

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Política y organizaciones de salud en Chile. Reflexiones históricas

Dr. Jorge Jiménez de la Jara
Profesor Adjunto de Salud Pública
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: Historia y Salud

El sentido de la historia es la sobreposición de ciclos sucesivos de poder, cultura, creencias y sus expresiones en la política, el medio ambiente, las costumbres, la arquitectura, las artes. En lo visible y también en lo invisible. En Roma o en Egipto es frecuente observar cómo los ciclos de poder y de religiones predominantes tienen expresión en los monumentos arquitectónicos, templos y edificios sobrepuestos en capas como una torta mil hojas (Luxor, Foro de Augusto). Es frecuente también observar cómo el poderoso entrante trata de borrar las huellas de aquel que le precedió y mutila sus referencias en las piedras monumentales (Luxor) o recicla y reutiliza trozos de monumentos anteriores (Arco de Constantino).

La historia de los sistemas de salud es semejante. En su desarrollo se sobreponen diversos factores de origen variado. Las creencias políticas, las ideologías, las prácticas.

Por su parte, la historia nos enseña que, en verdad, las revoluciones no existen, los cambios son graduales, predomina la reforma. Las revoluciones no son más que el mero cambio de poder de una persona o grupo a otro, muchas veces en forma violenta. Y por la historia sabemos que los cambios de poder, puño o metralleta en alto, no alteran substancialmente el estado de las cosas *per se*, al contrario, pueden empeorarlas.

La reforma en salud es una etapa de concentración en algún problema, o conjunto de problemas específicos con intensidad de recursos, acciones e idealmente de resultados visibles. Son procesos inevitablemente graduales y progresivos, incrementales y llenos de dificultades, muy dependientes del entorno político, económico y epidemiológico. Reconocer, por lo tanto, un período de Reforma será un ejercicio *ex post* más que uno *ex ante*, ya que las pretensiones de "estar haciendo una revolución", como sucede a menudo, o sentarse a la mesa para discutir "la gran reforma necesaria e impostergable", no son más que declaraciones líricas o recursos demagógicos, sino expresión de frustraciones de reformistas insatisfechos (1).

Estas son reflexiones desde una perspectiva integradora de lo médico con lo histórico y lo social, para así entregar una visión del proceso en su conjunto, relacionando los ciclos de las instituciones de salud en su interacción con la política, con la economía, con la ciencia, con la cultura en el sentido antropológico del término. También es preciso hacer notar que Chile no es para nada un país aislado en sus aproximaciones a los problemas. Al contrario, es bastante inserto en lo contemporáneo de cada etapa, con una capacidad de copia e imitación impresionante, quizás demasiado activa. Lo cual puede no ser un defecto, salvo en la medida en

que este copismo chileno nos conduce a transferencias tecnológicas apuradas, irreflexivas, acríticas y eventualmente desastrosas.

Condicionantes del desarrollo de las políticas de salud

Si analizamos la historia de las organizaciones de salud, veremos que ellas se desarrollan en paralelo:

— AL DESARROLLO DE LA CIENCIA, en particular en aquellos momentos en que desde mediados del siglo XIX se produce la revolución del conocimiento de la causalidad de las enfermedades más frecuentes, las infecciosas, con el descubrimiento de los gérmenes y la relación con el medio ambiente.

— AL MOMENTO HISTÓRICO POLÍTICO, condicionante de sensibilidades sociales de origen religioso, político, reformista o de despotismo ilustrado. La salud tiene siempre un correlato con el resto de las manifestaciones de la historia de cada momento.

— A LAS CRISIS POLÍTICAS, ECONÓMICAS O EPIDÉMICAS, GUERRAS O CATÁSTROFES NATURALES, que generan alteraciones en la relación entre los grupos, dolores sociales, muertes masivas, angustias colectivas. Si se observan los documentos históricos, se verá que lo que queda registrado en periódicos, panfletos o documentos son más bien los hechos trágicos, los cataclismos, las muertes. Las autoridades cambiantes, que desconocen o no logran controlar estos brotes, son a menudo víctimas de ellos.

— A LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS, por lo tanto, a los ciclos económicos y en particular obviamente, a la abundancia de ellos cuando se trata de expansiones y a la escasez cuando se trata de reducciones o controles de costos (3).

— A LAS IDEOLÓGICAS PREVALENTES, políticas, económicas, religiosas y sus concepciones de la salud, enfermedad, origen y destino del hombre, mecanismos de acción e intervención en el diagnóstico y solución de los problemas.

Etapas de la caridad (1550 hasta 1850)

La caridad es el motor de las acciones en salud entre la época colonial y la primera mitad del siglo XIX. Ella se caracteriza por la gestión de la buena muerte, valor presente incluso en la Congregación del Fraile Camilo Henríquez, Padre de la Patria. Los hospitales son en este tiempo lazaretos para morir gestionados primero por la Iglesia a través de los Hermanos de San Juan de Dios, y con posterioridad un ente privado, sin fines de lucro, la Junta de Beneficencia Pública, formada por figuras de la sociedad, que entregan bienes y recursos para la atención de los enfermos. En el ámbito de lo que hoy llamamos la Regulación o Rectoría, está la creación del Protomedicato en 1566, que tenía autoridad sobre el ejercicio de la profesión médica, sobre las epidemias y la salubridad, así como sobre la regulación de la práctica de "los que quieren curar de cirugía". Sin embargo, según Vicuña Mackenna, estos personajes solo se dedicaron a "perseguir a los colegas, desterrarlos, agobiarlos de multas en provecho propio, con el mismo

fervor con que la Inquisición perseguía a los herejes, quemándoles y confiscándoles los bienes". En verdad, no hicieron nada por la ciencia ni la profesión médica (4). Por estas y otras razones, la República cambió su nombre por el de Sociedad Médica en 1826, a instancias del médico inglés Guillermo Blest, dando así inicio a la preocupación oficial por la organización y vigilancia de la práctica médica, incluyendo hospitales, farmacia, epidemias y otros temas cercanos (5).

Un hecho de regulación de la práctica médica está registrado en la Fijación de Tarifas, por el Alcalde de Santiago, don Francisco Xavier Errázuriz en 1781, quien decía para justificarla: "causa un asqueroso rubor que en un reino como este, tan abundante de gentes, de opulentas poblaciones, de un completo de comodidades, con una universidad floreciente en todas las ciencias, no encierra en su dilatado seno de 500 leguas más de cinco facultativos". En el ámbito de la salubridad, la creación de la Junta Nacional de Vacuna en 1812 demuestra que una innovación de pocos años antes (1780) fuese adoptada como política pública en un reino lejano, fue un signo de sensibilidad social importante y raro para aquella época.

El financiamiento de la salud en esta etapa según la referencia que entrega Enrique Laval, gran historiador de la Medicina chilena, mediante un cuadro comparativo de entradas y gastos entre el período colonial y los inicios de la República, apunta como ingresos los diezmos, noveno y medio, provenientes del fisco como subsidios, los intereses de capital, el arriendo de propiedades, la prestación de servicios a esclavos y militares, las limosnas y los cultos de iglesia. Curiosamente el gobierno colonial fue más generoso que el republicano en subsidios, mientras que el segundo descansó más en los intereses del capital y los arriendos. Toda una temprana expresión del principio de sustentabilidad (6).

Etapa de la ciencia y Estado (1850-1960)

En este período, Chile vive bastante de cerca el proceso de incorporación de los productos de la ciencia y de las doctrinas sociales y políticas predominantes en el mundo occidental. El establecimiento por parte de John Snow de la relación entre ambiente y salud en 1845-1850, raíz de las epidemias de cólera en Londres, genera fuerte impulso a la sanidad pública y la higiene. A estos descubrimientos deben agregarse las evidencias de la relación entre pobreza y enfermedad, en la cual los más pobres tienen peor salud. Los conceptos de determinación social de la enfermedad, junto a los movimientos progresistas y revolucionarios (liberales, socialistas, solidarios) del período, llevan a muchos gobiernos a proponer una creciente intervención del Estado en el área de la salud y de la atención médica (7).

El avance científico que implica el descubrimiento por Roberto Koch de dos gérmenes patógenos fundamentales en la epidemiología de la época, el bacilo tuberculoso y el vibriocholerae, ambos cerca de 1880, refuerzan esta concepción y abren el camino a la Medicina científica y a la aplicación de incipientes tecnologías en el diagnóstico y los tratamientos. Este es un punto crítico, pues, por una parte, lleva al mejor desarrollo del concepto sobre la relación ambiente y salud, con el consiguiente crecimiento de la salud pública, pero también a la progresiva medicalización de la sociedad impuesta por los médicos, cada vez más poderosos y prestigiados. Se inician por lo tanto dos desarrollos paralelos, el de la salud pública por una parte, y el de la Medicina clínica de carácter científico. Y junto con ello, una cada vez más protagónica participación del Estado (8).

En Chile, con algún retardo pero siempre en seguimiento a los acontecimientos europeos, la organización de la Medicina y de la salud pública muestra hitos importantes.

En 1858 se creó la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos, que pasaría a ser en 1875 la Junta de Beneficencia, ente privado sin fines de lucro, eminentemente financiado por donaciones y rentas, más un subsidio estatal, administrado por personalidades del mundo social y político de la época. Esta Junta mantuvo largas querellas con los médicos en torno a los temas técnicos de Medicina, no siempre respetados por los directivos de la Beneficencia. De esta Junta, don Alcibíades Vicencio, eminente obstetra dijo: "estos filántropos, que son adinerados y poderosos terratenientes, pero carecen de competencia técnica" (9).

Entre 1880 y 1900 ocurren grandes epidemias de cólera y de viruela, que sensibilizan y aterrorizan a las clases pudientes para conceder cambios e instituciones que permitiesen un mejor manejo de estos flagelos. Las resistencias de los librecambistas e individualistas a las iniciativas de los radicales, demócratas y socialistas en estas discusiones sobre el papel del Estado en la salud fueron proverbiales y resuenan hoy, casi con los mismos argumentos, ante conflictos semejantes. Así se planteó frente a las vacunas, a las medidas de control de epidemias, al aporte de recursos vía impuestos para los programas. El argumento era de que los individuos sabían mejor cuidar de su salud, por un lado; y para otros, que intervenir en la sanidad pública era deber del Estado. Algunos médicos esclarecidos participaron activamente en estas discusiones en el Parlamento y en el Gobierno (Puga Borne, J.J. Aguirre, Orrego Luco, Izquierdo, Cienfuegos, etc). Finalmente, el sentido social impregnaría a todos, católicos, laicos y neutros, lográndose una progresiva concordancia en la gestación del aparato de seguridad social y atención de salud.

En 1886 se creó la Sección de Higiene y Beneficencia en el Ministerio del Interior, mientras que en 1892 se creó el Instituto de Higiene, más tarde Bacteriológico, que sería la base del laboratorio de referencia nacional, centro productor de vacunas y de medicamentos, centro de enseñanza de salud pública.

En 1918 se aprobó el primer Código Sanitario, con reformas posteriores en 1925, 1931 y 1967, que dio el ámbito jurídico a las estructuras de salud, el ejercicio de las profesiones médicas, el manejo de las epidemias, entre otras cosas. En estos debates fue muy importante la presencia de médicos parlamentarios y académicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (10).

En 1921 se envía el proyecto de Servicio de Seguro Social, escrito y promovido por el parlamentario conservador y médico Dr. Exequiel González Cortés, aprobado finalmente en 1924. Su componente médico fue determinante para la posterior estructura del SNS. Progresivamente esta estructura fue ampliando sus beneficios a la familia, especialmente a la madre y al niño, incluyendo controles regulares y entrega de leche. Esta última extensión fue ratificada por ley en 1936, propuesta por el ministro Eduardo Cruz Coke, la cual previó un mayor aporte fiscal para estas tareas.

En 1924 nace el Ministerio de Salud, llamado de Higiene, Asistencia y Previsión Social, durante el gobierno de Arturo Alessandri. Quedaron bajo su dependencia todas las estructuras de atención de salud y de previsión social existentes hasta la fecha (Dirección General de Sanidad,

Inspección General del Trabajo, Juntas de Beneficencia, Consejo de Habitación Popular, Cajas de Seguro Obrero y de Previsión de Empleados). Posteriormente fue evolucionando hacia una especialización en el tema de salud, perdiendo atribuciones en el ámbito de trabajo, vivienda y previsión social.

La grave crisis del 29-30 y las posteriores epidemias de tífus exantemático, tifoidea y nuevas explosiones populares, ya más visibles en la capital, aceleran la necesidad de implementar políticas sociales eficaces que resuelvan los problemas de habitación, trabajo, salud, desnutrición y tantos otros ligados a la condición de pobreza de las mayorías. El sentimiento de solidaridad comienza a ser intenso en las nuevas clases medias y parte de las oligarquías, mientras los movimientos políticos que encarnan estas posiciones hacia 1938 en el llamado Frente Popular, llevan a Pedro Aguirre Cerda a la presidencia en 1939.

En 1938 se dicta la Ley de Medicina Preventiva (N° 6.174), producto del genio científico de Cruz Coke y de su aplicación a la política. El autor en su presentación hablaba de la necesidad de una "Medicina Preventiva y Dirigida", es decir, introducía dos conceptos fuertes hoy en salud pública, la prevención y la planificación (*managed care*). En las discusiones parlamentarias, Salvador Allende, a nombre del Partido Socialista, decía que esta ley era "un volador de luces", pues no iba al fondo del problema, el de la explotación del pueblo por los capitalistas. La ley en cuestión fue un ejemplo típico de argumentación entre un gradualista o incrementalista, que basa sus propuestas en evidencias científicas (Cruz Coke), frente a un político utopista (Allende), que cree que es preciso cambiar el mundo revolucionariamente para que cambien las realidades particulares. Vieja discusión en la que yo personalmente me quedo con Cruz Coke, no por razones políticas, sino porque, según mi experiencia, he aprendido que las revoluciones no resuelven nada, vengan de donde vengán. No hay en Chile otro mejor ejemplo de semejante utilización del razonamiento metódico para demostrar y promover una ley que diera soluciones eficaces a un conjunto de problemas como eran en esa época la TBC, la sífilis y las enfermedades cardiovasculares ("morbilidad oculta en el supuesto sano", dijo el autor, hoy se le llama la "epidemia silenciosa"). Los cálculos de costo beneficio que realizó el Dr. Cruz Coke fueron brillantes y lograron la aprobación de su ley por unanimidad en el Parlamento. El autor decía que su ley "plantea, por primera vez una medicina de Estado, que dispone y distribuye los recursos en relación con su rendimiento máximo". Es decir, más recursos, pero bien gastados. Un conservador católico estaba en la vanguardia de lo que después se llamó el Estado benefactor, en su versión chilena **(11)**.

A inicios de la década del 40 se envía un proyecto de reforma del Seguro Obrero (Ley 4.054), que buscaba extender los servicios de atención médica al resto de la población y dar un fuerte impulso a la integración de servicios. Este concepto, el de crear un Servicio Nacional de Salud, nace en los expertos, encabezados por el Ministro de Salud de la época, Salvador Allende, a raíz de la positiva experiencia de unificación ocurrida en las zonas del terremoto del 39 en Chillán. Este proyecto de ley dormiría por 12 años en el Parlamento hasta la aprobación en 1952, bajo el impulso del profesor Jorge Mardones Restat (conservador social cristiano), Ministro de Salud del presidente Gabriel González Videla. La aprobación fue hecha por unanimidad, sorprendente resultado de una reforma que se demoró más de una década en ser aceptada por todo el espectro político **(12)**. El profesor Mardones Restat, médico y experto en farmacología, aplicó, al igual

que su maestro Cruz Coke, los métodos científicos a la práctica política, logrando un éxito notable.

De esta forma, el Servicio Nacional de Salud aparece a fines de 1952, justo en el cambio de gobierno desde los radicales y su coalición de centro-izquierda, hacia la variopinta alianza populista del general Ibáñez, que debería implementar esta nueva ley, la 10.383. Es la culminación de un proceso continuo, de gran sustento político y científico. Estructuralmente, el SNS es una gran integración vertical de las funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud. En esta nueva organización se fundieron más de 15 instituciones dispersas del sector público, más los hospitales de la Beneficencia, organismo privado subsidiado, que manejaba casi toda la infraestructura disponible a la fecha. En esta reforma, la integración fue hacia el sector público, es decir, una estatización de la medicina. Es interesante observar cómo cambian estos conceptos al buscar eficiencia según sea el caso en lo privado y en lo público.

En las negociaciones de esta nueva estructura, sin embargo, los médicos son incorporados con dos elementos críticos: el Colegio Médico (1948), como corporación de derecho público, de afiliación obligatoria y fuertes atribuciones, y el Estatuto del Médico Funcionario (1951), que fue una generosa escala de sueldos. Los médicos temían por el ejercicio liberal de la profesión, única fuente verdadera de sustento para ellos en esa época, y su actitud fue más bien reactiva frente a la propuesta, que también desechó la unificación de los sistemas de obreros con los de empleados, por razones obvias para la época.

Etapa de la apoteosis del SNS (1960-1970)

En el período que transcurre entre 1952 y 1960 ocurre el establecimiento del SNS desde el punto de vista institucional, organizativo y de extensión progresiva de sus instrumentos de cobertura. Desde este organismo se da también un desarrollo de colaboración entre la asistencia y la docencia e investigación, muy de acuerdo con la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. La integración de 15 plantas de personal distintas tomó tres años, ya que todos querían pasar a ganar el salario más alto; mientras que la creación de instrumentos y doctrinas claras para la acción fue larga y compleja. La estrategia de acción cerca de la comunidad, expansión hacia los sectores rurales y de provincias, se hizo de la mano de una genial solución compartida entre la Facultad de Medicina y el SNS: el ciclo de destinación (médicos generales de zona y residencias de especialidades) en el marco de una armónica y productiva Relación Docente Asistencial. De estas estrategias hay documentos que describen muy bien cómo se planificó lo que había que hacer (13).

Ya establecido el SNS, siempre en medio de crisis y de críticas, se gana el compromiso y la identificación de los médicos que entregan su generoso aporte y se identifican con él. Progresivamente se van desarrollando instrumentos de extensión de cobertura y de capacidad de intervención sobre problemas importantes, como fue el caso de la madre y el niño. Así nacen los programas de control de desnutrición, diarrea infantil, de vacunaciones ampliadas, de control y atención profesional del embarazo y parto, de fertilidad y otros. La estrategia de acción cerca de la comunidad, expansión hacia los sectores rurales y de provincias se realiza en los establecimientos comunales de atención primaria y hospitales tipo 4 o rurales.

El reflejo de todo este esfuerzo en los indicadores epidemiológicos recién comienza a expresarse hacia fines de los años 60 y comienzos de los 70. Tan fuerte fue esta relación que ni las crisis económicas de la primera mitad de los 70 (72-76) ni la de inicios de los 80, logran alterar la mejoría progresiva de indicadores de salud básica.

El crecimiento del SNS y su expansión a todo el país lo lleva a ser prácticamente un monopolio de atención médica, con todos los defectos y virtudes que ello conlleva. Por una parte, el gigantismo, la burocratización, el centralismo y la pérdida de la mística inicial. Por otra, al enfrentarse con una población cada vez más exigente y educada, se desarrolla una especie de despotismo ilustrado de la clase médica frente a los pacientes, a los que se les entrega poca información y se les dan pocas posibilidades de ser considerados. Ambos fenómenos generan una creciente insatisfacción tanto en usuarios como prestadores, los cuales expresan su crítica a través de diversos medios. Los éxitos epidemiológicos dejan de ser apreciados por la población, y esta se concentra solo en el acceso y calidad de la atención médica. Con esto se llega a la medicalización de la sociedad y de la salud, fenómeno, por lo demás, característico de la cultura occidental del siglo XX.

En 1968 el Servicio Médico de Empleados, SERMENA, hasta esa fecha solo administrador de la ley de medicina preventiva, crea el llamado Fondo de Medicina de Libre Elección, que inicia su acción en la medicina privada, como un asegurador y financista de la atención de medicina curativa.

Etapa de la descentralización y privatización (1973-1989)

El período del régimen militar, el cual se caracteriza por una adopción de políticas neoliberales tempranas en lo económico y de progresiva desestatización en lo gubernativo, deja la salud para una segunda fase. Recién en 1979 se produce la primera reforma para descentralizar los servicios de salud (DL 2.765), junto a la creación de FONASA, como teórico ente financiero del sector.

La descentralización y separación de funciones es una reforma muy discutida en los ambientes médicos y de salud pública, al igual que aquella de la municipalización de la atención primaria de salud. En pocas pero activas instancias se dialoga sobre estos temas, generándose un ambiente crítico pero de búsqueda de entendimiento. En general, las diversas corrientes de opinión aceptan que la descentralización era una tarea pendiente de la estructura pública y que era preciso realizarla.

Las principales críticas a estas reformas fueron que, al suprimir la Dirección General del SNS, cuyo titular tenía autonomía y propiedad en el cargo ya que era nombrado con acuerdo del Senado en tiempos democráticos, se recreó este poder en el gabinete del Ministerio de Salud, concretamente en la Subsecretaría. La concentración del poder central en la Subsecretaría de Salud estableció un núcleo de poder y de conflictos que han hecho compleja su tarea. Por otra parte, los nuevos Servicios de Salud, 26 en total en las regiones, no contaban ni con gente preparada ni con recursos necesarios para ejercer esta autonomía recién adquirida.

En cuanto a la municipalización, las críticas fueron creciendo a medida que este proceso se instalaba en mayor número de comunas. Estas apuntaban a la atomización, descoordinación del

sistema; se le imputaba ser la creación de un sistema de atención primaria de segunda clase, con pagos insuficientes al personal, pérdida de niveles técnicos, y fundamentalmente, la aplicación uniforme de un mecanismo de descentralización en lugares muy diversos en tamaño, recursos, población, capacidades de gestión, etc. En lo positivo, todos los actores estimaron que una mayor participación local es indispensable para escuchar a las personas y resolver sus necesidades más sentidas, dando paso a la creatividad, sin perder la universalidad ni la efectividad (14).

La privatización fue, contrariamente a lo anterior, legalizada en una ley miscelánea, con muy poca discusión previa y con un cuerpo médico que reaccionó de una manera más bien confusa frente a la aparición de los seguros privados competitivos de salud, llamados ISAPRE. Estas instituciones de seguro, creadas poco después de las AFP, estaban destinadas, según el DFL N° 3 de mayo de 1981, a sustituir progresivamente el sistema público de salud. Las autoridades de la época dijeron, sin embargo, con prudencia, que no cubrirían más del 25 a 30% de la población, y suavizaron su presencia en el conjunto de la atención médica. Los médicos reaccionaron divididos: unos, a favor, que quisieron crear Isapre propias; otros, muy opuestos (15).

En la práctica, hoy en día y como directa consecuencia de las ISAPRE, se ha desarrollado un potente sector de prestadores privados, que ha crecido enormemente y se ha puesto a la vanguardia tecnológica de la medicina clínica. Después de un período de altos ingresos y utilidades, sus costos empero han crecido también grandemente, aunque no hay acuerdo si esto es provocado por mayores frecuencias de prestaciones y mejoras de tecnología, o por impacto del seguro de enfermedad o licencias médicas. En último término, un juicio apresurado y a lo mejor arbitrario, nos dice que el gobierno militar dejó su reforma a medias, como suele suceder con estos procesos.

Etapa de la restauración democrática

En este período, la Concertación se mueve fundamentalmente para tratar de recuperar al sector público de su postración financiera y técnica. El mayor gasto se alcanza en 1997 con \$ 92.947 por cápita, comparando con \$ 39.917 en 1989. El gasto total se duplica en 1996 con 743 mil millones de pesos (1.200 millones de dólares) (16). El mayor gasto se va principalmente a salarios, cuyo valor real se duplica en 1996, y en inversiones, cuyo valor es de un 1.000% mayor en 1995, comparado con 1986.

Los salarios se reajustan en medio de duros conflictos que hablan de la difícil gobernabilidad de un monstruo burocrático solo descentralizado en el papel, cuyo personal lleva grandes frustraciones e insatisfacciones. En esta difícil relación con la autoridad los médicos van en primer lugar. Cada vez que se han mejorado salarios, no se ha logrado ligar remuneraciones con productividad más allá de los indicadores clásicos de antigüedad y horas trabajadas. Por lo tanto, en este terreno no se ha avanzado mucho en la modernización.

En cuanto a inversiones, la renovación de hospitales, especialmente en regiones, y más recientemente en la zona metropolitana, acompañada por una disminución significativa de la brecha tecnológica, son los hechos más notables. Especialmente visible es la mejoría del sector en el cuidado intensivo neonatal y de adultos, en el sistema de rescate y ambulancias SAMU, en los aparatos de imagen, entre otros.

La modernización de la gestión ha apuntado especialmente a cambiar los instrumentos de asignación de dinero a las unidades prestadoras, a través de mecanismos de pago ligados a la producción normalizada de intervenciones (pago asociado a diagnóstico y pago prospectivos) en hospitales y un per cápita para la atención primaria en un modelo de atención familiar. Los Fondos Concursables, especialmente el de listas de espera (POA) y otros para enfrentar problemas específicos, como aquellos de carácter epidemiológico o de grupos vulnerables, han dado oportunidad a los establecimientos públicos la posibilidad largamente intentada de resolver los problemas especialmente quirúrgicos y de mayor complejidad (17).

Una revitalización de la salud pública y de la epidemiología como instrumento de política de salud estuvo presente en el brote de cólera de 1991 y la amenaza de epidemia de sarampión de 1992. Ambas circunstancias fueron controladas con sendas campañas de reconocido éxito (18,19).

El impacto de estas políticas se puede observar en un indicador tradicional, como el de la Tasa de Mortalidad Infantil, que ha caído desde 18 en 1989 a 10 por mil nacidos vivos en 1998, especialmente debido a programas de gran eficacia y costo razonable, como el Programa de Atención Neonatal, el de control de las Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y el de intervención quirúrgica de cardiopatías congénitas (20).

Última crisis y conclusiones

La historia de los sistemas y servicios de salud no se detiene ni deja de ser siempre crítica. El sector público, con todos los esfuerzos que se hacen, sigue aquejado de diversos problemas estructurales y funcionales relacionados con su tamaño y su difícil manejo.

El sector privado ha entrado en una fase de complejidad debido a varias razones que se suman. Uno de ellos, el aumento de costos de la atención médica, cuyo origen se discute, pero que es evidente, ha provocado que los seguros y prestadores privados de la atención médica hayan iniciado un proceso de cambio interesante.

La llamada salud administrada ha sido propuesta como una fórmula salvadora, en la que el control de costos se obtiene por la vía de reestructurar las empresas prestadoras de salud, con algunas medidas que conducen a la integración vertical, al control del número de las prestaciones por la vía del racionamiento y de las segundas opiniones, la presencia de un médico general o *gate keeper*, y otras barreras de entrada a la atención médica. La adopción de protocolos de tratamiento de las enfermedades de alto costo son otro elemento de control y racionalidad que se ha usado en esta estrategia. Todo este proceso es un cambio de las tradiciones liberales de la medicina, y de alguna manera eran las que precisamente han caracterizado al sector público, en el que el ejercicio grupal de la medicina y el control social son la norma. El cambio por parte de la medicina privada hacia modelos de funcionamiento más estructurados y controlados ha llevado, por ejemplo, a un éxito evidente en la administración de un seguro para enfermedades catastróficas entre los años 2000 y 2001 (21).

Es bien curioso anotar que ambas medicinas, la pública y la privada, transitan hacia un espacio común: el de la medicina responsable y regulada por criterios compartidos por la mayoría: la

medicina pública busca la autonomía y la eficiencia mediante la descentralización de los procesos; la medicina privada busca contener costos transitando hacia la integración y el control social o de incentivos económicos. Pero en esto último, claramente, le faltan algunos elementos que son parte de la tríada inseparable de la buena medicina.

Cada uno de nosotros como médico podrá tener la idea de cuánta libertad profesional está dispuesto a entregar al sistema, a los colegas de mayor experiencia, y sobre todo, a la evidencia científica de cuánto es eficaz para un diagnóstico o un tratamiento. Esta disyuntiva no es nueva y creo que es inevitable en cualquier circunstancia. En cualquier situación la práctica médica debe tener estos tres elementos fundamentales que hoy se resaltan:

Evidencia técnica: ciencia

Respeto al paciente: ética

Buena gestión clínica: racionalidad de costos

En suma, estamos en la búsqueda de una medicina basada en la excelencia, que recoja experiencias y dé salida a esta última crisis.

Referencias

1. Walt G.: *Health Policy, An Introduction to Process and Power*, Zed Books, London, 1994.
2. El Mercurio de Valparaíso, Reproducción, Tomo 1, 1827.
3. Jiménez J. y Bossert T.: *Chile's Health Sector Reform: Lessons from four reform periods*, Health Policy and Planning, January 1995.
4. Romero H.: "Hitos fundamentales de la Medicina Social en Chile", en *Medicina Social en Chile*, Editorial Aconcagua, Santiago de Chile, 1976.
5. Cruz Coke R.: *Historia de la Medicina Chilena*, Editorial Andrés Bello, 1995.
6. Laval E., cit. en Cruz Coke R., *ibíd.*
7. Pelling M.: *Cholera, Fever and English Medicine, 1825-1865*, Oxford Historical Monographs, 1978.
8. Watts, S.: *Epidemics and History, Disease, Power and Imperialism*, Yale University Press, 1997.
9. Illanés M.A.: *Historia Social de la Salud Pública, Chile 1880/1973*, Edición Colectivo Atención Primaria, Santiago de Chile, 1993.

10. Cruz Coke R. "Los Profesores de la Escuela de Medicina y la Historia Política Nacional", Rev Med Chile, 11: 380-387, 1983.
11. Cruz Coke E. *Medicina Preventiva y Medicina Dirigida*, Editorial Nascimento, Santiago de Chile, 1938.
12. Mardones Restat J., Génesis del SNS, Conferencia Magistral en Colegio Médico de Chile, agosto 1985.
13. Neghme A.: "Evolución de la enseñanza médica en Chile, desde la inauguración de la Escuela de Medicina hasta junio de 1968", Rev. Med Chile, 100, 825-843, 1972.
14. Jiménez J., "La Salud Pública en Chile 1985", Revista Vida Médica, vol. 36, N° 1, marzo de 1985.
15. Colegio Médico de Chile: "Municipalización, buscando la verdad", Revista Vida Médica, vol. 34, N° 2, septiembre 1983.
16. Minsal-Fonasa, "Equidad y Eficiencia en la toma de decisiones en salud", Ministerio de Salud, Santiago de Chile, 1998.
17. Fonasa: *Una mirada a fondo a la modernización de FONASA*, editado por FONASA, agosto 1999.
18. Jiménez J., *El Cólera en Chile*, Editorial Atena, Santiago de Chile, 1992.
19. Jiménez J., *Control del Sarampión en Chile*, Editorial Dolmen, Santiago de Chile, 1995.
20. Jiménez J., "Atención pediátrica y sistema de salud en Chile", Rev. Chil. Pediatr. 71 (5); 377-379, 2000.
21. Gómez J.P. Presentación en Seminario Asociación de ISAPRES, agosto 2001.