



MARCELO LÓPEZ CAMPILLAY

¿Salud para todos?

La atención primaria de salud en Chile y
los 40 años de Alma Ata, 1978-2018

López Campillay, Marcelo. ¿Salud para Todos? La atención primaria de salud en Chile y los 40 años de Alma Ata, 1978-2018. Santiago, Chile: Ministerio de Salud, 2018. 134 páginas.

(Nº4 Hitos de la Salud Pública en Chile)

- 1.- HISTORIA DE LA SALUD
- 2.- HISTORIA DE LA SALUD PÚBLICA – CHILE
- 3.- ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD- HISTORIA

Edición: Andrea Aguila

Diseño e impresión: Andros Impresores Ltda.

Diseñadora: Fabiola Hurtado

Imágenes de la Portada: Colección Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud

Documento Disponible en formato electrónico (pdf) en:

www.patrimoniodelasalud.cl

www.repositoriodigital.minsal.cl

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

Subsecretaría de Salud Pública / División de Planificación Sanitaria /

Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales / División de Atención Primaria

Impreso en Santiago de Chile.

Primera Edición.

1.000 ejemplares

ISBN 978-956-348-156-3

ISBN versión pdf 978-956-348-157-0

Distribución Gratuita, prohibida su venta.

Cualquier reproducción parcial o total debe ser autorizada por escrito por la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud del MINSAL.



Esta publicación está bajo Licencia Creative Commons

MARCELO LÓPEZ CAMPILLAY

¿Salud para todos?

La atención primaria de salud en Chile y
los 40 años de Alma Ata, 1978-2018

Índice

Pròlogo	7
Presentación	9
I. Prefacio	11
I.I Salud, sociedad e historia	11
I.II. APS, Alma Ata y Chile: 40 años	20
Capítulo 1	
Las raíces históricas de la APS	27
1.1 Antecedentes globales	27
1.2 Antecedentes locales	32
1.3 El giro de la década de 1920	41
Capítulo 2	
Salud y desarrollo: Chile y el mundo camino a Alma Ata: décadas de 1960 a 1970	59
2.1 La salud y la discusión sobre las opciones de desarrollo	59
2.2 La salud desde arriba y desde abajo	63
2.3 La Conferencia de Alma Ata y la salud para todos	71

Capítulo 3	
La APS en Chile: ideas y estancamiento (1978-1994)	81
3.1 Los avances del SNS y la salud integral o medicina comunitaria	81
3.2 Chile y el impacto de Alma Ata	90
3.3 La APS en la década de 1980: las ideas versus la realidad	96
Capítulo 4	
El fortalecimiento de la APS, 1990-2005: propuestas y discusiones	113
4.1 Las decisiones políticas para el fortalecimiento de la APS	115
4.2. La APS como movimiento local y global en el siglo XXI	123
Consideraciones finales	
La APS, su presente y sus proyecciones	131

Prólogo

El libro que entregamos a los trabajadores y estudiantes de salud, a nuestras usuarias y usuarios, al mundo académico y al público general, describe las raíces y recorrido de nuestro sistema de salud en base al aporte del sistema de cuidados que hoy conocemos como Atención Primaria, a la luz de los 40 años de Alma Ata.

Si hoy Chile presenta una situación de resultados en salud aventajada en el contexto latinoamericano respecto a esperanza de vida, mortalidad general, infantil y materna, y al retroceso de las enfermedades infecciosas tradicionales, se debe no solo al crecimiento en derechos sociales, y al desarrollo económico, sino que también al aporte de la protección social en salud basada en la Atención Primaria.

Desde antes de la conceptualización y consenso global alcanzados en Alma Ata, Chile ya era pionero en políticas de salud materno-infantil, y en abordar el combate a las enfermedades infecciosas en base a la prevención y el abordaje integral de sus causas; por ejemplo, para eliminar las diarreas infantiles no solo era importante la hidratación y alimentación sino que también incidir en las condiciones sociales de la familia, el acceso a agua potable y saneamiento básico. Esta manera de encarar las políticas públicas en salud se basó en un consenso social transversal (gobernanza diríamos hoy día) que desde la década de los años 20 congregó a académicos, políticos, salubristas, a la comunidad y los trabajadores y trabajadoras de la salud, respecto a las

estrategias de cobertura en los cuidados básicos de salud, y que dio grandes frutos de los que aún gozamos hasta hoy.

Por lo anterior, este libro es un gran paso en la recuperación de la memoria histórica de la Salud Pública en Chile y al tremendo aporte de la Atención Primaria como una estrategia que da valor social a las políticas de salud en la perspectiva de los desafíos actuales, que hoy nos hablan de lograr mayor satisfacción de la población con el sistema de salud, y disminuir las inequidades.

Carmen Castillo Taucher
Ministra de Salud

Presentación

Al conmemorarse cuarenta años de la realización de la Conferencia de Alma Ata, reunión organizada por OMS y UNICEF entre el 6 y 12 de septiembre de 1978, se presenta esta obra que realza la trascendencia que ha tenido esta política pública para los sistemas de salud de sus países miembros. Durante este encuentro se sentaron las bases de lo que hoy conocemos como Atención Primaria de la Salud (APS): asistencia sanitaria básica; promoción y rehabilitación en salud; base científica de las acciones; participación de la comunidad en la planificación de la salud; aps como núcleo del sistema de salud y pilar del desarrollo social y económico.

En este contexto la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud junto a la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud, solicitaron al destacado historiador de la salud, Marcelo López Campillay, realizar una investigación historiográfica acerca del impacto que generó en Chile la Conferencia de Alma Ata.

Para ello se revisaron múltiples documentos y archivos disponibles sobre la participación de nuestro país en ese magno evento. A ello se sumaron entrevistas a destacados salubristas chilenos que a lo largo de este vasto período, han visto la transformación e impacto de la Atención Primaria. Destaca entre ellas, la entrevista al ex Presidente Ricardo Lagos quien durante su gobierno lideró una de las más grandes reformas de la salud, incluyendo a la APS.

En sus páginas podremos repasar la historia de la salud en Chile, desde el siglo pasado hasta nuestros días, observando

como la APS se fue construyendo desde mucho antes de lo que pensábamos. Hecho que el propio autor ratifica: “es posible aseverar que en Chile existe una historia de largo aliento en esta materia, como se desprende de una serie de testimonios que hemos conocido”.

Este libro, el cuarto de la Serie “Hitos de la Salud Pública en Chile” que publica el Ministerio de Salud con el fin de promover la investigación histórica de las políticas públicas implementadas en este ámbito, en alianza con el mundo académico y con la colaboración de todos los estamentos ministeriales, busca divulgar en la comunidad estos importantes temas y dar a conocer nuestra historia de la Salud.

Sirva la lectura de esta obra para reforzar la reflexión y resguardar nuestra memoria de la salud.

Jaime Burrows Oyarzún
Subsecretario de Salud Pública
Ministerio de Salud

I. Prefacio

I.1 Salud, sociedad e historia

El siglo XXI se abre camino en un contexto jalonado de episodios de alto impacto social y mediático que, en mayor o menor medida, exteriorizan una continuidad de ciertos hechos que definieron la evolución histórica del siglo XX. En este escenario, aquello que entendemos como *salud*, en sus múltiples significados, ha sido y es un eje cardinal de toda apuesta en favor de la construcción de un nivel óptimo o posible de bienestar, tanto en el plano colectivo como individual. Sintonizar con esa afirmación no presenta dificultades si comprobamos que en las primeras líneas de los itinerarios de organismos políticos internacionales, en los gobiernos de países desarrollados y en vías de desarrollo, en el horizonte educativo de instituciones universitarias que han asumido la educación de profesionales de la salud, en el ámbito industrial farmacéutico, en las agrupaciones ciudadanas que han extendido un activismo en pos de un derecho, y en el diario vivir de quienes ejercen el papel de pacientes o de quienes aspiran a una vida sana, la esfera de la salud concentra un interés supremo. Precisamente, el tema que da vida a la presente obra tiene directa relación con el camino

que en el siglo xx recorrieron una serie de voluntades para alzar una propuesta a fin de conquistar un estatus sanitario y social mediante una forma singular de inteligir el nexo entre salud y bienestar. Hablamos de la *Atención Primaria de Salud* (APS).

En rigor, tal afán no reviste una novedad histórica en estricto sentido. Semejante experiencia se inscribe en una reconocida trayectoria de largo aliento en la que podemos vislumbrar cómo en el seno de las sociedades que nos antecedieron, la salud fue uno de los patrones estructurantes de las cosmovisiones reinantes y del papel del individuo en el orden social. No obstante, la misma mirada retrospectiva invita a reconocer que en el despertar de la denominada Era Moderna se produjo una evolución particular del concepto de salud, que resuena hasta nuestros días. Desde luego, fue parte de una contingencia histórica que comenzó a ser gobernada por profundas transformaciones que operaron en la sociedad occidental, con un especial brío en el siglo XVIII, época de realización del pensamiento emancipador de la Ilustración. En ese proceso, desvinculada en gran medida de la esfera de lo sagrado, la salud se tornó en una de las pautas indispensables que, del mismo modo que la economía, el derecho, la educación, comenzaron a nutrir un espectro creciente de idearios seculares y racionales de diversa naturaleza que procuraron configurar proyectos de sociedad que sustituyeran el viejo orden civilizatorio.

En virtud de tales circunstancias históricas, no debe de extrañar que para los gestores de la independencia de los Estados Unidos y en la Revolución francesa, las primeras grandes revoluciones sociopolíticas de Occidente, cunas de las primeras democracias modernas, la salud de la población haya sido un valor central. En particular, esos hitos son fundamentales para conocer cómo una nueva concepción de la salud comenzó a abrirse camino en el umbral del siglo XIX, especialmente por el peculiar vínculo

que se forjó con la idea de *ciudadanía*, como han observado Harry Oosterhuis y Frank Huisman¹.

No fue esa la única arista histórica que conformó una nueva percepción de la salud en la Era Moderna. En efecto, en el transcurso del siglo XIX la consecución a nivel colectivo de los beneficios del progreso y de los ideales de la revolución de 1789, fue la bandera de lucha de una serie de movimientos políticos y sociales que hicieron de la salud una condición *sine qua non* para sus pretensiones. Así, tanto en las filas de las agrupaciones reformistas o revolucionarias afines al socialismo o anarquismo, como en las corrientes del conservadurismo que en las postrimerías del siglo XIX hizo eco de la *cuestión social*, germinó una suerte de empresa universal que, primero en Europa y seguidamente en otros continentes, fomentó paulatinamente los instrumentos, las condiciones materiales y las normas legales que pudieran facilitar un estado de salubridad en consonancia con las concepciones de orden social que estaban en juego. En términos concretos, esa suerte de *compromiso sanitario* comprendió una constelación de objetivos que tuvo alcances globales, a saber: la realización del ideal *homo hygienicus*; una institucionalidad marco para la creación de una *salud pública* dirigida por el poder estatal; el traspaso de las ventajas de la *medicina científica* a la sociedad, mediante el Estado y el mercado; y una heterogénea legislación higiénica de alcance nacional e internacional indispensable para el desarrollo del *capitalismo industrial*, entre otros.

No obstante, el afianzamiento de un escenario sanitario atinente a las complejidades sociales, económicas y políticas de la época, inauguró el siglo XX inmerso en una atmósfera que con-

¹ OOSTERHUIS, HARRY; HUISMAN, FRANK. *Health and citizenship: political cultures of health in modern Europe*. Pickering & Chatto, London, 2014, 9.

gregó simultáneamente incertidumbres y certezas, en particular en aquellas sociedades que a ritmos dispares navegaron por los caudales modernizadores. La historiografía ha dado cuenta de una serie de avances sanitarios y médicos que, para entonces, a no dudar, mejoraron progresivamente la *calidad de vida* de sectores de algunos segmentos de la población: habitaciones higiénicas, obras sanitarias (agua potable y alcantarillado), campañas de vacunación, control de alimentos y bebidas, educación higiénica, regulación de jornadas laborales, hospitales y dispensarios, laboratorios y medicamentos. Sin embargo, en honor a la veracidad, el mismo análisis histórico ha enfatizado que esos progresos tuvieron un contraste que ha sido resumido bajo el concepto histórico de la *cuestión social sanitaria*, como así lo ha sugerido al analizar el caso chileno el historiador Luis Alberto Romero².

Ese punto de vista ha dado pábulo para analizar un vasto caudal de testimonios que acusaron en el terreno político y social cómo la prosperidad de la era de la industrialización, virtuosa para algunas elites, despertó profundos reparos morales entre otros agentes sociales. Esto porque, como es bien sabido, ese proceso social y económico había cubierto con un manto de insanidad y malestar corporal la existencia de miles de personas y familias que difícilmente lograron hacer frente a los rigores y excesos de décadas de un progreso material que tuvo asombrosos costos humanos. La reprobación de esa cruda realidad, de la que Chile no fue la excepción, actuó como una suerte de freno para ciertos espíritus más entusiastas de la modernidad material. Incluso, fue refrendada paradójicamente por uno de los adelantos que exhibió la salubridad moderna, esto

² ROMERO, Luis Albero. ¿Qué hacer con los pobres? Elites y sectores populares en Santiago de Chile, 1840-1895. Ariadna Ediciones, Santiago, 2007, 267 páginas.

es, la estadística, que sirvió de instrumento privilegiado por los poderes públicos para cuantificar la morbilidad y mortalidad de la alarmante realidad sanitaria de los grupos sociales más vulnerables: los trabajadores, las mujeres y la infancia.

La querella abrió paso a la acción y estrechamiento del lazo entre salud y ciudadanía. Las primeras décadas del siglo xx ilustraron el protagonismo que en el mundo occidental demostraron los actores políticos y sociales que, conscientes de la urgencia que representaba la resolución de las deudas sanitarias que encerraba la cuestión social, realizaron una serie de operaciones que a la postre trazaron un horizonte que tuvo proyecciones que trascendió fronteras. Gracias al ejercicio de un juicio crítico se colocó en tela de juicio el individualismo y el espíritu del *laissez faire* divulgados por el liberalismo decimonónico. Se coligió que esos rasgos de la cultura moderna habían demostrado ser un obstáculo para asentar ciertas seguridades básicas que demandaba la salubridad como instrumento al servicio de un bienestar colectivo. Por consiguiente, se promovió la idea de garantizar a la población un acceso expedito a la medicina preventiva y curativa como parte de la consolidación del movimiento de la *seguridad social*, cuya institucionalización se gestó en la Alemania de Bismarck, que fundó un modelo que por décadas fue una “norma global”. De hecho, se propagó al resto de Europa hasta cruzar el Atlántico y difundirse en EE.UU. y Latinoamérica e, incluso, tuvo una versión en la URSS de Stalin, donde se constituyó en una pauta para el mundo socialista³.

La generación de un consenso transnacional en torno a la instauración de normas que resguardaran al individuo y su familia de los riesgos inherentes del auge de la industrialización, fue

³ AIQUN HU; MANNING, Patrick. “The global social insurance movement since 1880s”, en *Journal of Global History*, v.5, Issue 10, march 2010, 194.

una de las vías para solventar la cuestión social sanitaria. Ciertamente, los resultados de la aplicación de ese modelo variaron en consonancia con las realidades políticas y sociales de cada país, pero ello no es impedimento para reafirmar que la salud fue una pieza sustancial de todo esfuerzo que tuviera como finalidad el bienestar material, económico y político de un cuerpo social. Esto fue revalidado a mediados del siglo xx gracias a un “movimiento desarrollista” que fue pródigo en teorías (socialismo industrialista, teoría de la dependencia, liberalismo, ambientalismo, neoliberalismo) que se diseñaron, discutieron y practicaron tras la Segunda Guerra Mundial⁴.

Es en esta nueva etapa en la se pueden hallar los albores de la APS. La inclusión de la salud como una de las garantías básicas a las que debía aspirar toda sociedad moderna obtuvo mayor repercusión social gracias a la existencia de un *sistema internacional* que demostró la virtud de proyectar acciones concretas que fructificaron en el campo de la salud. Al respecto, cabe mencionar la aparición de una red de instituciones e ideas transnacionales que se encargó de promover y gestionar soluciones en todo el mundo, lideradas por la *Organización de Naciones Unidas* (ONU) y sus órganos ejecutivos como la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), la *Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura* (UNESCO) y el *Banco Mundial*.

Durante la vigencia de ese sistema internacional se registró la organización y expansión de un conjunto de *políticas de salud* que asistieron exitosamente el combate de epidemias infecciosas de alto costo social que por siglos habían minado el *capital humano* en muchos países. Junto a ello, tanto, legitimidad uni-

⁴ GONZÁLEZ Meyer, Raúl. “Revisitando la historia de las teorías del desarrollo”, en *CUHSO. Cultura, hombre y sociedad*. Santiago, julio, 2013, 55-91.

versal que agenció el *derecho a la salud* a partir de la *Declaración Universal de Derechos del Hombre* (1948) como el progreso que alcanzó el *seguro de enfermedad* como fundamento de los múltiples esquemas de seguridad social que, al finalizar la Segunda Guerra Mundial, fundaron la era del *Estado de Bienestar*, fueron dos hitos que coronaron la preeminencia de una noción de salud surgida de la convergencia de varias corrientes históricas, como hemos pretendido bosquejar.

Ahora bien, es indudable que en las postrimerías del siglo xx una mirada panorámica permite constatar una gama de eventos que evidencian nuevas tensiones en la relación de reciprocidad existente entre salud y bienestar. Reconociendo los avances y beneficios sociales que la salubridad del siglo xx asentó, el rigor histórico exige reiterar el aserto que señala que el papel de la salud está subordinado a los vaivenes del escenario en el que se circunscribe. Dicho esto, tiene asidero exponer una serie de inseguridades que han derivado de un conjunto de situaciones de naturaleza epidemiológica (*epidemias emergentes y reemergentes*), social (crisis económicas de los años 1970 y 1980) y política (neoliberalismo, guerras civiles) que, en la etapa finisecular, de uno u otro modo, favorecieron la amplificación de las *inequidades en salud* a nivel mundial. Cabe recalcar que ello tuvo un particular impacto en regiones, como África y Asia, por citar un ejemplo, donde se habían emprendido programas de asistencia sanitaria que, más allá de su magnitud, autorizaban a pensar en la generación de algunas condiciones esenciales para mejorar ciertos aspectos básicos de la salubridad, como acceso a agua potable, vacunación y control de la salud materno-infantil.

A semejanza de nuestros antepasados, pero en planos históricos disímiles en muchos aspectos, se ha instalado a escala global el imperativo de emprender acciones que contribuyan a enmendar

las adversidades propias de lo que podríamos calificar como una *nueva cuestión social sanitaria*. Los retos que esa realidad impone se han instalado en los países desarrollados, en los países miembros de las denominadas *economías en transición*, y en los países subdesarrollados, quizás porque existe mayor conciencia sobre los alcances transnacionales de los problemas que están en discusión. Por ese motivo, además, se explica que no haya sido casualidad que en el año 2005 la OMS haya puesto en marcha la *Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ciertamente, las conquistas sanitarias del siglo XX, catalogado como la “edad de oro” de la medicina moderna, son parte del patrimonio social e histórico de la humanidad y gracias a él es posible explicar en gran medida los altos índices de calidad de vida y desarrollo humano que se registraron en ese período⁵. Sin embargo, en el tránsito del siglo XX al siglo XXI la tarea de conservar los progresos alcanzados por las generaciones que nos precedieron debe enfrentar la existencia de escollos sociales y políticos.

Algunos de los obstáculos en discusión tienen expresiones concretas, a saber: carencias en infraestructura sanitaria, la desigual distribución territorial de los profesionales de la salud, nuevas epidemias infecciosas (Zika, Dengue, Ébola), la longevidad de la población, las nuevas corrientes migratorias, los impactos socioambientales del cambio climático, y una nueva generación de epidemias no transmisibles (diabetes, cardiopatías, cáncer) que el año 2015 fueron la causa de 38 millones de muertes a nivel mundial. Para efectos de refrendar con algunas cifras las dimensiones de la nueva cuestión social sanitaria, podemos referir a la región de las Américas. Pese al consenso que existe

⁵ BRANDT, A.; GARDNER, M. “The Golden Age of Medicine?”, en Cooter, R.; Pickstone, J. *Medicine in the 20th Century*. Harwood Academic Publishers, 2000, 21-37.

en el reconocimiento de progresos en el fortalecimiento de los sistemas de salud en las últimas décadas, las insuficiencias en la *cobertura universal de salud* son una realidad patente y calamitosa en muchos países. De hecho, cerca de 36 millones de personas no cuentan con suministro de agua potable y 120 millones de personas no disponen de un acceso regular a servicios de alcantarillado. Debemos añadir la existencia de un 29% de la población que vive bajo el umbral de la pobreza, un factor que a juicio de la OMS puede explicar que la mortalidad materna siga siendo un problema de relevancia en nuestro continente⁶.

¿Cómo enfrentar los sensibles desafíos que encierra la nueva cuestión social sanitaria? No es la primera vez en la trayectoria histórica reciente de la humanidad que debemos hacer frente a problemáticas como las que hemos descrito en sus aristas centrales. Sin embargo, si algo define una época son ciertos rasgos generacionales que definen un antes y un después al momento de resolver encrucijadas. El campo de la salud no es una excepción al respecto, y, realmente, podemos afirmar que actualmente disponemos de un conjunto de aprendizajes compartidos, una conciencia histórica sobre una noción de salud y memorias colectivas, que están al servicio de las soluciones que requerimos articular para resolver los problemas prioritarios que el escenario social demanda. En este sentido, dentro del elenco de soluciones que se han esgrimido, la APS luce como una de las alternativas que despierta adhesión en el ámbito internacional. Ciertamente, ese respaldo no solamente obedece a razones políticas y técnicas. Existe, además, una historia que abraza principios de justicia social, solidaridad y equidad, que iluminan e inspiran el trabajo de diversas comunidades que

⁶ OMS. *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud*. 53º Consejo Directivo. 66a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Octubre 2014.

bregan por afianzar el modelo institucionalizado en la década de 1970. Precisamente, ese escenario histórico tiene estricta relación con el tema central que motiva nuestra obra.

I.II. APS, Alma Ata y Chile: 40 años

A través de sus páginas, el presente libro desea exponer y describir los grandes rasgos del itinerario de la APS. Desde una perspectiva histórica, puede ser comprendida como una herramienta que se forjó principalmente en el seno del mundo subdesarrollado con la finalidad de superar los avatares resultantes de la relación bilateral constituida por las desigualdades sociales y la realidad sanitaria global del siglo xx.

Es oportuno advertir que nuestra labor está sujeta a limitaciones cronológicas y temáticas que hemos determinado conscientes de la laberíntica historia que brinda aquella forma de concebir y ejercer la salud. Dicho esto, nuestra lectura propone enfatizar cómo las concepciones modernas sobre salud, ciudadanía y bienestar social se condensaron en la década de 1970 en un paradigma institucional, la APS, que ha tenido una doble virtud; primero, facilitar una estrategia que, con diversos resultados, ha apuntalado proyectos de desarrollo social en distintos continentes; y, segundo, encauzar anhelos fecundados por las democracias del siglo xx y que se vinculan al dominio del *derecho a la salud*.

Para efecto de anunciar cuáles son los lineamientos que guiarán el presente, consideramos tres puntos fundamentales:

1) *El valor histórico de la APS*. Nuestro primer objetivo general es levantar una mirada retrospectiva a fin de enseñar ciertas complejidades y singularidades que han conformado su itinerario en las últimas cuatro décadas. En ese afán, estimamos pertinente realizar un análisis que pondere la escena global en

la que se ha desenvuelto la APS y la carga simbólica que ha revestido su evolución desde que emergió como una respuesta organizada ecuménicamente en la controversial década de 1970. En este sentido, debemos tener en consideración que su lustre histórico no sólo radica las enseñanzas que emanaron de múltiples experiencias gestadas por varios agentes a lo largo de años de trabajo con poblaciones históricamente exigidas y abrumadas por carencias de recursos básicos como alimentación, servicios médicos, higiene, habitación y educación. Asimismo, su trascendencia reside en la proyección que progresivamente alcanzó en el Primer Mundo, avalada por sus ventajas sanitarias y sociales. Desde luego, no representa exageración alguna afirmar que actualmente la APS es una pauta de referencia en esferas políticas, académicas y sociales, promovida con vigor por los gobiernos y organismos internacionales que dictan las orientaciones universales en el terreno de la salud. Un ejemplo que revela esa preeminencia es la declaración oficial de la OMS, efectuada en el año 2008, que se tituló *Atención Primaria de la Salud: Más necesaria que nunca*. En ese documento, Margaret Chan, Directora General, retrató el papel asignado a la APS como medio para hacer frente a los problemas que la globalización ha deparado a la cohesión social y los sistemas de salud en los comienzos del siglo XXI. Esa ha sido una de las fuentes de la revitalización de la propuesta de Alma Ata. La declaración no fue una mera demostración de buena voluntad, porque para la década del 2000 existía la suficiente evidencia para defender la efectividad y eficiencia de la APS y, de hecho, se podía afirmar que “los países con una fuerte atención primaria tienen mejores resultados sanitarios a un bajo costo”⁷.

⁷ RAWAF, S.; DE MAESENEER, J.; STARFIELD, B. “From Alma Ata to Almaty: a new start for primary health care”, en *The Lancet*, v. 372, October 18, 2008, 1365-367.

2) *Pasado y presente de Alma Ata*. Nuestra segunda finalidad busca subrayar la trascendencia histórica que envuelve a la célebre *Conferencia de Alma Ata*, la reunión internacional que se verificó en esa localidad situada en Kazajistán (URSS), organizada oficialmente por la OMS y UNICEF entre el 6 y 12 de septiembre de 1978, y en la que participaron 300 delegados, 134 gobiernos, 67 organizaciones internacionales y ONGs. En esa ocasión se definió oficialmente un concepto de APS y los lineamientos fundamentales para su puesta en práctica: *asistencia sanitaria básica; prevención, promoción y rehabilitación en salud; base científica de las acciones; participación de la comunidad en la planificación de la salud (autodeterminación); APS como núcleo del sistema de salud y pilar del desarrollo social y económico*.

Justamente en el año en que nos aproximamos a celebrar las cuatro décadas de ese trascendental conclave, es impostergable referir, aunque sea en grandes pinceladas, el trasfondo histórico que motivó a una generación variopinta de actores de la salud internacional a gestionar un encuentro multilateral, en plena *Guerra Fría*. Observado en perspectiva, para algunos investigadores Alma Ata fue el punto de arribo de discusiones ideológicas que comenzaron a hilvanarse a fines de los años 1950 en torno a una pregunta sobre la cual se escribió y discutió profusamente: *¿Qué es el desarrollo social?* Verdaderamente, la cumbre de 1978 condensó una respuesta a esa interrogante y se articulaba a partir de una visión de la salud ajena a todo reduccionismo. En sintonía con la atmósfera reformista de la década de 1970, los postulados de Alma Ata se transformaron en una *utopía social* que, pese a los altibajos que ha atravesado, hasta el presente es invocada. Además, su indeleble consigna, *salud para todos para el año 2000*, representa un horizonte para la acción y una bandera de lucha para quienes hasta hoy definen la salud como un medio para alcanzar niveles razonables

de equidad social y fortalecer la participación de la ciudadanía como protagonista de la construcción de su bienestar.

No obstante, es menester señalar que esa interpretación progresista sobre el mensaje de Alma Ata no fue unánime, pues desde el momento que se plasmó en un movimiento internacional emergieron voces discrepantes. Uno de los motivos que se han esgrimido para tomar distancia de la lectura reformista no apunta a los objetivos de Alma Ata, muchos de los cuales son suscritos por la disidencia. Básicamente, el centro de la objeción radica en la prevalencia de la política por sobre el fundamento técnico de la APS. En consecuencia, la existencia de una controversia en torno a la estrategia a seguir para llevar a cabo los acuerdos de Alma Ata, expresa una arista de la complejidad que trasunta su historia.

3) *Chile, Alma Ata y la APS.* Un tercer y último propósito general tiene naturalmente relación con la serie de hechos que integran la participación de Chile en el curso histórico de la APS. Al respecto, hemos anticipado que la particularidad histórica es un rasgo que pueden ostentar muchos países en la narración de su experiencia sobre esa forma de concebir y practicar la salud. Nuestro país no es una excepción. En efecto, si acordamos que el análisis histórico está subordinado a la selección de criterios para realizar esa operación intelectual, es posible aseverar que en Chile existe una historia de largo aliento en esta materia, como es posible desprender de una serie de testimonios que hemos conocido. En consecuencia, hemos identificado una primera etapa que se desenvuelve entre fines del siglo XIX y los primeros dos decenios del siglo XX. En ella es factible debatir la existencia de algunas prácticas fundadas en nociones de servicio médico básico y preventivo a nivel local, que pueden ser catalogadas como las raíces de lo que en 1978 se definió globalmente como APS. Posteriormente, en una segunda fase, que comprende desde las décadas de 1930 hasta 1970, tenemos un proceso de

reformas modernizadoras de la salubridad y de desarrollo de la seguridad social en Chile, dentro del cual germinó un bagaje institucional en salud en áreas como la *prevención, promoción, trabajo multidisciplinario y participación comunitaria* que sintetizó con los propósitos del movimiento internacional que organizó la cumbre de Alma Ata en 1978. Y, en una tercera etapa, que podemos trazar desde 1980 hasta nuestros días, asistimos a un primer escenario inicial caracterizado, por un lado, por la sobrevivencia fragmentaria de una *tradición primarista* a las drásticas secuelas del golpe de Estado de 1973, y, por otra parte, por el proceso de reformas en el campo de la salud pública que aplicó el régimen pinochetista a lo largo del decenio de 1980. Seguidamente, con la restauración del sistema democrático en 1990, observamos la configuración de un segundo escenario en que la APS se transformó en un objetivo central de los gobiernos de la *Concertación de Partidos por la Democracia* que, paradójicamente, no se convirtió en una ruptura tajante con lo obrado en la década anterior. Esto porque, si bien se tuvo como prioridad resolver los serios problemas estructurales del sistema de salud heredados de la era dictatorial (estrechez presupuestaria, escasez de profesionales, demandas laborales), existió el pragmatismo necesario para elaborar planes a largo plazo sobre la herencia que significó la municipalización de los servicios de salud y la implementación de saberes disciplinares como la *medicina familiar*, que circuló a nivel comunal y universitario ya en los años de 1980. Al comenzar el siglo XXI, se siguen registrando esfuerzos sostenidos para consolidar un modelo de APS como una pieza central del sistema de salud chileno, cuestión que no ha sido una tarea fácil, por razones coyunturales e históricas (*hospitalocentrismo, verticalismo de la salud pública, segmentación y fragmentación en el sistema de salud, mercantilización, énfasis en la formación educacional de especialistas*), como podremos oportunamente describir.

En definitiva, el quehacer que asumimos insta a manejar una importante cuota de ponderación y precisión analítica al momento de delinear una narración sobre el tema central de nuestro trabajo, que encierra una vastedad de experiencias políticas, económicas y culturales, como lo ha sugerido la reciente historiografía de la salud. De este modo, podemos entender la invitación que ha realizado el historiador Marcos Cueto para emprender investigaciones sobre la APS, a la luz de la relevancia que ella ha desempeñado en la salud contemporánea, y, además, porque es aún difícil identificar los orígenes del concepto y las “distintas interpretaciones del mismo que han existido en su corta existencia”⁸. En la misma línea, Randall Packard, avalado por el enfoque que brinda la *historia global*, ha afirmado que la riqueza histórica de la reunión de Alma tiene una doble faz, una que retrata el carácter revolucionario que ella impuso al definir un nuevo camino para la salud, y otra, que ilustra una faceta restauradora de sus propuestas, muchas de las cuales son un retorno a las visiones sobre la organización de la salud que había circulado internacionalmente en los años de 1930⁹.

Asentar como título de nuestro texto la posibilidad de cuestionar la vigencia de la principal consigna de Alta Ata, *Salud para todos en el año 2000*, responde en gran medida a las vicisitudes que han delineado la trayectoria de la APS desde 1978 hasta el presente. Como sugieren los juicios de Cueto y Packard al respecto, valernos del saber histórico es un camino adecuado para retratar la importancia que la salud, desde hace dos centurias,

⁸ CUETO, Marco; ZAMORA Víctor (Editores). *Historia, Salud y Globalización*. IEP, Lima, 2006, 27.

⁹ PARCKARD, Randall. *A History Global of Global Health. Interventions into the lives of other peoples*. Institute for the History of Medicine, Baltimore, 2016, 432 páginas.

desempeña para efectos de generar condiciones fundamentales para el bienestar social.

A partir de este momento, intentaremos describir y narrar cómo se ha desarrollado la experiencia de la APS en nuestro país y cuáles son las proyecciones que algunas voces involucradas otorgan a esa forma de encauzar la salud integral en los próximos años, especialmente en el contexto del cuadragésimo aniversario de un hito histórico global como es Alma Ata.

Capítulo 1

Las raíces históricas de la APS

¿Desde cuándo es históricamente oportuno hablar en propiedad sobre salud primaria? Esta es una de aquellas interrogantes que concitan discusiones que posiblemente nunca generen consensos, toda vez que depende del criterio que se maneje para definir qué se entiende por esa noción de salud. En el campo histórico esas diferencias conceptuales son determinantes al momento de elaborar un análisis, sin que ello signifique clausurar la posibilidad de efectuar nuevas lecturas sobre un fenómeno en la medida que emergen nuevas evidencias y cuestionamientos. Para bien y para mal, el pasado es un terreno en permanente disputa y la APS no constituye una excepción.

1.1 Antecedentes globales

Examinemos algunas posibilidades. Quienes recurren a una interpretación que se ciñe rigurosamente al concepto de la APS, no dudan en tildar el año de 1978 como el hito que inauguró una era en la historia de la salud global y un paradigma sobre salud integral. Otras voces sugieren una mirada alternativa sobre la resonancia de Alma Ata, que indudablemente fue un episodio de alta connotación internacional, pero que es una manifestación de un movimiento que atravesó el siglo xx y que comenzó a gestarse institucionalmente en la segunda década aquella centuria. Específicamente, en el reporte elaborado por Bertrand Dawson en 1920 a petición del Ministerio de Salud de Gran Bretaña, apareció la idea de “centros de atención pri-

maria de salud”, la que obedecía a la exigencia de superar las insuficiencias de los servicios médicos existentes, que aún se regían por la Ley de Pobres de 1834. La reforma que planteó el gobierno de Lloyd George, finalizada la Primera Guerra Mundial, hizo necesaria una nueva organización estatal, basada en servicios regionales, que fuese acorde con las necesidades de la comunidad y que entregara medicina preventiva y curativa a toda la ciudadanía británica¹⁰. Podría decirse que fue una de las primeras versiones del principio *entregar salud para todos* que encarnó Alma Ata. Como fuere, ese fue el primer paso de lo que a la postre sería la piedra angular del sistema de salud británico y de otros países¹¹.

Sin embargo, otras opiniones se aventuran a rastrear en el siglo XIX las raíces de la APS en atención a las transformaciones que experimentó la relación entre salud y sociedad en aquel siglo, como hemos delineado. Ante todo, fue la idea de la *salud pública* como la institucionalización de la voluntad del Estado Nación en todos aquellos asuntos que tenían directa relación con las condiciones de salubridad necesarias para el desenvolvimiento de la vida social y económica de un país, la que ha sobresalido como uno de los puntos altos de la sociedad moderna, industrializada y democrática. Entre algunos ejemplos, Francia, Alemania y Gran Bretaña fueron algunos de los puntos de referencia a nivel internacional, gracias a las contribuciones que en esta materia ofrecieron: construcción de hospitales, formación universitaria de profesionales, investigación, educación higiénica, legislación sanitaria, campañas de vacunación, entre otros adelantos.

¹⁰ PORTER, Ray, *The Greatest Benefit to Mankind. A Medical History of Humanity*. W.W. Norton Company, New York, London, 1997, 642-643.

¹¹ STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. “Contribution of Primary Care to Health Systems and Health”, en *The Milbank Quarterly*, v.83, 3, 2005, 457.

No obstante, junto a esos progresos incuestionables en la historia del siglo XIX, una de las principales contribuciones fue un cambio de perspectiva en la forma de resolver los problemas sanitarios. Ese nuevo enfoque, como ha apuntado David Barnes, se resume en una diferencia que definió el trabajo de la medicina y el de la salud pública moderna, a saber: el médico espera la llegada del enfermo, mientras que el salubrista va donde se ubica el enfermo¹². Establecida esta distinción, se comprende el interés que ella despierta entre quienes reconocen en ciertos fenómenos decimonónicos que enfatizaron el despliegue de las acciones de salud a partir de una realidad local y ciertos visos de autodeterminación, incluso fuera de las fronteras de la Europa en vías de modernización.

Uno de esos ejemplos que podemos traer a colación es la figura del *dispensario*, que conforme a lo que indica Charles Rosenberg emergió a fines del siglo XVIII en Europa, como una unidad de atención que tuvo como objetivos: primero, ofrecer asistencia médica básica (tratamientos ambulatorios y medicación) a los habitantes de la urbe, fundamentalmente pobres, que se hallaban lejos de los hospitales; y, en segundo lugar, funcionar como módulos para el entrenamiento médico de las escuelas universitarias en el transcurso del siglo XIX¹³. Su expansión no dependió de la iniciativa estatal y fue una herramienta que fue utilizada en una serie de iniciativas públicas y privadas, que entendieron que algunos problemas sanitarios podían comenzar a resolverse fuera del hospital en una primera

¹² BARNES, David. *The making social disease. Tuberculosis in Nineteenth-Century France*. University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London, 1995, 102.

¹³ ROSENBERG, Charles. "Social class and Medical Care in Nineteenth-Century America. The rise and fall of the Dispensary", en *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, v. XXIX, 1974, 32-54.

línea de atención en sectores periféricos. Es cierto que las bases de la eficiencia terapéutica de la medicina comenzaron a edificarse en el siglo XIX, alentada sobre todo por una progresiva que ella fue alcanzando. Pero no es menos cierto que el desarrollo del dispensario invita a admitir que existió una línea de pensamiento que enfatizó la organización de la atención médica de la población como una vía más expedita para realizar el principio de la prevención en salud.

Una segunda experiencia que merece atención la ubicamos fuera del ámbito europeo occidental, más precisamente en la Rusia de los zares. Desde los tiempos de Pedro El Grande, el imperio ruso no escatimó esfuerzos por sumarse a los progresos de las modernizaciones materiales e intelectuales que muchos países europeos habían adoptado. Si bien ese proceso se hizo en un gobierno que no era republicano ni menos democrático, los gobiernos de los zares y zarinas se empeñaron en que la medicina y la salud pública siguieran los pasos realizados por países como Inglaterra, Francia y Alemania, fundando Escuelas de Medicina y erigiendo hospitales. Sin embargo, la principal reforma que en ese sentido se llevó a cabo en la Rusia de Alejandro II, se hizo sobre la base de un órgano cultivado en el seno de una sociedad predominantemente agrícola, el *Zemstvo*, según afirma Henry Sigerist. Con la intención de descentralizar la administración estatal y destrabar un complejo aparato burocrático, el zar promovió la reorganización del servicio médico de Rusia a partir del *zemstvo*, que era una asamblea distrital elegida por los miembros de la comunidad, que comúnmente se dividían en aristocracias, burguesía y campesinado¹⁴. Dentro de las funciones que le correspondían cabe subrayar la admi-

¹⁴ SIGERIST, Henry. *La Medicina Socializada en la Unión Soviética*. Editorial Páginas S.A., La Habana, 1944, 46.

nistración de la Beneficencia y la gestión de la educación, el sistema de prisiones y la salud pública. Con respecto a esta tarea, el zemstvo debía velar por la administración de los hospitales y los servicios de *Visitadores*, médicos que recorrían los distritos, y *Estacionario*, que eran unidades de atención médica (ambulatoria y emergencias) que debían estar al alcance de toda la población, especialmente el campesinado.

A juicio de Sigerist, la significación del zemstvo para la historia mundial reside en que fue el “primer intento de organización de la medicina como un servicio público a gran escala”¹⁵. Fue una institución que generó una particular atracción en parte de la juventud rusa que sintonizaba con las ideas anarquistas y socialistas que circularon en la Rusia Zarista de la segunda mitad del siglo XIX. Uno de sus exponentes fue *Anton Chejov*, que fue médico de zemstvo y que “preferían las dificultades del ejercicio en el campo para así estar más cerca del pueblo y ayudarlo”¹⁶. Para efectos de nuestro examen, su valoración no sólo se sustenta en la apreciación de la medicina como una función social antes que comercial. Evidentemente, la faceta que mayor interés reviste para nosotros es el peso de la participación colectiva en las decisiones de salud pública, puesto que ellas eran sometidas a discusión en las asambleas de los distritos y las provincias. Por mucho que haya existido un desbalance en la composición de cada zemstvo en tanto el campesinado, que era abrumadoramente mayoritario, tuvo la misma representación que aristócratas y burgueses, Sigerist hace hincapié en la intervención de la población en decisiones que tenían relación con su salud, una cualidad que fue rescatada por los *soviets* a partir de la Revolución Bolchevique en 1917 y que consagró

¹⁵ *Ibíd.*, 51.

¹⁶ *Ibíd.*, 50

la salud del proletariado como el bienestar esencial del Estado Socialista¹⁷. Si bien la Constitución de la URSS de 1924 impuso un orden centralizado en el sistema de salud pública (*Comisariado del Pueblo para la Salubridad*), los soviets conservaron la facultad de influir en las decisiones sanitarias bajo la guía de los principios de la *higiene social*, un paradigma que entendió la salud y la enfermedad como fenómenos que tenían directa relación con el contexto social y económico en el que se desplegaban.

En consecuencia, no es arriesgado proponer como parte de nuestro análisis la experiencia del zemstvo como una referencia a tener en cuenta en el diseño del itinerario histórico de los principales lineamientos que dieron vida a las conclusiones de Alma Ata en 1978.

1.2 Antecedentes locales

La historia de nuestro país no ha sido ajena a las evoluciones experimentadas por las diversas visiones sobre la salud que acompañaron la irrupción de la *civilización moderna*, tras el hito que representó el proceso de emancipación de la corona española a comienzos del siglo XIX.

Más allá de las reflexiones que amerite el proceso mediante el cual el poder público, desde comienzos de la República, comenzó a ocuparse de los asuntos sanitarios conforme a los desafíos que impusieron el siglo XIX, sus modernizaciones, sus sombras y sus luces. Una mirada panorámica permite reconocer un afán estatal por abocar esfuerzos institucionales y económicos que tuvieron como objeto la salud pública del país, como lo demostraron las primeras juntas de gobierno de la década

¹⁷ *Ibíd.*, 62.

de 1810, que se esmeraron en atender los temas higiénicos de la ciudad capital, y las primeras constituciones políticas, como la de 1828 y 1830, que definieron funciones sanitarias al poder ejecutivo y a los municipios. Por supuesto, cabe advertir que no existió una suerte de proceso lineal que a partir de un escenario plagado de falencias sanitarias haya culminado en un escenario rebosante de conquistas institucionales. Lejos estamos de apostar por ese enfoque mientras sopesemos un cúmulo de fenómenos que motivaron una serie de intercambios de coincidencias y discrepancias que dieron vida al debate público, a propósito de la relevancia con la que la salud progresivamente se instaló como un eje vital de las expectativas de la población chilena en el tránsito del siglo XIX al XX.

Ciertamente, sabemos cómo la realidad social y económica del país fue pauteada por el avance de la economía industrial-capitalista, el auge de la urbanización del territorio nacional, principalmente en el valle central y el norte minero, y las subsecuentes migraciones internas que cambiaron la fisonomía social y humana de las principales ciudades del país. Basta atender las diversas formas de pobreza (material, salarial, fisiológica, ambiental) que caracterizó una fracción del nuevo orden social que fue dejando atrás el pasado colonial en nombre de la modernidad, para calibrar los problemas que debieron enfrentar los agentes médicos y sanitarios que pretendieron reformar ese panorama. Ese sentido de urgencia con el cual se perfila el interludio que va desde fines de la Guerra del Pacífico y el estertor de la República Parlamentaria en la década de 1920, adquiere una especial connotación histórica si referimos a las resistencias que crecientemente fue despertando la cruzada modernizadora de la salubridad nacional. Tal oposición tuvo representantes de diversas credenciales sociales. Así, se verificó una reacción en las elites de corte liberal, que advirtieron la paulatina regulación estatal de los problemas sanitarios como una amenaza a las

libertades individuales, como quedó establecido en el debate la vacunación obligatoria de 1886, y en los proyectos de ley que dieron vida al Consejo Superior de Higiene Pública en 1891 y el Código Sanitario en 1918. Por contrapartida, en los sectores obreros también existió un antagonismo a la acción estatal en materia de salubridad, que puede explicarse tanto por la desconfianza que despertaba tradicionalmente el ejercicio del poder público, como por la valoración de la autodeterminación en materia higiénica que blandieron algunos sectores de los trabajadores relacionados a las ideas socialistas y anarquistas. Sin ir más lejos, María Angélica Illanes ha utilizado el concepto de *salud social* para describir el proceso de autogestión sanitaria que, a lo largo del siglo XIX, germinó entre los sectores populares urbanos como una forma de zanjar la inacción del poder público y de la Junta de Beneficencia¹⁸.

Dista de nuestra intención prometer un examen escrupuloso de los factores que podrían ayudar a diseñar una explicación de los meandros que recorrió la preocupación verídica que existió en torno a la idea de salubridad en la esfera pública nacional decimonónica, así como los avances y postergaciones que en ese plano innumerables fuentes han registrado. Por el contrario, pensamos que el escenario descrito puede servir para ponderar algunas acciones amasadas en el ámbito público y la sociedad civil y que, a nuestro entender, pueden integrar un debate sobre los precedentes de una tradición primarista chilena. Aun cuando este término puede expresar una sana ambigüedad, el ejercicio tiene sentido en tanto favorece una mirada que reconoce las aportaciones que, en el transcurso del siglo XIX a la

¹⁸ ILLANES, María Angélica. *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia social de la Salud pública. Chile, 1880/1973 (Hacia una historia social del Siglo XX)*. Colectivo de Atención Primaria, Santiago de Chile, 1993, 35.

primera mitad del siglo xx, la sociedad chilena registró en favor de la organización de un esquema institucional que facilitara respuestas concretas a la cuestión social sanitaria. Su particularidad fue que esas acciones esbozaron propósitos relacionados con nociones de prevención, educación y participación de la comunidad.

En una etapa en que las esferas de la caridad y del laicismo se entremezclaron institucionalmente para proveer asistencia médica a la población, se comprende que existiera un escenario mixto de iniciativas. No obstante, socialmente fue la Beneficencia la que desplegó amplios esfuerzos para atender a una población mayoritariamente pobre, que se congregaba en las principales urbes del país, además de atender las necesidades de ancianos, huérfanos y viudas. Los hospitales, en el fondo, fueron instituciones que se transformaron en una sede de la hospitalidad y la pobreza, como ha sostenido Macarena Ponce de León¹⁹. En parte, esa tarea tuvo un respaldo gubernamental desde mediados del siglo xix en virtud a la adhesión al liberalismo de parte de los grupos dirigentes a las iniciativas de la sociedad civil en temas de connotación pública, como la atención hospitalaria. Incluso, desde la década de 1850, el Estado chileno suscribió un contrato con las Hermanas de la Caridad, cuya valiosa experiencia en la administración de hospitales era reconocida incluso por los espíritus más laicos.

Un lugar importante en ese esfuerzo colectivo ocupó el dispensario, que conforme a Ponce de León fue fruto de un proceso de especialización de los servicios médicos. Sus primeras referencias se atribuyen a Manuel de Salas y Guillermo Blest en la

¹⁹ PONCE DE LEÓN, Macarena. *Gobernar la pobreza. Prácticas de caridad y beneficencia en la ciudad de Santiago, 1830-1890*. Editorial Universitaria, Santiago, 2011, 133.

década de 1820 y fueron definidas como “consultas médica-farmacéutica de pobres”²⁰. Posteriormente, bajo el gobierno de Manuel Montt fue concebido como una vía para liberar a los hospitales de la demanda de atención y para brindar atención médica en las villas más pobladas y los puertos. Fuera de los horarios establecidos, los médicos visitaban a los enfermos en sus domicilios, sin costo, una práctica que era una herencia de la era colonial de la medicina. El desarrollo de esas unidades médicas se hizo progresivo, especialmente en las ciudades que comenzaron a vivir aglomeraciones. Para 1865, el jefe de la Oficina de Estadística, Santiago Lindsay, informó que los 12 dispensarios habilitados en el país, atendieron a 189.499 personas, hecho que demuestra que el dispensario fue una de las caras del despliegue médico territorial a nivel nacional avanzado el siglo XIX²¹.

Al inaugurarse el siglo XX, la evolución de la salud pública nacional se situaba en tránsito hacia otra etapa, pese a que conservaba su estructura organizacional mixta. Junto a un incremento de la participación estatal en la organización sanitaria, al igual que ocurría en otras latitudes, la sociedad civil también se movilizó para hacer su contribución ante los desafíos de la cuestión social sanitaria. Un hito que proporcionó nuevos aires a ese movimiento fue la realización del Primer Congreso Médico Latinoamericano, efectuado en Santiago de Chile en enero de 1901. En esta instancia transnacional, médicos y representantes civiles de Brasil, Paraguay, Ecuador, México, Nicaragua, Guatemala, El Salvador, Uruguay, Argentina y Chile, acordaron aunar esfuerzos para hacer frente a los urgentes problemas higiénicos

²⁰ *Ibíd.*, 152.

²¹ *Memoria que el ministerio de Estado en el departamento del interior presenta al Congreso Nacional de 1865*. Santiago de Chile, Imprenta Nacional, 1865, 234 páginas.

que compartían en mayor o menor escala. Dentro de las resoluciones emergió el dispensario como una de las herramientas fundamentales para hacer frente a uno de los problemas de mayor envergadura de aquel entonces, la tuberculosis.

Las dos agrupaciones que tuvieron un papel destacado en ese ámbito fueron la *Liga Chilena contra la Tuberculosis* y la *Asociación de Señoras contra la Tuberculosis*. En lo que respecta a nuestro tema, su participación merece ser consignada porque ambas entidades pusieron en práctica uno de los principios básicos del movimiento antituberculoso internacional de comienzos del siglo xx: hacer del dispensario la primera línea de lucha contra la enfermedad. Sobre esa premisa, cabe subrayar la experiencia que lideró la agrupación femenina, liderada por Ana Swinburn, que tuvo la capacidad de emprender la instalación de dos dispensarios antituberculosos en barrios populares de Santiago y que, más allá de sus resultados médicos, representan una forma de comprender la salud pública desde el punto de vista de la prevención y a nivel local.

Una de los dispensarios, el número 1, se ubicó en *La Chimba*, en avenida Independencia n° 813. Según describen los médicos Rolando Castañón y Manuel Moreno, quienes ejercieron labores en ese lugar, el establecimiento se diseñó siguiendo el modelo instaurado en la ciudad de Lille, Francia, por uno de los pioneros internacionales de la lucha antituberculosa moderna, *León Calmette*²². El dispensario n°1 fue inaugurado el 10 de junio del año 1903, financiado por recursos que las socias reunieron, sin apoyo económico del Estado en aquel entonces. El primer día se atendieron 11 enfermos, y entre los meses de junio y septiembre los gastos en atención de los pacientes

²² CASTAÑÓN, Rolando; Moreno, Manuel. *Rol social del dispensario antituberculoso*. Santiago de Chile, Imprenta Claret, 1924, 11.

demandaron un costo de 3.000 pesos, afirmó el joven médico Froilán Astorga²³. La progresión de pacientes fue en ascenso, porque en el año 1904 se atendieron 2.312 tuberculosos, en 1905, 3.264, y en el año 1906, 5.120. Para el año 1907 se hizo evidente que la labor del dispensario había despertado un vivo interés en los vecinos del barrio Independencia.

Sin embargo, más allá de la valoración que las asociadas y la población del barrio Independencia hicieron de la gestión del establecimiento, es importante fijar la atención en la estructura de su funcionamiento. La razón para esta indicación reside en que, a nuestro juicio, el dispensario n° 1 constituyó una pieza ejemplar de la arquitectura de asistencia médica que se desarrolló en Chile en la primera mitad del siglo xx para enfrentar la tuberculosis. En la memoria que elaboró el doctor Astorga en plena década de 1900, destaca su localización en un barrio predominantemente pobre, decisión que expresa un apego a los lineamientos de Calmette, pero que no constituyó una novedad en la ciudad de Santiago porque en el siglo xix, algunos barrios de la zona centro contaban con dispensarios implementados por órdenes religiosas o el municipio.

La atención que brindaron los dispensarios antituberculosos, representó una doble ventaja para los enfermos. Primero, porque de ese modo sorteaban las dificultades que revestía el traslado a centros médicos, y, segundo, los obreros no veían peligrar sus fuentes laborales. Los espacios habilitados para el servicio eran amplios, ventilados y con pisos que facilitaban su aseo, entre los que debemos mencionar: una sala de espera; una

²³ ASTORGA Contador, Froilán. *La lucha antituberculosa i su desarrollo en Chile. Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile*. Imprenta i Encuadernación Universitaria, Santiago de Chile, 29.

segunda sala donde se procedía a tomar el estado diario a los pacientes, provista de una balanza romana, termómetro, etc.; la sala de consultas, para realizar un examen minucioso a los enfermos; un laboratorio, para realizar exámenes laringoscópicos; un guardarropa donde se almacenaban las prendas de vestir que se le regalaban a los pacientes; una botica; y una pieza para reunir la leche que requerían los enfermos más necesitados²⁴. En resumidas cuentas, asistencia médico-social.

La jefatura del dispensario n°1 se le asignó precisamente a un profesional de la salud, Benjamín González Lagos, en virtud de sus conocimientos en enfermedades pulmonares. En tanto, la dirección administrativa y la botica estuvo a cargo de las socias, y, como informa Astorga, Ana Swinburn asistía regularmente todo el año, tres veces a la semana, los días en que se hacían consultas. Un hecho clave para el proceso de “diagnóstico precoz”, como registró el doctor Astorga, fue la confianza que despertó entre la clase obrera el trabajo del dispensario, tal como se desprende de las siguiente líneas:

Lejos de temer a ser admitidos en él, afluyen en tal crecido número, al extremo que ha habido necesidad de fijarles un turno una vez por semana i de limitar su número²⁵.

La confirmación diagnóstica de la tuberculosis abría paso a una etapa relevante de la labor del dispensario, la “investigación social” del enfermo. Los doctores Castañon y Moreno explican esta faceta señalando que, desde un comienzo, las socias de la agrupación entendieron que la labor del dispensario no era estrictamente médica y que la cobertura de la enfermedad “era una obra económico-social de gran aliento y de resultados

²⁴ ASTORGA, F., op. cit., 32.

²⁵ *Ibíd.*, 33.

bastante halagadores”²⁶. Desde esta perspectiva se explica que al tuberculoso se le hiciera una entrevista para conocer su situación social y de este modo precisar la ayuda que se le ofrecería. Entre las interrogantes que se le planteaban, según consigna Astorga, se le consultaba por los siguientes antecedentes: ingresos y gastos; consumo de alimentación, alcohol, tabaco, tipo de vestimenta utilizada; ocupación u oficio; situación higiénica del lugar de trabajo; y el estado sanitario de su vivienda²⁷. Fue un augurio de la valiosa función que desarrolló la *visitación social* sistemáticamente en Chile a partir de la década de 1920.

Si se considera que la ciudad de Santiago contaba con cerca de 500.000 habitantes, un dispensario resultaba insuficiente²⁸. Pese a ello, quienes participaron en su gestión expresaron resultados optimistas, según corroboró una pequeña estadística que se levantó. Para el período comprendido desde septiembre de 1906 a julio de 1907, se anotó que 35 enfermos habían sido dados de alta, “completamente curados”, y sólo habían fallecido 14,1 de los 450 enfermos que asistían en promedio al mes. No obstante, pese a que los resultados parecen modestos mirados con la distancia que ofrece el tiempo histórico, el doctor Astorga se encargó de recalcar que la tarea que las socias habían desempeñado “merecía el agradecimiento de Chile entero”, afirmó el memorista²⁹.

El ejemplo verificado revela a nuestro entender que en los inicios del siglo xx existía la competencia médica y organizacional para ejecutar un trabajo junto a la comunidad que tuviera como eje central la prevención. Ciertamente, sus limitaciones

²⁶ CASTAÑON, R.; MORENO, M., *op.cit.*, 13.

²⁷ ASTORGA, E., *op.cit.*, 34.

²⁸ *Ibid.*, 41.

²⁹ *Ibid.*, 47.

definieron también su singularidad histórica, un hecho que no debe sorprender en razón de la fragmentación que caracterizaba el paisaje institucional sanitario chileno para aquel entonces. Si se pretendía que ese tipo de estrategias consiguiera frutos a gran escala, se requería de una institucionalidad que fuese capaz de canalizar una planificación a nivel nacional y que existieran ideas con capacidad de condensar esfuerzos colectivos. Los hechos acaecidos en la década de 1920 favorecieron un cambio de escenario en ese sentido y la apertura hacia una nueva etapa de la tradición primarista chilena.

1.3 El giro de la década de 1920

La nueva carta constitucional de 1925 resolvió en cierto modo la crisis social y política que eclosionó en el gobierno de Alessandri. Uno de los asuntos que mejor reflejó un cambio de trayectoria que tuvo consecuencias en el corto y largo plazo, fue la salud, que conforme al nuevo tramado legal se transformó en parte de las garantías por las cuales debía velar el poder público. En efecto, el artículo n° 14, en su inciso 4°, definió que era “deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país”³⁰.

Cierto es que la distancia entre una declaración y la realidad puede ser oceánica en muchas ocasiones, pero no cabe duda que lo declarado en la Constitución de 1925 en materia de salubridad es un punto de referencia en el itinerario histórico de la modernización de la salubridad en Chile. Desde luego, no solamente porque el protagonismo del Estado en materia sanitaria quedó instalado en la cima de la arquitectura legislativa nacional. Asimismo, la norma debe ser comprendida como

³⁰ *Constitución Política de la República de Chile promulgada el 18 de septiembre de 1925*. Imprenta Universitaria, Santiago, 1925, 11.

parte de un proceso de decisiones políticas que había sido inaugurado en el año 1918 con la promulgación del primer Código Sanitario que entregó al país por primera vez en su historia un organismo técnico-ejecutivo para gobernar los asuntos higiénicos. Frente a la histórica atomización sanitaria, fue uno de los primeros pasos que se dieron para unificar criterios y capacidad de decisión.

Además del giro que experimentó el vínculo entre salud y política, merece atención la maduración que adquirió el enfoque preventivo en la medicina nacional para aquel entonces. Era una mirada que, a juicio del doctor Lucas Sierra, resultaba “mucho más humanitaria y muchísimo más económica”. No por nada, el destacado cirujano recurrió a un viejo adagio para sopesar su relevancia: “un gramo de prevención vale más que un kilo de curación”³¹. Los alcances de la medicina preventiva o *nueva medicina* tuvieron repercusión a nivel internacional, como indicó el doctor Alejandro Del Río, quien afirmó que ellos habían impulsado un reordenamiento en los sistemas educativos médicos en EE.UU y en Europa³². Incluso, en nuestro país, se llegó a concretar la creación del *Instituto Universitario de Medicina Preventiva*, dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas, pero que a la larga no tuvo trascendencia³³. No

³¹ SIERRA, LUCAS. “Medicina Preventiva”, *Anuario de la Universidad de Chile*, año IV, 4º trimestre, 1926, 769.

³² El doctor Del Río afirmó que, gracias al apoyo técnico y financiero de la Fundación Rockefeller, se habían creado institutos de medicina preventiva en las universidades de Bruselas, Harvard, John Hopkins, Toronto, Lyon, Londres, Sao Paulo, Angola, entre otras. *Ibid.*, 306.

³³ El ministerio de Educación Pública aprobó el nuevo instituto por decreto supremo n° 3913 del 14 de agosto de 1928. No obstante, según el doctor Víctor Grossi, no recibió respaldo presupuestario en los años siguientes. Grossi, Víctor “¿Qué organización debe darse en Chile a la salubridad pública?”, en *Revista de Asistencia Social*, t. IV, n° 4, 1935, 466.

obstante, ese hecho no fue óbice para el arraigo de la óptica preventiva en Chile.

La serie de conquistas de las corrientes políticas y médicas que promovían la participación estatal en la salud nacional y el arraigo de la medicina preventiva, fue complementada por otro acto legislativo trascendental. Nos referimos a la Ley n° 4.054, que inauguró la seguridad social en Chile en el año 1924 con la creación de los *seguros de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo*. Uno de los anhelos prioritarios de la agenda política de los sectores reformistas del cuerpo médico chileno, el seguro médico se materializó gracias a la acción de los militares reformistas que irrumpieron en la vida política nacional en septiembre de 1924 para poner coto al extravío social y político que las elites de la era parlamentaria no supieron resolver.

En una década agitada a nivel global, por el fin de la Primera Guerra Mundial, el triunfo de la Revolución Bolchevique y la crisis financiera de 1929, nuestro país comenzó a transitar a partir de entonces por un camino que a la postre modificó la forma de comprender y resolver los problemas de la salud pública en el siglo xx. Entre ellos, cabe destacar el papel del seguro de enfermedad, que para efectos de nuestro relato podemos definir como una de aquellas ideas universales que fueron fundamentales para contribuir a la articulación de un sistema nacional que proveyera de medicina preventiva y curativa a la población nacional. Dicho de otro modo, el seguro médico fue uno de los instrumentos que los grupos dirigentes políticos del país utilizaron para asentar certezas ante las inseguridades de la vida moderna.

Como hemos adelantado, una de las particularidades de esta nueva etapa es la creación de un conjunto de instituciones que desde cierta óptica son relevantes en la maduración de un servicio primario de salud. En efecto, conviene traer a colación

que la Ley n° 4.054 estableció que una *Caja Central* y una red de *Cajas Locales* fueron las entidades encargadas de administrar el seguro médico, financiado con aportaciones del Estado, patrón y trabajador. Además, ellas fueron facultadas por ley para crear sanatorios, dispensarios y hospitales para efectos de la atención médica de sus asegurados. Este nuevo marco legal fue perfeccionado en las siguientes décadas en virtud de la complejidad de los cambios que hubo que implementar y por el cambio cultural que exigió un proceso de adaptación para los profesionales de la salud y los asegurados.

En ese contexto merece atención la *Caja del Seguro Obrero* y su aportación a la organización médica preventiva, que fue el sello de su gestión por decenios. Según afirmó el doctor Leonardo Guzmán, en el año 1926 esa institución, autónoma financieramente, gestionaba una “red de servicios médicos” única en el país, que en 12 meses había pasado de administrar 54 policlínicos con 70 médicos a dirigir 110 policlínicos con 124 facultativos³⁴. Esta distribución se hizo conforme a las realidades sociales en las que debían desenvolverse la Caja y su servicio médico. Para ejemplificar su perfil modernizador, la Caja manejó la atención en maternidad, tanto en la etapa de gestación como tras el parto, medicina pediátrica, farmacia, control y contabilidad médica y servicios odontológicos. Una de las “pedras fundamentales” de esta labor fue el *Departamento de Beneficencia y Prevención de Enfermedades*, que fungió de base del trabajo de las visitadoras sociales que concurrían a los hogares de los enfermos para levantar las encuestas y examinar las condiciones “materiales y morales” de las familias³⁵. Sobre

³⁴ GUZMÁN, Leonardo. “Organización médica de la Caja de Seguro Obligatorio en Chile”, *Revista de Beneficencia Pública*, t. XII, n° 2, junio de 1927, 165-176.

³⁵ *Ibíd.*, 169. Conviene indicar que en el año 1927 el gobierno dictaminó

la base de ese trabajo de análisis, los jefes de sección ponían en marcha el tratamiento. Mirado en perspectiva, el procedimiento descrito devela que en la década de 1920 estaba en marcha de manera institucionalizada a lo largo del país la formación del *trabajo interdisciplinario* y la asistencia *integral* a los pacientes, que caracterizó a la salud chilena en el siglo xx, y en particular a la APS.

No obstante, conviene indicar que el progreso de la atención médica de los asegurados de las cajas y de la población en general no estuvo libre de obstáculos. En primera instancia, no todos los trabajadores pudieron obtener el seguro, pues requería de un contrato legal al que no todas las personas pudieron acceder. Por otro lado, es efectivo que la inauguración de la seguridad social en Chile favoreció un mayor nivel de unificación de los servicios de salud preventiva y curativa. Sin embargo, el escenario nacional siguió sometido a la segmentación institucional, en la que convivían el sistema de cajas y la Dirección General de Beneficencia. Aun así, la cobertura que brindaron las cajas fue una de las grandes ventajas que experimentó la asistencia médica a contar de la década de 1920. De hecho, el abnegado esfuerzo del *mutualismo* local, solamente consiguió favorecer a 100.000 personas (2% de la población), en tanto que las instituciones que abrazaron el seguro de enfermedad beneficiaron a cerca de 850.000 asegurados hacia 1927 (20% de la población)³⁶. Asimismo, amén del aspecto médico, hubo un reconocimiento a la labor educativa de las “masas humanas” que desempeñaron los seguros, en tanto progresivamente comenzaron a crear una conciencia sobre “un derecho y un deber”. A juicio del doctor García Tello, funcionario del Policlí-

el traslado de los servicios médicos de la Caja a la Beneficencia.

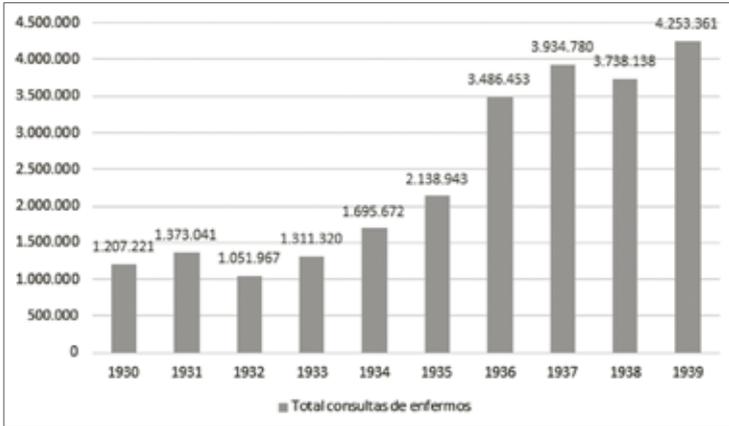
³⁶ S/A. *Los Seguros Sociales de Enfermedad, Invalidez y Vejez*. Imprenta y Librería Artes y Letras, Santiago, 1928, 12.

nico de la Caja del Seguro Obrero de Viña del Mar, ese cambio se podía verificar en el retroceso de ciertas conductas inapropiadas de los enfermos para con el personal, como maltratos o robo de implementos³⁷.

En el transcurso de la década de 1930, el país experimentó un crecimiento en el servicio médico básico y ambulatorio, como enseña la tabla n° 1 a través del número de atenciones que registraron los policlínicos nacionales, que al aproximarse al año 1940 se contaron por millones. El fenómeno no debe sorprender, pues para aquel entonces la salud pública chilena se transformó en el terreno sobre el cual se desarrollaron un conjunto de acciones que al largo plazo se materializaron en algunas de las *políticas de salud* que modificaron gran parte del panorama social y sanitario del siglo xx. Ejemplos notables que concentraron la acción política en materia de salud fueron la alimentación, la lucha antituberculosa, la salud materno-infantil y la inmunización de la población, todos temas que de uno otro modo requirió en distintos momentos de la organización de dispensarios, consultorios y policlínicos que se fueron consolidando en el país.

³⁷ *Mi experiencia de seis años en el policlínico de la Caja del Seguro Obrero de Viña del Mar. García Tello, Memoria del año 1931.* Editores Droguería del Pacífico, S.A, 12-13.

Tabla nº 1 Consultas de enfermos en policlínicos en la década de 1930-1939³⁸



El esfuerzo que las instituciones públicas locales dedicaron a esos desafíos quedó de manifiesto tempranamente en esta etapa histórica de la salud nacional. Gracias a la seguridad social, se instalaron servicios de atención maternal y oficinas del niño, que en primera instancia fueron administradas por la Beneficencia, pero a partir de 1932 pasaron a manos de la sección médica de la Caja del Seguro Obrero. Su labor fue complementada por el *Servicio Nacional de Salubridad*, entidad que, conforme al Código Sanitario de 1931, impulsó la creación de centros preventivos Madre y Niño, que velaron esencialmente por los sectores socialmente vulnerables³⁹. Un empeño similar encabezó la Caja en su participación de la lucha contra la tuberculosis, que dramáticamente lideró las tasas de mortalidad por enfermedad en la década de 1930. En el año 1932, se puso en

³⁸ Datos extraídos del *Anuario Estadístico de la República de Chile*.

³⁹ ZÁRATE, María Soledad; GODOY, Lorena. “Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud (1952-1964)”, en *Historia, Ciencias, Saúde – Maguinhos*, v. 18, 2011, 134-135.

marcha un *Consultorio para Broncopulmonares* en Santiago, y a partir de 1934 se inauguraron los *Centros de Especialización*, equivalentes a los dispensarios modelo Calmette, en Talca, Concepción, Temuco, Valdivia, Puerto Montt y Magallanes. Quizás la principal aportación cobró relevancia con la dictación de la ley de Medicina Preventiva de 1938, norma que estipuló el control de los asegurados que adolecieran del bacilo de Koch en la red de consultorios de la Caja⁴⁰.

Un área de sumo interés para la institución de protección social fue el mundo del campo. En el año 1934 se inició la instalación de una serie de *Centros de Medicina Rural*, puesto que en ese espacio se desarrollaba la vida diaria de caso 2 millones de personas y cuya atención en salud era con suerte deficiente. Ese fue el tenor al menos que plasmó en una columna el doctor Carlos Maldonado, quien afirmó que la misión de la Caja era responder a una “urgencia” debido a que la inexistencia de servicios médicos era una de las razones que explicaban las altas tasas de mortalidad y morbilidad rural⁴¹. Fue sincero en indicar que el esfuerzo emprendido tenía limitaciones porque no toda la población rural era asegurada. ¿Cuáles eran los grandes desafíos que existían en ese escenario? El director médico provincial de Chiloé detalló los desafíos del “magno programa” que había que emprender:

El problema de la atención maternal, de lactantes; de higiene escolar, las medidas preventivas frente a las enfermedades transmisibles (inmunizaciones, desinsectización, desratización, etc.); la vivienda higiénica; la provisión de agua de

⁴⁰ LÓPEZ Campillay, Marcelo. *Salud y sociedad: el reinado de la Tuberculosis en Chile, 1860-1952. Tesis para optar al grado de Doctor en Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile*, 2016,

⁴¹ MALDONADO, Carlos. “Centros de Medicina Rural”, en *Boletín Médico-Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, 1935, 12, 5.

buena calidad; el alejamiento de las excretas e inmundicias; el control de los alimentos; la defensa frente a las enfermedades sociales (venéreas, tuberculosis, sarna); la educación sanitaria...⁴².

Ante la complejidad del problema, la Caja elaboró el despliegue de los Centros de Medicina Rural que en términos teóricos estarían capacitados para atender una gama de situaciones en forma integral. Describió el doctor Maldonado que uno de los principales objetivos era formar una “verdadera cadena” extendida en todos los distritos y comunas con mayor densidad poblacional, conectados a los departamentos y provincias de los cuales dependerían. Asimismo, era primordial que actuaran en forma coordinada con la atención médica de la Beneficencia, las Municipalidades y la Sanidad. Existió una clara concepción de trabajo en equipo en virtud de los profesionales que estarían a cargo del funcionamiento de los centros, esto es, un médico, una matrona, una enfermera sanitaria y un auxiliar sanitario⁴³. El equipo debía contar con instrumentos para realizar medicina curativa, atender urgencias y proceder a la hospitalización en aquellos lugares distantes a los centros urbanos. El doctor Maldonado no tuvo la menor duda en afirmar que los “espléndidos servicios organizados por la Caja” servirían de base para impulsar el desarrollo de los nuevos centros proyectados.

Hacia 1938, el Director de los Servicios Médicos de la Caja entregó evidencias que confirmaron su pronóstico. Señaló que la “atención médica rural” en Chile estaba en gran parte solucionada gracias a la obra que la Caja había realizado. Las 164 estaciones médico-rurales y 365 postas diseminadas en el país explicaban su franqueza. Ese conjunto de unidades de atención

⁴² *Ibíd.*

⁴³ *Ibíd.*, 6.

fue complementado por una serie de Casas de Socorro, que tenían médicos residentes y camas de hospitalización⁴⁴. Todos los servicios estaban capacitados para realizar atenciones médicas curativas y preventivas, para lo cual disponían del equipamiento y dotación clínica estandarizada⁴⁵. Un problema que estaba fuera del alcance del sistema de medicina rural de la Caja fue la habitación higiénica, que era un problema nacional, para lo cual el gobierno del Frente Popular dispuso la creación de la Caja de la Habitación que, entre otros fines, pretendía financiar la adquisición de viviendas de bajo costo para los trabajadores de la ciudad y el campo. El doctor Maldonado también dejó entrever que la empresa médica rural que había liderado la Caja era parte de un movimiento internacional al cual Chile se sumó activamente

Es cierto que aquellas políticas de salud eran representativas de los problemas centrales de la cuestión social sanitaria. Pero es menester agregar que fueron una expresión local de un movimiento global que la Liga de las Naciones, a través de su Sección de Higiene, impulsó con el ánimo de promover las soluciones a problemas epidemiológicos, alimentarios, laborales, impulso de la salud rural, entre otros, que, a su modo de entender, era el camino para atesorar la “paz social”. La vía para garantizar el estudio y aplicación fue la integración al trabajo “cosmopolita” de la Liga de instituciones científicas y sanitarias representativas de todos los continentes y que se tradujo en iniciativas tales como la creación de un *Servicio de Inteligencia Epidemiológica*.

⁴⁴ MALDONADO, Carlos. “Sanidad rural en Chile”, en *Boletín Médico-Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, 1938, V, 53-54, 413.

⁴⁵ Las labor médico-preventiva se concentraba en el control de la mujer embarazada, del parto y del niño, a cargo de pediatras, que hacían rondas, y matronas y enfermeras residentes. Además, se vigilaban las enfermedades transmisibles, como sífilis, sarna, gonorrea, entre otras.

Latinoamérica, no fue la excepción⁴⁶. Cabe mencionar este diálogo entre la esfera y la global, pues fue un puente que facilitó a lo largo del siglo la ejecución de múltiples propuestas sobre el desarrollo social en la que la salud fue un lineamiento central

Finalmente, cabe mencionar que la tradición primarista nacional no sólo obedeció a una articulación planificada en el seno de instituciones sanitarias o académicas. Creemos que es menester hacer mención a que también existió una fructífera capacidad profesional para sacar dividendos de coyunturas nacionales que, en el largo plazo, fortificaron la organización de la salud en Chile. En particular, deseamos referir a la creación de las *Unidades Sanitarias del Servicio Nacional de Salubridad*, ocurrida en 1942, que a juicio del doctor Jorge Jiménez de la Jara, fueron una contribución a la “medicina comunitaria” por su “capacidad de desarrollo de modelos de intervención para asuntos prioritarios de la salud”⁴⁷.

¿En qué consistió el propósito de las Unidades Sanitarias? Antes que nada, cabe señalar que fueron una respuesta organizada a los problemas que derivaban de la atomización de tareas y responsabilidades que exhibía la salud nacional y que se distribuían en una serie de agentes públicos y privados. Ese rasgo institucional, ampliamente deliberado por la comunidad médica, se hizo evidente a raíz del terremoto de Chillán del 24 de enero de 1939 y que, como toda catástrofe, significó una emergencia sanitaria para la población y las

⁴⁶ El servicio comprendió entre otras funciones, el uso del servicio telegráfico a nivel mundial para comunicar la aparición de brotes epidémicos, desde Asia hasta América. Borowy, Iris. *Coming to terms with World Health. The League of Nations Health Organization, 1921-1946*. Peter Lang, Frankfurt, 2009, 143 y ss.

⁴⁷ JIMÉNEZ DE LA JARA, Jorge. *Angelitos salvados. Un recuento de la salud infantil en Chile en el siglo XX*. Uqbar editores, Santiago, 2009, 72.

autoridades. Según las estadísticas, las muertes alcanzaron a 5.695 personas, pero la prensa estimó que las defunciones se aproximaron a las 30.000. Como fuere, el episodio puso en jaque a la medicina nacional, especialmente por los focos epidémicos y los heridos de las zonas rurales, muchas de las cuales quedaron aisladas⁴⁸.

El impacto social del sismo fue una circunstancia ideal para la corriente de salubristas que aspiraba a forjar una mayor unificación de los servicios médicos preventivos y asistenciales. Por esa razón, en el año 1942 nacieron las Unidades Sanitarias mediante la Ley de Emergencia n° 7200, que facultó al Presidente de la República, Juan Antonio Ríos, a fusionar servicios administrativos públicos⁴⁹. Ahora bien, no está de más decir que esa decisión también fue una demostración de la conexión del sistema de salud chileno con un modelo de gestión que había sido elaborado en el sistema sanitario internacional, específicamente en la *Conferencia Internacional de Higiene* efectuada en Ginebra en 1931. En esa reunión se definió la Unidad Sanitaria como “una institución que tiene por objeto mejorar la salud y el bienestar de la población de una región determinada”⁵⁰. De acuerdo al doctor Nacienceno Romero, ella debía operar en un edificio bajo la dirección de un médico funcionario, que debía coordinar todas las acciones de higiene y protección social que pudieran relacionarse con la salud pública. En el fondo, se hacía hincapié en el trabajo con la comunidad a nivel local y

⁴⁸ LAVAL Román, Enrique. “El terremoto del 24 de enero de 1939 y el doctor Víctor Grossi de la Guarda”, en *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, 2007, 17, 54.

⁴⁹ VARGAS Catalán, Nelson. *Historia de la Pediatría chilena: crónica de una alegría*. Editorial Universitaria, Santiago, 2002, 129,

⁵⁰ ROMERO, Nacienceno. “Unidades Sanitaria de Chile”, en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, julio, 1952, 11.

orientado fundamentalmente al “núcleo familiar” más que al individuo aislado⁵¹. Esa misión exigía disponer de una interacción con todas las instituciones médicas que operaban en el espacio de trabajo de la Unidad Sanitaria y generar equipos de trabajo multidisciplinarios integrados por médicos, ingenieros sanitarios, enfermeras sanitarias, estadísticos, etc. Sus objetivos primordiales fueron la salud materno-infantil, control de enfermedades transmisibles y saneamiento ambiental.

No cabe duda que esa forma de concebir la acción sanitaria, favoreciendo la descentralización, reviste suma importancia en el examen de las raíces histórica de la APS. El desarrollo de las Unidades Sanitarias a partir de la década de 1940, robusteció indudablemente el trabajo efectuado en el terreno de la asistencia médica básica a partir del giro experimentado en la década de 1920, como hemos establecido. No debemos desestimar que el marco social y económico de la década de 1930, agravó la situación económica de muchas familias, especialmente por la caída de sus ingresos producto de los efectos de la Gran Depresión⁵². Valga esa referencia para recalcar que ese episodio representó tanto un reto, como un acicate para quienes pretendían reformar la salud pública chilena como una forma de erradicar las inequidades sociales reinantes en el país. Testimonios tan diversos como *La Realidad Médico Social Chilena* (1939), del doctor Salvador Allende o *¿Es Chile un país católico?* (1941), del sacerdote Alberto Hurtado, coincidieron en alertar sobre el

⁵¹ *Ibíd.*, 13.

⁵² Conforme a Simon Collier y William Sater, la sumatoria de la brusca declinación de la industria salitrera, la crisis de Wall Street, la caída del precio del cobre y el incremento de la deuda pública producto de los préstamos adquiridos en el exterior, y la baja en las exportaciones, repercutió en el estándar de vida de la población a lo largo de la década de 1930. Collier, Simon, Sater, William. *Historia de Chile, 1808-1994*. Cambridge University Press, 1998, primera edición española, 196-197.

papel que la pobreza material y económica podía ejercer sobre la calidad de vida del país.

Frente a ese panorama, el desarrollo de las Unidades Sanitarias en la forma que hemos descrito, fueron la cara visible de una respuesta moderna a partir del espacio comunitario. Asimismo, significó una prolongación de la política de descentralización que encarnó el Servicio Nacional de Salubridad contemplado en el código sanitario de 1931, que dividió al país en una Dirección General de Sanidad, Jefaturas Sanitarias Provinciales y Distritos Sanitarios. Un respaldo fundamental provino de la esfera internacional, puesto que a contar de 1944 el Estado chileno suscribió convenios de asistencia sanitaria con el Instituto de Asuntos Interamericanos y la Fundación Rockefeller. Esa cooperación fue fundamental para habilitar las Unidades Sanitarias de Santiago (Quinta Normal), Antofagasta, Valparaíso (Cerro Barón) y Temuco, que fueron administradas con “total libertad” por parte de los profesionales y técnicos nacionales, como apuntó el doctor Romero. El mismo facultativo hizo hincapié en el avance que esa estrategia representó para la salud rural chilena a propósito de la inauguración de la Unidad Sanitaria de Aconcagua, cuyo espacio de operaciones fue la ciudad de San Felipe. Ello se explicaba en razón de la “integración de todos los recursos médicos de la zona”, decisión que redundó en un incremento cualitativo y cuantitativo del rendimiento del servicio⁵³. Incluso, es posible comprobar una arista de participación comunitaria en aquel proyecto rural, como enunció el doctor Romero, al señalar el éxito de un programa de extensión agrícola, que promovió el cultivo de huertos familiares, crianza de animales, preparación de alimentos, etc. Para articular ese proceso educativo, había sido indispensable el concurso de clu-

⁵³ ROMERO, N., op. cit., 15.

bes juveniles y clubes de demostración del hogar⁵⁴. Para el año 1950, el académico de la Escuela de Salubridad, Hernán Urzúa, reconoció que la coordinación agrícola-sanitaria que había liderado la Unidad Sanitaria de Aconcagua, era una experiencia “feliz” y en pleno proceso de maduración⁵⁵.

Para resumir, al mediar el siglo xx, contabilizamos casi dos décadas de aplicación de una serie de innovaciones efectuadas en la salud pública nacional que fueron tributarias de una nueva senda para definir una relación entre democracia y bienestar social. En ese sentido, la serie de normas que se cristalizaron en un modelo de seguridad social fueron progresos evidentes y palpables para la sociedad chilena, tanto como los problemas estructurales existentes en los planos de la organización de la medicina preventiva y curativa a gran escala, como el agudo contexto socioeconómico por el que atravesó Chile tras la crisis financiera de 1929 y el desplome de la industria salitrera. Con todo, la noción de un servicio médico básico y preventivo comenzó a extenderse a nivel nacional, gracias al concurso de los profesionales de la salud que percibieron la necesidad de ese cambio, como por el contexto de la salubridad global que se transformó en un punto de referencia para ese tipo de iniciativas. De ese modo, cuando en 1952 nació el *Servicio Nacional de Salud*, la institución que participó activamente en la consolidación de una serie de avances sociales entre las décadas de 1960 y 1970, existía un camino recorrido que nos hemos permitido denominar como tradición primarista.

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ URZÚA, Hernán. “Objetivo y rendimiento de las Unidades Sanitarias”, en *Actas de las Primeras Jornadas Chilenas de Salubridad. Organizada por la Sociedad Chilena de Salubridad y Medicina Pública*. Santiago, Chile, 1950, 15.

Al inaugurarse la década de 1950, el sistema internacional de naciones había entrado en una nueva etapa que se delineó en gran medida por el fin de la Segunda Guerra Mundial y las lecciones políticas que de ella se extrajeron. Pese a que ese conflicto bélico demostró el fracaso de la Liga de las Naciones, la idea de una comunidad internacional encargada de auspiciar el progreso y la paz permaneció en pie como una forma de alcanzar un “mejor futuro para la humanidad”, como lo anticipó la *Carta del Atlántico* suscrita por las potencias aliadas en 1941. La fundación de la *Organización de las Naciones Unidas*, en 1945, tuvo como finalidad velar por el entendimiento y concordia de los países y trabajar por el desarrollo de las naciones más postergadas. A la luz de ese compromiso se acordó la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948), la que concedió a la salud un sitio entre los derechos sociales, culturales y económicos esenciales de toda persona.

La nueva etapa de la comunidad internacional que se inauguró fue fundamental para procesar, dentro de un nuevo sistema institucional global, los debates acerca de la estrategia adecuada para conducir a la sociedad a un nivel de desarrollo coherente con el nuevo marco ético y político existente. Ello en medio del inicio de la pugna de “bloques de poder” que comenzaron a protagonizar EE.UU. y la URSS., el proceso de descolonización que comenzó a activarse con el fin de la Segunda Guerra Mundial, y el comienzo de la “edad de oro del capitalismo”, como ha definido Eric Hobsbawm a la fase de crecimiento sin precedentes que experimentó el mundo occidental entre 1943 y 1973. Estas referencias no son ajenas a nuestra narración porque son significativas para comprender los argumentos históricos que alentaron a una serie de movimientos sociales y políticos a articular una serie de soluciones que abonaron el camino para la irrupción de la APS y la conferencia de Alma Ata.

Nuestro país fue parte de ese proceso histórico, pero desde la singularidad histórica que hemos descrito. Es un punto que deseamos poner en relieve si anhelamos explicar el curso histórico de la experiencia chilena en torno a la APS, una tarea que asumimos a continuación.

Capítulo 2

Salud y desarrollo: Chile y el mundo camino a Alma Ata: décadas de 1960 a 1970

2.1 La salud y la discusión sobre las opciones de desarrollo

Los historiadores de la salud, como Cueto y Packard, coinciden en afirmar que inmiscuirse en la historia de la APS ineludiblemente invita a avizorar las discusiones que, entre las décadas de 1960 a 1970, despertó en el ámbito internacional la pregunta sobre qué idea de desarrollo debían adoptar los países en un escenario político y social que evolucionó al compás de las visiones ideológicas que orbitaban en torno a las propuestas del capitalismo y del socialismo, acorde a los tiempos de la Guerra Fría.

A juicio del historiador peruano, el avance de la APS fue favorecido por el contexto mundial que fue modelado por una conjunción de procesos que, de uno u otro modo, se alzaron de manera contestataria ante el orden mundial trazado desde fines del siglo XIX por la hegemonía de las potencias occidentales. Así, las naciones africanas descolonizadas, la extensión de los movimientos nacionalistas, el antiimperialismo y el auge de la

organización política de las fuerzas de izquierda, gestaron un escenario que fomentó el surgimiento de proyectos alternativos al modelo de desarrollo sostenido por los países industrializados⁵⁶. En esa misma línea, Packard acentúa el hecho de que Alma Ata condensó una nueva forma de imaginar el desarrollo internacional, cuyo debate se comenzó a hilvanar con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial, a partir de las directrices que varios organismos internacionales elaboraron para incentivar el progreso económico de los países del Tercer Mundo⁵⁷.

La discusión sobre el desarrollo social comenzó a cobrar relevancia en la década de 1950. Se ha señalado que el punto de inicio radicó en una suerte de consenso entre agentes del hemisferio norte fundamentalmente, el cual adjudicó al crecimiento el papel central de los esfuerzos que los países tercermundistas debían implementar para superar las condiciones de pobreza. Fue así como organismos de la talla del *Fondo Monetario Internacional* (FMI), el Banco Mundial y otras agencias de EE.UU. y Europa promovieron la acumulación de capital humano, el comercio exterior, la construcción de infraestructura, como las principales medidas que debían adoptarse para liberarse del subdesarrollo. Fue ese mismo entusiasmo que condujo a John F. Kennedy a anunciar en 1961, durante la Asamblea General de la ONU, que esa sería la *década del desarrollo* y cuya meta sería que las naciones atrasadas lograran alcanzar una tasa de 5% de crecimiento para 1970.

No obstante, aquel optimismo generalizado se transformó en una sensación de frustración transcurrido el decenio de 1960. Surgieron voces que dejaron entrever que los resultados no fueron los esperados y que abrieron espacios para criticar el

⁵⁶ CUETO, M., op. cit., 31.

⁵⁷ PACKARD, R., op. cit., 233.

modelo de desarrollo propuesto. Incluso la Alianza para el Progreso, que fue una suerte de discurso de fortalecimiento de la democracia que difundió EE.UU. hacia Latinoamérica, corrió la misma suerte. A juicio de Fernando Pires-Alves y Marcos Cueto, ese balance negativo se convirtió en una ocasión para que se reformulara una propuesta acerca de un paradigma de desarrollo que superara la exclusividad del crecimiento como palanca del crecimiento⁵⁸.

Esa oportunidad surgió en el umbral de la década de 1970 en el seno de la ONU, bajo el concepto de una “nueva estrategia internacional” para diseñar una fórmula de desarrollo que acogiera las críticas vertidas a la propuesta sesentera, las cuales propugnaron la inserción de criterios de bienestar, equidad en los niveles de ingresos, alza en el nivel de empleo, y fomento de la educación, nutrición, protección del medioambiente y la salud. La discusión sobre un nuevo escenario se canalizó en 1974 con los lineamientos formulados por la ONU sobre *Nuevo Orden Internacional Económico*, término que condensó ese debate que inauguró la década de 1970, y que en parte fue un reconocimiento del poder que había conquistado el *Grupo de los Países No Alineados* en la década de 1960, que se fortaleció progresivamente con la incorporación de las nuevas naciones africanas y asiáticas. El debate contó, además, con el protagonismo de dos instituciones de reconocida trayectoria. Por un lado, la *Organización Internacional del Trabajo* (OIT), que fustigó la meta del 5% de crecimiento como base del desarrollo en virtud de que los hechos de ese objetivo, que muchos países lograron, no se cristalizó en una mejor calidad de vida material y económica de los ciudadanos postergados del mundo. Por otra parte, el

⁵⁸ PIRES-ALVES, Fernando Antonio; CUETO, Marcos. “The Alma Ata decade: the crisis of development and international health”, en *Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (7), 2017, 2136-217.

Banco Mundial, que bajo la dirección de Robert McNamara, modificó sus conceptos iniciales en esta materia, afirmando que “la pobreza era una amenaza para el desarrollo social”⁵⁹. Ambas entidades coincidieron en que era imprescindible que, como fundamento de todo proyecto de progreso, se garantizara un conjunto de “necesidades básicas” para la población. Ellas comprendían medidas como un sueldo mínimo para que una familia se alimentara, y servicios de primer orden, como agua potable, educación y salud. En suma, la década de 1970 allanó el camino para que se concordaran una serie de acuerdos que en el largo plazo se tradujeran en una mejora sustancial de la distribución de la riqueza. De ese modo, se fue abonando el camino para que el mundo de la salud pudiera generar soluciones a la luz del proceso en curso a nivel mundial.

En este punto de nuestro examen, no es aventurado afirmar que en los círculos que daban vida al mundo de la salud, las interrogantes sobre cómo acceder a una mayor equidad social se venían formulando décadas atrás. El debate sobre la calidad del modelo de desarrollo que la historiografía ha descrito para las décadas de 1960 y 1970, ilustra la atmósfera intelectual que ha convertido a la conferencia de Alma Ata en una expresión de cómo la salud se transformó en el siglo xx en un motor de promoción de los cambios sociales. Desde esa perspectiva, podemos comprender el papel que ejerció la OMS en esos años, sumándose a la construcción de un nuevo orden internacional económico proclive a materializar reformas sociales. Una arista que debemos subrayar de ese proceso fue la activa participación que demostró en la etapa previa a 1978, un conjunto de agentes sociales del mundo subdesarrollado y cuyas obras en el campo sanitario fueron determinantes para la conformación de las ideas fundacionales de Alma Ata.

⁵⁹ PACKARD, R., op. cit., 240.

2.2 La salud desde arriba y desde abajo

Una de las características que la historiografía de la salud se ha encargado de resaltar del siglo xx, ha sido la efectividad que manifestaron las políticas de salud y la medicina al servicio de las funciones centrales que el Estado moderno desplegó a objeto de garantizar el progreso social. Amén de si fueron las agendas liberales o socialistas las que avalaran esa acción del poder público, ellas navegaron por el mismo océano. Es perfectamente discutible discutir sobre las diferencias que ostentaron en ese terreno los países que se industrializaron y democratizaron tempranamente, principalmente las potencias de Norteamérica y Europa Occidental, respecto de muchas naciones de América Latina y el Caribe, África y Asia. No obstante, es difícil retrucar la importancia que alcanzó la salud pública como un factor elemental en la solución de problemas sociales, colocando a disposición de las sociedades, democráticas y no democráticas, cuerpos profesionales, tecnología y conocimiento científico.

En favor de nuestro relato corresponde señalar que esa visión triunfalista de la salud pública, no necesariamente representa la existencia de un consenso en torno a su papel social. Precisamente, dentro de todas las características que han acompañado el análisis de la APS, una de ellas es un *cariz contracultural*. Dicho de otra manera, es menester indicar que una de las virtudes que explican los progresos que reportó la salud pública moderna para el bienestar social, fue el carácter vertical que revistió el conjunto de soluciones que se aplicaron a problemas de alta connotación social, como las campañas de vacunación, la salud materno-infantil, la nutrición, entre otros. Su diseño respondió en gran medida a la racionalización que demostró la salud al integrarse al aparato estatal desde fines del siglo xix y a la existencia de elites profesionales formados en las Escuelas de Medicina e instituciones internacionales. Específicamente, a partir de la fundación de la OMS esos grupos estuvieron capa-

citados para planificar y poner en marcha programas verticales que apuntaron a solucionar los problemas que poseían alto impacto en las tasas de morbilidad y mortalidad y, por consiguiente, costos sociales. El éxito de su labor fue la mejor fuente de legitimación social que obtuvo esa salud pública moderna que fue diseñada desde arriba.

Dicho esto, es preciso abordar el otro ángulo de esa historia, a través del cual se puede apreciar que la APS ha pasado a ser un símbolo de la evolución de una nueva forma de relación que presupone el hecho de una salud elaborada desde abajo, sin intermediación en algunas ocasiones. Ese cambio histórico se reflejó en el protagonismo que alcanzó la comunidad en la gestión de sus requerimientos y que se condensó en un fenómeno que podemos describir como una horizontalización del nexo entre salud y sociedad. Según anticipamos, fue un giro que se fraguó en la periferia del sistema internacional ¿Desde cuándo se gestó esa transformación? A través de una serie de ejemplos es posible perfilar ese itinerario, dejando en claro que es un asunto discutible, en particular si se pretende determinar un punto de origen. A nuestro juicio, es razonable pensar en un movimiento global que, en forma previa a la década de 1970, tuvo expresiones locales concretas en Asia, África y América Latina. Ellas difirieron entre sí en varios aspectos, pero coincidieron en canalizar la participación comunitaria, ejerciendo una autonomía respecto a una entidad administrativa central, y apelaron al uso de recursos educativos, higiénicos y preventivos para solventar sus necesidades más urgentes. Esa manera de actuar no fue fruto del azar y sus resultados fueron variables, como las realidades sociales en las que se desarrollaron. Sin embargo, al emanar en regiones en las cuales reinaban carencias de servicios sanitarios y recursos médicos fundamentales, revelan una capacidad de autogestión de la comunidad centrada en la equidad social.

Para algunos historiadores, esta genuina creación del Tercer Mundo comenzó a sembrarse en la década de 1930, a propósito del interés que despertó la salud rural en las esferas de la Liga de las Naciones y la Fundación Rockefeller, como apunta Packard. En efecto, en aquel entonces se observó con atención que la población rural de varios países europeos y otras naciones del mundo, estaba sometida a la presión de la mortalidad por enfermedades, poseían escaso acceso a las ventajas de la salud pública moderna y sufrían a diario los costos de la Gran Depresión. En concreto, se decidió organizar la Primera Conferencia de Higiene Rural en Ginebra (Suiza), en 1931, a la que asistieron 24 países europeos y 8 extraeuropeos en calidad de observadores, como China, India, Japón, entre otros. Amén de los temas de salud pública que se discutieron, Theodore Brown y Elizabeth Fee han destacado que la reunión puso en discusión algunos lineamientos básicos para mejorar el acceso a la salud en el mundo rural, los cuales se resumieron en la importancia de la educación, el desarrollo económico y el progreso social de la población⁶⁰. La relevancia de las materias que se abordaron fueron suficiente motivo para planificar una segunda reunión, pero en la zona asiática. La sede de ese evento fue Bandoeng (Indonesia), lugar donde se llevó a cabo la Conferencia del Lejano Oriente sobre Higiene Rural en 1937. La diferencia con la cita de Ginebra fue ostensible por varios matices. Uno político, definido por un escenario marcado por la atmósfera del colonialismo aún predominante en la región,

⁶⁰ A nivel de medidas específicas, se propuso la incorporación de matronas y enfermeras como agentes de la expansión de los servicios sanitarios hacia el terreno rural, métodos educativos para mejorar la entrega de información sanitaria, y la entrega de créditos baratos para favorecer la adquisición de viviendas de mejor calidad. Brown, Theodore; Fee, Elizabeth. "The Bandoeng Conference of 1937: A Milestone in Health and Development", en *American Journal of Public Health*,

y otro socioeconómico, pues gran parte de los países asistentes sufrían serios problemas de pobreza.

En lo sustancial, Bandoeng otorgó un sello reformista a su informe final, en el que se puso acento en cuestiones fundamentales, a saber: la colaboración intersectorial, reforma educacional, utilización de personal no médico en la gestión de salud, “la reconstrucción rural” o reforma agrícola, prioridad para la nutrición, respeto a las lenguas nativas y una concepción de la salud pública entendida como la punta de lanza del desarrollo económico y el autogobierno. Para Brown y Fee, la conferencia reflejó el ánimo nacionalista y los movimientos independentistas que circulaban en las regiones coloniales asiáticas, aunque también expresó la “actitud progresista” de la Liga de las Naciones. En ese sentido, se puede apreciar la relevancia de la década de 1930 en el itinerario histórico que condujo a la conferencia de Alma Ata, puesto que dejó en evidencia que era factible proponer la transformación de las condiciones socioeconómicas como el objetivo fundamental de la salud pública. Además, no está de más enfatizar el protagonismo que adquirieron los países que se situaban en los márgenes del sistema internacional y cuyas experiencias hicieron posible articular miradas alternativas a la voz de las democracias occidentales. En definitiva, el episodio de Bandoeng es un hito que a nuestro entender sinceramente conviene aquilatar, sobre todo porque permite reconocer la extensa trayectoria histórica que es posible atribuir al proceso de valoración de la salud como un camino para la consecución de la equidad social.

Conforme a esa lectura, las décadas de 1960 y 1970 fueron la antesala de la reunión de Alma Ata gracias a una serie de experiencias históricas que, a juicio de algunos analistas y testigos de la época, iluminaron el camino que culminó en la reunión de 1978. Naturalmente, no fue un recorrido exento de dificult-

tades, toda vez que el decenio de 1960 fue para el mundo un período social y políticamente conflictivo, que cruzó la estela de episodios contestatarios o revolucionarios como la *Revolución cubana*, *París de 1968*, la *Primavera de Praga*, las protestas de *Tlatelolco*, etc. Sin pretender incursionar en esos hitos que han sido estudiados por las ciencias sociales, es menester traer a colación que esos años encauzaron un torrente intelectual que traspasó esa radicalidad crítica al territorio de la medicina y la salud pública en su versión occidental. Como modelos de un saber y una práctica con alto ascendente social, fueron objeto de impugnaciones por parte de sus detractores. No fue inusual que fuesen tildadas como instrumentos de dominación de las clases dominantes o como herramientas privilegiadas por el “sistema de explotación capitalista” y que extremaban una estructura verticalista de la salud en su relación con la sociedad, favorecían el uso extensivo de la tecnología y la industria farmacéutica en detrimento de la prevención. En ese contexto es que han sido interpretadas las históricas controversias que alimentaron entre 1960 y 1970 los discursos críticos de Thomas Szasz, Michel Foucault, Ivan Illich, Thomas McKeown, entre otras personalidades. Sus argumentos, si bien concitaron la atención de los círculos institucionales y universitarios relacionados con la salud, añadieron un nuevo frente a los agudos cuestionamientos que recibió el orden global reinante por entonces.

Sobre un escenario mundial delineado por las controversias descritas, germinaron algunas iniciativas que condensaron ideas y prácticas que, para ciertas voces, califican como las precursoras de la propuesta que fraguó Alma Ata. Pese a las particularidades que ellas representaron en virtud de los contextos de marginalidad en las que florecieron, tuvieron en común el distanciamiento que demostraron de toda impronta elitista que algunos asignaron a la salud pública y la biomedicina predominantes en muchos países. A juicio de Cueto, existen algunas experiencias

que merecen ser consignadas. En el ámbito institucional-académico, se cuenta la publicación de John Bryant, titulada *Health and Developing World*, que objetó los programas verticales que enfatizaban la tecnología⁶¹. Otro autor influyente fue Kenneth Newell, funcionario de la OMS, quien en su texto *La Salud del Pueblo* (1967) enfatizó que los enfoques estrictamente sanitarios estaban destinados a ser ineficientes. Quizás esa fue la razón que explicó la repercusión del *Informe Lalonde*, redactado por el Ministro de Salud de Canadá, Marc Lalonde, que postuló en 1974 que más que las prestaciones médicas, la atención debía estar centrada en algunos “factores determinantes de la salud”, a saber, biología, medioambiente, servicios de salud y estilo de vida⁶². Junto a estas evaluaciones, cabe señalar el trabajo en terreno que realizaron los médicos de la *Comisión Médica Cristiana*, dependiente del Consejo Mundial de Iglesias y de la Federación Mundial Luterana, que se volcó a la formación de trabajadores sanitarios a nivel comunitario. Varios de los ejemplos analizados citados por Bryant en su investigación correspondieron a esta iniciativa, indica Cueto⁶³.

Para complementar esta descripción de las acciones que abrieron el camino a Alma Ata, podemos referir a casos que Packard identifica en Latinoamérica, como la tarea que lideró David Werner en México, el *Proyecto Piaxtla*. Esta iniciativa generó la oportunidad de efectuar una serie de intervenciones básicas, que no requería de entrenamiento médico profesional y que favorecieron las condiciones sanitarias de las poblaciones rurales. Su trabajo fue recopilado bajo el nombre de *Donde no hay doctor* (1973), que alcanzó repercusión internacional y se transformó en una suerte de manifiesto. En palabras del

⁶¹ CUETO, M.; ZAMORA, V., op. cit., 28.

⁶² *Ibíd.*, 29.

⁶³ *Ibíd.*, 30.

historiador, este caso resalta porque evidenció que la educación formaba la base de la participación de la comunidad y de la instrucción de los agentes sanitarios. En resumidas cuentas, el mensaje de fondo fue que era posible alcanzar un nivel de salud sin la participación de médicos, siempre y cuando se le entregara a la comunidad los conocimientos y las herramientas para la consecución de esa meta⁶⁴.

Finalmente, es pertinente dirigir la mirada al continente asiático que fue un escenario que engendró proyectos significativos en salud rural. Un escenario destacado fue la India, que en 1970 puso en marcha la iniciativa conocida como *Jamkbed Comprehensive Rural Health Project*, que se centró en el desarrollo de la medicina preventiva y curativa, para operar en las regiones más pobres y tuvo la particularidad de sumar a mujeres como monitoras en salud para coordinar el trabajo comunitario. Su principio básico fue que la salud de la población no podía mejorar sin el mejoramiento de las condiciones económicas de la comunidad. Por otra parte, explica Packard que, producto del acercamiento entre China y EE.UU., el profesor de Medicina Social, Víctor Sidel, visitó la potencia oriental para conocer personalmente el sistema de salud rural conocido como *médicos descalzos*. Este modelo fue otro de los frutos de la *Revolución Cultural* que encabezó Mao Zedong, quien en 1965 encargó a sus asesores sanitarios que era imprescindible cambiar el foco de la salud pública y dirigirla al mundo rural, sede de los principales problemas médicos de la población china⁶⁵. El profesor Sidel apreció que muchas de las tareas que realizaban los médicos chinos, de modo muy competente, no requería

⁶⁴ PACKARD, R., 240 y ss.

⁶⁵ XU, Sanchun; HU, Dalian. “Barefoot Doctors and the Health Care Revolution in Rural China. A Study centered on Shandong Province”, en *Endeavour*, 41, 3, 2017, 136.

largos períodos de entrenamiento, como los que se realizaban en EE.UU.

Las referencias señaladas resumen una pluralidad de esfuerzos que se asentaron a lo largo y ancho del planeta. Cada una de las experiencias aludidas, aunque esbozan el particularismo propio de su escenario, revelan cómo algunos aspectos claves de la salud primaria (participación comunitaria, acento en la prevención, trabajo multisectorial y conciencia de los determinantes sociales) tuvieron expresiones concretas. Efectivamente, hacia la década de 1970 la constitución de servicios médicos básicos era una realidad en comunidades de Cuba, Costa Rica, Mozambique y Tanzania, y habían demostrado buenos resultados en la disminución de la mortalidad infantil y el control de enfermedades, afirma Packard⁶⁶. Dicho de otro modo, era una irrefutable evidencia que el Tercer Mundo poseía la capacidad para generar soluciones a los desafíos del desarrollo.

En definitiva, en los años que precedieron a la conferencia de 1978 se generó una sinergia de movimientos y liderazgos que coincidieron en el objetivo de fundar una reciprocidad entre salud y equidad social. Esa finalidad era compartida por una gran mayoría de la comunidad internacional, más allá de si sus protagonistas eran partidarios de la concepción vertical u horizontal en materia de salubridad. Sin embargo, en el seno de la ONU, emergió una corriente que, con matices y diversos intereses particulares, se propuso convocar a una reunión internacional que definiera formalmente un camino común para quienes adherían a un nuevo modelo de salud primaria. De ese modo, los agentes de la OMS, la UNESCO y otras organizaciones no gubernamentales ligadas al ámbito de la salud, realizaron los preparativos para celebrar un encuentro multinacional que

⁶⁶ PACKARD, R., op. cit.,

resolviera una fórmula global para superar las limitaciones del subdesarrollo.

2.3 La Conferencia de Alma Ata y la salud para todos

En rigor, la idea de un servicio básico a nivel local no había sido ignorada por la OMS. Haciendo eco del trabajo que la Liga de las Naciones había impulsado en la década de 1930, se ha señalado que en el año 1953 un comité de expertos en administración en salubridad propuso un modelo de “servicios básicos en salud”, que incluyó salud materno-infantil, control de enfermedades transmisibles, sanidad ambiental, registros estadísticos, educación sanitaria para la población, enfermería sanitaria y asistencia médica, todo lo cual dependía de las necesidades del área y del acceso a los grandes hospitales⁶⁷. El concepto de servicio básico tuvo la suficiente repercusión para que en la década de 1960 fuese una idea que se mantuvo en discusión en las altas esferas de la OMS⁶⁸.

Sin embargo, como todo proceso histórico complejo, esa fue sólo una de las aristas en juego. Debemos subrayar que los programas de erradicación de enfermedades (Malaria) y otras acciones de índole vertical siempre ocuparon un lugar privilegiado en el sistema sanitario internacional en la era que inauguró la OMS. No es difícil explicar que en gran medida su relevancia fue fruto de la efectividad cualitativa y cuantitativa

⁶⁷ *The Third Ten Years of the World Health Organization, 1968-1977*. WHO Press, Ginebra, 2008, 117.

⁶⁸ El concepto de servicio básico fue definido como “una red coordinada de unidades de salud periféricas e intermedias con una administración central capaz de realizar un conjunto de servicios esenciales en un área y asegurar la disponibilidad del personal profesional y auxiliar entrenado para esas tareas.” *Ibidem*.

que ese instrumento demostró en el contexto global, razón por la cual las políticas de salud tenían una legitimación profesional y social que, evidentemente, se transformó en un obstáculo para la adhesión a la noción de servicios básicos de salud. A su vez, Packard añade otro factor. En la década de 1960, las principales instituciones internacionales de la salud demostraron poco interés por invertir en el diseño de redes de servicios básicos, y decidieron concentrar los recursos en la financiación de hospitales que, a juicios de los contemporáneos, eran “monumentos a los avances tecnológicos de la medicina”⁶⁹. La tendencia fue válida tanto para la URSS, que demostraba los avances de la medicina del socialismo, como para el mundo capitalista, que a través de las construcciones hospitalarias garantizaba un mercado para la industria tecnológica y farmacéutica.

La década de 1970 se inauguró con una serie de fuerzas en curso, todas las cuales adherían al propósito de hacer de la salud un motor del desarrollo, pero diferían en la estrategia para conquistar esa meta. Aquí es pertinente introducir un factor que nos parece de la mayor importancia en tanto fue determinante para la gestación de la agenda que culminó en la reunión de Kazajistán de 1978. Nos referimos a los liderazgos que asomaron en la conducción de la OMS en ese momento clave de su historia. Puede que existan diferencias en las interpretaciones que elaboren sobre el nivel de influencia que ejercieron, cuestión que está lejos de nuestra misión, pero lo cierto es que existieron personalidades cuyo protagonismo quedó ligado a la historia de Alma Ata y de la APS. En particular debemos mencionar a *Kenneth Newell*, Director de Investigación y Comunicación Científica (1967-1972) y, especialmente, *Halfdan Mahler*, Director General de la OMS (1973-1988). Atender a su protagonismo ofrece

⁶⁹ PACKARD, R., op. cit., 245.

una óptica privilegiada sobre la generación que enfrentó el reto de responder a las discusiones que suscitaron la pobreza y el desarrollo en el campo de la salud, ejerciendo responsabilidades desde el seno de los órganos centrales de la salud global.

A juicio de Sócrates Litsios, integrante de esa generación y testigo favorecido de la labor de Newel y Mahler, ambos personajes fueron hombres visionarios que compartieron valores comunes y una “dedicación al desarrollo humano y la justicia”⁷⁰. Newell abandonó la OMS en 1977, pero fue determinante en la preparación de los borradores que se utilizaron en la conferencia de Alma Ata. En tanto, Mahler ha sido descrito el líder carismático apropiado para encabezar el movimiento internacional que involucró el nacimiento de la APS. Su trayectoria profesional estuvo ligada tempranamente a la salud del Tercer Mundo, específicamente con su participación en el programa de control de la tuberculosis de la India. Esta experiencia fue decisiva para convencerlo de la importancia que poseían los servicios básicos de salud para combatir enfermedades sociales como la tuberculosis y la apertura de canales para la participación de la comunidad. Demostró sus cuestionamientos a las planificaciones sanitarias impuestas desde arriba para erradicar enfermedades específicas y criticó al establishment médico como uno de los obstáculos para el desarrollo de la APS. A juicio de Cueto, Mahler fue un líder con “espíritu misionero”, para quien la justicia social era una “palabra santa”⁷¹.

Al asumir la dirección de la OMS, Mahler impulsó una serie de proyectos que apuntaron a poner en marcha servicios básicos de salud en países subdesarrollados, así como a instruir al personal

⁷⁰ Litsios, Sócrates. “The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection”, en *International Journal of Health Services*, 32, 4, 2002, 710.

⁷¹ CUETO, M; ZAMORA, V., op. cit., 33.

sanitario apropiado para ejercer esas tareas. Su decisión fue parte del prólogo que estuvo marcado por una serie de hitos y por la presión de la URSS, que siempre manifestó su favoritismo por el desarrollo de la salud primaria e incluso formuló la oferta de organizar una conferencia sobre la APS en su territorio. Brevemente, podemos sintetizar los episodios destacados del “largo y difícil camino a Alma Ata”, en palabras de Litsios, a partir de la resolución de la OMS de 1970 sobre los principios básicos de los servicios de salud. Luego, en el año 1972 cabe destacar el acuerdo de la OMS y la UNICEF para evaluar los servicios básicos existentes y la creación de una Dirección de Fortalecimiento de Servicios de Salud, a cargo de Newell. El año 1974 fue relevante en ese itinerario porque la URSS propuso formalmente la realización de una conferencia, aunque Mahler no estaba muy convencido ya que pensaba que era una decisión prematura. El paso siguiente se registró en 1975, momento en que la OMS y la UNICEF emitieron un informe, ampliamente debatido, sobre “enfoques alternativos” para abordar los problemas de salud de los países pobres (desnutrición, diarreas, infecciones respiratorias), que eran diferentes a los de los países desarrollados y que requerían de modelos de atención primaria, como así podían exhibir Cuba, China, Yugoslavia, Venezuela, India y Bangladesh. Al año siguiente, se confirmó oficialmente la realización de una conferencia sobre APS en Kazajistán, en la localidad de Alma Ata; y, en 1977 la asamblea anual de la OMS emitió la célebre resolución *Salud para todos en el año 2000*, que definió la meta social para los próximos decenios y que fijó el fin de siglo como el momento en el que la ciudadanía global debía alcanzar un nivel de salud apropiado para desenvolver una vida social y económica fructífera.

Para el año 1978 existía un acuerdo sobre siete principios sobre los cuales debía discutirse el desarrollo de la APS, a saber: consideración de los patrones de vida de la comunidad; participa-

ción comunitaria; maximización del uso de los recursos locales; integración del papel preventivo y curativo, y promoción de los servicios a nivel colectivo e individual; intervención en el nivel periférico de los servicios de salud, realizada por agentes con una preparación básica; impulso de otros niveles de apoyo; y la integración de la APS con otros servicios vinculados al desarrollo de la comunidad. La existencia de un acuerdo en una serie de puntos no significó que el debate de la conferencia que se celebró en el mes de septiembre fuese expedito con la asistencia de casi 3.000 delegados. Aunque existían materias pre-acordadas entre 1976 y 1978, según Litsios las diferencias fueron suficientemente ostensibles para empantanar un acuerdo que señalara con exactitud qué debía ser la APS. Sin embargo, tal como quedó establecido en las conclusiones, la falta de un consenso puede ser apreciada como una ventaja porque allanó el camino para que cada región adaptara el concepto de APS a su realidad específica. En otras palabras, quedó definido que no existe un modelo universal de salud primaria, sino varias versiones sobre un conjunto de ideas⁷².

El punto VI de la Declaración de Alma Ata asentó la definición de atención primaria de salud, mundialmente conocida hasta hoy, y que resumió la discusión que cruzó más de una década:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que

⁷² *The Third Ten Years...*, 304.

constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Indudablemente, la declaración final de Alma definió tres aspectos claves sobre las que se sustentó la definición que se conoce hasta el día de hoy: *uso apropiado de la tecnología, rechazo al elitismo profesional y la importancia de la salud como base del desarrollo*. ¿Qué ocurrió tras concluir la conferencia? El primer gran obstáculo para los países que participaron del acuerdo fue poner en práctica la resolución. Quizás ese fue el primer gran escollo que enfrentó Alma Ata en razón de que sus proposiciones eran amplias. Luego, el otro gran impedimento que surgió fue que la mayoría de los países debían embarcarse en profundos procesos de reformas de sus sistemas de salud, en tanto aspiraran a convertir la APS en la base de su modelo de salud. Como Packard ha señalado, transferir recursos de los sectores secundario y terciario al primario, y desde las zonas urbanas a las áreas rurales era tan difícil como “hacer girar al Titanic”. Mahler tuvo conciencia de ese problema⁷³. Otro tema que abrió una controversia tuvo relación con los cambios culturales en el campo profesional que derivaron de la reunión de Alma Ata. En ese sentido, se hizo eco de las críticas al establishment médico que circularon en esa década, especialmente por el descuido de los facultativos en el uso ponderado de los recursos. Por tal motivo, el informe final de la conferencia contempló el surgimiento de “resistencia al cambio” en la consecución de mayores niveles de equidad en la distribución de

⁷³ PACKARD, R., op. cit., 248.

los recursos sanitarios⁷⁴. No obstante, también se impuso la tarea de convencer al mundo médico sobre la trascendencia del acuerdo global de 1978 que fundó la APS moderna.

En opinión de Cueto, la declaración de Alma Ata suscitó una serie de críticas que apuntaron a su exceso de idealismo, vaguedad y falta de realismo en la agenda que propuso⁷⁵. Ciertamente fueron impugnaciones razonables a la luz de un contexto sujeto a reformas y contrarreformas, y porque en el fuero interno de la conferencia de Alma existieron discrepancias que permanecieron sujetas al debate de la comunidad internacional. Se ha argumentado, además, que Alma Ata no ponderó adecuadamente el peso de la participación comunitaria debido a que existían diferencias culturales, dentro de las cuales no todas favorecían ese principio (sociedades jerárquicas). En el corto plazo, la propuesta de 1978 se vio sometida a una división entre dos corrientes que hicieron una interpretación estricta y otra laxa del concepto de APS. Dicho conflicto ha sido conocido a través del debate que generó la aparición del modelo de *Atención Primaria Selectiva de Salud* (APSS), que fue impulsado por la Fundación Rockefeller, Fundación Ford y el Banco Mundial, tras una reunión organizada en Bellagio, Italia, en 1979. Fundamentalmente, consistió en una estrategia que identificaba las enfermedades más prioritarias, a partir de una combinación de su mortalidad y la viabilidad económica que requería controlarla. Concluyeron que el control de enfermedades o APSS era la opción más prometedora y menos costosa para el mundo. De acuerdo con Packard, los partidarios de ese enfoque restauraron el enfoque que se había aplicado a comienzos del siglo XX en el sistema sanitario internacional y que enfatizaba la erradicación

⁷⁴ *The Third Ten Years...*, 306.

⁷⁵ CUETO, M., PACKARD, R., op. cit., 42.

de enfermedades. A la postre, la APSS era un método más efectivo para la salud de todas las personas, como propuso Alma Ata, sostuvieron sus adherentes. La confirmación por parte de la OMS de la erradicación de la viruela en el año 1980, tras dos décadas de campaña internacional, fue una demostración de la vigencia de los programas verticales y un espaldarazo a los disidentes de la versión estricta de la APS. Algunas voces, como Newell, protagonista en la génesis de Alma Ata, no dudaron en tildar de “contrarrevolucionario” al movimiento de la APSS, dado que privilegiaba las soluciones de corto plazo y desatendía los determinantes sociales de la salud. Sin embargo, la APSS se convirtió en una opción viable, incluso para la UNESCO, que le brindó su apoyo en el transcurso de la siguiente década de 1980, a través del programa focalizado *Child Survival Revolution*. Jim Grant, director del organismo, sostuvo que su impaciencia lo hizo concluir que no podía esperar la muerte de millones de niños mientras el mundo debatía cómo construir un sistema de salud basado en APS.

Deseamos concluir aquí el examen sobre este particular período de la historia de la salud primaria, que alcanzó un momento cumbre en 1978 y que trazó una agenda global que perdura hasta el presente. En el año 1988, culminó el mandato de Mahler en la OMS y con ello una etapa histórica para la salud global. Su partida ha sido interpretada como una derrota de la causa impulsada por Alma Ata, porque no sólo el movimiento demostró una insuficiente cohesión para coordinar el avance de la declaración de 1978 a nivel mundial. Es justo señalar que la APS tampoco generó mucha adhesión política entre los gobiernos que participaron en la cita de 1978, situación en que Latinoamérica destacó en virtud de la serie de regímenes dictatoriales que gobernaban en aquel entonces, como afirma

Cueto⁷⁶. La crisis económica de la década perdida tampoco favoreció el impulso de la APS en la región.

No obstante, como se pudo apreciar a nivel global en las décadas de 1990 y 2000, es posible aventurar que la salida de Mahler y su generación de la primera línea de acción, no representó una fatalidad para el modelo de la APS y el espíritu de Alma Ata. Ciertamente es que la década de 1980 se generó un divorcio en las corrientes que respaldaron los enfoques verticales en salud y las que defendían las miradas horizontales, pero las condiciones políticas y socioeconómicas globales, que reactivaron las discusiones por la inequidad al inaugurarse el siglo XXI, invitaron a replantear esa suerte de dilema, al menos en el ámbito de las organizaciones globales vinculadas a la salud (OPS, OMS, UNESCO, Banco Mundial).

Nuestro país estuvo ligado a ese proceso, como hemos anticipado. El episodio chileno en torno al camino que condujo a Alma Ata es parte del capítulo que examinaremos a continuación para efectos de comprender cómo el debate que suscitó el papel de la salud y los modelos de desarrollo en el escenario mundial, tuvo una presencia en Chile que se ligó a la tradición primarista. Los eventos de la década de 1970 fueron determinantes para ese proceso, antes y después del golpe de Estado del 11 de septiembre de 1973. Si bien el gobierno militar decidió participar oficialmente en la reunión de Alma Ata, no es menos cierto que la difícil situación política del país influyó en la suerte de los principios de la APS. Sin embargo, no fue el único factor que explica el derrotero que siguió el concepto de salud comunitaria entre fines de la década de 1970 hasta el 1990, año del retorno de la democracia. Conocer el trasfondo de esa historia es el objetivo del siguiente capítulo.

⁷⁶ CUETO, M., ZAMORA, V., op. cit., 57.

Capítulo 3

La APS en Chile: ideas y estancamiento (1978-1994)

3.1 Los avances del SNS y la salud integral o medicina comunitaria

Al retomar el itinerario de la APS en Chile, y tras examinar el proceso de discusión que generó la imbricación entre salud y el desarrollo social a nivel mundial, parece adecuado referir a los pasos que se dieron en nuestro país rumbo al hito de 1978.

Según señalamos, el año 1952 la Ley n° 10.383 instauró uno de los anhelos que desde hacía casi una década amasaba gran parte de la comunidad de profesionales de la salud que aspiraban a la aplicación de una salud integral y a un poder ejecutivo capacitado para ello. Ese año nació el SNS, cuyos ribetes históricos para el desarrollo del país han sido vastamente reconocidos. En su articulado, quedó perfectamente definida la matriz doctrinaria cuya relevancia no debemos soslayar para efectos de nuestro relato. Así, la norma señaló:

Artículo 62.º. Créase el Servicio Nacional de Salud encargado de la protección de la salud por medio de acciones sanitarias y de asistencia social y atenciones médicas preventivas y curativas⁷⁷.

⁷⁷ Ley n° 10.383, 28 de julio de 1952, título II, artículo 62.

Según ha aseverado el doctor Jorge Jiménez de la Jara, tras años de trabajo profesional y científico, el SNS supuso una “gran integración vertical de las funciones de financiamiento y provisión de servicios de salud”⁷⁸. Se logró restringir la atomización institucional que había caracterizado a la salud pública nacional en el transcurso del siglo xx, para lo cual se aglutinaron cerca de 15 instituciones. Además, se consiguió instaurar un valioso puente entre el poder público y el mundo académico, representado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, a fin de alimentar una colaboración permanente en el diseño y aplicación de las políticas de salud. Un antecedente que debemos tener presente para conocer los cambios de rumbo que experimentó la salud chilena en las postrimerías del siglo xx.

Valga lo dicho para abordar nuestro objetivo. Para avanzar en ese cometido hemos contado con el concurso de una serie de valiosos testimonios, a partir de los cuales confiamos iluminar el análisis de algunos de los principales rasgos de la historia de la APS en Chile. Una de las voces que deseamos convocar es la del doctor *Juan Carlos Concha Gutiérrez*, cuya vasta experiencia en el terreno de la salubridad chilena puede enseñarnos una visión personal de la evolución de la tradición primarista, así como sus avances y retrocesos⁷⁹. Al respecto, el doctor Concha enfatiza que para la década de 1950, más que hablar de servicios básicos de salud, como lo hizo la OMS en aquel entonces, su generación se interesó por una “política integral de salud”⁸⁰.

⁷⁸ JIMÉNEZ DE LA JARA, J., op. cit., 76.

⁷⁹ El doctor Juan Carlos Concha Gutiérrez fue ministro de salud del gobierno de Salvador Allende entre 1971 y 1972. Discípulo del destacado pediatra Arturo Baeza Goñi, se desempeñó profesionalmente como médico de consultorio entre 1957 y 1964, para luego ingresar a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. Debido al golpe de Estado de 1973, debió partir al exilio a Alemania Oriental y regresó al país en 1987.

⁸⁰ *Entrevista al doctor Juan Carlos Concha Gutiérrez realizada el 5 de noviembre de 2017.*

¿Existieron algunas experiencias entre los decenios de 1950 y 1960 que pudieran ser vinculadas conceptualmente a lo que a partir de Alma Ata fue denominado preceptivamente como APS? A juicio de nuestro entrevistado, es posible indicar tres aspectos:

En primer lugar, es necesario señalar que había un escenario de podemos llamar como la salud de la vida diaria. Tal como lo aprendimos, en salud primaria, el 5% era grave, el 25% era leve, y el 70% eran leves. Gran parte de este segmento pertenecían a la salud mental.

Un segundo escenario era el de la prevención y de la educación. Gastábamos una gran cantidad de tiempo en la educación. Un grave problema era nuestra mortalidad infantil (142 por 1000) por desnutrición, diarrea y bronconeumonía. No había otra manera de atacar ello sino por atención ambulatoria⁸¹.

Quizás si el contexto donde se reflejó la relevancia del trabajo del consultorio en los años de 1960 fue el campo de la salud reproductiva, como lo subraya el doctor Concha:

Otro tema que apareció en esa década fue el tema de parto, que se solucionó en los consultorios a través de dispositivos intrauterinos, píldoras anticonceptivas, etc. Existían 240.000 partos y de ellos 52.000 atenciones eran por abortos provocados. Gracias a esas medidas, en un año el aborto bajó a 31.000 casos⁸².

Un hito importante que merece ser referido ocurrió en el año 1968, cuando el ministerio de Salud, dirigido por el doctor

⁸¹ *Entrevista al doctor Juan Carlos Concha Gutiérrez realizada el 5 de noviembre de 2017.*

⁸² *Entrevista realizada al doctor Juan Carlos Concha Gutiérrez el 5 de noviembre de 2017.*

Ramón Valdivieso, publicó una investigación titulada *Recursos humanos de salud en Chile: un modelo de análisis*. Esa obra desnudó gran parte del panorama del sistema de salud chileno. Para el doctor Concha es una fuente que revela los problemas que enfrentaba la atención brindada por los consultorios, pero que también expresa una de las fortalezas del sistema de salud de aquellos años:

En ese libro se habla del rechazo a las coberturas del consultorio. Primero, porque el paciente mejoraba, segundo, porque tenía problemas para trasladarse pues muchos no tenían plata. Yo alcancé a hacer un pequeño estudio y el rechazo era directamente proporcional a la distancia que existía entre el domicilio y el consultorio. La cantidad de horas perdidas era enorme. Hoy el problema es más grave porque hay una muralla entre la APS y el Hospital. Nosotros actuábamos bajo una sola política, hoy en cambio existen dos. En aquel entonces había una interacción entre el consultorio y el hospital porque quienes trabajábamos en la mañana en el consultorio, en la tarde lo hacíamos en el hospital. El seguimiento del paciente era una realidad, no como ahora.

Sin dudas, la organización a nivel nacional que lideró el SNS fue una de las bases fundamentales para canalizar las políticas de salud que se comenzaron a desplegar a partir de la década de 1950. Así, determinante para el despliegue de la planificación familiar y la salud materno-infantil, fue la acción educacional (folletos, películas, etc.) impartida en la red de consultorios de atención prenatal y pediátrica, como han sostenido María Soledad Zárate y Maricela González⁸³:

⁸³ ZÁRATE, María Soledad; GONZÁLEZ, Maricela. “Planificación familiar en la Guerra Fría chilena: política sanitaria y cooperación internacional, 1960-1973”, en *Historia Crítica*, enero-marzo, 2015, 223.

Otro elemento que es posible reconocer en la etapa que antecedió a Alma Ata fue la participación comunitaria que fue y es uno de los sellos distintivos de la APS. Ya conocemos cómo las Unidades Sanitarias anidaron ciertos niveles de interacción entre autoridad y comunidad. A juicio del doctor Concha, con ocasión de una decisión adoptada por el Consejo Nacional de la Salud, órgano asesor del director del SNS, en 1958 se dictó el *Reglamento de Organismos Locales*, compuestos por las Zonas de Salud (organismo directivo regional con la tarea de coordinación) y los Centros de Salud (unidad ejecutiva y funcional), en el que se reconoció la participación consultiva de las “fuerzas vivas”, una “visión algo conservadora”, pero abrió un camino al protagonismo comunitario⁸⁴. A su entender, fue la raíz del decreto n° 602, que en 1971 permitió el establecimiento de los *Consejos Locales de Salud*, para efectos de coordinar el “contacto organizado entre la autoridad y la comunidad”⁸⁵. Fue pensado como una alternativa de coordinación entre la comunidad (trabajadores de la salud y la población), que ejercía el derecho a la salud, y el gobierno, que tenía el deber de amparar ese derecho. El doctor Concha añade que el doctor *Patricio Hevia* había anticipado esa forma de organización impulsando los “consejos participativos en Recoleta”. Fueron expresiones de aquello que para 1970 se entendía como la *medicina comunitaria*⁸⁶.

⁸⁴ Consejo Nacional de Salud, decreto n° 13.864. No debemos soslayar que en el gobierno de Eduardo Frei Montalva se habían creado los *Consejos Locales de Salud* (1967).

⁸⁵ *Ministerio de Salud Pública*. Decreto n° 602, 21 de septiembre de 1971.

⁸⁶ Ella fue definida como la realización de una medicina integral, mediante la ejecución de acciones preventivas y curativas en el medio ambiente con la participación activa de la comunidad organizada. Devoto, Enzo. “La medicina comunitaria y las vías de desarrollo socio-económico”, en *Cuadernos Médico-Sociales*, septiembre, 1970, XI, 3, 33.

La participación de la comunidad recibió un espaldarazo que provino del sistema sanitario internacional. En el año 1972, se efectuó en Chile, entre el 2 y 9 de septiembre, la *Tercera Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas*, cita que Chile se comprometió a organizar un año antes en Washington D.C., en la reunión de la OPS, según nos informa el doctor Concha, quien participó en esa gestión. Las expectativas que despertó la cita fueron atendidas por la prensa local. Por una parte, *El Mercurio* informó que los ministros de salud pública tenían la tarea de trazar la estrategia para mejorar la salud de la población continental en los próximos diez años, y recalcó un hecho de suma relevancia:

Uno de los más perentorios propósitos lo constituye la urgente necesidad de dar atención médica adecuada y mínima a cerca de cien millones de latinoamericanos que aún no reciben ninguna⁸⁷.

En esa misma línea, el diario *El Siglo* hizo hincapié en las palabras del presidente Salvador Allende, quien asistió a la inauguración del evento. En su discurso puntualizó la importancia que tenía para Chile que se efectuara la cumbre de ministros de la salud porque, pese a los empeños de los gobiernos anteriores, permanecían “cifras que golpean nuestra conciencia”, las que no se podrían cambiar de la noche a la mañana⁸⁸. El mismo periódico citó las palabras del director de la OMS, Marcolino Candéau, quien resumió una arista clave de la reunión, muy a tono con un tema central del debate internacional:

Estamos convencidos que una comunidad enferma no puede contribuir a un incremento del ingreso, y que, a la vez, una economía estática es el mayor obstáculo para el

⁸⁷ *El Mercurio*, 1 de octubre de 1972, 26.

⁸⁸ *El Siglo*, 3 de octubre de 1972, 8.

fomento de la salud. Por esta razón reafirmamos que de la decisión política mantenida dependen todas las acciones de prevención y curación de las enfermedades”⁸⁹.

Las recomendaciones que entregó el informe final del encuentro de ministros abarcaron una pluralidad de temas que ilustran los intereses que motivaban la acción política de los gobiernos del continente. Entre ellos es posible mencionar: las enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas, salud mental, saneamiento ambiental, salud ocupacional e higiene industrial, salud animal y salud pública veterinaria, educación para la salud, investigaciones en salud, recursos humanos para la salud, etc. Un par de capítulos merecen nuestra atención. Respecto a la cobertura de los sistemas de salud, se recomendaba extender los “servicios básicos de salud” a las localidades con más de 100.000 habitantes, a localidades que oscilaran entre 20.000 y 100.000 habitantes no cubiertos, y “servicios mínimos integrales” para regiones con menos de 2.000 habitantes⁹⁰. Asimismo, los ministros de salud hicieron hincapié en la activa “participación de las comunidades” demostrada en la última década para contribuir al éxito de los programas de salud y cuyos orígenes se podían remontar al trabajo comunitario de los aborígenes. Además, se había podido verificar que, tanto en las zonas urbanas como rurales, esa motivación de la población había sido “auténtica”. En suma, la colaboración de los habitantes había reportado un beneficio concreto, esto es, amplificar los objetivos de los programas y garantizar su continuidad y realización. Ante esas evidencias, a las autoridades sanitarias del continente no les quedaba más opción que “catalizar ese

⁸⁹ *Ibidem.*

⁹⁰ *Plan decenal de Salud para las Américas. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas.* OPS, Documento oficial n° 118, Washington D.C, enero de 1973, 75.

riquísimo potencial”, para garantizar las políticas de prevención y cooperación⁹¹.

El doctor Concha recuerda que, en los últimos días de la reunión, junto con vivir la experiencia de un temblor que asoló a Santiago, se discutió la idea de crear un Servicio Único de Salud, quizás la etapa que quedaba pendiente para completar el camino que había inaugurado el SNS dos décadas antes. Entre las resoluciones más importantes que adoptó la reunión de ministros, que ameritan ser destacadas, son la promoción de la participación de la comunidad y la extensión de la cobertura de los servicios de salud al medio rural. Existió la convicción de que quedaron enormes tareas pendientes, pero el camino ya estaba trazado, señaló el informe final.

Sin embargo, para Chile esa ruta trazada por la comunidad americana se alteró dramáticamente el 11 de septiembre de 1973. Como sabemos, el ámbito de la salud no fue ajena a las repercusiones de la ruptura democrática y al gobierno dictatorial que comenzó a dirigir al país. La progresiva instalación de una nueva forma de concebir la salud fue uno de los hechos categóricos que, obviamente, torció la trayectoria que se había delineado a partir de las ideas y prácticas que conformaron la tradición primarista chilena y que, entre las décadas de 1950 y 1970, logró articular algunos avances específicos que estuvieron en línea con el proceso que se consagró en Alma Ata. La nueva realidad que comenzó a vivir el país en la relación entre sociedad y salud, tuvo en el fraccionamiento del SNS en 24 servicios de salud autónomos el epítome de una visión ideológica que privilegiaba la libertad individual y el principio de subsidiariedad. El doctor Concha resume en una frase de un funcionario del régimen militar con el que dialogó una vez

⁹¹ *Ibíd.*, 12-13.

acerca de las reformas de salud de: “no me vengan con la idea del bien común. Solo existe el bien individual”⁹².

No obstante, el país asistió a la reunión de Alta Ata del año 1978, como una forma quizás de cumplir con la extensa vinculación de Chile con el sistema internacional de salud o también como una manera de romper el aislamiento que experimentaba el régimen autoritario de Augusto Pinochet a fines de esa década. Aunque el punto reviste más aristas, nuestro país estuvo presente oficialmente y extraoficialmente por algunas personalidades que, de uno u otro modo, habían participado en el desarrollo de la salud primaria chilena, pero por razones políticas concurren a la URSS usando otras credenciales.

¿Cuál fue el impacto de Alma Ata en Chile? De acuerdo con los testimonios que hemos recogido, la respuesta suele generar unanimidad: no tuvo impacto. En el siguiente apartado podremos conocer los fundamentos de ese consenso. Es factible aventurar que la resolución de Alma Ata no tuvo eco en el gobierno de Chile, porque su sello dictatorial, como señaló Cueto, no sintonizaba con aspectos fundamentales de la APS, como la participación comunitaria y la relación horizontal con la comunidad. Sin embargo, para efectos de conocer más dimensiones del punto en cuestión, la escasa o nula influencia de Alma Ata en Chile no significó necesariamente que esas ideas se diluyeran. Uno de los aspectos que nuestro examen desea subrayar es que, en el período que va desde 1978 a 1990, existieron algunas expresiones y experiencias que autorizan a pensar que circuló en el país un interés fragmentado por desarrollar la salud primaria y que estuvo asociado a la aparición de nuevas generaciones de profesionales de la salud que, por diversos canales, conocie-

⁹² *Entrevista realizada al doctor Juan Carlos Concha Gutiérrez el 5 de noviembre de 2017.*

ron el modelo de la APS. ¿Puede ser arriesgado proponer que la tradición primarista de Chile sobrevivió en forma latente? Quizás, pero para despejar esa incógnita es necesario conocer los antecedentes.

3.2 Chile y el impacto de Alma Ata

En el mes de septiembre de 1978, el Subsecretario de Salud, doctor Edgardo Cruz Mena, comunicó a los directores de área del Ministerio de Salud que Chile había participado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria el Alma Ata, URSS, y cuya representación estuvo a cargo de los médicos Francisco Quesney Langlois y Héctor Concha Marambio, y el funcionario de ODEPLAN, Hernán Burdiles. Además de comunicar de las actividades realizadas, el doctor Cruz Mena reportó que el clima en el que se desarrolló la participación chilena:

En líneas generales se puede informar que la posición de Chile, tanto en sus aspectos conceptuales, como operativos y de política merecieron la aprobación de una amplia mayoría de la concurrencia

El tono de la Conferencia fue estrictamente técnico y salvo escasos desbordes de orden político que en ningún caso se dirigieron contra Chile, el nivel de los discursos reflejó el interés unánime por el tema⁹³.

Ese testimonio contrasta con la opinión del doctor Claudio Sepúlveda, quien estuvo presente en la conferencia. Afirma que la presentación de la delegación chilena “nunca llegó a escucharse”, y solamente se incluyó en un documento recopilatorio

⁹³ Ministerio de Salud de Chile. Oficio n° 1643 del 27 de septiembre de 1978, “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud”, en *Fondo del Ministerio de Salud, Archivo Nacional de la Administración*.

de escasa circulación⁹⁴. Los episodios posteriores al golpe de 1973 seguían reverberando en la esfera internacional.

Si nos remitimos al documento oficial es necesario comentar algunos puntos. En primer término, el texto trasunta la información que recopiló el gobierno militar, no solamente con el ánimo de describir los pormenores de “nivel primario” en el país. Fue una oportunidad para esbozar los lineamientos esenciales que dieron vida al modelo de salud que comenzó a implantarse en Chile en vísperas de la década de 1980. En ese sentido, una de las primeras afirmaciones que esclareció los propósitos de la presentación fue su concepto de política de salud, que se basaba en el “principio del rol subsidiario del Estado”⁹⁵. Por lo demás, no era la primera vez que el gobierno se expresaba en favor de la APS ya que en 1975 la había fijado como una de sus prioridades, según observó en el documento *Doctrina y Política Nacional de Salud*, como aseveró el doctor Alberto Donoso Infante⁹⁶.

El informe fue una oportunidad para exponer los recursos humanos con lo que contaba Chile para las labores de la APS y del sistema de salud. Esas cifras las fueron las siguientes:

⁹⁴ SEPÚLVEDA, Claudio. “Alma-Ata-2008, recuerdo y proyección 30 años después”, en *Cuadernos Médicos-Sociales*, 2008, 48, 4, 258.

⁹⁵ Existieron tres materias que exigían la participación del Estado: la incapacidad económica de las personas para preocuparse de las acciones de salud necesarias; la inaccesibilidad geográfica a los servicios de salud; y la no realización de ciertas acciones de salud consideradas importantes. En esa línea el gobierno garantizó acceso “libre e igualitario” a un quehacer de salud integrado y oportuno. Ministerio de Salud de Chile. *El Nivel Primario de Salud en Chile*. 1978, 1.

⁹⁶ DONOSO Infante, Alberto. “Atención Primaria en Salud y Educación Médica”, en *Revista Médica de Chile*, 1981, 109, 83 y ss.

Tabla nº 2. Recursos humanos del nivel primario de salud, 1978⁹⁷.

Profesionales	Cantidad
Médicos, dentistas y químicos farmacéuticos	6.831
Enfermeras universitarias	2.372
Matronas universitarias	1.775
Asistentes sociales universitarias	738
Tecnólogos médicos universitarios	731
Nutricionistas universitarias	658
Kinesiólogos universitarios	248
Otros profesionales	443
Auxiliares de enfermería	21.087
Administrativos	7.620
Empleados de servicios	15.672
Otros funcionarios	2.000

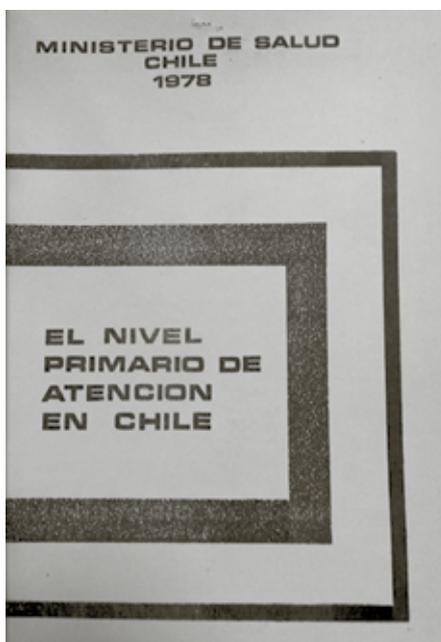
Con relación al ítem de los recursos físicos, se indicó que el país disponía de 218 hospitales, con 33.118 camas, 142 consultorios periféricos y 1.080 postas rurales, cifras que en gran medida revelaron el trabajo realizado en las décadas precedentes. Por su parte, en torno a los costos económicos requeridos, quedó establecido que el presupuesto anual de gastos era de 422 millones de dólares, equivalente al 3,84% del PGB. El per cápita disponible a la luz de esos montos era de 39 dólares como gasto fiscal en salud.

Las “acciones en salud” registradas en 1977 revelaron algunos datos cuantitativos del sistema de salud: 10 millones de consultas médicas por morbilidad; 1,8 millones de controles de salud del niño realizados por enfermeras y 3,5 millones efectuados por auxiliares de enfermería; 3,25 millones de atenciones de

⁹⁷ Ministerio de Salud de Chile. *El Nivel Primario...*, 2.

urgencias; 400 mil visitas domiciliarias; y 923 mil egresos de enfermos hospitalizados.

Imagen n° 1. Portada del documento que Chile presentó la Conferencia de Alma Ata en 1978.



¿Cómo fue definido el nivel primario? Desde el punto de vista estructural fue concebido como un conjunto integrado por una “red de postas rurales”⁹⁸ y el “medio urbano” en el que se desempeñaba el consultorio periférico extrahospitalario en general. Actuaba en coordinación con el hospital de la unidad operativa de salud respectiva. Ahora bien, desde una perspectiva

⁹⁸ Constituidas por unidades simples al servicio de grupos poblacionales compuestos por 200 familias en promedio, a cargo de un auxiliar rural de origen local y capacitado para esas labores.

funcional, la APS era definida como “la entrada obligatoria al sistema, así como el punto de partida de todas las acciones de fomento y protección de las personas.

Para finalizar el resumen de la información que arrojó el informe que Chile presentó en Alma Ata, hubo un énfasis en señalar que en términos epidemiológicos el país se encontraba en transición, que era propia de un país desarrollado en la que coexistían patologías de un país desarrollado con las de una nación subdesarrollada. El punto es subrayado dado que ese escenario perfilaba el dilema de asentar y establecer servicios de salud a lo largo del país y que, además, funcionaran como un sistema de atención de salud en el que se identificaran los diferentes niveles de complejidad y cobertura, perfectamente coordinados y articulados entre sí, y con funciones claramente definidas⁹⁹. Frente a ese desafío, se concluyó que el país no podría plantear una APS aislada, porque ese modelo solamente se concebía como parte de un “sistema de niveles”.

El informe manifestó una sensación de optimismo respecto al trabajo que se estaba realizando en este terreno, sobre todo por la evidencia que se entregó a partir de la comparación de resultados entre los años de 1972 y 1977

Tabla n° 3. Comparación actividades de nivel primario, años 1972 y 1977¹⁰⁰.

	1972	1977
Acciones directas de nivel primario	16.000.000	21.700.000
Vacunas	3.700.000	4.636.000
Kilos de leche distribuidos	19.200.000	28.600.000

⁹⁹ *Ibíd.*, 8.

¹⁰⁰ *Ibíd.*, 19.

Como colofón se mencionó que la mortalidad general había caído en 1977 a 6,9 (31,8% de descenso), la mortalidad infantil a 47 (51,2% de descenso) y la mortalidad llegó a 1 (61,3% de descenso). El horizonte de veía auspicioso en tanto los hechos demostraban la ampliación de la cobertura de la atención primaria, estructurada en un sistema como se verificaba en el caso chileno. El informe oficial no fue una voz aislada pese a la situación política que delineaba la vida del país en esos años. Existía entre muchos profesionales una convicción sobre la extensa historia de la salud primaria en el país, y en virtud de la cual Alma Ata no podía constituir una gran novedad para Chile, como así lo afirmaron desde el mundo académico Diego Salazar y Amelia Salomón¹⁰¹.

Parece apropiado insistir en un detalle que puede ser históricamente revelador. El informe que se discutió en Alma Ata, como informó el doctor Cruz Mena, no hizo alusión alguna a la participación comunitaria. Su omisión, voluntaria o involuntaria, no necesita ser examinada con meticulosidad aquí. Es suficiente reparar en las circunstancias políticas del país, pues coincide con la lectura hecha por Cueto respecto a la escasa o nula adhesión que prestaron a Alma Ata los gobiernos militares autoritarios que se extendieron por Latinoamérica entre las décadas de 1970 y 1980. La APS representaba una forma de democracia y socialización que colisionaba directamente con la organización jerárquica propia de las dictaduras. Respecto al caso de Chile hay que añadir que el proceso de reforma de la salud que comenzó a materializarse en 1979, que consagró la fragmentación del SNS, transformó el SERMENA en FONASA, inició la municipalización de la salud primaria y auspició la

¹⁰¹ SALAZAR, Diego; SALOMÓN, Amelia. “Un bosquejo de la atención de salud en Chile frente a las conclusiones de Alma Ata”, en *Cuadernos Médico-Sociales*, 1982, XXII, 3, 29.

introducción de los seguros privados (ISAPRES) en las prestaciones de salud, generaron un escenario poco amigable para las ideas matrices de Alma Ata y su modelo de APS.

Con todo, en el transcurso de los años de 1980 los hechos enseñan que, si bien es cierto que las evidencias respaldan la visión de quienes sostienen que el impacto de Alma Ata fue igual a cero, existen argumentos para al menos intentar discutir si es atendible pensar en una continuidad soterrada de la tradición primarista chilena, a partir de algunas experiencias y casos particulares.

3.3 La APS en la década de 1980: las ideas versus la realidad

La década de 1980 sorprendió a Chile y el continente con una aguda crisis económica que asoló a la región en esa década. La situación se agravó en el plano social en virtud de las duras medidas de ajuste fiscal que el FMI impuso a los gobiernos para recibir préstamos que ayudaran a reactivar las economías locales. Una consecuencia directa de esa política de shock fue que las áreas más sensibles del desarrollo social, como educación y salud, perdieron gran parte del camino avanzado en Latinoamérica como producto de la mengua de la inversión social. Vale la pena reiterar la alusión a ese escenario porque ayuda a comprender la atmósfera en la que algunas personalidades locales evaluaron el destino de las metas de Alma Ata fijadas para el cambio de siglo. No debe sorprender que se exhibieran de forma fehaciente dudas sobre el cumplimiento de esa meta.

Un ejemplo de la inquietud existente es el testimonio del doctor Benjamín Viel. En 1983 cuestionó la posibilidad que la APS pudiera evolucionar acorde a lo estipulado por Alma Ata. No era necesario ir a la India, Bangladesh o El Cairo para sopesar el obstáculo que representaba la extrema pobreza para la consecución de la salud para todos. Para Viel solamente bas-

taba apreciar la realidad latinoamericana y la chilena, donde la carencia de agua potable alcanzaba a un 23% en nuestro país hasta un 37% en Venezuela¹⁰². Particular atención le mereció Chile, en donde asomaron en la práctica los criterios que hacían dudar sobre la adhesión del gobierno a los principios de Alma Ata. Un ejemplo que mencionó fue el caso del tratamiento de las aguas servidas, una medida que era parte de la agenda de la APS. Viel acusó la falta de sensibilidad de la autoridad local a propósito de la propuesta de eliminación de excretas:

ODEPLAN en Chile rechazó por su excesivo costo la construcción de una planta de tratamiento de la alcantarilla de Santiago, alegando que entre nosotros era escasa la disentería¹⁰³.

No era necesario entrar en especulaciones para sostener el alto costo que demandaba para la población en diarreas infantiles, tifoideas y parásitos intestinales el consumo de los vegetales contaminados. Para Viel era el precio que el país debía pagar en tanto se concebía a la salud como un “bien transable”, accesible a quienes pudiesen pagarlo. En suma, consideró que, si la APS fuese un verdadero compromiso de los gobiernos latinoamericanos, existiría un profundo proceso de revisión de sus presupuestos y de sus prioridades sociales (saneamiento ambiental, nutrición y planificación familiar). En plena década de 1980, Viel reflexionó que se sentía muy lejana aquella época en que al ingresar a la universidad sus profesores señalaban que el “ejercicio de la medicina era un apostolado”¹⁰⁴. A la luz de esa historia, era difícil caer en la resignación.

¹⁰² VIEL, Benjamín. “La Medicina en el año 2000”, en *Revista Médica de Chile*, 1983, 111, 941 y ss.

¹⁰³ *Ibíd.*, 943.

¹⁰⁴ *Ibíd.*, 944.

En 1984, el afamado salubrista chileno, Abraham Horwitz, expuso en las páginas de la *Revista Médica de Chile* sus reflexiones sobre el concepto de “Salud para Todos”, que Alma Ata legó a la historia de la salud y del mundo en 1978. Afirmó que el movimiento seguía en pie liderado por la OMS y con la aprobación de todos los países miembros de dicha organización, pero tras un análisis de la realidad de la salubridad en Latinoamérica y el Caribe, el ex director de la OPS reflexionó sobre la factibilidad de alcanzar la meta establecida para el año 2000.

¿Ilusión o realidad?, fue la pregunta que se hizo Horwitz evaluados los antecedentes que expuso. Por un lado, mencionó que 12 países habían alcanzado metas importantes, como los 70 años de expectativas de vida en la población, así como 18 países podían registrar una mortalidad infantil menor a 30 por 1000 nacidos vivos. Eran buenas señales, aunque no se podía asegurar lo mismo en el terreno rural, donde aún existía un 42,2% de la población que no podía acceder al servicio de agua potable con las consiguientes secuelas negativas que eso significaba para la salud y el desarrollo¹⁰⁵. Agregó otros datos estadísticos para refrendar que cumplir con el sueño de Alma Ata en Latinoamérica era una empresa de tal magnitud que difícilmente se podía alcanzar para el año 2000. Junto a los problemas de organización y administración, se sumaba una alarmante carencia de profesionales técnicos, funcionarios y obreros calificados. Respecto a la “participación comunitaria”, era urgente expandirla en razón de los beneficios que ella había deparado al progreso sanitario de la región, aseveró Horwitz¹⁰⁶. En definitiva, a su juicio, la “revolución espiritual” que había elevado Mahler como director de la OMS, exigía una serie de

¹⁰⁵ HORWITZ, Abraham. “Salud para todos en el año 2000 ¿Ilusión o realidad”, en *Revista Médica de Chile*, 1984, 112, 387 y ss.

¹⁰⁶ *Ibíd.*, 393.

acciones y recursos que en nuestro continente demostraban estar más cerca de la ilusión que de la realidad.

Los cuestionamientos que emergieron en Chile a la posibilidad de alcanzar la meta de Alma Ata fueron parte de un escenario que, como proponemos, no minó la voluntad de algunas voces que se interesaron por estudiar las posibilidades de desarrollo de la APS. Uno de esos casos fue el del doctor Guillermo Repetto, que al inicio del decenio desmenuzó el nivel primario en salud y algunos problemas que llamaron su atención. Asumió su estudio considerando a la APS como la puerta de entrada al sistema de salud o “red de servicios de distinta complejidad”¹⁰⁷. Por tal razón, la APS no debía ser comprendida sólo como contacto inicial con el médico, ni como sinónimo de *medicina familiar*, un concepto que circulaba notoriamente en los ámbitos médicos y asistenciales en ese momento.

El doctor Repetto confiaba en el compromiso adquirido por el gobierno militar en cuanto a “otorgar primacía” a la APS. Sin embargo, al poner atención a los recursos humanos advirtió algunos inconvenientes que condicionaban el cumplimiento de ese propósito. En primer lugar, el concepto de “equipo de salud” quedaba en entredicho, tanto por el déficit de enfermeras y matronas como por la tendencia creciente a la especialización médica en detrimento de la medicina general¹⁰⁸. Para 1980, en Chile solamente el 7% de los médicos se reconocía como “generalista” y, de este modo, se vislumbra cómo a comienzos de la década de 1980 estaba abierto el debate sobre la participación del médico general en la APS y en el sistema de salud.

¹⁰⁷ REPETTO, Guillermo. “El nivel primario de atención en salud. ¿Médicos generales o especialistas básicos? En *Revista Médica de Chile*, 1980, 108, 551 y ss.

¹⁰⁸ *Ibíd.*, 554.

En realidad, ese era un tema candente en la sociedad chilena y en varias regiones del mundo desde hacía décadas. El doctor Horwitz, entre otros, recordó cómo el diputado José Fonca acusó en 1955 que los médicos preferían trabajar en las ciudades, hospitales y centros universitarios antes que atender a los “niños pobres en el campo”¹⁰⁹. Motivo que puso en marcha la creación de la figura del *médico general de zona*, modelo ideado por Bogoslav Juricic y Raúl Cantuarias. El doctor Repetto trajo a colación un dato de 1966 que verificó que el 48,1% de los egresados de medicina eran contratados bajo esa modalidad. Hacia 1980 existían dos programas de medicina general (rural y urbana) que redundaban en contrataciones por tiempo limitado y una etapa previa a la postulación a una beca de especialización. En otras palabras, la medicina general era una fase dentro de una carrera funcionaria. Un medio más que un fin y no una auténtica opción de “especialización” en medicina general¹¹⁰.

Restaba otra alternativa, la medicina familiar¹¹¹. El doctor Repetto reconoció la existencia de un interés en el país por esa disciplina a la luz de la importancia en el trabajo de la APS, aunque en la práctica su diferencia con la medicina general era “semántica.” Pese a ello, se consideraba al médico familiar más apto para entregar un servicio de salud integral. En rigor, el tema había sido objeto de análisis en el *Tercer Seminario de Formación Profesional Médica* en 1977, organizado por la ASOFAMECH, dedicado precisamente a la medicina familiar. Sin

¹⁰⁹ HORWITZ, A., op. cit., 388.

¹¹⁰ REPETTO, G., op. cit., 555.

¹¹¹ Ella era definida como un instrumento “capaz de evaluar la totalidad de las necesidades de salud del individuo y su familia, sin limitaciones de sexo, edad o patología y que integra, en consecuencia, conocimientos de Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia-Ginecología, Cirugía Menor, Traumatología, Psiquiatría, y Salud Pública.” *Ibíd.*

embargo, en 1983 el doctor Repetto estimó que aún no había condiciones académicas para el desarrollo de esa especialidad, que era exitosa en el extranjero, pero “ajena” a la historia del país. Por de pronto, era más apremiante concentrar los esfuerzos en la capacitación de los “integrantes no-médicos” de los equipos de trabajo de la APS, porque esa era la fuente de un enorme déficit, afirmó el facultativo.

El tema mantuvo interés académico más allá de la importancia efectiva que unos u otros le atribuyeran. Para el doctor Donoso Infante, el problema residía en las universidades que formaban a los médicos con ciertas deficiencias que habían sido criticadas por el Ministerio de Salud y el SNS¹¹². Es más, la incorporación de los médicos generales a la docencia se veía obstaculizada en las propias escuelas de medicina que no le daban cabida en sus escalafones. A juicio de la doctora Gabriela Venturini, era necesario superar esa dificultad porque estaba demostrado que la APS podía garantizar eficiencia y economía mientras fuese encaminada por los médicos generales¹¹³. Cabe señalar que la opinión de la doctora Venturini se vio reforzada por su trabajo en terreno. Efectivamente, ella fue parte de un equipo que puso en práctica un programa de medicina general con énfasis en la familia en 1982, en el consultorio de la comuna de La Reina, gracias a la financiación que otorgó la Fundación Kellogg y el respaldo de la División de Ciencias Médicas Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile¹¹⁴.

¹¹² DONOSO Infante, A., op. cit., 87.

¹¹³ VENTURINI, Gabriela. “Atención Primaria y Medicina General Familiar”, en *Revista Médica de Chile*, 1984, 112, 609 y ss.

¹¹⁴ VENTURINI, Gabriela; PALMA, Gabriela; FLORENZANO, Ramón; HORWITZ, Nina. *Un programa de medicina general familiar en el nivel primario de atención. Una experiencia de respuesta al cambio*. Trabajo presentado en la II Jornada de Salud Pública, 1982.

Como una forma de corroborar el valor de ese proyecto pionero, el doctor Guillermo Adriasola sostuvo que era la continuación de un trabajo de décadas que se había practicado en el país. En rigor, era una evidencia de la “medicina familiar” y salud primaria que experimentaban un “renacer ventajoso”, que en Chile avanzaba sobre la base de “ensayos circunstanciales” de ambos enfoques. Para el doctor Adriasola, era la primera propuesta concreta de una política universitaria de desarrollo de la APS y de medicina familiar y comunitaria, que convirtió al consultorio de La Reina en un verdadero “campus clínico”¹¹⁵. En suma, desde una perspectiva académica y a la luz del escenario por el que atravesaba el país, esa iniciativa fue significativa porque evidenció la penetración que había alcanzado el enfoque de “salud familiar y comunitaria” en ciertas esferas locales, y que teóricamente era un instrumento delineado para contribuir eficazmente a la transformación y el cambio, como afirmó el doctor Patricio Hevia a mediados de esa década¹¹⁶.

No obstante, las proyecciones históricas de Alma Ata siempre han estado sujetas a interpretaciones. Tal como hubo voces en que, justificadamente a su parecer, enfatizaron avances en el terreno de la APS a partir de ciertas experiencias focalizadas, existieron otras opiniones que disintieron al respecto y cuyo testimonio hemos tenido la oportunidad de conocer. Algunos de nuestros entrevistados fueron parte del mundo de la APS en distintos planos y nos han podido ofrecer algunas impresiones que enriquece el análisis de esa importante etapa de nuestra

¹¹⁵ ADRIASOLA, Guillermo. “Atención Primaria de la Salud: el programa de La Reina”, en *Cuadernos Médicos-Sociales*, 1983, xxiv, 3, septiembre, 105 y ss.

¹¹⁶ HEVIA Rivas, Patricio, “Participación de la comunidad en la Atención Primaria de Salud”, en *Salud Pública de México*, 27, septiembre-octubre de 1985, 402.

historia. En este sentido, sus visiones contribuyen a avizorar algunos impedimentos estructurales que en el Chile de la década de 1980 favorecieron la sensación de estancamiento que muchos describen acerca de la realidad de la salud primaria en esa etapa. Por ello, es pertinente conocer sus impresiones.

El doctor Dagoberto Duarte fue un testigo directo de esa época¹¹⁷. Una vez egresado de la Universidad de Chile a comienzos de la década, ingresó al mundo del consultorio en la zona sur de Santiago. Ese fue el instante en el que comenzó a conocer la realidad social que se vinculad a la APS, como relata:

Comenzamos a abordar temas generales de salud, pero luego me centré en el consumo de drogas, particularmente la marihuana, que se consumía bastante en ese tiempo. Investigué las razones que podían explicar ese problema y ese fue el momento en el que me puse en contacto con la APS. Comencé a examinar el tema de la salud y familia porque pensé que era un factor que podía ayudar a explicar las diferencias de las condiciones de salud que existían entre personas con el mismo nivel de pobreza¹¹⁸.

Un hecho relevante para nuestro examen es su remembranza de Alma Ata. Sobre ese hito señala que es su período estudiantil no conoció noticias de esa reunión, ni tampoco recuerda alguna discusión que se haya realizado en la Facultad. Sí trae a colación una oficina que pertenecía al hospital Barros Luco, llamada DAP o “Dirección de Atención Periférica”. A juicio del doctor Duarte, el carácter periférico no sólo tenía una conno-

¹¹⁷ Médico de Familia, egresado de la Universidad de Chile. Master of Sciences en Ciencias de la Familia y la Sexualidad, de la Universidad Católica de Lovaina; Doctor (PhD) en Ciencias de la Psicología: Ciencias de la Familia y la Sexualidad, de la Universidad Católica de Lovaina, Bélgica. Director de Servicio de Salud de Valparaíso.

¹¹⁸ *Entrevista al doctor Dagoberto Duarte realizada el 27 de junio de 2017.*

tación administrativa. También reflejaba una desvaloración de las profesiones de la salud, asegura que

Los consultorios eran periféricos y las personas que iban a trabajar allá eran las castigadas. Es decir, no estaba trabajado el concepto de APS. De hecho, en esa década comenzó la municipalización y los servicios de salud decidieron enviar a personas poco calificadas a trabajar a los consultorios. Esa fue la lógica que comencé vivir en la segunda mitad de la década de los 80, donde la gente que trabajaba en los consultorios sentía que eran personal de segundo orden¹¹⁹.

Su visión expone una arista cultural que no debemos soslayar porque fue determinante en la evolución de la profesión médica en el siglo xx, que hizo del hospital el centro de la actividad médica, con las consecuentes desventajas que ello reportó al proyecto de la APS. A su vez, se observa cómo la municipalización de la salud se convirtió en el marco legal que potenció el hospitalocentrismo local. Ambos son hechos ineludibles que deben aquilatarse para evaluar las proyecciones que tuvo Alma Ata en nuestro país.

Otra mirada que enriquece el examen es la que ofrece el doctor Ricardo Fábrega, que egresó de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica a fines de esa década¹²⁰. Él considera que su trayectoria estudiantil se desarrolló a contracorriente de la formación profesional que impartía la UC, eminentemente volcada a las especialidades médicas. Junto a su compañero, Alex Figuería, era uno de los pocos salubristas de su generación y fue en ese contexto que conoció la APS. Según narra:

¹¹⁹ *Entrevista al doctor Dagoberto Duarte realizada el 27 de junio de 2017.*

¹²⁰ Fue Jefe de División de Atención Primaria del MINSAL, Subsecretario de Redes Asistenciales, y Director del Instituto de Salud Pública. Actualmente se desempeña en la Organización Panamericana de la Salud.

Había entre alumnos y profesores un grupo que estaba convencido de que muchos de los problemas de salud se debían a la carencia de un enfoque preventivo, como lo demostraban muchos de los pacientes hospitalizados que veíamos. En ese momento teníamos problemas con la diarrea infantil que nosotros atendíamos en el Josefina Martínez. Había pisos enteros de niños con diarrea y en la maternidad dos mujeres por cama. Hoy la situación hospitalaria no es ninguna maravilla, pero estamos a años luz de lo que se vivía en esa década¹²¹.

Ante la interrogante sobre su conocimiento de Alma Ata, es tajante en señalar que sí conoció ese evento y que fue importante para encauzar su futuro profesional, que en el año 1991 lo condujo a trabajar al Consultorio Rosita Renard de Ñuñoa, su comuna:

Aunque no recuerdo bien quién nos enseñó sobre Alma Ata, conocimos sus postulados. Al mismo tiempo, yo asistía a unos encuentros del Colectivo de Atención Primaria donde conocí al doctor Arturo Infante, director de un consultorio de La Florida. Ellos hicieron unos cursos de verano en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile, en El Canelo, en varios lugares. Ahí nos pusimos al día. Ese grupo entendía la APS como un nivel de atención. Incluso había una revista titulada *Enfoques de Atención Primaria*. Dejé una caja en la casa de mi mamá con todos los ejemplares publicados desde fines de los 80 y comienzos de los 90¹²².

El doctor Fábrega insiste en confesar que debe ser franco para admitir que otro episodio importante que le correspondió presenciar fue el interés que en pleno gobierno dictatorial demostró por la APS el ministro de salud de Pinochet, el doctor Juan

¹²¹ Entrevista a doctor Ricardo Fábrega realizada el 16 de noviembre de 2017.

¹²² Entrevista a doctor Ricardo Fábrega realizada el 16 de noviembre de 2017.

Giaconi. Al respecto relata que en una ocasión los invitó al MINSAL a conversar sobre el tema, asunto que para nuestro entrevistado fue difícil de aceptar por su calidad de dirigente estudiantil opositor. A su entender, cree que había una cuestión de pragmatismo detrás de esa decisión del ministro:

Sinceramente, al ministro no le quedaba más alternativa porque no tenía presupuesto para hacer otra cosa. De ese modo, comenzó a apoyar algunas experiencias que comenzaron a desarrollarse en algunos municipios. Como los alcaldes no eran tontos, no querían que la gente reclamara, así que comenzaron a inventar cosas. Creo que el equipo de salud del alcalde de Pudahuel (Patricio Melero) fue el que creó el primer SAPU. Las Condes también inventó algo parecido¹²³.

Su opinión es reveladora por cuanto describe cómo en el plano municipal de fines de la década de 1980, pese al estancamiento a las restricciones por las que estaba atravesando el sistema de salud pública, surgieron algunas iniciativas que a la postre dieron dividendos.

Esa lectura en parte es compartida por otro testigo de esa época, el doctor Oscar Arteaga¹²⁴. Él relata que en esos años, a través de una ONG, se dedicó a realizar labores de educación sanitaria y conformación de grupos de salud en la zona norte de Santiago, Conchalí para ser más exactos. Esa labor estuvo vinculada a la parroquia San Luis de Huechuraba. A su entender ocurrió un fenómeno que puede resultar paradójico:

¹²³ *Entrevista a doctor Ricardo Fábrega realizada el 16 de noviembre de 2017.*

¹²⁴ Doctor en Salud Pública. Desde el año 2000 académico de la Escuela de Salud Pública Salvador Allende de la Universidad de Chile. Director de esa institución al momento de recoger su testimonio.

En el gobierno militar se produjo un crecimiento de la APS porque los hospitales fueron abandonados y la inversión que se hizo fue en el sector primario. Ahora, ese gasto fue menor a lo que se había hecho antes y también a lo que se hizo después en la década de 1990, donde el presupuesto creció 10 veces¹²⁵.

No obstante, el doctor Arteaga hace hincapié en un matiz que debemos tener presente. Aquel crecimiento obedeció a la influencia de Alma Ata ciertamente, afirma. Pero a partir de 1981 comenzó una oleada descentralizadora que obedeció a un propósito claramente ideológico:

Hubo una intención de instalar la APS en el nivel municipal como un paso intermedio a la privatización de esos servicios primarios. Fue el doctor Giaconi, último ministro de salud de Pinochet, que ha reconocido en sus escritos que existió la finalidad de traspasar a administradores privados los consultorios. Así se explica el surgimiento de las corporaciones municipales, sin fines de lucro, constituido por un directorio controlado por el municipio. La contraloría cuestionó el desarrollo de estas instituciones, decisión que frenó su avance¹²⁶.

El doctor Arteaga, recogiendo opiniones del doctor Giaconi, señala que la agenda descentralizadora tenía otros dos propósitos. Por un lado, incrementar la participación social, cuestión que es discutible en un contexto dictatorial, afirma. Y, por otro lado, se pretendió aumentar los fondos para la APS a través de las aportaciones de los municipios, cuestión que hasta el día de hoy ocurre. En ese sentido alguien podría sostener que fue un “proceso exitoso.” Pero agrega,

¹²⁵ *Entrevista al doctor Oscar Arteaga realizada el 20 de julio de 2017.*

¹²⁶ *Entrevista al doctor Oscar Arteaga realizada el 20 de julio de 2017.*

Si se mira ese objetivo desde el punto de vista de la equidad, se ha podido constatar que la asignación que hace el poder central cumple con ese criterio, pero cuando se considera el dinero que inyecta el municipio tal equidad desaparece porque no todas esas instituciones están en condiciones de hacerlo¹²⁷.

Finalmente, debemos referir al punto de vista de otro testigo de la época que participó en el mundo de la APS, desde fines de la década de 1980, específicamente en la esfera sindical. Hablamos del doctor Esteban Maturana¹²⁸. Él regresó a Chile en 1985, tras un largo periplo por España y Centroamérica debido al exilio que debió enfrentar tras la instalación de la Junta Militar en 1973.

Respecto a su vínculo con la APS y el mensaje de Alma Ata, relata que su estadía en la Nicaragua sandinista fue importante:

Mis primeras labores fueros hospitalarias, pero luego me tocó vivir una experiencia muy especial en el sistema de salud nicaragüense, que era mixto, con problemas sanitarios importantes. Debido a la creación de un Sistema Único de Salud, participaron asesores de la OPS. Me tocó participar en la organización de ese modelo, que implementó niveles locales de atención. Ahí ya se habla de un trabajo sustentado en la lógica de la APS, lo que suponía participación comunitaria e intersectorialidad. Era claro que el trabajo médico no sólo era curar, que más bien era una etapa. Mucho más importante era prevenir, promover hábitos saludables¹²⁹.

¹²⁷ *Entrevista al doctor Oscar Arteaga realizada el 20 de julio de 2017.*

¹²⁸ El doctor Esteban Maturana estudió en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, hasta que por las consecuencias del golpe de Estado de 1973 tuvo que viajar al exilio en Barcelona donde finalizó sus estudios. Presidente de la CONFUSAM desde 1993.

¹²⁹ *Entrevista al doctor Esteban Maturana realizada el 7 de diciembre de 2017.*

Recuerda que su trabajo en salud rural influyó bastante para definir su futuro profesional como médico general. Ese aprendizaje se complementó con su participación en una serie de talleres que lo ilustraron sobre Alma Ata. Un viaje a Cuba para capacitarse en el control de la tuberculosis fue otra oportunidad para conocer más acerca del hito de 1978.

Su respuesta es taxativa ante la pregunta respecto al estado de la APS en Chile tras su retorno: no había nada.

Había una discusión teórica, pero cuando llegué Chile vivía un proceso de reformas destinado a debilitar lo público en favor de lo privado. En su último presupuesto de salud, el gobierno de Pinochet destinó el 0,9%. Una rebaja de casi 3%. Además, se potenció el sector de los seguros privados y con ello el desarrollo de las ISAPRES. Ahí está la base de lo que vivimos ahora donde un 80% de la población se atiende con el 50% de los recursos, y el 20% de los usuarios privados con el 50% restante. Eso no es APS¹³⁰.

Sus labores en el sector público comenzaron en 1989, en el servicio de salud metropolitano central. Recuerda que los consultorios estaban administrados por la Corporación Lautaro, que desapareció. Fue la antesala de su llegada a Pudahuel:

Atendíamos básicamente detección de morbilidad y había poca experiencia en APS. Pero en los años 90 nos incorporamos a la salud municipal en La Florida, pero la actividad sindical no fue del gusto del alcalde, así que me trasladé a Pudahuel donde me desempeñé hasta hoy. Ahí empezaron mis tareas con la comunidad, orientado a la APS. Me tocó manejar programas de hipertensión, diabetes, etc.

Con la inauguración de la década de 1990 y el retorno de Chile a la democracia, el doctor Maturana comenzó a trabajar en el

¹³⁰ *Entrevista al doctor Esteban Maturana realizada el 7 de diciembre de 2017*

plano sindical a fin resolver uno de los problemas más sensible de la salud primaria o municipalizada: el estatus laboral de los trabajadores. El detrimento de la fuente laboral obedecía en gran medida al proceso de municipalización de la salud que puso fin a la carrera funcionaria y sometió a los trabajadores a código laboral. Ese escenario los conminó a tomar decisiones en el gobierno de Patricio Aylwin:

El presupuesto de salud seguía siendo magro. Las condiciones laborales no eras estables, y todos nos regíamos por el código del trabajo. Esa situación nos condujo a municipalizarnos y posteriormente a formar una coordinadora de APS. Pero al constatar que no teníamos la fuerza para desmunicipalizar, ni vimos la voluntad del gobierno de Aylwin para realizar ese cambio, cambiamos nuestro objetivo: un nuevo estatuto funcionario municipal.

La confesión del dirigente social es importante porque hace ver que, a comienzos de la década de 1990, la evolución de la APS comenzó a entrar en una nueva etapa. Así, nuestro examen culmina aquí para proceder a hacer una breve reflexión antes de proceder a narrar el último episodio de nuestra obra.

Las lecturas que hemos pormenorizado sobre el escenario de la APS en Chile tras la cumbre de Alma Ata, dejan en claro que no hubo inmovilismo. Al contrario, los testimonios examinados sugieren que la idea de la APS mantuvo vigencia en la década de 1980, si bien existen argumentos para amparar una pluralidad de interpretaciones al respecto, como hemos intentado bosquejar. Un ejemplo nítido sobre lo controversial que puede resultar ese ejercicio es el proceso de municipalización de la salud primaria, que puede ser vista como una ventaja o una desventaja, según el perfil que se privilegie para analizarlo. A nuestro juicio, el impulso de la APS entró en una fase de estancamiento, porque si nos ceñimos a la versión de Alma Ata,

hubo elementos sustanciales que prácticamente desaparecieron, a saber: la participación social y el fortalecimiento del trabajo en equipo. Debemos sumar la persistencia de fenómenos de gran peso histórico como la importancia social del hospital y la perspectiva biomédica, como algunos de nuestros testigos han reconocido.

No obstante, la APS sobrevivió como proyecto y como cruzada espiritual. Por ello, es necesario conocer los principales cursos históricos de la última etapa que hemos identificado, para así conocer su evolución en el presente siglo y cuáles son las perspectivas que ofrece una pregunta central que aún ronda: ¿Es posible la salud para todos?

Capítulo 4

El fortalecimiento de la APS, 1990-2005: propuestas y discusiones

Hablar de las grandes expectativas que generó el retorno a la democracia en 1990 ha sido un lugar común en las últimas décadas. Mas, no por ello ha dejado de ser un tema que merezca ser abordado si pretendemos estudiar el vínculo entre salud y democracia, como referimos al emprender nuestra narración.

Como sugerimos en el apartado anterior, la postrimería del siglo xx chileno se tradujo en una serie de desafíos para las autoridades a cargo de responder políticamente a las demandas sociales que legó la dictadura. Como muestra, el presupuesto en salud disminuyó en un 60,2% entre 1974 y 1988, según los cálculos del doctor Jorge Sánchez Vega¹³¹. El terreno de la salud fue privilegiado en ese sentido, dado que ahí se volcaron grandes esfuerzos para encauzar soluciones sustentables en el tiempo. Una de esas labores, precisamente, fue la consecu-

¹³¹ SÁNCHEZ Vega, Jorge. “Inversión en salud: un debate necesario”, en *Cuadernos Médico-Sociales*, 1991, xxxii, 3, 37 y ss.

ción de recursos y una planificación que concediera a la APS el posicionamiento que le correspondía acorde a la declaración de Alma.

Esa tarea congregó a una serie de actores políticos y sociales que conquistaron metas importantes en ese sentido, aunque fue una tarea ardua, como generalmente ha sido la búsqueda de soluciones en el campo de la salud. En 1991, el doctor Roberto Belmar, uno de los personajes claves de la etapa de fortalecimiento de la APS como lo hemos calificado, describió las bases de un plan que proponía al gobierno de Aylwin. Conviene referir a ese documento porque trasunta los temas esenciales que involucraron el desarrollo de la APS en esa década y en el comienzo del siglo XXI. Brevemente, el doctor Belmar apuntó a la desarticulación acaecida entre APS y el sistema de salud como el principal legado de la era dictatorial. Un problema de grandes proporciones. Luego, enfatizó otras dificultades que eran relevantes, tales como la baja capacidad resolutoria, el estatus laboral de los trabajadores de la APS, y las insuficiencias para acceder al sistema de salud, definidas por inaccesibilidad económica, horaria, recursos humanos y geográfica¹³². El principal objetivo que el gobierno debía proponerse, en opinión del doctor Belmar, era extender la verdadera atención primaria, la cual definió como

El proceso participativo, descentralizado, intersectorializado para mejorar integralmente la calidad de vida de todos los habitantes del país; dándole a este proceso, la primera prioridad a los pobres y sectores más postergados. En esta Atención Primaria se priorizan los conceptos de desarrollo social, gestión participativa, mantención de la salud,

¹³² BELMAR, Roberto. “Propuesta de un plan de Atención Primaria para el gobierno del Presidente Aylwin”, en *Cuadernos Médico-Sociales*, 1991, xxxii, 1, 7 y ss.

prevención y control de riesgos, autocuidado e integración de los tres niveles del sistema de salud¹³³.

A nuestro modo de ver, la definición del doctor Belmar fue una forma de adhesión a la vigencia de Alma Ata, tanto por las líneas de acción que suponía, como por la finalidad de convertir a ese modelo en la base del sistema de salud. Su aspiración fue parte de una intensa discusión que se generó en la década de 1990 en el país con el propósito de brindar respuestas en el corto y mediano plazo a los problemas de la salubridad. Las palabras *reforma* y *crisis* circularon habitualmente en la opinión pública y existían evidencias indiscutibles. No obstante, si bien existió un consenso sobre los grandes desafíos (presupuesto, capital humano, infraestructura, cobertura) las soluciones que se discutieron y acordaron han sido hasta el presente objeto de discusión entre los actores que han animado ese proceso. Para algunas voces, hubo pasos concretos, y para otros ha quedado pendiente la resolución de problemas de fondo del sistema de salud, como la mercantilización de la atención médica. No podría ser de otro modo si colocamos atención en la intensa historia que ha marcado la evolución de la salud en la última centuria.

4.1. Las decisiones políticas para el fortalecimiento de la APS

El debate sobre el qué y el cómo debía comprender el conjunto de desafíos de la salud cruzó la década de 1990. No obstante, en 1992 en una serie de debates que abordaron los temas más relevantes de la salud pública, el doctor Pedro Escudero llamó la atención acerca de la percepción pública que existía al respecto

¹³³ *Ibíd.*, 8.

y que puede ser observado como un punto de referencia para conocer el contexto que atravesó el proceso de reforzamiento de la APS. En efecto, el doctor Escudero citó algunas encuestas que medían los temas que a juicio de la ciudadanía debían ser prioritarios para el gobierno. Una fuente (CEP Adimark) indicó que los principales temas eran: delincuencia (61,2%), salud (35,5%), empleo (33,3%), pobreza (31,8%), sueldos (30,5%)¹³⁴. Otra estudio similar realizado por la Universidad de Chile, ubicó a la salud fuera de los cinco primeros lugares¹³⁵. A partir de esos antecedentes, el doctor Escudero sugirió que el país estaba llegando a un “punto de flotación”, que era el lugar donde el sentido común situaba la situación del país en materia de salud. Vale decir, había razones para sostener que en Chile no debíamos sentirnos “extremadamente orgullosos”, pero tampoco debíamos creer que estábamos sumidos en la “catástrofe absoluta”.

En esa atmósfera, donde las visiones podían coincidir o discrepar naturalmente, se comenzaron a definir soluciones específicas para revitalizar la APS, las cuales se centraron en áreas relevantes: administración, financiación y cobertura. Al respecto vale la pena retomar los testimonios de nuestros entrevistados. El doctor Fábrega, que tuvo una activa participación en esa etapa en virtud de los cargos públicos que asumió, ofrece una mirada elocuente. Reconoce que el primer paso que se dio para fortalecer la APS fue “estructurar una unidad con autonomía que organizara las propuestas”, motivo que originó el Departamento de Atención Primaria en el MINSAL. Ahí, se desempeñaron activamente, Roberto Belmar, quien “llevaba la batuta” en ese momento, más Dagoberto Duarte, José Concha, Isabel Ringeling, entre otras personas. Un tema fundamental

¹³⁴ ESCUDERO, Pedro. “III Crisis del sector salud en Chile”, en *Cuadernos Médico-Sociales*, 1992, xxxiii, 1, 14 y ss.

¹³⁵ *Ibíd.*, 20.

que se enfrentó fue el de la situación laboral del personal de la APS que, como sabemos, afectó profundamente el estatus y el desempeño de los profesionales y técnicos. Al respecto, el doctor Fábrega es enfático en sostener que se articularon respuestas efectivas en ese período:

Creo que se tomaron medidas concretas como el Estatuto de Atención Primaria del año 1994, que ingresó el 1992 al parlamento. Fue el mejor estatuto laboral público de América Latina y no estoy exagerando. Ese fue un gran cambio estructural. Tan importante como ello fue el modelo de financiamiento per cápita, fundamental y positivo¹³⁶.

Una lectura que explica desde la tribuna del mundo sindical la forma que se enfrentó ese tema la brinda el doctor Maturana, quien describe ese pasaje de la siguiente manera:

En ese momento se llevaban a cabo dos discusiones en salud y educación vinculadas a la municipalización. Planteamos la idea de devolver ambas funciones al Estado, pero nos dimos cuenta de que teníamos cierta confusión porque se nos olvidó que los municipios son parte del Estado. En educación eso concluyó con el Estatuto Docente y nosotros como trabajadores nos planteamos el retorno de los consultorios a los servicios de salud. El presupuesto de salud seguía siendo magro. Las condiciones laborales no eran estables, y todos nos regíamos por el código del trabajo. Esa situación nos condujo a municipalizarnos y posteriormente a formar una coordinadora de APS¹³⁷.

No obstante, el doctor Maturana revela que debieron recurrir al pragmatismo político para alcanzar las metas que el mundo laboral de la APS se propuso:

¹³⁶ *Entrevista a doctor Ricardo Fábrega realizada el 16 de noviembre de 2017.*

¹³⁷ *Entrevista al doctor Esteban Maturana realizada el 7 de diciembre de 2017.*

Al constatar que no teníamos la fuerza para desmunicipalizar, ni vimos la voluntad del gobierno de Aylwin para realizar ese cambio, cambiamos nuestro objetivo: un nuevo estatuto funcionario municipal.

Para el doctor Fábrega, que asumió la jefatura de la recién creada División de Atención Primaria a fines de la década de 1990, ese cambio administrativo fue positivo:

Los trabajadores exigían volver al sistema antiguo, pero aprobada la ley comenzaron a cambiar el discurso de la desmunicipalización por el de trabajadores municipales. Se dieron cuenta de que tenía muchas ventajas¹³⁸.

Así, a contar del 1994, la APS dispuso de un nuevo Estatuto Administrativo para sus trabajadores y de ese modo se subsanó uno de los principales problemas heredados.

Otra reforma sustancial tuvo relación con el cambio de modo de financiación, el denominado modelo per cápita, que reemplazó al pago por prestaciones (*free for service*), que rigió por años. Al respecto, el doctor Duarte ofrece un testimonio valioso puesto que participó directamente en la gestión de ese cambio. Señala que el motivo fundamental fue la búsqueda de una fórmula que resolviera la inequidad en la distribución de recursos en la transferencia de los fondos centrales. En un estudio que realizó, sostuvo una conclusión elocuente:

No todos los municipios están en igualdad de condiciones para efectuar transferencias destinadas a financiar el gasto de los establecimientos de nivel primario que deben administrar¹³⁹.

¹³⁸ Entrevista a doctor Ricardo Fábrega realizada el 16 de noviembre de 2017.

¹³⁹ DUARTE, Dagoberto. *Asignación de recursos per cápita en la Atención Primaria. La experiencia chilena. Documentos de Trabajo*, CPU, Santiago, Junio 1995.

El doctor Fábrega advierte que no existe un modelo de financiamiento perfecto, pero el sistema per cápita, definido en 1994, fue un gran avance:

Un buen mecanismo de financiación de la APS siempre será per capita entre 60% y 90%, más algún mecanismo complementario. A mi juicio, desde el 2010 en adelante, se ha desbalanceado el favor de los programas prioritarios en desmedro del per capita, lo que introduce una burocratización y una serie de indicadores que rigidizan la gestión local e introduce una verticalización que no calza con la naturaleza de la APS.

¡Si alguien me dice que hay una idea mejor, bienvenida sea!¹⁴⁰

Respecto al fortalecimiento del trabajo de los equipos de salud de la APS, se efectuaron innovaciones fundamentales. El doctor Fábrega apunta que hubo un plan de acción inmediata para fortalecer la capacidad resolutive. Esa misión se tradujo en “la creación de los SAPU, el programa IRA (Infecciones Respiratorias Agudas), contratación de psicólogos, kinesiólogos, personal para los equipos del área psicosocial, etc.”¹⁴¹. El doctor Duarte expresa que no fue una tarea fácil en algunas ocasiones, como ocurrió en el área de la salud infantil, como recuerda:

Una de las cosas que se hizo fue instalar el manejo de la infección respiratoria aguda en los consultorios, cosa que fue resistida por los pediatras porque consideraban que la gente que trabajaba ahí no poseía la capacidad para ello. Eso ocurrió mientras un pediatra era ministro de salud, el doctor Jiménez de la Jara¹⁴².

¹⁴⁰ *Entrevista a doctor Ricardo Fábrega realizada el 16 de noviembre de 2017.*

¹⁴¹ *Entrevista a doctor Ricardo Fábrega realizada el 16 de noviembre de 2017.*

¹⁴² *Entrevista al doctor Dagoberto Duarte realizada el 27 de junio de 2017.*

Este episodio es propicio para subrayar que los procesos de cambios estructurales no sólo remiten a las aristas políticas o económicas que tienen mayor resonancia pública. Es oportuno hacer presente que la cultura de profesionales, usuarios y pacientes, para bien o para mal, es un aspecto que ejerce un papel que puede incidir en las transformaciones. El doctor Duarte señala otra faceta al respecto, que tiene relación con la imagen de la medicina a nivel social:

Uno de ellos es la resistencia que ejercen las personas que aún creen que el tema de la salud se resuelve en los hospitales. También existe una resistencia social. Cuando egresé me dediqué un tiempo a la psiquiatría, pero encontré que era algo muy específico, así regresé a la APS. Cuando me encontraba con algunas personas me preguntaban qué hacía yo y les respondía: soy médico general. Acto seguido, ellos me señalaban ¿Qué especialidad?

Es la misma sociedad la que valora más la especialidad. Eso me exigió paciencia, aunque reconozco que hoy ser médico general o médico familiar genera un poco más de interés¹⁴³.

Una interpretación que sintoniza con esa mirada es la que entrega el doctor Bernardo Martorell, que en los últimos años ha encabezado el trabajo de la División de Atención Primaria. En efecto, que la causa de ese fenómeno es parte de la cultura médica:

Atender la enfermedad y no el proceso social que construye la enfermedad es lo usual. Esa es la causa del hospitalocentrismo. Tenemos una tendencia a ser más sensibles con el enfermo y genera más impacto político. Pero en APS es más importante una perspectiva más amplia¹⁴⁴.

¹⁴³ *Entrevista al doctor Dagoberto Duarte realizada el 27 de junio de 2017.*

¹⁴⁴ *Entrevista al doctor Bernardo Martorell realizada el 8 de julio de 2017.*

El hospitalocentrismo, uno de los obstáculos históricos en la inserción de la APS en la sociedad, tiene varias fuentes que lo nutren.

Un hecho que no quisiéramos omitir tiene que ver con el interés que emergió en torno a la cobertura, específicamente en un área ligada históricamente a la tradición primarista chilena. Nos referimos a la salud rural que fue un tema importante en el proceso de fortalecimiento descrito. Para ello, hemos contado con las impresiones de *Claudia Padilla*, asesora de la División de Atención Primaria, que ha participado en la primera línea de trabajo¹⁴⁵. Su visión en cierto modo rememora aquel pasaje que describimos a propósito de la tarea que la sección médica de la Caja del Seguro Obligatorio realizó en medicina rural a fin de asumir los urgentes desafíos sanitarios que el mundo rural experimentó la década de 1930.

A partir de su experticia en geografía le correspondió interiorizarse en las evaluaciones y resoluciones que se adoptaron para atender la cobertura rural a comienzos de la década de 1990. No tiene una doble opinión al responder a la pregunta sobre el estado de la salud rural en ese período: “Estaba en el suelo, fundamentalmente porque la municipalización de la salud primaria comenzó en el área rural y sus equipos quedaron a la deriva”¹⁴⁶. Advierte eso sí que en el período dictatorial se creó en PLESAR (Plan Especial de Salud Rural), que tuvo como objetivo velar por temas de capacitación, trabajo de comunidades rurales, diseño de huertos, etc., y que en cierta forma demostró la existencia de una continuidad histórica en ese terreno¹⁴⁷. Esa

¹⁴⁵ Profesora de Historia y Geografía. Asesora de la División Primaria del MINSAL.

¹⁴⁶ *Entrevista a Claudia Padilla realizada el 15 de agosto de 2017.*

¹⁴⁷ *Entrevista a Claudia Padilla realizada el 15 de agosto de 2017.*

opinión concuerda con la opinión que a comienzos de la década de 1980 formuló el doctor Daniel Jiménez, en el sentido de que los cerca de 2.500.000 de personas que vivían en las zonas rurales tenía en la Posta Rural y el Consultorio General Rural las estructuras que le dispensaban atención primaria¹⁴⁸. Concedamos que no se conocían aún los efectos de la municipalización.

Para afrontar las dificultades que existían en el sector rural, la asesora indica que fue fundamental un préstamo que el gobierno de Aylwin recibió para gastos en salud. Entendiendo que ha existido una suerte de historia cíclica en el ámbito de la salubridad rural, el primer impulso que se dio fue entre 1994 y 1995 cuando comenzó a operar el sistema per cápita. El otro gran salto se produjo a partir del 2000, en el gobierno del Ricardo Lagos, y que se convirtió en una oportunidad para crear nuevas iniciativas que se han sostenido en el tiempo. La profesora Padilla narra los detalles de esa etapa fructífera de la salud rural:

El 2000 en el gobierno de Lagos se ordenó la eliminación de las colas de atención en la salud. Estuvimos trabajando 4 años en ello y en ese proceso se generó un apoyo a la APS. Por primera vez se implementó la atención telefónica para la otorgación de horas. En ese proceso se apoyó la salud rural con el reforzamiento de las rondas rurales. El 2002 me correspondió participar en la organización del Servicio de Urgencia Rural (SUR). Si bien en los 90 se había creado el SAPU, faltaba esa modalidad en comunas rurales donde había CESFAM y postas, y nada más. Las urgencias iban al hospital. El SUR se practica en el CESFAM después del horario hábil. Hay un SUR corto o SUR largo, con médico residente o de llamada. La urgencia se atiende in situ¹⁴⁹.

¹⁴⁸ JIMÉNEZ, Daniel. "Aspectos relevantes de estrategias aplicadas en la Atención Primaria de la Salud Rural", en Cuadernos Médico-Sociales, 1981, XXII, n° 2, 29 y ss.

¹⁴⁹ *Entrevista a Claudia Padilla realizada el 15 de agosto de 2017.*

Agrega que el 2008 se reeditó el programa de salud rural que existió hasta el 1996. Hoy se llama *Programa de Mejoría de la Equidad en Salud Rural* y comenzó con pocos recursos, cerca de 300 millones a nivel nacional. Así se comenzó a perfilar el programa hasta el día de hoy, llegando a manejar cerca de 9.000 millones de pesos¹⁵⁰. Pese a que la población rural ha vivido un decrecimiento demográfico en las últimas décadas, las palabras de la profesora Padilla iluminan una realidad que no abunda en las principales tribunas mediáticas. Su testimonio expresa el fortalecimiento de la cobertura de un sector que sigue siendo fundamental en los objetivos de la APS y un paso más hacia la meta de la salud para todos.

Los testimonios que hemos citado tienen la virtud de bosquejar los cambios que permiten hablar de la década de 1990 como la etapa del fortalecimiento de la APS en Chile, tras el hiato que representó la era dictatorial que no abandonó la APS, pero no favoreció su expansión, sobre todo porque en 1978 la cita de Alma Ata dibujó un horizonte para la comunidad internacional. Sin embargo, es necesario eludir las interpretaciones triunfalistas para el período descrito puesto que existen procesos que siguen en desarrollo, otras tareas que están a la espera, y algunas críticas se mantienen en buen pie, como así lo enseña la historia de la APS en Chile en el presente siglo.

4.2. La APS como movimiento local y global en el siglo XXI

El decenio del 2000 tiene relevancia para la historia de la APS debido al respaldo internacional que recibió en esos años. En tal sentido, merecen una mención la OPS y la OMS en razón del papel histórico que han desempeñado.

¹⁵⁰ Entrevista a Claudia Padilla realizada el 15 de agosto de 2017.

Una primera impresión indica que, en el seno de la OPS, se asentó la convicción de la utilidad que podía prestar la APS como una estrategia de “renovación” para encarar los retos que el nuevo milenio deparó para la multifacética realidad de la salud. En el año 2005 el organismo afirmó sus motivos:

La aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe ser capaz de afrontar; la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias de muchos de los actuales y ampliamente divergentes enfoques de APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que la APS debe capitalizar para ser más efectiva; el reconocimiento, cada vez mayor, de que la APS es una estrategia que ayuda a fortalecer las capacidades de la sociedad para reducir las inequidades en salud; y el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque poderoso para abordar los determinantes sociales de la mala salud y la desigualdad¹⁵¹.

Ese impulso fue ratificado el 2008 con la declaración de la OMS con ocasión de la conmemoración de los 30 años de Alma Ata. *La APS más necesaria que nunca* fue el título del informe sobre el estado de la salud en ese año. Así como la OPS enfatizó la equidad como una de las contribuciones que la APS podía materializar, uno de los acentos que explicitó la OMS fue la importancia que ese modelo podía reportar al mejoramiento de los sistemas de salud, cuyo funcionamiento distaba de ser ideal, como se puede apreciar:

En resumen, los sistemas de salud son injustos, inconexos, ineficientes y menos eficaces de lo que podrían ser. Además, sin una reorientación sustancial es probable que los actuales sistemas de salud se vean desbordados por los crecientes

¹⁵¹ *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la Salud/OMS*. 2005.

desafíos del envejecimiento de la población, las pandemias de enfermedades crónicas, las nuevas enfermedades emergentes, como el SRAS, y las repercusiones del cambio climático¹⁵².

¿Cómo podemos situar a Chile en ese escenario? Por de pronto cabe señalar que se sumaron algunas acciones que tuvieron como objetivo enriquecer el esfuerzo realizado en la década anterior. En la década de 1990, el concepto de consultorio fue reemplazado por el de centro de salud familiar, el CESFAM, una unidad de trabajo comunitario que ha canalizado la salud integral en el país. Paralelamente, se generó un impulso en 1995 para allanar el camino a la participación social en salud con la creación de los *Consejos de Desarrollo local*.

El doctor Fábrega va un paso más allá y afirma que las declaraciones de la OPS y la OMS no constituyeron una sorpresa para el quehacer que Chile demostró en torno a la APS en ese decenio.

Mi impresión es que Chile estuvo un par de pasos adelante respecto a ese movimiento. Ahora que estoy dentro de la OPS me doy cuenta que nuestro país era muy respetado, pero pesaba poco¹⁵³.

Estima el doctor Fábrega que a esa altura la OPS se distanció del enfoque chileno por cuanto que hizo de la APS una senda para reformar los sistemas de salud a objeto de que las personas tuvieran la posibilidad de ejercer el derecho a la salud. Nuestro país siguió en cambio interpretando al APS como un primer nivel de atención. Por su parte, el doctor Duarte añade un matiz al sostener que la OPS siguió con atención el trabajo de Chile, especialmente en lo concerniente al tema de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) con énfasis en la APS.

¹⁵² *Informe sobre la salud en el mundo el 2008. La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca.* OMS.

¹⁵³ *Entrevista a doctor Ricardo Fábrega realizada el 16 de noviembre de 2017.*

En instantes en que a nivel global se discuten fórmulas para enfrentar los altos niveles de fragmentación de los sistemas de salud, el interés del organismo internacional merece atención¹⁵⁴.

Sobre ese punto destaca una lección que aprendieron sus colegas:

Creo que nosotros como país hemos sido parte de ese proceso. Ellos nos han llamado varias veces y nos han pedido nuestra opinión. La OMS recogió mucho de esas experiencias para desarrollar el tema de la RISS con énfasis en la APS. En vez de hacer un nuevo Alma Ata ha surgido la RISS como una evolución, pero basada en redes. Nuestro error fue olvidar que los hospitales también tienen algo que decir¹⁵⁵.

En el plano local, un hecho que tiene importancia para describir el itinerario de la APS en su historia reciente es la denominada reforma de salud del año 2005, durante la presidencia de Ricardo Lagos. Brevemente, esa propuesta se enfocó en los siguientes temas: Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE); Autoridad Sanitaria; Regulación de las ISAPRES; Alza de Impuestos; y Ley de Derechos y Deberes del Paciente. Precisamente, ese conjunto de normas abrió un debate en torno al impacto que significó en el terreno de la APS y cuyos ecos resuenan hasta hoy.

Por una parte, hemos contado con el testimonio de uno de sus protagonistas, Ricardo Lagos Escobar, de quien hemos conocido directamente su lectura del proceso de fortalecimiento de la APS en el curso de la década del 2000. En virtud de una experiencia familiar, el tema no le fue ajeno. En efecto, el presidente nos ha señalado que tuvo la suerte de conocer Alma Ata gracias

¹⁵⁴ *La renovación de la APS en las Américas. N° 4 Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas.* OPS, Washington D.C., 2010,

¹⁵⁵ *Entrevista al doctor Dagoberto Duarte realizada el 27 de junio de 2017.*

a su suegro, Hernán Durán, quien, en el transcurso de los años 1970, en Ginebra, participó en los trabajos preparativos de esa reunión. Ahora bien, entrando en materia, afirma haber tenido claridad al iniciar su gobierno que, en el ámbito de la salud, “la equidad comienza por la APS”. Agrega al respecto:

Al llegar la democracia la infraestructura de la APS estaba arruinada. Por eso los primeros gobiernos aumentaron sostenidamente el presupuesto por 10 años. Todo presidente puede creer que la historia comienza con él, pero en realidad uno construye sobre los hombros de otras personas. Por eso, gracias a lo realizado en ese período, pudimos pensar en dar otro paso para avanzar en el tema de la APS, para lo cual pensamos en aumentar la resolutiveidad¹⁵⁶.

De ese modo se verificó un crecimiento del presupuesto de la APS desde un 12% en el 2000 a un 30% en el 2006. “Siempre pensamos que deberíamos llegar al 50%, como el NHS”. Hoy, sin embargo, seguimos alrededor del 30%, afirma.

En cuanto a la reforma que su gobierno emprendió, aclara que tuvo como objetivo central la APS, pero “la gente está convencida de que fue sobre el AUGÉ”.

Queríamos evitar decir “vaya al hospital a hacerse un examen de orina o sangre”, y por eso colocamos el acento en la resolutiveidad.

Reconoce que “francamente, cuesta mucho convencer a la gente sobre la prevención”. Aunque no duda que elaborar una propuesta basada en la demanda de salud de las personas es un acto de “empoderamiento de la ciudadanía”.

Naturalmente, existieron opiniones que han diferido de esa lectura. Efectivamente, avanzada la implementación de la reforma

¹⁵⁶ *Entrevista realizada al presidente Ricardo Lagos el 20 de diciembre de 2017.*

del 2005, desde el sector de los profesionales que se desenvuelven en ese ámbito, apuntaron a que el AUGE tuvo un efecto nocivo en el funcionamiento de la APS, como sostuvieron los médicos Joaquín Montero, Álvaro Téllez y Cristián Herrera:

La Reforma no consideró, sin embargo, los problemas que afectaban crónicamente a la APS. Producto del sistema de garantías, se recargan las exigencias fuertemente sobre la APS, la que se hace cargo del 80% generadas por dicho plan, sin solucionar los graves problemas estructurales que se arrastraban por años al interior de la atención primaria¹⁵⁷.

En suma, una reforma bien intencionada, a juicio de los profesionales de la salud primaria, redundó en la distorsión de la construcción de un sistema concebido para resolver las necesidades de la comunidad local. Añadieron que la heterogeneidad del ámbito municipal no ha sido abordada tal como exige su complicada estructura y la reforma en realidad “generó pocas intervenciones para mejorarla”¹⁵⁸.

No será la última ocasión en que presenciemos una discusión de esa proporción en el terreno de la APS y en la salud pública chilena.

Un hito que también merece una mención surgió en la década pasada en la esfera de la protección social. En el año 2007, durante la presidencia de la presidenta Michelle Bachelet se organizó un “subsistema de protección integral” denominado *Chile Crece Contigo*, que según el artículo n° 1 de la Ley N° 20.379:

¹⁵⁷ MONTERO, Joaquín; TÉLLEZ, Álvaro; HERRERA, Cristián. *Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos*. Centro de Políticas Públicas UC, 2010, 4.

¹⁵⁸ *Ibíd.*, 10.

Un modelo de gestión constituido por las acciones y prestaciones sociales ejecutadas y coordinadas por distintos organismos del Estado, destinadas a la población nacional más vulnerable socioeconómicamente y que requieran de una acción concertada de dichos organismos para acceder a mejores condiciones de vida.

Dicho de otro modo, es en esencia un sistema intersectorial, que podemos conectarlo históricamente con la salud infantil, pero también con la tradición primarista chilena.

El conjunto de prestaciones de esta iniciativa ha implementado programas para cuya ejecución se ha debido recurrir al sistema de APS a fin de organizar el trabajo de los equipos que siguen el desarrollo de la infancia. Uno de ellos es el *Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial* (PADBP), que pretende fortalecer el proceso de desarrollo de los niños y niñas desde su primer control de gestación hasta su ingreso al sistema escolar, en el primer nivel de transición o su equivalente¹⁵⁹. Por otra parte, cabe mencionar el *Programa de Apoyo al recién Nacido(a)* (PARN). Introduce una cuota de equidad:

Iguala las oportunidades de desarrollo de niños y niñas, otorgando un apoyo instrumental a las familias mediante el conjunto de implementos básicos para el recién nacido(a), también conocido como “ajuar”, compuesto por tres paquetes para los primeros cuidados del niño(a)¹⁶⁰.

La APS ejerce un protagonismo en su aplicación en tanto sus establecimientos entregan educación para las familias a través

¹⁵⁹ Documento décimo aniversario de Chile Crece Contigo facilitado por Lucía Vergara, Encargada de la Unidad Chile Crece Contigo de la División de Atención Primaria del MINSAL.

¹⁶⁰ *Ibidem*.

de talleres grupales prenatales y en el puerperio en las maternidades. Asimismo, la red de salud primaria desempeña una labor fundamental en la detección temprana de enfermedades que pueden afectar el desarrollo de la infancia.

En términos cuantitativos, es posible señalar que desde el año 2009 hasta el 2017, más de 1 millón 200 mil familias han sido beneficiadas. Las cifras, además, revelan el valor de la APS chilena como un instrumento articulador de acciones que redundan en la salud integral y en la consolidación de un crecimiento social inclusivo, en sintonía con la consigna histórica de Alma Ata: salud para todos.

Consideraciones finales

La APS, su presente y sus proyecciones

En el transcurso del 2018 sin lugar a dudas asistiremos a una serie de actividades oficiales, académicas y sociales que analizarán y debatirán sobre el legado de Alma Ata a 40 años de su realización.

El presente texto ha pretendido contribuir, desde la perspectiva histórica, a fomentar un instante de reflexión sobre uno de los hitos históricos de la historia del siglo xx, especialmente por la trascendencia de los principios que encarnó y que tras cuatro décadas son objeto de referencias. Ciertamente, el escenario social y político ha sido modificado, pero las preguntas que motivaron la realización de Alma Ata, siguen en pie. Las respuestas pueden divergir evidentemente, pero la salud y la equidad siguen convocando propuestas de cambio.

Para concluir nuestro examen hemos convenido citar las proyecciones de algunos de los testigos con los cuales dialogamos para delinear los rasgos singulares de la historia de la APS chilena en el contexto histórico de Alma Ata. Confiamos en que en otras latitudes emerjan iniciativas como la presente para, de ese modo, conocer otras experiencias históricas y comparar las singularidades que cada una presenta.

El ese sentido, el doctor Fábrega no titubea en afirmar que Alma Ata sigue más vigente que nunca, y que la APS es un movimiento mundial y no una preocupación de los países pobres, como algunas veces se la catalogó. Advierte eso sí que se divisan una serie de desafíos para Chile.

¿Cuál es el problema que veo? Hicimos muchas cosas bien, como los principales indicadores así lo indican. A mí me emociona relatar esto porque aumentar 5 años las expectativas de vida es una brutalidad...Y con menos recursos. Dicho esto, hay que atender las cosas que no estamos haciendo bien, que es enfrentar el tema del envejecimiento y las enfermedades crónicas. Hemos avanzado, pero no lo suficiente para evitar el aumento de casos en diabetes y obesidad¹⁶¹.

Como primera conclusión, en la mirada del doctor Fábrega, enfrentar el cambio demográfico es el primer desafío. Añade que importa que el sector privado también se sume al trabajo preventivo, “porque no es justo que a los viejitos los envíen a FONASA”, sin que la ISAPRE haya hecho algo en favor de la prevención.

En esa misma línea, el doctor Maturana coincide en que el escenario demográfico está poniendo a prueba a la APS y no estamos respondiendo adecuadamente.

En la década de 1990, el país enfrentó nuevas realidades. Aumentó la expectativa de vida y ello nos ha puesto en la tarea de velar por una población envejecida. Las enfermedades crónicas no transmisibles son el nuevo desafío (diabetes, hipertensión, etc.), comimos mucho y mal, hacemos poco ejercicio, bebemos, fumamos. Es decir, tenemos una población con enfermedades que requieren más recursos¹⁶².

¹⁶¹ *Entrevista a doctor Ricardo Fábrega realizada el 16 de noviembre de 2017.*

¹⁶² *Entrevista al doctor Esteban Maturana realizada el 7 de diciembre de 2017.*

A la luz de esa realidad, un examen sincero conduce a la conclusión entre las autoridades de que, si no somos capaces de fortalecer y promover la mirada de la APS, en 20 años más vamos a tener que gastar enormes recursos que quizás no manejemos. Incluso, afirma, hasta los partidos de derecha, que están “más cercanos al mercado que a los derechos”, coinciden en ese análisis.

El doctor Duarte sugiere que, si hacemos una retrospectiva en la evolución de la APS, se detectan razones para alentar una cuota de optimismo.

Hoy hay más interés por la APS y existen más actores políticos hablando sobre ella. Yo creo que la sociedad también reconoce el valor del CESFAM¹⁶³.

Por su parte, el doctor Arteaga augura un debate en torno a la desmunicipalización de la APS, un proceso que él estima viable, aunque no en todas las comunas del país¹⁶⁴. Su posición genera discrepancia. El doctor Maturana estima que seguir ese camino es un error porque la salud es un caso distinto al de la educación:

En primer lugar, porque estamos nosotros, la CONFUSAM, que entiende que la descentralización es fundamental. Es fundamental resolver el tema del aumento de recursos, así como la mal llamada autonomía municipal. A los alcaldes hay que ponerle reglas mediante un plan nacional de salud adecuado a las realidades de cada región y cada municipio. Todos deben apuntar al mismo objetivo establecido por un plan. El municipio es gobierno local¹⁶⁵.

¹⁶³ *Entrevista al doctor Dagoberto Duarte realizada el 27 de junio de 2017.*

¹⁶⁴ *Entrevista al doctor Oscar Arteaga realizada el 20 de julio de 2017.*

¹⁶⁵ *Entrevista al doctor Esteban Maturana realizada el 7 de diciembre de 2017.*

El doctor Concha aboga por una defensa del Estado de la dignidad de la salud primaria y defiende el retorno a una sola norma en materia de APS, como la que existió en forma previa al golpe de Estado, mientras que la profesora Padilla pone su énfasis en el cambio demográfico del mundo rural que posiblemente obligue a redefinir la estrategia de la APS.

¿Qué papel le corresponde al sistema de educación superior que tiene a su cargo la formación de profesionales y técnicos que sirvan a los propósitos de la APS? El doctor Fábrega ve con simpatía el trabajo de algunas universidades en salud familiar, como la USACH y la UC, mientras que el doctor Arteaga afirma que la tarea pendiente es de la medicina, que exhibe un déficit de profesionales en el sector primario. La Universidad de Chile ha dado pasos en ese sentido, sostiene. El doctor Martorell es partidario del optimismo en este terreno, pero apela al liderazgo ministerial:

Yo creo que hay razones para ser optimistas, pero también debo señalar que el MINSAL ha fallado en este plano, especialmente en su liderazgo para poner el tema en la formación de pregrado. El área de recursos humanos está concentrada en los problemas gremiales y eso disminuye la posibilidad de abrir un diálogo con las escuelas de salud¹⁶⁶.

En el mes de abril del año 2017 se realizó el Congreso de Atención Primaria que fue precedido por un “proceso participativo” a nivel nacional que dejó en claro que el protagonismo social de la ciudadanía sigue en pie en el siglo XXI. Esa instancia merece ser integrada en la etapa final de nuestra época porque las propuestas que surgieron de las decenas de coloquios que se desarrollaron en el país enseñan los matices que ha alcanzado el “valor social” de la APS. Haciendo hincapié en que la salud

¹⁶⁶ *Entrevista al doctor Bernardo Martorell realizada el 8 de julio de 2017.*

primaria es “parte de nuestras vidas”, se insistió en la generación de un “nuevo pacto social”, que enfatizara la articulación en red de la atención primaria (332 establecimientos) por su capacidad para resolver con eficacia los problemas de la sociedad en los “espacios locales”¹⁶⁷. Dentro de las consideraciones finales, resalta la intención de una generación de alianzas entre la APS y los “centros formadores”, como parte de una relación que puede generar beneficios para ambos sectores. Así, se aprecia que, en distintas esferas, el incremento de profesionales y técnicos “especializados” de la salud primaria, ha sido uno de los temas que ha copado el itinerario en los últimos años. En el 2008 el gobierno de la presidenta Bachelet y un conjunto de universidades suscribieron un acuerdo que apuntó a responder a esa demanda creando el *Programa de Formación de Especialistas para la Atención Primaria*, como una forma de revertir el déficit de médicos y sostener en el tiempo el nexo entre los “equipos de especialidad en formación” y la comunidad¹⁶⁸. Es uno de los desafíos sociales culturales que, como hemos descrito, se deben resolver para superar dos obstáculos históricos, esto es, el hospitalocentrismo y el especialismo.

Concluimos nuestra labor manifestando que existen un cúmulo de discusiones en torno a la APS que no hemos abordado, pero que seguirán circulando en la esfera pública, especialmente este año de conmemoración. No debemos descartar que muy posiblemente en el 2028, cuando las futuras generaciones reflexionen sobre los 50 años de Alma Ata, exista más claridad sobre las grandes interrogantes que suscitaron el hito de 1978, entre

¹⁶⁷ *Atención Primaria de Salud. Construyendo valor social. Documento de posición respecto del valor social de la Atención Primaria de la Salud. Santiago de Chile, 24 y 25 de abril, 2017.*

¹⁶⁸ VARGAS C., Nelson.; GÓMEZ, Germán. “Programa de Especialistas para la Atención Primaria. Ministerio de Salud de Chile,

ellas una fundamental: ¿Es posible la salud para todos? Mientras tanto, confiamos en que la perspectiva histórica que hemos elaborado acerca de esta trascendental discusión sea una de las tantas fuentes que contribuyan a la reflexión sobre la laberíntica y trascendental relación entre salud y sociedad, cuya historia se vive día a día.

¿Es posible obtener lecciones a partir de la historia de la APS en el marco de Alma Ata? El historiador Marcos Cueto ha sostenido que el divorcio entre objetivos, idealismo y las técnicas es posible de subsanar. La historia de la APS en Chile alberga un cosmos de experiencias humanas, profesionales, sociales y políticas, que pueden favorecer un debate que sigue siendo necesario en ese sentido. No debemos soslayar que las interrogantes sobre qué desarrollo deseamos como sociedad sigue siendo una cuestión central que aún moviliza inquietudes y anhelos, tal como hace 40 años.

Hitos de la Salud Pública en Chile

A través de sus páginas, el presente libro desea exponer y describir los grandes rasgos del itinerario de la Atención Primaria de Salud. Desde una perspectiva histórica puede ser comprendida como una herramienta que se forjó principalmente en el seno del mundo subdesarrollado con la finalidad de superar los avatares resultantes de la relación bilateral constituida por las desigualdades sociales y la realidad sanitaria global del siglo XX.

Es oportuno advertir que nuestra labor está sujeta a limitaciones cronológicas y temáticas que hemos determinado conscientes de la laberíntica historia que brinda aquella forma de concebir y ejercer la salud. Dicho esto, nuestra lectura propone enfatizar cómo las concepciones modernas sobre salud, ciudadanía y bienestar social se condensaron en la década de 1970 en un paradigma institucional, la APS, que ha tenido una doble virtud: primero, facilitar una estrategia que, con diversos resultados, ha apuntalado proyectos de desarrollo social en distintos continentes; y, segundo, encauzar anhelos fecundados por las democracias del siglo XX y que se vinculan al dominio del derecho a la salud.

Esta publicación forma parte de la Serie “Hitos de la Salud Pública en Chile” que la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, de la División de Planificación Sanitaria del Ministerio de Salud, edita con el fin de preservar la memoria histórica y registrar las buenas prácticas de la Salud Pública en Chile.