



Claudio Merino Jara, *Historia Social de la Salud. Chile 1960-2000*, Osorno, Editorial Universidad de Los Lagos, 2021, 250 pp. ISBN: 978-956-6043-38-6.

Camila Neves Guzmán\*

*Historia Social de la Salud. Chile 1960-2000* analiza el recorrido histórico del sistema sanitario en Chile como la construcción de un proyecto democratizador de la salud pública que se vio interrumpida con el golpe de Estado chileno. Este texto responde cuáles son los campos políticos discursivos que configuraron la emergencia de la racionalización y regulación económico-sanitaria en la salud pública entre 1960 a 2000. El autor analiza el discurso crítico sanitario de los Cuadernos Médico Sociales con el fin de comprender los procesos sanitarios a través de diversas experiencias profesionales y desde una mirada microhistórica de la realidad sanitaria chilena. De esta manera, el autor investiga los diversos proyectos sanitarios aplicados que miraron los cuerpos de la nación como engranaje indispensable para la productividad. Considerablemente este estudio diferencia proyectos sanitarios que condujeron a la comprensión de la salud como un derecho o un “bien de consumo”.

En el primer capítulo *El Estado y la necesidad de inversión en capital humano* el autor plantea que, producto de la cuestión social, el Estado comenzó a asumir una responsabilidad en ámbitos de seguridad laboral, educación y salud para la comunidad. Los gobiernos del Frente Popular fortalecieron el compromiso del Estado en materia de industrialización y productividad. La fuerza laboral fue comprendida como uno de los motores del desarrollo económico del país, por lo que se hizo relevante que el pueblo se mantuviera sano para avanzar en el proceso de industrialización. El Estado adoptó un rol benefactor-productor en el ámbito económico-social.

---

\* Programa de Doctorado en Historia, Universidad de Concepción, Chile, correo electrónico: [cneves@udec.cl](mailto:cneves@udec.cl), ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3814-8521>.

Lo anterior, en respuesta a los problemas asociados a la mortalidad infantil que causaron estragos en la población chilena en relación con la consecuente escasez de mano de obra. El autor señala que la mortalidad infantil fue reflejo de la injusticia social en el que proliferaron las enfermedades venéreas y hubo un precario acceso a bienes básicos de subsistencia. En respuesta a esta agravante situación, se movilizaron organizaciones de base frente a la necesidad de seguridad social, salud y educación. De esta manera, se observa que el capital humano comienza a adquirir un valor para el desarrollo industrial que se buscó impulsar a través de la satisfacción de necesidades básicas en los más necesitados.

En este contexto, Allende propuso un proyecto de salud nacional unificado con fuerte presencia estatal que reposicionara a la clase trabajadora al lugar que debían ocupar en la sociedad como sujetos de derechos para avanzar en el desarrollo integral del ser humano. Sus argumentos se sistematizaron en la creación del Servicio Nacional de Salud que, según el autor, estuvo sustentado en diversas perspectivas políticas que concibieron un campo en disputa respecto al proyecto de salud nacional. En este ámbito, el autor destaca la figura de Allende, quien, como ministro de Salubridad, develó la realidad médico social que afectó a la mayoría de la población sin consideración y, también, como presidente, levantó un proyecto para avanzar a la democratización de la salud con cobertura universal. No obstante, el proyecto de la Unidad Popular se vio fracturado por el golpe militar de 1973 que implementó el proyecto neoliberal como razón de gobierno, lo que silenció todo esfuerzo sistemático de las políticas sanitarias precedentes. Merino señala que la intervención militar modificó el entendimiento del capital humano a partir de fundamentos asociados a la subsidiariedad con una intervención sanitaria de carácter descentralizado. Las prestaciones sanitarias estuvieron sustentadas por una racionalidad económica implementando barreras de acceso para evitar desperdicios de recursos a familias que no necesitaban la ayuda. El autor plantea que la continuidad entre la práctica discursiva sanitaria de Allende con el proyecto político de Pinochet estuvo dada por la necesidad de inversión eficiente en el capital humano para garantizar su reincorporación al proyecto de reconstrucción económica nacional.

El capítulo 2 *El proyecto interrumpido de la democratización de la salud, 1960-1973* plantea que tanto la vía chilena al socialismo como la Revolución en Libertad fueron revoluciones pasivas que buscaban democratizar la sociedad chilena. Fue una época caracterizada por un malestar generalizado respecto a la desigualdad e injusticia social, situación traducida en una crítica constante al modelo de sociedad. De esta manera, un amplio sector social se movilizó para aspirar a mejorar sus condiciones de vida con la creencia férrea de cambiar aquel modelo de sociedad. Durante el periodo estudiado surgieron ideas de autogestión, estrategias de lucha social y educación popular. La efervescencia social adquirió el carácter de un movimiento social dinámico y heterogéneo en donde el saber-poder de profesionales y estudiantes estuvo al servicio de la clase trabajadora, pobladores y campesinos como colaboradores. En este contexto, señala el

autor, los profesionales de la salud desplegaron sus esfuerzos a través de la socialización de sus conocimientos para el desarrollo comunitario. De esta manera desarrollaron un ejercicio ético de su profesión donde médicos en formación pretendieron colaborar con la liberación de los pueblos.

Hacia la década de 1960 la salud pública concentró la gran mayoría de los recursos en infraestructura, recursos humanos e instrumental técnico. En este escenario, el Estado adquirió el rol de promotor y catalizador de la calidad de vida de la población a través del establecimiento de una cobertura universal de la salud. De esta manera, Merino señala que el SNS se consolidó como el principal sistema de salud del país. Eduardo Frei Montalva y Salvador Allende, desde sus respectivos gobiernos, consideraron la inversión en salud como medio para lograr desarrollo y crecimiento económico. Asimismo, planearon la salud como un derecho fundamental que el Estado debía respetar. Se perfiló una política sanitaria en constante crecimiento con foco en la protección a la primera infancia, principalmente en el ámbito de la nutrición. Desde fines de la década de 1960 se repartió gran cantidad de kilos de leche en polvo, lo que contribuyó importantemente a la disminución de la mortalidad infantil. En general, el autor plantea que en esta etapa se instaló un profundo sentido democrático en el cuidado de la salud de las personas manteniendo el sistema sanitario una creciente alza a nivel país.

En esta época, los médicos fueron verdaderos catalizadores sociales ya que se adentraron a los lugares más aislados para enseñar sobre medicina curativa y promover el cuidado de la calidad de vida en comunidad. Lo anterior, con el fin que las comunidades fueran capaces de enfrentar problemas sociales y sanitarios de su entorno, facilitando la comprensión de causas y síntomas asociados a enfermedades. Expone Merino que la comunidad médica desbordó los márgenes del edificio sanitario para adentrarse a la cotidianidad de los lugareños e incorporando a su quehacer actividades que estaban más allá de sus obligaciones como médicos. Desde el punto de vista del autor, se volvieron actores sociales respetables que velaron por el cuidado de la salud de comunidades como Santa Juana y Puerto Octay con el fin de cambiar el escenario de pobreza. Esto constituye una emergente medicina social que reconfiguró las prácticas de la medicina moderna. Lo anterior, a través de la cooperación y coordinación con distintos actores claves de los territorios para trabajos que implicaron el desarrollo cultural, además del cuidado de la salud. El autor constata un verdadero interés de los médicos por su ejercicio profesional que, además de ejercer en condiciones laborales difíciles, se dedicaron a la acción comunitaria aportando significativamente a la salud y el desarrollo de las ruralidades.

El capítulo 3 *La transformación del sistema de salud chileno, 1974-1989* expone que, tras el golpe de Estado, la Junta Militar implementó un Estado neoliberal de corte subsidiario. Erradicando los lineamientos de la vía chilena al socialismo, se impulsó un plan de reconstrucción nacional sustentada en el recorte presupuestario de políticas públicas y el aumento de la producción nacional con énfasis en el sector privado. La racionalización consistió en otorgar

recursos del Estado a grupos económicos más desaventajados que hubiesen acreditado condición de pobreza ante el municipio de la comuna donde residían. Asimismo, se traspasó la actividad estatal al sector privado encauzando la competencia a través de la protección a la propiedad privada y favoreciendo la libertad de elección. Indica el autor que en este escenario se crea la ley de ISAPRES, se produce la municipalización de la salud y se genera un recorte presupuestario al sistema de salud pública. Es decir, privatización, descentralización y recorte de gastos públicos.

Merino expone que la incorporación de entidades privadas permitió al Estado desvincularse de su rol garante y protector. De esta manera, el gasto en salud pasó a ser responsabilidad de los particulares quienes ofrecían sus servicios en salud ajustándose a la necesidad y capacidad de pago de cada persona. El Estado solo actuaba cuando se presentaban fallas en el mercado o las personas no podían ser capaces de costear su necesidad de protección en salud. Es decir, la acción en política sanitaria se concentró en los sectores sociales más pobres, por lo que a los usuarios se les otorgó la libertad de elegir entre el sistema público y privado de salud según sus necesidades. A partir de la creación de FONASA en 1979 se aplica una descentralización de la estructura sanitaria estatal para minimizar el poder monopólico del Estado. La descentralización se fundó en la adecuación local de las políticas nacionales de salud con el fin de satisfacer las necesidades de las comunidades. Por su parte el Ministerio de Salud estaba encargado de formular las políticas nacionales de salud y coordinar las acciones subsidiarias de instituciones privadas a través de labores normativas, de evaluación y control. Las políticas sanitarias descentralizadas buscaron fomentar la participación social y el rescate del saber popular; sin embargo, el autor sostiene que las estrategias de atención primaria eran incongruentes con las tácticas represivas del régimen militar.

El capítulo 4 *Diagnóstico del sistema de salud chileno: 1990-1994* plantea que la herencia de Pinochet en materia sanitaria fue controversial, pues para algunos exhibió un escenario sombrío caracterizado por la fuerte desigualdad social y, para otros, mostró la necesidad de privatizar la salud producto de la ineficiencia del Estado para administrar los hospitales. En el período de transición a la democracia, se mantuvieron los lineamientos de la precedente administración en materia sanitaria. Estas acciones estuvieron basadas en la táctica del consenso para mantener el delicado equilibrio que prolongaría la paz social. En vista de lo anterior, se mantuvo la estructura de administración municipal de la atención primaria de salud, el reconocimiento constitucional de las ISAPRES y la focalización de recursos para los sectores más vulnerables a partir de la subsidiaridad. Durante la década de 1990 la salud comenzó a adoptar criterios de integración social a partir del aumento del gasto social. Lo anterior, se vio reflejado en el levantamiento de indicadores respecto de la crisis hospitalaria y, por otro lado, en la posterior inversión en infraestructura, remodelación y construcción de establecimientos sanitarios.

Del diagnóstico sanitario de la atención primaria de salud hacia 1990 se develaron los problemas de la municipalización de la salud relacionados con la desarticulación del sistema pública de salud. Entre ellos, desigualdad de sueldos entre comunas, escasez de personal y precario financiamiento (sobre todo en comunas con alta vulnerabilidad social). Además de bajos sueldos, los funcionarios de la salud sufrían malas condiciones laborales, inestabilidad y deficiente seguridad laboral. Por otro lado, el ofrecimiento de planes de salud exclusivos para cada usuario instaló una lógica segmentada del sistema de salud privado y, a su vez, fortaleció la inequidad materializada en la salud de las personas, plantea Merino. Con este diagnóstico la política de la Concertación se abrió camino a nuevos procesos fundacionales. Los actores de la década de 1990 se plantearon la necesaria intervención estatal del mercado como requisito para la reconstrucción del sistema de salud a partir de la integración de mecanismos solidarios en la cobertura sanitaria. Y, por otro lado, se hizo necesario establecer normas administrativas a nivel nacional que fueran respetadas por los municipios.

El capítulo 5 *Salud y crecimiento con equidad, 1994-1999* plantea que, en este período, se buscó fortalecer la institucionalidad sanitaria sin abandonar el principio de subsidiaridad. Según el autor, hubo un fuerte financiamiento y mantención de la infraestructura hospitalaria, se invirtió en la construcción de nuevos hospitales y se fortalecieron las políticas de recursos humanos a través del retorno de especialistas de diversos campos de la salud. Con estos lineamientos, se consolidó una humanización del modelo sanitario a través de mejores mecanismos de distribución de los recursos. De esta manera, se diseñaron políticas sanitarias modernas y descentralizadas que procuraron ser eficientes. Lo anterior, acompañado con un lenguaje cercano y sustentado en derechos, participación y beneficios dirigidos a la población con el fin de lograr una mejor calidad de vida. El principio de equidad en el acceso a la salud fue el fundamento de los nuevos horizontes de la transición a la democracia en equilibrio con el crecimiento del país. Los recursos del Estado se enfocaron en la situación socioeconómica de los sectores más vulnerables a partir de políticas más inclusivas y solidarias. Así, el Estado procuró fortalecer la salud como un derecho con cobertura universal.

No obstante, se vivió la contradicción entre el derecho a la salud garantizada por el Estado y el derecho a elegir una salud con trato deferente bajo la lógica de la subsidiariedad. Según el autor, hospitales y clínicas se volvieron un producto de la segmentación donde los primeros mostraron un “rostro viejo” dado por las largas filas de espera, vigiliadas tempranas de usuarios esperanzados por la oportunidad de ser atendidos, crítico trato a los pacientes y espera agónica de los enfermos que requerían ser intervenidos quirúrgicamente. Los principios individualistas del mercado conducirían, por ende, a disipar aquel sentido humano y solidario en el que se sostuvieron las políticas sanitarias durante la década de 1990.

Para concluir, Merino sostiene que entre 1960 a 1999 hubo dos modelos de desarrollo en pugna tendientes a la menor o mayor presencia estatal que se reflejan en las políticas sanitarias

instaladas a lo largo de este período. Desde el punto de vista del autor, se han reformulado las políticas sociales del Estado capitalista liberal que ha sido responsable de la crisis social expresada cruentamente en las altas tasas de mortalidad infantil en Chile. En el ámbito sanitario es posible observar cómo el Estado se fue transformando desde un Estado asistencial a un Estado subsidiario sin afectar la estructura capitalista. En estas transformaciones, las políticas contribuyeron al cuidado biocorporal de la población chilena para proteger el capital humano en pro del desarrollo del país. Por un lado, se obtuvo una comprensión de la estatalización de la salud en el que el ente gubernamental estuvo al cuidado de los cuerpos de la nación desde su aspecto ético. Por otro, el campo discursivo neoliberal irrumpió en la “microfísica sanitaria” a través de la libertad de decidir el establecimiento sanitario, sistema consolidado en la segmentación entre clínicas y hospitales. En presencia de la salud privada, el Estado se desentendió de la protección de la población para racionalizar sus recursos enfocados en los sectores más necesitados. Este escenario discursivo interrumpió el proyecto democratizador de la salud pública durante la transición a la democracia producto de la ratificación de una senda economicista del sistema sanitario chileno.

En consecuencia, este libro enlaza los acontecimientos en materia sanitaria con los procesos históricos acaecidos en Chile. De esta manera, da cuenta que el ámbito sanitario se hizo partícipe de los contextos políticos respectivos. Sobre todo, durante las décadas de 1970 y 1980 se observa una tensión en la concepción de la salud pública encontrándose en el centro del debate la centralización/descentralización de la atención primaria de salud. El SNS se encontró en el centro de estos debates resultando la creación de FONASA al alero de un Estado subsidiario.

Por otro lado, comprende la salud pública en relación con la definición del cuerpo como “motor humano” que necesita ser controlado a través del aseguramiento de la alimentación y cuidados médicos para impulsar el desarrollo económico del país. Ello, como una continuidad en la historia de la salud pública en Chile, lo que contribuye al análisis histórico de las políticas sanitarias a lo largo del siglo XX chileno. Al mismo tiempo, *La realidad médico social* es un texto estudiado como “un documento científico de denuncia” que reflejó la realidad mencionada. Salvador Allende critica la carencia de los hospitales por no incluir, por ejemplo, salas de maternidad, ni de niños, ni lavandería. Este material proyectó la fría realidad desde la flaqueza del sistema de salud chileno a principios del siglo XX. En consecuencia, como ministro de Salubridad, Allende buscó ampliar la cobertura sanitaria a partir de la comprensión de la salud como derecho social que el Estado debía resguardar. Por ende, es posible indicar que la figura de Allende fue un aporte para el desarrollo de la salud pública en Chile debido a que contribuye a la comprensión de la salud como un derecho social universal y el entendimiento del humano como un ser íntegro, planteamientos basales del SNS.

Este libro examina que, durante las décadas de 1960 y 1970, se observa el surgimiento de una medicina comprometida con las necesidades del pueblo, ajustado a un proyecto revolucionario

comprometido con los cuerpos físicos populares. En este sentido, pobladores, campesinos, trabajadores y profesionales avanzaron hacia la construcción de una nueva sociedad procurando mejorar las condiciones de vida del pueblo desde sus cotidianidades. Esto contribuyó a un cambio social interno a partir del cual se movilizaron diversos sectores sociales convencidos de la posibilidad de cambiar las estructuras de la sociedad. De esta manera, la medicina se insertó en los sectores barriales para aportar con sus conocimientos al desarrollo de las comunidades. En este sentido, los médicos permitirían hacer partícipes a dirigentes locales otorgándoles la responsabilidad de hacerse cargo del bienestar de sus propias vecindades. A partir de los planteamientos del autor, se constata como una experiencia única en la historia social de la salud en Chile, donde los médicos se abren paso a los diversos territorios para actuar con consciencia social en pro de un proyecto revolucionario. Es decir, la científicidad se ajustó al proyecto de la vía chilena al socialismo concibiéndose una medicina social al servicio de las comunidades.

En general, este texto es un material importante para comprender la historia de la salud pública en Chile. En la primera etapa la salud se constituyó significativamente como un derecho fundamental y, por ende, se observa que estuvo en constante aumento el sistema sanitario chileno. La medicina social irrumpió los espacios hospitalarios para ir en ayuda de los sectores más aislados, concibiendo su labor una esfera ética y moral. No obstante, estos proyectos se ven mermados por el golpe militar chileno instalando la subsidiaridad con foco racional en las necesidades de los sectores más vulnerables. Esto representa un giro en las estructuras del sistema de salud, pues hoy afecta a los usuarios de la salud pública a través de la falta de implementos y las largas listas de espera. Por lo anterior, es necesario profundizar sobre cómo afectaron los lineamientos en materia sanitaria durante la dictadura chilena en el sistema de salud actual. En este punto nos preguntamos, ¿cómo afecta la privatización de la salud en la calidad de vida de los más vulnerables? ¿de qué manera se han desplegado las políticas sanitarias a lo largo de la historia chilena bajo la concepción del Estado en pugna? ¿de qué manera la mayor o menor presencia del Estado ha determinado el desarrollo de la salud pública en nuestro país?