación al sistema de salud privado e implementaron en las políticas públicas la impronta del crecimiento con equidad, sin embargo, la esencia del sistema sanitario subsidiario continúa.

Las políticas sanitarias de salud implementadas en la década de 1920, con defectos propios de una institucionalidad en construcción, fueron drásticamente eliminadas bajo la oscura noche de la dictadura del régimen militar, las principales transformaciones configuraron un sistema social, político, económico e ideológico que en la actualidad constituye la plataforma base de la sociedad chilena. La intervención militar de 1973 constituyó un ejercicio radical de la despotenciación del cuidado colectivo de la vida, no sólo por la reestructuración-metamorfosis que experimentó la relación Estado-Pueblo, vía políticas sociales, sino por las consecuencias inmediatas en materia de vulneración de derechos humanos.

¹⁴ En Merino (2016), prólogo del Proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile. 1960-1998.

Desde una perspectiva histórica, el punto de inflexión queda abierto, no obstante, las fisuras de la configuración de la revolución neoliberal son cada vez más violentas. El valor de la libertad de elegir el prestador y servicio sanitario queda relegado a la dolencia; el carácter inelástico de la enfermedad impide el valor supremo del sistema, es decir, la soberanía del consumidor. Por esta razón, el debate respecto de la política de seguridad de la población, contenida en el ejercicio de libre consumo o una política resguardada por el Estado como garante de la potenciación de la vida, cada vez está más tensionado por la desigualdad profunda y violenta que vivencia el Chile actual.

REFERENCIAS

- Allende S 1972. *Mensaje Presidencial del 21 de mayo*, Congreso Nacional de Chile, Santiago.
- Apráz G 2010. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud en Latinoamérica: Historia con igual raíz. *Polis*, 9(27):369-381.
- Asociación de Isapres AG 1989. *III Seminario coyuntura de salud*. Asociación de Isapres de Chile A.G, Santiago.
- Banco Mundial 1993. *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: Invertir en salud*. Banco Mundial.
- Banco Mundial 1998. *La larga marcha: Una agenda de reformas para la próxima década en América Latina y el Caribe*. Banco Mundial.
- Barba C 2007. América Latina: Regímenes de bienestar en transición durante los años 90. *Caderno CRH*, 20(50):197-211.
- Behm H 2011. Determinantes económicos y sociales de la mortalidad en América Latina. *Salud Colectiva*, 7(2):231-253.
- Carvajal Y, Minguell J, Vásquez H, Yurac C 2007. *Calbuco, Castro, Quellón. 1962-1973. Memoria y salud en la XII zona*, Gobierno de Chile. Santiago, 162 pp.
- Colegio de Asistentes Sociales de Santiago de Chile 1988. Informe social del pueblo de Chile, *Apuntes para el Trabajo Social*, 15 (2): 80-83.
- Cueto M 2015. *Saúde global: Uma breve história*. [livro eletrônico], Editora Fiocruz, Río de Janeiro.
- Ffrench-Davis R 2014. *Chile entre neoliberalismo y el crecimiento con equidad*. J.C. Sáez editor, Santiago, 538 pp.
- Fleury S 1998. Política social, exclusión y equidad en América Latina en los años noventa, *Nueva Sociedad*, (156):1-25.
- Fleury S 2007. Salud y democracia en Brasil: Valor público y capital institucional en el Sistema Único de Salud. *Salud Colectiva*, 3(2): 147-157.
- Foucault M 2010. *Nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 401pp.

- Garcés M 2003. *Crisis social y motines populares en 1900*, Lom, Santiago, 158 pp.
- Hevia P 1988. La salud en Chile: situación actual y propuestas de cambio para la transición democrática. *Apuntes para el Trabajo Social*, 15 (2): 5-28.
- Illanes M 1991. *Ausente señorita: el niño chileno, la escuela para pobres y el auxilio.1890-1990*, JUNAEB, Santiago, 328 pp.
- Illanes M 2006. *Cuerpo y sangre de la política: La construcción histórica de las Visitadoras Sociales. 1887-1940*, Lom, Santiago, 498 pp.
- Illanes M 2010. *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: Historia social de la salud pública, Chile. 1880-1973*, MINSAL, Santiago 514 pp.
- Illanes M 2016. Prólogo. In Merino C. *Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile 1960-1998*. Editorial Universidad de Los Lagos, Osorno 170 pp.
- INE 1997. *Anuario de demografía*, Gobierno de Chile, Santiago 449 pp.
- Jiménez O 1962. ¿Cuáles son los beneficiarios del Servicio Nacional de Salud? *Cuadernos Médico Sociales*, 4 (2):5-9.
- Junta de Gobierno 1974. *Acta secreta N°90*. Gobierno de Chile, Santiago, 21 pp.
- Martínez L 2014. Las operaciones ideológicas y políticas en la construcción de un nuevo proyecto económico (y social) para Chile. 1950-1970. *Espacio Regional*, 1(11): 67-87.
- Mattos R 2011. As agências internacionais e as políticas de saúde nos anos 90: um panorama geral da oferta de idéias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6 (2):377-389.
- Merino C 2016. *Del proyecto interrumpido de la democratización de la salud a la práctica sanitaria neoliberal en Chile. 1960-1998*, Editorial Universidad de Los Lagos, Osorno 170 pp.
- Moulián T 2002. *Chile actual: anatomía de un mito*, Lom, Santiago, 283 pp.
- Ortega L 2014. Las operaciones ideológicas y políticas en la construcción de un nuevo proyecto económico (y social) para Chile, 1950-1970. *Revista Espacio Regional*, 1(11): 67-86.
- Oyanguren H 1962. Los médicos y la seguridad social en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 4 (3):15-23.
- Pinochet A 1974. *Mensaje Presidencial del 11 de septiembre*, Congreso Nacional de Chile, Santiago.
- Pinochet A 1976. *Mensaje Presidencial del 11 de septiembre*, Congreso Nacional de Chile, Santiago.
- Pinochet A 1983. *Mensaje Presidencial del 11 de septiembre*, Congreso Nacional de Chile, Santiago.
- Pinochet A 1989. *Mensaje Presidencial del 11 de septiembre*, Congreso Nacional de Chile, Santiago.
- Silva Paim J 2013. *El sistema de salud en Brasil: ¿Qué es el SUS?* Lugar Editorial, Buenos Aires. 136 pp.

Claudio Merino Jara; Cristian Tejeda Gómez; Cristian Ojeda Rodríguez

Ugalde A 2007. América Latina: La acumulación de capital, salud y el papel de las instituciones internacionales, *Salud Colectiva*, 3(1):33-48.

Viel B 1964. *La medicina socializada*, Ediciones de la Universidad de Chile, Santiago, 225 pp.

Villasana P 2010. De Alma Ata a Barrio Adentro: Una aproximación al sentido histórico de las metamorfosis del discurso de la participación en Venezuela. In Lévy J, Malo M. *De la participación en salud a la construcción del poder popular*, IAES Dr. Arnoldo Gabaldon, Maracay 205 pp.

Gestation and Implementation of Neoliberal Policies in Health: An Approximation to De-Empowerment of Life. Chile 1973-1989

ABSTRACT

On September 11th, 1973, the military dictatorship starts in Chile until the first months of 1990. Considering that historical process, our work analyzes the transformation of the Chilean Health System. Through the analysis of Augusto Pinochet's presidential speeches, the social history in Chile during 1973-1989 is addressed with the purpose of understanding from the health public policies, the restructuration of the State and the assumption of the neoliberal economic practices in the sanitary field. Our work concludes that the military intervention in 1973 constituted a radical exercise of the de-empowerment of collective care of life, not only for the restructuration-metamorphosis that the relation State-People experienced, by means of social policies, but due to the immediate consequences on the human rights vulnerability and the consolidation of a system of sanitary social protection mediated for the payment capacity of the consumers.

Keywords: Public Health; Neoliberalism; Dictatorship; Chile.

Sumisión: 28/04/2018
Aceptación: 20/08/2018