

DE LA MEDICINA SOCIAL A LA RED ASISTENCIAL.
RUINA Y SUPERVIVENCIA DEL PAÍS SANITARIO EN
TIEMPOS DE PANDEMIA

Marcelo Sánchez Delgado

MARCELO SÁNCHEZ DELGADO

Doctor en Estudios Latinoamericanos. Profesor Asistente, realiza docencia e investigación en el Centro de Estudios Culturales Latinoamericanos, Cecla, y en el Departamento de Ciencias Históricas de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile. Sus investigaciones abordan la historia de la eugenesia y de la medicina en Chile, entre otros temas.

DE LA MEDICINA SOCIAL A LA RED ASISTENCIAL. RUINA Y SUPERVIVENCIA DEL PAÍS SANITARIO EN TIEMPOS DE PANDEMIA

El arquitecto e intelectual francés Paul Virilio sugería que el día en que alguien puso el primer tronco a navegar por un río surgió la posibilidad del accidente del Titanic. En otras palabras, que la tecnología implica la posibilidad de los accidentes e incluso de las catástrofes. Tal vez algo similar ocurre cuando se introducen cambios estructurales en la orientación general de la sociedad y del rol del Estado. Una vez realizados esos cambios, según el tipo de orientación que tengan, puede ocurrir que la capacidad general de los instrumentos públicos para enfrentar emergencias quede tan disminuida que una transformación en las condiciones ambientales, económicas y sociales puede terminar por producir efectivamente un estado de riesgo que ya existía como posibilidad.

Mientras se escriben estas palabras, la ampulosa retórica en torno a “la mayor pandemia del siglo”, “del último siglo” y hasta de la “historia de la humanidad”, tras la que se esconde la falta de creatividad y responsabilidad política para enfrentar el serio y nada menospreciable riesgo que significa el Covid-19, está llevando al sistema sanitario chileno a un máximo de su capacidad y a las puertas de una catástrofe sanitaria. Esperamos y queremos que ello no ocurra y justamente para reflexionar en torno al rol de lo público en salud es que se ha vuelto imprescindible una reflexión histórica que arroje alguna luz sobre el estado actual de nuestro sistema sanitario.

En relación al sistema sanitario nacional y con algún énfasis en la respuesta a los fenómenos epidémicos, este artículo intentará responder a las preguntas *¿cuál fue el tronco que echamos al río de la sanidad pública y a partir del cual abrimos la posibilidad de un naufragio sanitario? ¿Cuál fue la orientación sanitaria predominante en el siglo XX chileno? ¿Qué características tenía? ¿Cuándo y por qué se introdujeron cambios sustanciales en ella? ¿Cuándo pasamos de una atención sanitaria concebida como medicina social a un simple instrumento administrativo hoy llamado red asistencial?*

EN LOS ORÍGENES DE LA MEDICINA SOCIAL CHILENA

En el contexto histórico no es siempre fácil dar con categorías nítidas que tengan límites claros y que sean operativas más allá del contexto en que se originaron. La natural ambigüedad de lo social y cultural puede llegar a convertirse en una seria dificultad para el conocimiento científico. En ese sentido, en torno a las relaciones

del Estado con la salud es usual encontrarse con expresiones como policía sanitaria, salud pública, salud colectiva, higiene pública, higiene social, medicina social y otras, en las que se alude a las actuaciones en salud que se proponen como normativas para el colectivo social, ya sea que provengan de iniciativas civiles particulares o de una autoridad jurídica nacional como el Estado.

En este trabajo usaré la categoría de medicina social, no tanto porque sea la más coherente, sino porque fue la más significativa en el contexto nacional y la más usada por los mismos creadores, actores y gestores de la actuación del Estado en el espacio público en términos de salud¹.

Aunque se reconoce al médico francés Jules Guérin como el creador de la expresión *medicina social* en un texto de 1848 (Fajardo, 2004), la historia de la medicina occidental ha privilegiado la figura del multifacético médico alemán Rudolf Virchow como el “padre de la medicina social”, ya que ese mismo año Virchow fue comisionado por las autoridades prusianas para estudiar una epidemia de tifus exantemático en la región de Alta Silesia. Al estudiar en terreno el comportamiento de la epidemia y las alternativas existentes para su tratamiento, Virchow llegó a una conclusión fundamental: la enfermedad tenía una clara relación con las condiciones sociales. Sobre el futuro de Alta Silesia, Virchow propuso un programa de acción tan claro como ambicioso:

La respuesta lógica a la pregunta de cómo se pueden prevenir en el futuro condiciones similares a las que han surgido ante nuestros propios ojos en la Alta Silesia es, por lo tanto, muy fácil y sencilla, por medio de educación y sus dos hijas: la libertad y la prosperidad. Sin embargo, la respuesta práctica es menos simple: nos referimos a la solución de este gran problema social (2008, p. 14).

Virchow respira claramente el aire europeo libertario de 1848 y reflexiona, incluso, de manera coincidente con preguntas muy actuales, que:

[...] la tierra provee mucho más alimento del que la gente consume. Los intereses de la raza humana no demandan que, por medio de una absurda concentración del capital y bienes raíces en las manos de individuos, la producción sea dirigida a canales que siempre encausan el flujo de ganancias a las mismas manos. El

1. Para ilustrar las posibles tensiones y preferencias que implica esta elección por la medicina social, resulta útil considerar los excelentes trabajos de la historiadora Paula Caffarena (2016), para quien existe salud pública en Chile al menos desde la aplicación de la vacunación antivariólica de fines del periodo colonial e inicios del republicano.

constitucionalismo nunca eliminará estas condiciones, ya que es en sí mismo una mentira, ya sea una concesión al prejuicio o un pacto con la injusticia histórica (p. 16).

En el siglo XX, la medicina social fue de gran importancia en América Latina y en Chile, por caminos muy diferentes y a través de tradiciones locales muchas veces entroncadas con las preocupaciones del higienismo del siglo XIX. En el contexto mundial, la medicina social y el Estado Benefactor tuvieron una de sus expresiones más completas en Inglaterra, gracias al impulso de John Alfred Ryle, que promovía el estudio de las relaciones entre los fenómenos sociales y los procesos médicos. Ryle era un promotor del Estado de Bienestar, también apoyado por William Henry Beveridge y John Maynard Keynes, “que deseaban la participación de los gobiernos en el financiamiento de los servicios básicos para el desarrollo del hombre [y] señalaban las interrelaciones de economía, educación, seguridad social, salud y trabajo” (Fajardo, 2004, p. 256).

Desde mi punto de vista, la inmersión directa, consistente y estable del Estado chileno en los asuntos médicos sociales tiene su punto de inicio con la respuesta frente a los distintos focos epidémicos suscitados por el cólera en el territorio nacional a fines de la década de 1880. Fue ante ese evento epidémico y su consecuencia de alrededor de 25 mil muertes que emergió el consenso en torno a la necesidad de una institucionalidad consistente, pública, con dotación económica, de infraestructura y con una aspiración a cubrir el territorio nacional encargada de la prevención de epidemias y la regulación sanitaria general. Así surgieron en 1892 el Consejo Superior de Higiene y el Instituto de Higiene, dependientes del Ministerio del Interior.

El Instituto Superior de Higiene fue albergado en un flamante edificio apenas al otro lado del río Mapocho, al inicio de la avenida Independencia². A partir del mandato de prevenir y preparar la respuesta ante las epidemias, el Instituto fue asumiendo otras tareas, como las de inspección de la calidad de las carnes, la leche, promoción de la higiene, preparación de vacunas y pericias toxicológicas. En términos institucionales, es posible trazar una línea de continuidad y traspaso de funciones entre el Instituto Superior de Higiene creado en 1892, el Instituto Bacteriológico creado en 1929 y el Instituto de Salud Pública creado en 1979, este último activo hasta el presente. Así, podemos ver hasta qué punto las instituciones de salud pública nacional tienen una relación de origen con el control de las

2. Este edificio existe en la actualidad en un estado de gran deterioro en manos de la Policía de Investigaciones de Chile y cuenta en su historia con el oprobioso destino de haber servido de cuartel de instituciones represivas de la dictadura militar de Augusto Pinochet.

enfermedades y con el consenso político surgido después de la epidemia de cólera de 1886-1888.

Una de las principales tareas del Instituto Superior de Higiene era la de aplicar procesos de desinfección preventiva en locales, ropas, calles y en todo lugar que la autoridad sanitaria considerase indispensable. La desinfección comenzó a aplicarse a fines del siglo XIX en Chile en el marco de un conjunto de medidas de corte higienista para enfrentar crisis epidémicas, que incluían la vacunación, el aislamiento, el aseo público y la inspección de habitaciones. En el contexto de la medicina europea, la desinfección mediante agentes químicos y gaseosos comenzó a ser usada en forma intensiva como una medida de lucha contra las epidemias de cólera desde la primera mitad del siglo XIX. La epidemia de cólera despertó un temor enorme tanto entre las autoridades como en la población, y ante ella se implementaron cordones sanitarios militares, cuarentenas estrictas, control a los viajeros y “se desinfectaba a diestro y siniestro” (Hudemann-Simon, 2017, p. 204). Sabemos que en Chile la desinfección a través de agentes químicos fue propuesta como medida de control epidémico frente al cólera por el Dr. Federico Puga Borne en 1886 y puesta en práctica de manera muy activa durante la epidemia de cólera que asoló Valparaíso entre 1886 y 1888 (Madrid, 2017). Sin embargo, no fue hasta la creación conjunta del Consejo Superior de Higiene Pública y del Instituto de Higiene de Santiago en 1892, cuyo primer director fue el mismo Federico Puga Borne, que se logró avanzar hacia una infraestructura y un equipamiento técnico estable para la desinfección sanitaria con sus respectivos operarios.

El Ministerio del Interior encargó al Instituto de Higiene de Santiago que se hiciera cargo de la construcción y administración de un Desinfectorio Público, el que comenzó a construirse en 1895 y fue inaugurado en diciembre de 1896 (Castillo, 2014). Por su parte, la Sección Sanitaria del Consejo Superior de Higiene, creada por ley de 28 de septiembre de 1898, tenía entre sus obligaciones específicas “la observancia de las medidas de aislamiento y desinfección que convenga indicar en cada caso especial; vigilar el cumplimiento de la desinfección obligatoria” (Ferrer, 2004, p. 6).

A juzgar por las descripciones e imágenes del Álbum Gráfico que en 1910 Pedro Lautaro Ferrer imprimió para mostrar los logros de esta institución en un evento internacional, podemos evaluar que se trataba de un servicio público muy activo y provisto con una infraestructura considerable para el tamaño de Santiago, y con un equipamiento de lo más avanzado disponible en el mercado europeo.

En 1926, la creación del Instituto Bacteriológico de Chile vino a reemplazar al Instituto de Higiene, del que heredó algunas responsabilidades. Su primer director fue el médico austriaco Rodolfo Kraus. Además, desde 1929, el Instituto Bacteriológico publicó una revista, la que dio espacio a informes sobre el estado de

salud en la nación, decretos estatales para el sector de la salud y la difusión de nuevos saberes y técnicas para el combate de las enfermedades, entre otros contenidos (Suárez, 1929, p. 2).

Junto a esta rica historia institucional y sanitaria, el Instituto Superior de Higiene fue también un centro de sociabilidad y de formación para los médicos interesados en el destino sanitario de la nación. Como se ha señalado:

La creación del Instituto de Higiene, en 1892, permitió formar diez años después una generación de médicos especialistas en higiene, entre los que destacaron Alejandro del Río Soto Aguilar (1867-1939), Lucio Córdova (1871-1954), ambos profesores de Higiene, y Pedro Lautaro Ferrer (1869-1937), Alcibíades Vicencio (c. 1860-1913) y Mamerto Cádiz (1863-1929). La conducción de la política de salud de este grupo fue dirigida por el doctor Corbalán Melgarejo junto con el doctor Octavio Maira apoyados por Puga Borne, Amunátegui y el abogado Paulino Alfonso, para lograr cristalizar la creación del Código Sanitario y la Dirección de Sanidad (Cruz-Coke, 1995, p. 476).

LAS PREOCUPACIONES SANITARIAS Y LAS INICIATIVAS CIVILES

Entre las preocupaciones más urgentes que enfrentaron los médicos chilenos de fines del siglo XIX y principio del XX estaba la atención materno-infantil o, como señalan los documentos del periodo, el “binomio madre-hijo”. Desde la medicina francesa surgió una perspectiva médica especialmente orientada a todo el proceso de procreación, parto y crianza. Esa fue la puericultura, llamada así por el médico francés Adolphe Pinard. En Chile, esta perspectiva fue ampliamente acogida y algunas veces incluso asimilada con la eugenesia. Un artículo sobre puericultura e higiene en la Revista Médica de Chile (1915) señalaba que “este cultivo de niños sanos no constituye sino uno de los factores que contempla la ‘Eugénica’, o sea, la ciencia que estudia las causas de la decadencia de la raza, i las que podrían contribuir a mejorarla” (p. 283). Junto a la puericultura fueron surgiendo iniciativas sanitarias para mejorar la condición de la madre, de la crianza y de la infancia, como las instituciones organizadas todavía desde perspectivas caritativas como las Gotas de Leche — de clara inspiración francesa—, el Asilo Maternal y el Patronato Nacional de la Infancia.

Ante la ausencia de instituciones estatales dedicadas a la atención sanitaria y a las enfermedades que se consideraban la base de grandes problemas sociales, se fundó en 1917 la Liga Chilena de Higiene Social, institución civil que sería protagonista, en la década siguiente, de un esfuerzo considerable por la educación sanitaria y la lucha contra los males que, se estimaba, estaban degenerando la raza, los llamados “venenos raciales”: la sífilis, la tuberculosis y el alcoholismo.

La Liga Chilena de Higiene Social fue fundada el 4 de julio de 1917 y fue presidida en sus primeros diez años de existencia por el Dr. Carlos Fernández Peña. El objetivo central de la Liga Chilena de Higiene Social era:

[...] precaver, combatir y vencer las enfermedades sociales y todos los demás factores que degeneran y destruyen los gérmenes de la vida, por medio de la organización de todas las fuerzas educacionales, morales, religiosas, cívicas y económicas en una institución nacional de defensa de nuestra raza, con ramificaciones en todas las provincias de la República (Liga Chilena de Higiene Social, 1921, p. 110).

El repertorio de medidas que la Liga proclamaba como urgentes y necesarias abarcó las cuestiones educativas y varias medidas de franco progresismo social, como la protección de la infancia, del descanso de la mujer en el embarazo y el salario femenino, y la educación sexual de la infancia y la juventud, sin dejar de considerar, al mismo tiempo, el ejercicio de coerciones duras y directas sobre ciertos grupos o actividades de la población. Por ejemplo, se proponía desde la Liga promulgar “leyes que excluyan del matrimonio todas las enfermedades que influyan desastrosamente sobre la descendencia”; ejercer la censura sobre el cine a través de una Oficina Nacional de Censura, “por la cual deberán pasar, al ser fabricadas o internadas, todas las películas de nuestros cinematógrafos”; combatir y reprimir las conductas sexuales antagónicas a la sana reproducción, como “el vicio solitario, y todas las formas de perversiones y de inversiones sexuales, en su propagación artificial y en sus factores hereditarios y adquiridos”; y promover medidas de encierro como “la reclusión, en asilos especiales, de los alienados y degenerados en la época de la reproducción” (1921, pp. 241-242).

Más allá de esta diversidad de intereses y propuestas, la acción educativa de la Liga Chilena de Higiene Social es notable. Tan solo en el año 1924 “se dieron con su patrocinio 128 conferencias con asistencia de 95.000 personas, se repartieron 22.228 folletos y 206.000 volantes, 189.959 silabarios de la raza y 10.812 afiches” (Subercaseaux, 2007).

LA MEDICINA SOCIAL Y EL ESTADO

Como se recordará, en el entorno del Instituto Superior de Higiene, fundado en 1892, se fue gestando una verdadera escuela de higienismo y medicina social. Los médicos formados en ese entorno, a veces gracias a sus buenas relaciones personales o a su pertenencia a la élite oligárquica gobernante, lograron impulsar su agenda sanitaria

hasta incorporarla en la administración y gestión estatal. El primer gran paso en esa dirección fue el Código Sanitario de 1918, que estuvo vigente hasta 1931. En el Código de 1918 se creó una división administrativa que fue fundamental durante las décadas siguientes, la Dirección General de Sanidad, entre cuyas responsabilidades estaban “Dirigir el servicio de desinfección pública”, “Ejercer la vijilancia técnica de los lazaretos u otros locales destinados especialmente a la profilaxis y tratamiento de las enfermedades infecciosas epidémicas”, “Informar al Presidente de la República sobre la calificación de los estados sanitarios de las ciudades o puertos nacionales o extranjeros” y “Dirigir el servicio extraordinario de profilaxis de enfermedades infecciosas a que se refiere el artículo 59 de este Código” (Ley N°3.385). Es decir, tanto las tareas de desinfección como las tareas de control de epidemias pasaron a centralizarse en esta Dirección General de Sanidad. Según Ricardo Cruz-Coke, con el Código Sanitario de 1918 se establece, por primera vez en la historia de la medicina chilena, “un organismo central que vigilaba y controlaba toda la salud pública en forma especializada” (1995, p. 478).

Otro paso significativo en la construcción del edificio de la medicina social llegó con el conjunto legislativo de 1924, que es bien conocido en la historia nacional. Como se sabe, el golpe militar de 1924 dio curso rápido a una agenda legislativa que llevaba años esperando, dentro de la cual destaca la Ley de Seguro Obrero Obligatorio, que creaba la Caja del Seguro Obrero Obligatorio. A partir de esta legislación y de la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, el Estado se volvió el gran actor en la lucha contra los llamados “venenos raciales”. Cabe decir que tanto el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social (1924-1927) como el de Bienestar Social (1927-1931) mantuvieron la figura de la Dirección General de Sanidad, aumentando su importancia, dotación profesional y responsabilidades.

Ya inserta la medicina social dentro del aparato del Estado, principalmente bajo la forma de un Seguro Obrero Obligatorio y un ministerio que fue tomando diferentes denominaciones durante sus primeras décadas de existencia, el proyecto de una tutela pública en salud fue ampliando sus preocupaciones y responsabilidades explícitas a través de diferentes instituciones y marcos legales.

Veamos algunos hitos de ese proceso. La Central de Compras de Medicamentos e Implementos Sanitarios a cargo del Estado comenzó su vida en 1921. La Ley de Medicina Preventiva de 1938, impulsada por Eduardo Cruz-Coke, sancionó el reposo como parte del proceso curativo, indicando que “para garantizar la tranquilidad espiritual y material conserva al reposante la totalidad de la remuneración, prohíbe al patrón despedirlo en el lapso correspondiente y [...] todavía 6 meses después de volver a su ocupación” (Romero, p. 64). En 1942 se creó la Dirección General de Protección a la Maternidad, la Infancia y la Adolescencia, conocida por la sigla Protinfa.

Si bien durante las décadas de 1930 y 1940 crecieron las tareas del Estado en diversas materias sanitarias, el sistema se encontraba disperso y cruzado por la acción de la Junta Central de Beneficencia. Un proceso centralizador resultaba imprescindible para dar un nuevo impulso a la medicina social. Ello se concretó en 1952, con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), cuya acción en las siguientes décadas permite ver esta fundación como “el acontecimiento de mayor relevancia en Salud Pública” (Goic, 2015, p. 777) de la segunda mitad del siglo XX. El proyecto de unificación de servicios y dependencias sanitarias fue iniciado por el ministro de Salubridad Salvador Allende en 1941 y fue tramitado durante once años hasta que en julio de 1952 se sancionó la Ley N°10.383, que logró una articulación nacional y centralizada del sistema sanitario, fusionando en el nuevo Servicio Nacional de Salud a la Dirección General de Sanidad, la Junta Central de Beneficencia, la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, Protinfa, servicios médicos municipales y el Ministerio del Trabajo. Este proceso coincidió con una consolidación del Colegio Médico y del Estatuto del Médico Funcionario, que dieron a la profesión el carácter de cuerpo profesional nacional integrado a las tareas del Estado en el marco de la medicina social. En palabras de Hernán Romero, el SNS “representó un paso formidable hacia la socialización de la medicina y hacia una organización única que atienda los problemas de salud de todos los habitantes” (Romero, 1977, p. 76). Se trataba de un gran ideal, de una aspiración tan noble como compleja a partir de la cual se sucedieron notables avances y aciertos, pero también defectos, entre los que podemos contar el desfinanciamiento crónico, la lentitud administrativa, faltas en la coordinación territorial y una atención que el usuario percibía como “deshumanizada”.

El objetivo de establecer un derecho universal de atención en salud para todos y todas, ya muy claro en las ideas desde 1952, resulta hoy tan lejano como una estrella distante. Pero esa experiencia histórica está en la memoria de la sociedad chilena.

En los años sesenta, la actividad del SNS fue ampliada con leyes y mandatos en torno a mejoras o atención de nuevas necesidades sanitarias, como la Ley de Formulario Nacional de Medicamentos (1967), la Ley de Medicina Curativa de Empleados (1968), la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales (1968) y la Planificación Familiar (1965).

El funcionamiento del SNS resulta también destacable por la legitimidad de sus directores y su grado de atención a otras instituciones republicanas, como detalla la siguiente descripción:

El SNS tenía el carácter de una institución estatal de administración autónoma, encabezada por un Director General designado por el Presidente de la República con acuerdo del Senado de la República, lo que garantizaba la idoneidad del líder

en salud del país. Se vinculaba con el poder ejecutivo a través del Ministerio de Salud y contaba con la asesoría de un Consejo Nacional de Salud que presidía el Ministro y en el que había una amplia participación social, educacional, gremial y política: representantes del Presidente de la República, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, del Colegio Médico (Goic, 2015, p. 777).

A comienzos de los años setenta y a raíz del triunfo del proyecto de la Unidad Popular, algunas modificaciones y mejoras fueron impulsadas en el sistema sanitario chileno. La política pública de entrega de medio litro de leche a los menores de 15 años y a las mujeres embarazadas o en etapa de amamantar fue un hito fundamental en la lucha contra la desnutrición y la mortalidad infantil. En 1970 recibieron este beneficio 650 mil personas y para 1973 los beneficiados fueron 3 millones 600 mil personas (Ramírez, 2017). En algunos indicadores, como los de mortalidad general y mortalidad infantil, se logró continuar el descenso, y los esfuerzos estatales en materia de salud fueron relevantes si consideramos que el gasto fiscal en este ámbito fue de 16,4 dólares por habitante en 1970, para alcanzar 24,6 dólares por habitante en 1972 y caer hasta 12,8 dólares en 1976 (Medina, 1977, p. 176).

EN LAS RUINAS DEL PAÍS SANITARIO

El año cero de la destrucción del sistema público de salud fue 1979. Ese año se decretó el fin del Servicio Nacional de Salud (SNS) y del Servicio Médico Nacional (Sermena). Al año siguiente se dio otro enorme golpe a la medicina social, cuando se decretó el traspaso de la atención primaria a las municipalidades. En otras palabras, en el año 1980 el Estado volvió la espalda a la salud comunitaria y a la asistencia primaria en salud, desligándose del contacto inicial y cotidiano con los problemas sanitarios de toda la población y volviendo a las alcaldías — muchas veces sin recursos adecuados— responsables de la atención primaria en salud.

Más allá de la aburrida y en general poco decorosa presencia de los alcaldes y alcaldesas en los medios de comunicación en esta crisis pandémica del año 2020, su participación en dichos espacios y su continuo estado de conflicto con el gobierno se explica precisamente porque desde 1980 la autoridad municipal es la responsable de la atención primaria en salud, la que debe asumir a pesar de graves deficiencias en infraestructura, personal y recursos materiales. Así, cada alcalde, cada alcaldesa, intenta imponer su visión y sus condiciones en el manejo de la crisis sanitaria. En Chile hay 345 municipalidades con una abigarrada diversidad geográfica, económica y de población. ¿Cuánta energía y recursos sociales se han dilapidado atendiendo por separado en esta crisis a los requerimientos de municipalidades tan

abrumadoramente diferentes como las de Rapa Nui, Puerto Williams, Las Condes, Maipú y Recoleta?

La creación de Fonasa, un seguro público de salud que reemplazó a las prestaciones del Servicio Nacional de Salud, data de 1979; un nuevo sistema previsional en manos del interés por el lucro de consorcios privados y atento a servir al mercado financiero, las AFP, se creó en 1980; y un seguro privado de salud, también en manos de consorcios económicos en busca de rentabilidad, se creó en 1981 con las llamadas Isapres.

En resumen, sobre este punto: entre 1979 y 1981 se destruyeron los cimientos de la medicina social chilena y se crearon sistemas de seguros de salud y previsionales en manos de consorcios económicos que buscan el lucro a partir de las cotizaciones de los afiliados, mientras que, de paso, se fueron creando tipos de atención sanitaria y seguros previsionales de distinta calidad para diferentes capacidades de pago. Atención primaria pública a cargo de las municipalidades para los pobres, atención primaria privada para diferentes capacidades de pago. Atención de urgencia pública para los pobres en la llamada red asistencial y atención de urgencia privada de distintas calidades para diferentes capacidades de pago. Más que sufrientes, los enfermos y enfermas pasaron a ser clientes.

Se comprenderá que la capacidad de articular armónicamente estos actores es poca y que el rol del Estado y lo público en salud queda reducido a mero asistencialismo, a un papel policial de control y reglamentación y a programas nacionales sujetos a una pobre implementación. Sin capacidad real para desarrollar políticas nacionales, con poco poder de negociación y compra frente a los intereses privados, con una rotación alta de personal debido a las mejores condiciones salariales y de infraestructura de la atención privada, cualquier alteración más o menos profunda de las condiciones sanitarias puede conducir a un colapso. Y eso es lo que está sucediendo mientras escribo estas palabras. Un sistema sanitario fragmentado por capacidades de pago y sin relación con la salud primaria, limitado a “red asistencial”, tiene pocas herramientas para impulsar una agenda pública en salud en circunstancias normales. En el evento epidémico actual, la capacidad de gestión sanitaria desde el Ministerio de Salud ha sido ampliada gracias a las leyes y regímenes administrativos que reinan en Estado de Excepción Constitucional y, en nombre de las vidas que pueden y deben ser salvadas, es deseable su más completo éxito. No obstante, el llamado a la unidad y al buen criterio ético, comunitario y solidario resulta algo destemplado después de un largo periodo en que las autoridades políticas nos han insistido en que estamos en un país en guerra contra un enemigo feroz e implacable (la delincuencia, el terrorismo, la protesta social, el Coronavirus). La urgencia de salvar vidas, claro está, es un valor superior.

Las palabras de Rudolf Virchow frente al panorama de pobreza, ignorancia y enfermedad de la población, en su informe de 1848 sobre la epidemia de tifus exantemático en la región de Alta Silesia, resultan tan inspiradoras como desafiantes:

Cualquier pueblo que conservara fuerza interna y ganas de libertad se hubiera alzado y sacado de sus templos a toda la basura de la jerarquía [eclesiástica], burocracia y aristocracia, de modo que únicamente reinara ahí la sagrada voluntad del pueblo (p. 12).

América Latina está enfrentando la pandemia de Covid-19 con suerte dispar y con liderazgos que incluso tensionan la paz social y el entendimiento global de los deberes éticos, solidarios y responsables en salud pública. Por el bien de los pueblos, cuando podamos mirar atrás — si queremos ser responsables y lúcidos— proponemos que esa mirada abarque la experiencia de salud pública en el siglo XX para volver a evaluar si el camino heredado del contexto dictatorial y de los gobiernos de la transición tiene efectivamente los instrumentos adecuados para los nuevos desafíos del siglo XXI en salud pública para todos y todas.

REFERENCIAS

- Caffarena, Paula. Salud pública, vacuna y prevención. La difusión de la vacuna antivariólica en Chile, 1805-1830. *Historia*. II (49): 347-370, 2016.
- Castillo, Simón. El río Mapocho y sus riberas. Espacio público e intervención urbana en Santiago de Chile (1885-1918). Santiago, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2014.
- Cruz-Coke, Ricardo. Historia de la medicina chilena. Santiago, Editorial Andrés Bello, 1995.
- Fajardo, Guillermo. La expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI? *Revista Facultad de Medicina Unam*. 47(6): 256-257, 2004.
- Ferrer, Pedro. Álbum Gráfico del Instituto de Higiene de Santiago: presentado al Congreso Internacional de Medicina y a la Exposición de Higiene de Buenos Aires en mayo de 1910. Santiago, El Instituto, 1910.
- Goic, Alejandro. El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*. 143: 774-786, 2015.
- Hudemann-Simon, Calixte. La conquista de la salud en Europa 1700-1900. Madrid, Siglo XXI, 2017. 240p.
- Ley N°3.385. Chile. Código Sanitario. Santiago, Chile, junio de 1918. 46p.
- Liga Chilena de Higiene Social. Declaración de principios y estatutos de la Liga Chilena de Higiene Social. Santiago, *Revista Médica de Chile*. 110-246, 1921.
- Madrid, Carlos. Epidemia de cólera en Valparaíso: 1886-1888. Autoctonía. *Revista de Ciencias Sociales e Historia*. 1(1): 115-148, 2017.
- Medina Lois, Ernesto. Presente y futuro de la medicina social chilena. En: Jiménez, Jorge (Ed). *Medicina Social en Chile*. Santiago, Ediciones Aconcagua, 1977.
- Puga Borne, Federico. Cómo se evita el cólera. *Estudios de Higiene Popular*. Santiago, Imprenta Nacional, 1886.
- Ramírez, Felipe. “‘Medio Litro de Leche’ para todos los chilenos: la historia de una política pública que se extiende por más de cuatro décadas”. Martes 26 de marzo de 2019. <http://www.saludpublica.uchile.cl/noticias/152243/la-historia-detras-del-medio-litro-de-leche-para-todos-los-chilenos>
- Revista Médica de Chile*. Puericultura e higiene. *Revista Médica de Chile*. Editorial 1915: 283-288, 1915.

- Romero, Hernán. Hitos fundamentales de la medicina social en Chile. En: Jiménez, Jorge (Ed). Medicina Social en Chile. Santiago, Ediciones Aconcagua, 1977.
- Suárez, Eugenio. Antecedentes de la creación del Instituto Bacteriológico. Santiago, Revista del Instituto Bacteriológico de Chile, diciembre de 1929.
- Subercaseaux, Bernardo. Raza y nación: el caso de Chile. A Contracorriente. 5(1): 29-63, 2007.
- Virchow, Rudolf. Reporte sobre la epidemia del tifo en Alta Silesia. Medicina Social. 3(1): 5-20, 2008.