



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE POSGRADO EN CIENCIAS
POLÍTICAS Y SOCIALES
MAESTRÍA EN ESTUDIOS EN RELACIONES
INTERNACIONALES
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**EL INCREMENTO DE LA DESIGUALDAD EN EL
SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL CHILENO A
PARTIR DE LA REESTRUCTURACIÓN
NEOLIBERAL EN EL GOBIERNO DE AUGUSTO
PINOCHET 1973-1990**

**T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRA EN ESTUDIOS EN RELACIONES
INTERNACIONALES
PRESENTA
SONIA ANGÉLICA ALFARO CRUZ**

**TUTOR PRINCIPAL
DRA. MARÍA CARMEN ROSA MILLÉ MOYANO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., MARZO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Para: Mis hijas Mariana Toribio Alfaro y Yolotzín Flores Alfaro

Mi madre: Araceli Rodríguez

Fernando López Valencia

Agradecimientos:

A la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, al Programa de Posgrado de la UNAM, a mis profesores de la Maestría en Estudios en Relaciones Internacionales por el apoyo prestado para la realización de este trabajo.

A mi asesora Dra. María Carmen Rosa Millé Moyano, por su tiempo, consejos y sugerencias aportadas a este trabajo de investigación.

A mis familiares por su apoyo incondicional, mis hijas, Mariana Toribio Alfaro, Yolotzín Flores Alfaro, a mi madre Araceli Rodríguez y a Fernando López Valencia.

Marzo, 2022.

Contenido

Índice de gráficos, tablas y figuras	IV
Introducción	VI
Capítulo 1. El individualismo y colectivismo, su influencia en el pensamiento político. Conceptos de Salud. Consideraciones sobre la desigualdad y el neoliberalismo	1
1.1. Consideraciones sobre la desigualdad	3
1.2. Desigualdad y sistema de salud pública	11
1.2.1. Salud pública nacional.....	11
1.2.2. Salud internacional	13
1.3. Medición de la Salud pública	14
1.3.1. Indicadores de salud	15
1.3.2. Indicadores sociales de salud	16
1.3.3. Factores determinantes de salud	17
1.4. El sistema de salud	19
1.4.1. Elementos básicos del sistema de salud.....	20
1.4.2. Seguridad Social	23
1.5. Visiones individualistas y colectivistas en las políticas de salud	24
1.5.1. Individualismo	25
1.5.2. Colectivismo	29
Capítulo 2. Antecedentes históricos del Estado de Bienestar. Antecedentes del sistema de salud chileno	35
2.1. Historia del Estado de Bienestar	36
2.1.1. Estado de Bienestar en Latinoamérica de 1945 a 1970.....	46
2.1.2. Historia del sistema de salud chileno hasta 1970	53
2.1.3. Formación del Estado de Bienestar (1900-1925)	59
2.1.4. Fase corporativa de los beneficios sociales (1925-1952)	66
2.1.5. Plan de acción del ministro de Salud Salvador Allende llamado Programa médico social	75
Capítulo 3. Neoliberalismo y la Escuela económica de Chicago.....	85
3.1. Antecedentes del neoliberalismo y la Escuela económica de la Universidad de Chicago.....	85
3.2. La Escuela económica de Universidad de Chicago y su relación con Chile	88
3.3. El neoliberalismo y los sistemas de salud pública	91

Capítulo 4. Reestructuración en las políticas de salud pública orientadas hacia el neoliberalismo en el régimen de Augusto Pinochet y la agudización de la desigualdad	93
4.1. Antecedentes a la reestructuración. Gobierno de la Unidad Popular y la Seguridad Social	93
4.1.1. El principio del fin del gobierno de Salvador Allende	105
4.1.2. Intervención de Estados Unidos	106
4.1.3. Golpe de Estado	111
4.2. Cambios estructurales en el Gobierno de Augusto Pinochet	115
4.2.1. La reforma del Estado	123
4.2.2. Reforma de Pensiones o previsional	129
4.2.3. Reestructuración del sistema de salud	134
4.2.4. Los servicios de salud post reforma	136
4.2.5. El sistema de salud al término de la dictadura (1990)	141
4.3. Desigualdad en el nuevo sistema de salud	144
4.3.1. El sistema de pensiones después de la dictadura	146
Consideraciones finales	149
Referencias	158

Índice de gráficos, tablas y figuras

Gráficos

Gráfico 1. Gastos de 1880 a 2011. Gastos totales de Gobierno incluyendo pagos de intereses de gasto público como porcentaje del PIB nacional.....	44
Gráfico 2. Gasto público social en porcentaje del PIB 1880-2016.....	45
Gráfico 3. Gasto social del EB en Latinoamérica como porcentaje del PIB, 1973-2003.....	50
Gráfico 4. Crecimiento promedio del PIB per cápita en Chile 1810-2005.....	59
Gráfico 5. Evolución del índice Gini de 1957-1996.	144

Tablas

Tabla 1. Índices de concentración del ingreso y de la propiedad de la tierra en el mundo, 1966-1990.....	6
Tabla 2. Coeficiente Gini para América Latina 1960-1970.....	52
Tabla 3. Mortalidad infantil en Santiago de Chile 1883-1930.....	57
Tabla 4. Índice Gini y tasa de desocupación en Chile, 1958-1969.....	82
Tabla 5. Mortalidad por sexo y edad en Chile 1960-1970.....	83
Tabla 6. Porcentaje de gasto en Salud en Chile 1958-1989.....	99
Tabla 7. Porcentaje de indigentes y pobres en Chile 1940-1972.....	103
Tabla 8. Esperanza de vida en Chile 1950-1975.....	104
Tabla 9. Ingresos medios y pensiones en Chile 1957-1971.....	104
Tabla 10. Gasto fiscal social en Chile 1970-1973.....	105
Tabla 11. Ingresos del gobierno chileno 1970-1984.....	126
Tabla 12. Gastos de salud, porcentaje del gasto del PIB anual.....	138
Tabla 13. Gastos per cápita en el sector Salud.....	139
Tabla 14. Evolución del gasto público per cápita en los sectores sociales del gobierno chileno de 1974-1979.....	141
Tabla 15. Evolución del gasto público per cápita en los sectores sociales del gobierno chileno de 1980-1989.....	142
Tabla 16. Coeficientes Gini para los años 70 en Chile.....	143

Figuras

Figura 1. Aspectos que incluye la pobreza y que son parte integral de la desigualdad.....	10
Figura 2. Marco conceptual de los determinantes de salud.....	17
Figura 3. Elementos básicos de un sistema de salud.....	21
Figura 4. Línea de tiempo de presidentes chilenos.....	55
Figura 5. Servicio Nacional de Salud (SNS) 1968.....	80
Figura 6. Cronología del Sistema de Salud Pública chileno.....	81

Cuadros

Cuadro 1. Características del individualismo y colectivismo en la sociedad.....	31
Cuadro 2. Estados con visión individualista y colectivista.....	32
Cuadro 3. La medicina chilena antes y después de 1938.....	72
Cuadro 4. Cronología del gobierno de Salvador Allende (UP).....	113
Cuadro 5. Sistema de salud chileno después de las reformas.....	140

INTRODUCCIÓN

La tesis que a continuación se presenta aborda uno de los problemas más serios en Latinoamérica que es la desigualdad en la cobertura en los sistemas de seguridad social, este problema se aborda desde el caso del sistema de seguridad social chileno y las políticas neoliberales que adoptó Augusto Pinochet a partir de 1973, medidas instauradas después por todos los países latinoamericanos capitalistas a través de la asesoría del Banco Mundial (BM) y del Fondo Monetario Internacional (FMI).

Estas políticas neoliberales surgieron a partir de la crisis del Estado de bienestar cuya era dorada fue después de la Segunda Guerra Mundial hasta los años setenta del siglo veinte, promovieron un cambio en el papel del Estado y su responsabilidad sobre los aspectos sociales de sus ciudadanos; también, cambiaron el papel que hasta entonces había tenido el Estado frente a la sociedad y lo convirtieron en un facilitador de condiciones para el desarrollo del libre mercado.

Este trabajo se basa en la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son los cambios que realizó Chile en 1973 con respecto a las políticas de seguridad social de la población propuestos por la Escuela económica de Chicago a través de los “Chicago Boys” y los efectos de las mismas en la desigualdad en el sistema de seguridad social: al finalizar el gobierno de Augusto Pinochet en 1990?

De esta pregunta se derivan otras cuestiones que se estudian a través de los diferentes capítulos del documento, las cuales son:

1. ¿Cuál es la definición de desigualdad que se maneja a nivel de las Organizaciones internacionales, cómo se conceptualiza esta desigualdad según estas Organizaciones en América Latina y cómo se afronta ésta?
2. ¿Cuáles son las circunstancias que originan el Estado de bienestar y cuáles son las políticas sociales que se adoptaron en el mismo y cómo se manifestó este Estado en Latinoamérica y particularmente en Chile?
3. ¿Cuáles fueron las propuestas de Salvador Allende y cuál era la situación del seguro social antes de 1973?
4. ¿Cómo se originó la doctrina neoliberal y cuáles son sus propuestas en cuanto a la política social y cómo llegaron estos postulados de la Universidad de Chicago a Chile?
5. ¿Cómo se modificó la estructura de la seguridad social en Chile durante el gobierno de Augusto Pinochet y quienes propusieron estos cambios?
6. ¿Cuáles fueron los resultados de la modificación de las políticas de seguridad social en lo que se refiere al seguro social y su cobertura?

Para contestar a esta interrogantes se postuló la siguiente hipótesis: Los procesos de cambio hacia la adopción de políticas neoliberales en Chile, propuestos por los “Chicago Boys” que promovieron un recorte de los gastos del Estado hacia el sector de seguridad social a partir de 1973 en el gobierno de Augusto Pinochet, originaron la desigualdad en la cobertura y atención a las personas, con una tendencia a la diferenciación y privatización del servicio social que dependía de su ingreso económico.

Antes de proceder a la realización de la investigación, se buscó en las tesis que se encuentran en la UNAM, el tema del neoliberalismo y el seguro social en Chile, en el portal TESIUNAM se encontraron 19 que abordan el neoliberalismo en América Latina, pero referente

a Chile solo tres, y no abordan específicamente el aspecto de seguridad social, el primero una tesis para obtener el grado de doctorado en Estudios latinoamericanos de la Facultad de Filosofía y Letras, de Bravo Vargas Viviana Cecilia trabajo realizado en 2012 y cuyo nombre es: “La voz de los 80’: protesta popular y neoliberalismo en América Latina el caso de la subsistencia subalterna de Chile, 1983-1987”. Aquí aborda los movimientos sociales que enfrentaron al proceso del despojo globalizador. (Bravo, 2012)

La segunda investigación es de Universidad Femenina de México incorporada a la UNAM, es de Rincón Sánchez Silvia Patricia, para obtener el grado de licenciado en Relaciones Internacionales en el año 2004, y cuyo título es: “El neoliberalismo en América Latina un análisis comparativo entre México y Chile”, en este trabajo se abordan algunos efectos de las políticas neoliberales en los dos países, pero no aborda el tema del seguro social específicamente. (Rincón, 2004)

La tercera tesis que trata el tema de neoliberalismo en Chile, es el documento de Hernández Guerrero Rodolfo presentado para obtener el grado de Licenciado en Relaciones Internacionales en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales en 1992, y que se titula: “El neoliberalismo en América Latina: los casos de Chile y México” en este escrito, el autor estudia el tema de sistema de salud en general junto con los aspectos referentes a la economía, la educación y la cultura. (Hernández, 1992)

La Universidad Autónoma de la Ciudad de México publicó un libro de la Doctora Vázquez Olvera Gabriela, en 2012, titulado: *el viraje neoliberal de la política social y la búsqueda de alternativas en América Latina, que aborda la transformación de las políticas sociales desde el Estado de bienestar al Estado neoliberal* en uno de sus capítulos expone el caso de Chile, este ejemplar fue consultado para la realización de este trabajo. (Vázquez, 2012)

Después de revisar lo anterior se continuó con la investigación y se establecieron los objetivos a los que se buscará llegar al término de este trabajo de tesis.

El objetivo general de esta tesis es: Conocer las políticas neoliberales que transformaron los servicios de seguridad social en Chile a partir de 1973 y cómo estos cambios causaron la desigualdad en la cobertura y atención entre los ciudadanos hasta 1990.

De este objetivo se desprenden lo siguientes objetivos particulares:

- Conocer la definición de desigualdad y salud pública según las Organizaciones Internacionales y como se considera el problema de la inequidad en Latinoamérica y especialmente en Chile.
- Estudiar el origen del Estado de bienestar, sus políticas sociales en algunos países de Europa, sus manifestaciones diferentes en América Latina y específicamente en Chile.
- Documentar el origen de las teorías neoliberales y el papel de la Universidad de Chicago y su escuela económica en el cambio de política social en Chile a partir de 1973
- Conocer la situación de la seguridad social en el gobierno de Salvador Allende y su plan para hacer universales los servicios de seguridad social
- Estudiar los cambios en las políticas de salud pública específicamente en la seguridad social que se efectuaron en Chile y como se impusieron a partir de 1973
- Analizar el impacto a la desigualdad ocasionado por los cambios neoliberales establecidos en la política de seguridad social en Chile de 1973 a 1990.

Estos objetivos se documentan a través de la consulta de las fuentes bibliográficas de éste trabajo se incluyen revistas académicas, libros de especialistas en el tema, estadísticos del gobierno de Chile, libros históricos, la información se recopiló en fichas bibliográficas, mapas conceptuales y cuadros sinópticos que sirvieron como herramientas para desarrollar el texto.

El marco teórico de este documento es la doctrina neoliberal, las propuestas de Friedrich Hayek, y la escuela económica de Chicago a cargo de Milton Friedman, el estudio del Estado de bienestar propuesto por John M. Keynes, esto servirá para la base histórica de los fundamentos que se tomaron en cuenta cuando se realizó el cambio de policía social en Chile. También se tomarán elementos de la teoría crítica, que cuestiona el modo de vida occidental, autores como Luis Althusser, Karl Polanyi, Kary Polanyi, Robert Cox, Hachette Dominique, David Harvey, Naomi Klein, Howard Waitzkin; entre otros para el estudio del problema.

Se consultarán historiadores chilenos como Eliana Labra, Iván Lavados, Pablo Millán, Jorge Nef, Luis Corvalán. Para la investigación sobre los conceptos de desigualdad y salud pública se utilizarán fuentes de las siguientes Organizaciones Internacionales: Organización Mundial de la Salud, (OMS), Organización Panamericana de la Salud, (OPS), Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, (OCDE), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, (PNUD), La Comisión Económica para América Latina, (CEPA).

Este trabajo de investigación se integra con cuatro capítulos que se distribuyen de la siguiente forma:

En el capítulo uno, se presenta la definición de desigualdad, la de salud pública, sus indicadores y medición, así como el impacto de esta desigualdad en América Latina, también se estudia la visión individualista y colectivista documentando sus propuestas a demás su influencia en las políticas económicas que ejercen los Estados.

Con respecto al capítulo dos, se exponen las bases y orígenes del Estado de bienestar en Inglaterra, América Latina, principalmente en Chile, se estudian las tres fases del Estado de bienestar de 1925 a 1970. Se explica el plan de acción respecto a la salud pública creado por

Salvador Allende desde que fue ministro de salud en 1939, las acciones que llevó a cabo en relación con la seguridad social y su reestructuración en su gobierno de 1970 a 1973.

Con referencia en el capítulo tres, se documenta el origen del neoliberalismo, y también, el de la Escuela económica de la Universidad de Chicago, su relación con los “Chicago Boys”, el contenido de las propuestas en la salud pública que propone la doctrina neoliberal que impactan el papel del Estado, por lo que reducen los presupuestos destinados al sector de la salud, por lo tanto, muchos procedimientos se destinan a la iniciativa privada y se cambian los esquemas de cobertura de los servicios prestados por el seguro social chileno.

En el cuarto y último capítulo se estudian los sucesos en Chile en 1973, la situación crítica del gobierno de la Unidad Popular de Salvador Allende en ese momento, el golpe de Estado de Augusto Pinochet, el papel de Estados Unidos en estos hechos. Se documentan las nuevas políticas adoptadas por el gobierno de Augusto Pinochet en materia de seguridad social y económica, los cambios estructurales realizados, así como las consecuencias de estas políticas en cuanto al servicio de seguridad social, su impacto en las personas, además del incremento de la desigualdad en el país.

Por último, en las consideraciones finales, se concluye que el sistema de Seguridad Social chileno padeció fuertes presiones bajo las políticas de salud adoptadas por el gobierno de Augusto Pinochet, lo que ocasionó que las condiciones de cobertura del sistema cambiaran privatizando muchos servicios médicos y estableciendo sistemas diferenciados según las posibilidades económicas de los trabajadores, esquema se dirigió hacia la privatización de los servicios médicos y de los ahorros de pensiones. Esta situación ocasiona desigualdad entre la sociedad chilena, exclusión y pobreza.

Este caso es particularmente importante para los estudiantes de las Relaciones Internacionales porque es un ejemplo sobre cómo se implementaron las políticas neoliberales en todo el mundo en la década de los ochenta primeramente adoptadas por Margaret Thatcher, Ronald Reagan que se impusieron a los países latinoamericanos por medio del Consenso de Washington impulsado por el FMI y el BM para ayudar a los países con sus problemas relativos a la balanza de pagos, y que dieron como resultado agravar la desigualdad y pobreza de América Latina.

Como resultado de la aplicación de estas políticas de seguridad social neoliberal, se da prioridad a la gestión individualizada y privatizada de los servicios de salud disminuyendo la responsabilidad del Estado, argumentando que la persona debe obtener la cobertura o derecho a seguridad social según su productividad, bajo esta premisa, se dejan de lado a los ancianos, a los pobres que no son absorbidos por el sistema de producción capitalista neoliberal.

“Lo que tenemos ante nosotros es la perspectiva de una sociedad de trabajadores sin trabajo, es decir privados de la única actividad que les queda. Imposible imaginar nada peor”.

HANNAH ARENDT

Capítulo 1. El individualismo y colectivismo, su influencia en el pensamiento político.

Conceptos de Salud. Consideraciones sobre la desigualdad y el neoliberalismo

En este capítulo se estudia la evolución del Estado de Bienestar en Latinoamérica, así como la evolución del pensamiento individualista y colectivista que sirvieron de fundamento a las teorías económicas y las políticas de seguridad social.

Para comprender estas ideas se parte de un planteamiento histórico del trabajo como fundamento de la construcción social humana. Antes de la 1era. Revolución Industrial en el siglo XVII era considerado una parte esencial asociada a la vida diaria del ser humano en vinculación con su entorno y sus actividades socialmente productivas. (Pereira, 2008 p. 81).

Las nuevas condiciones laborales instauradas a partir de la Revolución Industrial cambiaron muchas concepciones sobre el trabajo, así como de su función útil para el desarrollo social del ser humano. Con el tiempo se transformó en una mercancía más, (Brandt, 1990, p. 255).

En el siglo XIX, los primeros economistas políticos ingleses, como Adam Smith una doctrina económica llamada *laissez-faire* que estipulaba que la economía estaba regida por “una mano invisible” por lo tanto, el Estado no debería intervenir en los asuntos económicos y limitarse a proteger a los ciudadanos, sostener las instituciones públicas y promover obras de infraestructura (Méndez, 2006, pp. 73, 74). En este momento, la tierra, el trabajo y la moneda pasaron a ser mercancías sometidos a las mismas condiciones, a merced del mercado autoregulado, que demandaba una sociedad plegada a sus requerimientos, y en consecuencia se desarrolló la acumulación de capital y la venta del

trabajo que amenazó la estabilidad social por la creación de nuevos pobres desposeídos y desplazados de su origen agricultor. (Polanyi, 2017, pp.26, 27)

En el siglo XX se realizó un cambio donde el trabajo fue el articulador de los derechos sociales que por medio de luchas obreras fueron otorgados, además de la crisis de la doctrina del siglo anterior que se manifestó en 1929, facilitaron la adopción de la doctrina creada por John M. Keynes que refuta el concepto de la “mano invisible” anterior creando la doctrina keynesiana que le da un papel al Estado como creador de instituciones sociales destinadas a la protección del trabajador además de su función como impulsor de la inversión y del empleo, ahí nació el Estado Benefactor que funcionó hasta 1970.

Después de la década de 1970 el Estado de bienestar sufrió una crisis debido a sus gastos excesivos entre otras causas que se abordarán más adelante en este trabajo, surgen como contraparte las propuestas de la *Sociedad de Mont Pélerin* creadas para defender los valores del liberalismo económico de Adam Smith y que empezaron a ser adoptadas por los Estados, por consiguiente, llevaron un patrón de desigualdad que se abordará en este capítulo. Esta visión propone que el Estado disminuya su protagonismo y gastos: por esa razón, desmanteló los sistemas de salud y cualquier acción colectiva dirigida al bien social. Ejemplo de esto es Chile que desde 1973, con la llegada al gobierno de Augusto Pinochet

Con la fundación de la Organización de Naciones Unidas en 1945, cuyos organismos financieros Banco Mundial (BM) (llamado Banco de Reconstrucción y Fomento en un principio) y Fondo Monetario Internacional, se fundaron con la finalidad de procurar la estabilidad del sistema monetario internacional, así como el desarrollo de recursos productivos, y promoción del comercio internacional entre sus miembros. Estos organismos posteriormente crearon paquetes de políticas económicas como única opción para paliar los

problemas en la balanza de pagos y los préstamos otorgados con el fin de cubrir estos déficits de los países en desarrollo después de la década de los 70.

En la realidad estas medidas han aumentado más los problemas de desigualdad y pobreza debido a la falta de políticas sociales, la relajación de las leyes laborales, la extracción de recursos y el aniquilamiento de la economía interna integrada por pequeñas y medianas empresas las cuales no participan en el movimiento económico de los capitales transnacionales que aprovechan la apertura comercial y de mercado de las naciones periféricas. La apertura del mercado también se ha infiltrado en los Servicios de Salud Pública, empezando por los sistemas de pensiones y privatizando muchos de los servicios de los hospitales públicos. (Vite, 2007, pp. 41- 68).

1.1.Consideraciones sobre la desigualdad

Para comprender lo anterior a continuación se aborda un análisis sobre algunas consideraciones de la desigualdad como concepto que permite comprender el comportamiento de las medidas neoliberales adoptadas primeramente por el gobierno de Augusto Pinochet en 1973.

A través de la visión de documentos publicados por el BM, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (PNUD), que ratifica la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) para poder analizar el concepto de desigualdad como se considera en las organizaciones internacionales financieras en la sociedad internacional pues son las que han promovido las políticas económicas neoliberales.

En el informe de PNUD de 2010 reitera que “la desigualdad es una de las principales características que definen la historia de América Latina y el Caribe, esta persistente y alta desigualdad social acompañada de una baja movilidad social llevan a la región a una trampa de desigualdad difícil de romper” (PNUD, 2010, p. 7)

Los organismos internacionales expresaron su preocupación por el problema de la desigualdad, buscando que sean incluidas soluciones a esta problemática en las políticas sociales en América Latina. La región de Latinoamérica al ser considerada la región más desigual del planeta (CEPAL, 2003; BM 2006). Si bien antes se tomaba como meta la erradicación de la pobreza como eje para especificar el ámbito de trabajo de las políticas sociales, pero se desplazó por la desigualdad.

El proceso de profundización de la desigualdad cuyo origen se remonta a la pobreza estructural que históricamente se ha perpetuado a partir de la conquista y que continuó en el tiempo colonial y en la independencia hasta el siglo XXI. La historia socioeconómica y política ha estado sujeta a la profunda estratificación social, con regímenes poco democráticos, algunos dictatoriales y modelos económicos excluyentes, que impactan directamente en la calidad de vida. (Puchet y Puyana, 2018, p. 27), (D´Amico, 2016, p. 227).

La condición de extrema desigualdad latinoamericana, según la OCDE, se caracteriza porque está reflejada en cada aspecto de la vida, el acceso a la educación, a la salud, a los servicios públicos, la vivienda, la tierra, al crédito, los mercados laborales formales. (OCDE, 2001).

Al contrario de lo que sucedió con los europeos conquistadores y su descendencia, la estructura social de los conquistados fue distinta basada en la dominación y en la propiedad privada, a veces en pequeña escala otras en grandes extensiones, combinaban los recursos naturales de la región con la transferencia de tecnología europea, para la explotación de seres humanos y recursos naturales, por lo tanto, generaron altos niveles de ingresos para los sectores privilegiados de la sociedad. (Bértola, 2018, p. 69-93),

En palabras de Michael Mann la desigualdad tiene un punto de partida y es que hay personas (élites) que pueden controlar las oportunidades de vida de otros mediante el control de los medios de producción, distribución e intercambio y que poseen la facultad de establecer políticas sociales o no establecerlas dependiendo de su inclinación política. (Márquez, 2016, p. 28).

La desigualdad tiene costos mayores para la sociedad, incrementa la pobreza y reduce el impacto del desarrollo económico debido al poco acceso a la educación, a la salud, al crédito y esta desigualdad se relaciona con tensiones sociales pues los latinoamericanos pobres encuentran inaceptable la inequidad en las oportunidades existentes. (Ferranti, Perry, Ferreira, Walton, 2004, p. 13). En la tabla 1, se muestran algunos índices de concentración de ingresos y tierras en diferentes lugares del mundo, se destaca Latinoamérica por los índices más altos. El índice GINI mide la desigualdad del ingreso y también puede usarse para medir cualquier forma de distribución desigual, la propiedad en este caso. Mientras más cercano esté al 100, más cerca se está a la perfecta desigualdad.

Tabla. 1. Índices de concentración del ingreso y de la propiedad de la tierra en el mundo, 1966-1990.

		<i>Índice GINI de concentración del ingreso y de la tierra</i>						
<i>Regiones</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Promedio quinquenal</i>					<i>1986-1990</i>	
		<i>1966-1970</i>	<i>1971-1975</i>	<i>1976-1980</i>	<i>1981-1985</i>	<i>1986-1990</i>	<i>Tierra</i>	<i>Ingreso</i>
Asia Oriental y Pacífico	GINI tierra	56.0	56.0	56.0	56.0	56.0	1.45	
	GINI ingreso	37.3	38.9	38.5	38.6	40.0		79.8
América Latina	GINI tierra	81.0	81.0	81.0	81.0	81.0	1.00	
	GINI ingreso	57.2	50.9	49.8	49.1	50.2		100.0
Medio Oriente y Norte de África	GINI tierra	61.0	61.0	61.0	61.0	61.0	1.21	
	GINI ingreso	43.7	41.7	41.9	43.0	38.2		76.1
Norteamérica	GINI tierra	64.0	64.0	64.0	64.0	64.0	1.27	
	GINI ingreso	35.6	35.3	35.9	35.1	36.5		72.8
Asia del Sur	GINI tierra	56.0	56.0	56.0	56.0	56.0	1.45	
	GINI ingreso	33.3	33.3	35.4	36.7	33.6		66.9
África Subsahariana	GINI tierra	61.0	61.0	61.0	61.0	61.0	1.33	
	GINI ingreso	39.0		44.0	41.2	35.8		71.3
Europa Oriental	GINI tierra	57.0	57.0	57.0	57.0	57.0	1.42	
	GINI ingreso	37.1	34.9	30.8	29.7	30.8		61.5
Total	GINI tierra	65.0	65.0	65.0	65.0	65.0	1.25	
	GINI ingreso	40.6	39.3	38.5	36.9	38.6		76.9

Fuente: Puchet Anyul, Martín y Puyana Mutis, Alicia. (2018). *América Latina en la larga historia de la desigualdad*. México: FLACSO.

En algunas ocasiones la desigualdad se redujo a una variable al darle el nombre de pobreza a expresiones diversas de inequidad en América Latina, por esta clasificación se homogeneizó el término y se hizo alusión a la pobreza estructural, que, como categoría, fue insuficiente para comprender en su totalidad el proceso de empobrecimiento de la población a partir de la caída de los ingresos debido a políticas económicas neoliberales que empobrecieron a las familias y limitaron el acceso a políticas sociales públicas y prestaciones laborales. Por lo tanto, en los países de Latinoamérica se recurre a políticas

asistenciales basadas en el criterio de pobreza construido por los propios organismos internacionales, dejando fuera la discusión en torno a las relaciones entre grupos de poder y grupos indígenas o marginados. (D'Amico, 2016, pp- 228).

La política neoliberal individualiza y privatiza la responsabilidad, desestima la solidaridad y confiere una responsabilidad pública mínima en materia de protección social y de salud pública. La ideología neoliberal sustenta estas medidas y al aplicarse en los países latinoamericanos modifican la situación y promueven como resultado el incremento de la desigualdad. Lo anterior, no implica que ésta no existiera antes de las políticas neoliberales, sino que estas políticas empobrecieron aún más a los sectores medios y a los trabajadores por medio de una ideología que da primacía al individuo y a su capacidad. Esta “igualdad de oportunidades” para acceder a una vida mejor, establece que cualquier diferencia en los resultados obtenidos se deben al mérito, la capacidad o el éxito individual.

El libre mercado legitima cualquier resultado por medio de la competencia y responsabiliza al individuo por el buen o mal uso de las oportunidades, este modelo no explica las desigualdades entendidas como resultado de una distribución asimétrica y falta de acceso a las oportunidades que afectan en conjunto a la experiencia social., vinculadas a clase, género, etnia y hasta filiación política que limita la participación de los ciudadanos y grupos sociales en el proceso de desarrollo y en el disfrute de los beneficios. (D'Amico, 2016, pp- 229).

El PNUD, (2010, p. 159) enfoca la desigualdad como un fenómeno entre individuos aislados ante la sociedad. Esta institución parte desde el mismo punto de vista que la CEPAL, organización que se refiere a la igualdad como “La libertad afectiva de las personas para elegir entre opciones con argumentos fundados” y plantea que: “esta igualdad de capacidades y elecciones no implica igualdad de resultados”. (2010, p.17).

Esta definición tampoco considera la desigualdad en su aspecto multidimensional, como el contexto del hogar, acceso a los servicios y oportunidades. La CEPAL y PNUD no

vinculan las desigualdades a la dinámica del modelo económico, sino que las presentan como distorsiones del mecanismo de igualdad estas se explican como “clientelismo, captura del estado, corrupción, debilidad institucional.” (PNUD, 2010, p. 99). Aunque estos problemas si existen no están desligados del modelo económico.

El BM define que la desigualdad es una variable de análisis necesaria para poder atender el problema histórico de la pobreza. Es decir, en sus propios datos, la desigualdad constituye un elemento que impide la eliminación de la pobreza, pues en los países que tienen una distribución desigual el crecimiento económico es menos efectivo para mejorar la vida de las personas. Nos especifica que “Para lograr la misma reducción de pobreza que en países desarrollados, los países desiguales deben crecer más que los que son más equitativos” (2006, p, 1) es decir, para resolver la problemática de la pobreza se debe fomentar el crecimiento y reducir la desigualdad; por lo tanto, el crecimiento necesario es directamente proporcional a la reducción de la igualdad. Entonces, la desigualdad está definida en términos del ingreso y para evaluarla se utilizará el ingreso nacional per cápita.

Aunque las definiciones de la CEPAL, PNUD, BM, OCDE parten de una equiparación de las condiciones del individuo, es claro que existen factores que producen brechas de ingreso dentro de la misma condición de nacionalidad, raza o género, que persisten en la producción de la desigualdad, y de resultados que deben ser abordados en otros aspectos y no limitarse a la variable económica que se deslinda de cualquier otro motivo imputable al sistema económico y político. Esta visión es más sencilla pues reduce

el número de personas que viven en una llamada línea de pobreza¹ a los que se le tendría que dar mínimos servicios de salud.

Por lo tanto, los factores de vulnerabilidad y de desigualdad son los riesgos sociales, que se reflejan en una carencia de seguridad básica, ésta es entendida como la ausencia de factores que permiten a individuos y familias disfrutar de derechos fundamentales, para desarrollarse plenamente como individuos y aspirar a mejores niveles de existencia. (Spicker, Álvarez y Gordon, 2009, p.298).

Se puede entonces bajo esta definición considerar pobre a alguien que posiblemente pueda cubrir necesidades básicas, pero no tenga acceso a seguridad social o a oportunidades de mejorar su educación o situación laboral. La exclusión social afecta a personas y áreas geográficas, puede ser vista no sólo en términos de niveles de ingresos, sino también vinculada a la salud, educación, acceso a servicios y vivienda. La pobreza y la exclusión son fenómenos que están ligados mediante una relación bidireccional, de forma tal, que la exclusión puede privar de los recursos, a la vez que la pobreza puede excluir a los individuos de las esferas socio-económicas donde se determinan las oportunidades para mejorar la calidad de vida, como educativas, de vivienda y laborales.

Los fenómenos que se derivan de la exclusión social incluyen:

- El surgimiento de los que viven sin vivienda
- Crisis urbanas
- Tensiones étnicas
- Aumento de desempleo, empleo informal o empleo sin prestaciones.

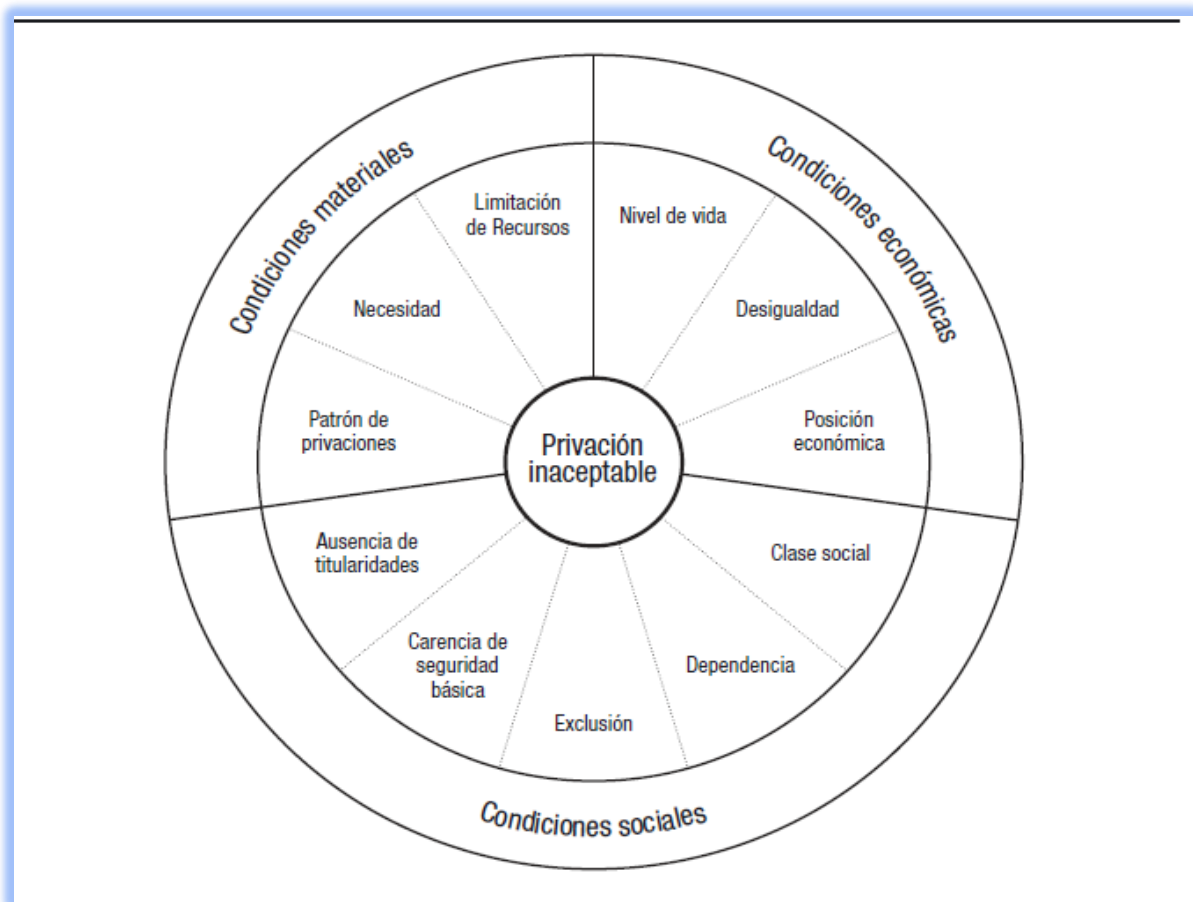
La pobreza en la definición de Spicker (2009) es un conjunto de relaciones sociales en las cuales las personas están excluidas de participar de una vida social normal. La Unión Europea (UE) ha definido la pobreza como la exclusión resultante de la limitación de los recursos:

¹ Línea de pobreza

“Se considerarán pobres aquellas personas, familias y grupos de personas cuyos recursos (materiales, culturales y sociales) son limitados a tal punto que quedan excluidos del estilo de vida mínimamente aceptable para el Estado en el que habitan” (EEC, 1985, en: Spicker, Álvarez, Gordon, 2009, p. 299).

La siguiente figura muestra los diferentes aspectos que se deben incluir en la definición de pobreza y que forman los elementos de la desigualdad. En donde la exclusión es un aspecto que integra ambos conceptos. (Spicker, Álvarez y Gordon, 2009, p. 302). Figura 1.

Figura 1. Aspectos que incluye la pobreza y que son parte integral de la desigualdad



Fuente: Spicker, Paul, Álvarez, Angélica y Gordon, David. (2009). Definiciones de pobreza: Doce grupos de significados. Argentina: CLACSO.

1.2 Desigualdad y sistema de salud pública

En el documento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) se establece que la equidad en los sistemas de salud en la región latinoamericana representa un desafío debido a la falta de consolidación y fortalecimiento de los mismos, al desarrollo económico bajo de la zona y la incapacidad de incorporar y aplicar las nuevas tecnologías existentes en otros países mejor desarrollados para procurar la salud y el bienestar. Las desigualdades según la OPS:

“Son diferencias en el estado de salud o en la distribución de sus determinantes, entre un grupo de población y otro. Son injustas cuando se deben a las políticas sociales que interfieren con el ejercicio de los derechos y se convierten en desigualdades injustas o inequidades”. (OPS, 2017).

Estas definiciones explican el problema, pero no toman en cuenta la importancia de las políticas económicas que un país adopta y que son las que determinan muchas veces el acceso o distribución de los presupuestos en los servicios de salud que podrán disminuir o aumentar el acceso que la población tenga a la atención médica para mejorar las condiciones sociales y disminuir la condición desigual. (Waitzkin, 2016)

1.2.1 Salud pública nacional

En los años 20 Charles E. Winslow definió la Salud Pública como la ciencia y arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficiencia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para lograr:

1. El saneamiento del medio.
2. El control de enfermedades transmisibles.
3. La educación de los individuos en los principios de higiene personal.

4. La organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.
5. El desarrollo de los mecanismos y políticas sociales que aseguren a todas las personas un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud, organizando estos beneficios de tal modo que cada individuo esté en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud. (Figueroa, 2012, pp.78-96).

Definición que a pesar del tiempo abarca lo más relevante sobre la Salud Pública; tenemos también la definición de Frenk, que acota algunas consideraciones importantes, “a diferencia de la medicina clínica, la cual opera a nivel individual, y de la investigación biomédica, que analiza el nivel subindividual, la esencia de la salud pública consiste en que adopta una perspectiva basada en grupos de gente o poblaciones” (Julio Frenk en Figueroa, 2012, pp. 78-96).

Así mismo, el Instituto de Medicina de Estados Unidos de América (IOM), señaló en 1988 que la salud pública es “aquello que, como sociedad, hacemos colectivamente para asegurar condiciones que permitan a la población permanecer saludable y representa la obligación de la sociedad de asegurar las condiciones para mantener la salud de la población”. Por lo tanto, su misión es promover la salud física y mental de ésta y prevenir las enfermedades, las lesiones y las discapacidades en la sociedad. Para lograrlo debe evaluar, categorizar y analizar las necesidades colectivas de salud y finalmente desarrollar políticas de salud basadas en el conocimiento científico disponible y la participación de la población, asegurando la presencia suficiente y oportuna de servicios destinado a la atención de la salud. (IOM 1988, cita en UAM, 2011, p. 21).

Los servicios de salud pública son un elemento esencial de la nación, sus acciones implican esfuerzos colectivos organizados sin enfoques individualistas, pues estos esfuerzos colectivos fomentan la salud y el bienestar de la comunidad nacional.

Los países tienen la capacidad y la responsabilidad de garantizar la conservación de salud de la población mediante intervenciones desarrolladas desde el Estado. Se considera como acciones de salud pública a varias actividades, como: los sistemas de agua potable, la eliminación de desechos, el aislamiento de individuos contagiosos, el saneamiento de viviendas, el control de sustancias tóxicas, la protección durante el trabajo, fomento del deporte, promoción de hábitos saludables, prevención de daños, aplicación de inmunizantes, la regulación de alimentos, bebidas y medicamentos, la evaluación de los determinantes de salud, la operación y creación de sistemas de información sobre las condiciones de salud y funcionamiento de servicios médicos. Muchas acciones de salud pública se llevan a cabo desde los servicios de salud, otras se operan desde sectores distintos como los servicios de agua potable y alcantarillado porque involucran otros campos. (UAM, 2011, p.19). Estos aspectos se añaden a las definiciones de Salud Pública de párrafos anteriores

1.2.2. Salud internacional

La OMS y la OPS, explican que “el término de salud internacional se utiliza para designar el campo de investigación e intervención que denota las dimensiones internacionales del proceso salud-enfermedad y de los sistemas de atención, en un nivel de análisis que incluye la focalización, en sus determinantes de salud, factores económicos y políticos y la determinación recíproca de la salud de los pueblos” (OPS, 1992, p, XXV). Los procesos de intervención internacional incluyen las Organizaciones Internacionales enfocadas en salud,

(OMS, OPS) la cooperación financiera internacional en salud y los mecanismos que definen esta cooperación. Esta salud internacional también pone importancia en las acciones políticas que definen el servicio de salud que las naciones adoptan y las prácticas que surgen de estas políticas.

El programa internacional de la OPS, supervisa la articulación de los conocimientos sobre los determinantes de salud, la práctica de salud y los procesos y mecanismos de cooperación técnica y financiera internacional en salud. (OPS, 1992, p. XXVIII).

Destaca en la región de América Latina que hay temas en la cuestión sanitaria regional que ameritan un análisis a nivel de los incentivos del sistema de salud. La OMS da la siguiente definición de incentivos: “toda recompensa o castigo que puede aplicarse a los profesionales de salud, pueden ser pagos o bonificaciones o acceso a becas, reconocimiento al trabajo” (Weller,2008), y los problemas de financiamiento del sistema; la asimetría en las relaciones de los profesionales del sector. Con asimetría se refiere a la diferencia entre el trato entre los profesionales, las insuficiencias del sistema, las nuevas tecnologías, los criterios biomédicos y los problemas sociales que derivan de los determinantes socioeconómicos. (OPS, 1992, p. XXVIII).

1.3. Medición de la salud pública.

En la sociedad internacional se reconoce la importancia de la evaluación de la salud pública para comprobar la eficacia de los servicios de salud y el bienestar de la población, así como la desigualdad en la cobertura. Puede medirse desde lo cuantitativo o lo cualitativo y permite establecer la opinión o la satisfacción que percibe la población que recibe el servicio.

La evaluación por indicadores estadísticos es la que posibilita un acercamiento a los datos, independientemente de utilizar métodos cualitativos para establecer el alcance de los servicios de salud. Los indicadores permiten visualizar los alcances de las medidas a los ciudadanos y obtener información importante para las investigaciones.

Estos indicadores se centran en el desempeño del sistema de salud como una forma de medir los resultados en los países de ingresos medianos y bajos², que es el caso de América Latina. Estos indicadores no tienen por objeto analizar el desempeño de servicios por programa sino una aproximación a nivel nacional.

1.3.1. Indicadores de salud

Los indicadores de salud que se toman en cuenta en un sistema de Salud Pública son:

Definición de acceso. El concepto se refiere a la ausencia de barreras físicas, económicas o sociales que pueden enfrentar las personas para usar los servicios de salud. Por barreras físicas se entienden las relacionadas con la disponibilidad y suministro de los servicios de salud, la distancia de los establecimientos. Por barreras económicas se entiende aquellas relacionadas con el costo de buscar y obtener atención médica con respecto a los ingresos del hogar.

Equidad. Este concepto en relación a los sistemas de salud se define como el estado utilización o acceso a la salud entre diferentes grupos socioeconómicos, étnicos o de género.

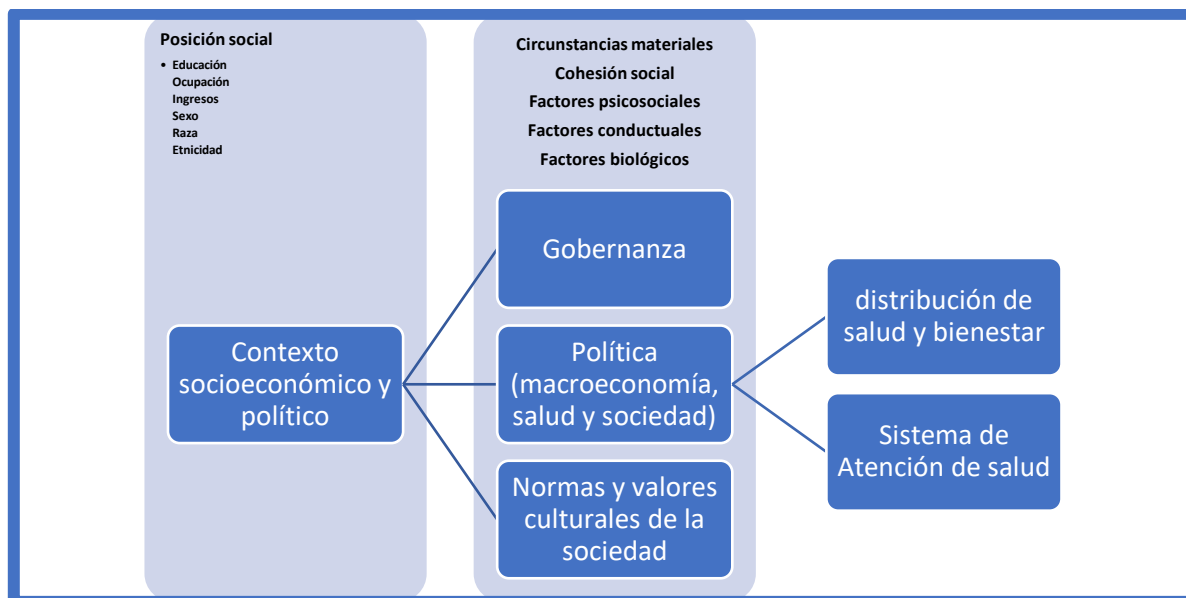
² El BM clasifica los países según su ingreso, alto, mediano alto, mediano bajo y bajo. Esta clasificación se base en el ingreso nacional bruto (INB) per cápita en dólares. La clasificación se actualiza todos los años. En: Blogs.worldbank.org. <https://blogs.worldbank.org/es/opendata/nueva-clasificacion-de-los-paises-segun-el-nivel-de-ingresos-para-2019-y-2020#:~:text=El%20Banco%20Mundial%20clasifica%20las,usando%20el%20m%C3%A9todo%20de%20Atlas> .[Consulta: 18/05/21]

- Acceso. Porcentaje de población rural y urbana pobre, Porcentaje de establecimientos de salud que atienden esta población, población por médico.
- Acceso económico. Costos promedio de la atención como porcentaje del PIB para los ciudadanos de ingreso mediano o bajo.
- Indicadores de equidad. Coeficiente Gini, que como ya se ha comentado, sintetiza el grado en que el sistema de salud beneficia a los ciudadanos de menos ingresos, es una medida de desigualdad en los ingresos que fluctúa entre cero (igualdad completa en la distribución del ingreso) y uno (desigualdad en la distribución del ingreso). (Knowles, Leighton, Stinson, 1997, p.14-21).

1.3.1. Indicadores sociales de salud.

La OMS define los determinantes sociales de salud (DSS) como las “circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de vida cotidiana” (OMS, 2021). Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones diferentes pueden presentarse en la población y pueden dar lugar a diferencias entre los servicios de salud. Por lo tanto, si estas diferencias son inevitables se consideran desigualdades y entonces se necesita replantear las políticas y diseñarlas para aumentar la equidad.

Figura 2. Marco conceptual de los determinantes de salud



Fuente: OPS/OMS (2021, mayo). Determinantes sociales de la salud (En línea). <https://www.paho.org>.

1.3.3. Factores determinantes de salud

Para poder establecer las diferencias en las condiciones de salud entre un grupo poblacional y otro, la OPS (2000) nos dice cuáles son los factores determinantes de salud. Los cuales son evidencias para saber si un grupo dado tiene alcance a una salud integral. Estos son:

- Ingreso y posición social. Las sociedades con prosperidad y riqueza distribuida equitativamente tienen poblaciones más sanas.
- Redes de apoyo social. El apoyo de la comunidad y de la familia va asociado a un mejor estado de salud.
- Educación. La educación aumenta las posibilidades de ingreso y seguridad laboral la comprensión de los indicadores positivos o negativos del estado de salud.
- Empleo y condiciones de trabajo. El desempleo se asocia con un mal estado de salud. El trabajo otorga seguridad social y recursos.

- Entorno físico. El medio ambiente, vivienda, seguridad en el trabajo, buen ambiente de trabajo, el diseño de las comunidades.
- Características biológicas y dotación genética. La dotación genética del individuo, el funcionamiento corporal, y el proceso de desarrollo y envejecimiento son factores que determinan la salud.
- Hábitos personales de salud. Las costumbres de limpieza de las personas, como; baño diario, limpieza dental, etc.
- Desarrollo del niño sano. Las circunstancias prenatales y el desarrollo de la infancia temprana, la buena o mala alimentación, un ambiente sano y el apoyo familiar, los servicios de salud adecuados y accesibles.
- Servicios de salud. Dependiendo de las políticas económicas del país, será la accesibilidad al sistema de salud, si es privado, público, si el país está inclinado a una visión cooperativista o individualista. (OPS, 2000, pp. 7-11).

Es necesario entonces determinar en qué consisten estas visiones individualistas (neoliberales) y cooperativistas (Estado de bienestar, economías de mercado, etc.) que anotaremos en los siguientes apartados. Dejando en claro que siempre ha existido la desigualdad pero que la aplicación de las políticas neoliberales en los sistemas de salud, ocasiona muchas veces que estas desigualdades sean mayores, como se verá en los capítulos posteriores. Las diferencias sanitarias entre los diferentes estratos sociales permanecen y en algunos casos se han acentuado, por lo que las acciones en la materia de salud necesitan ser más eficientes y distributivas, las acciones en materia de regulación sanitaria pueden mejorar y ser más efectivas para lograr que los programas de salud sean más igualitarios. (UAM, 2011, p. 15).

1.3. El sistema de salud

Según la definición de la OMS, (Organización Mundial de la Salud), el sistema de salud, “consiste en el conjunto de las organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, establecer y mantener la salud,”³ así mismo, el sistema es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Es también su responsabilidad proporcionar, buenos tratamientos y servicios que correspondan a las necesidades de la población. Para la OMS el principal responsable del sistema de salud es el gobierno. (OMS, 2020).

El sistema de salud por su definición es parte del tejido social y contribuye a la salud de la comunidad en general por lo que hace su aportación significativa a la equidad, la justicia, el respeto y dignidad de los individuos.

La misión de un buen sistema de salud se enfoca en entregar servicios de calidad que den respuesta a las problemáticas que manifiesta la población, proteger de la enfermedad sin comprometer las finanzas de las personas, respetar los derechos humanos de los usuarios y tener una cobertura universal sin importar la condición financiera, raza, edad y sexo del beneficiario.

La otra finalidad de un sistema de salud es responder completamente a las expectativas de la población que atiende, según la OMS, esto se califica como “capacidad de respuesta” que abarca dos dimensiones: el respeto a los seres humanos y la orientación a

³OMS. [Who.int/features/qa/28/es/](https://www.who.int/features/qa/28/es/) [Consultado: 11/10/2020].

la satisfacción de las inquietudes de los pacientes y sus familias. (González, Castillo y Matute, 2019, p.14).

La constitución de la OMS, establece que el “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todos ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”. (OMS, 2014).

1.4.1. Elementos básicos del sistema de salud

La OMS (González, Castillo y Matute, 2019, p.16) describe seis elementos básicos que forman un sistema de salud, son: la gobernanza, la información, la financiación, la prestación de servicios, los recursos humanos, medicamentos y tecnología. La respuesta del sistema de salud es una interacción entre las partes coordinada para lograr evitar deficiencias en el servicio al público.

Figura 3. Elementos Básicos de un sistema de salud



Fuente: González, Castillo y Matute, (2019). *Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. Chile: Universidad de Medicina, Clínica alemana. P. 16. (Elaboración propia).

En el centro del esquema están las personas que son la base del sistema pues son los que requieren la atención como un derecho humano. El liderazgo y gobernanza tienen la responsabilidad de conducir el sistema de salud en su totalidad. La gobernanza requiere la dirección y visión para ejercer la regulación técnica, administrativa y financiera, así mismo, controla la actividad del sistema mediante programas y planes además de evaluar el cumplimiento de las políticas y normas de salud. (González, Castillo y Matute, 2019, p. 17)

Según los mismos autores, la prestación de servicios comprende las acciones de salud que se realizan en las personas, la promoción de la salud, la prevención de

enfermedades, y también busca el tratamiento de padecimientos, rehabilitación que ayuda la recuperación de la salud o paliación de la enfermedad. Los servicios individuales (consultas, vacunas) se entregan a las personas mientras que los servicios colectivos o de salud pública se dan a las comunidades (alimentos). (González, Castillo y Matute, 2019, p. 19)

En la misma obra se especifica que el personal sanitario o recursos humanos son las personas que trabajan ya sea en el sector privado o público de salud que dan un servicio o prestación a las personas que buscan la atención de salud. Este personal debe tener los conocimientos técnicos y la vocación de servicio y responsabilidad social. Es básico que el personal sea suficiente, preparado, receptivo y eficiente. Para que se logre obtener estos atributos en el personal es necesario un buen papel en la gobernanza de manera que maneje la inversión correctamente para la formación, contratación, desarrollo y motivación de los recursos humanos y la adquisición de insumos e instalaciones que son indispensables para prestar los servicios de salud. (González, Castillo y Matute, 2019, p. 19).

La tecnología de la asistencia sanitaria es “la aplicación de conocimientos y habilidades organizados en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos, y sistemas desarrollados para resolver un problema de salud y mejorar la calidad de vida” (González, Castillo y Matute, 2019, p. 19).

Así mismo, la financiación se define como la recaudación de los fondos requeridos para el buen funcionamiento del sistema, que permita una atención de salud correcta que permita cubrir las necesidades del individuo o las personas colectivamente. Dentro de su función debe determinar los recursos financieros disponibles, así como asignar los flujos de

dinero dentro del sistema de salud la financiación es un instrumento que coadyuva en la política sanitaria para mejorar la salud y reducir la desigualdad en la atención.

Por consiguiente, por información, se entiende la existencia de un sistema y documentación actualizada dentro del estructura de salud que permita analizar los datos existentes para una mejor aplicación dentro de la salud pública, la información se obtiene de la situación sanitaria, el desempeño del sistema, los determinantes de salud de la población, la medición de la desigualdad en la salud de la población, la información financiera, los recursos humanos, la tecnología y la infraestructura, la calidad de la atención prestada, para poder innovar las áreas de trabajo y la atención a los pacientes. (González, Castillo y Matute, 2019, p. 20).

Es importante estudiar el origen de las diferentes concepciones y teorías en las que las políticas de salud son diseñadas para entender las diferencias entre las disposiciones referentes a la salud que toman los Estados.

1.4.2. Seguridad Social

La Organización Internacional del Trabajo, desde su fundación fue declarada un derecho humano básico en 1944, y la define como la protección que una sociedad proporciona a los individuos y los hogares para asegurar el acceso a la asistencia médica y garantizar la seguridad del ingreso, en particular en caso de vejez, desempleo, enfermedad, invalidez, accidentes de trabajo, maternidad o pérdida del sostén de la familia (OIT, 2001)

En los convenios de la OIT y en los instrumentos de la Organización de las Naciones Unidas se establece como un sistema basado en cotizaciones que garantiza el amparo del empleado.

La misma OIT, dice que solo el 20 por ciento de la población mundial tiene una cobertura adecuada en materia de seguridad social, debido a la economía informal, que se manifiesta por las políticas neoliberales que buscan más el crecimiento del comercio internacional, una profunda reorganización de los procesos de trabajo, el crecimiento del sector terciario y la reducción de plazas en la industria que favorecen la precariedad laboral con contratos temporales, outsourcing y la expulsión de trabajadores de los circuitos formales, se espera también que el Estado deje de tener interés en cuanto a la defensa de los intereses del sector, y que los conflictos se resuelvan como “privados” que se refleja en las nuevas legislaciones laborales. (Guzmán, 2002)

Estas condiciones laborales aumentan las privaciones de la clase pobre lo que facilita la aparición de enfermedades por privación y que no se pueden atender porque necesitan servicios especializados que bajo las políticas económicas neoliberales pertenecen al sector privado.

1.5. Visiones individualistas y colectivistas en las políticas de salud pública que se derivan en la seguridad social

Primeramente, se definirá qué es el individualismo y el colectivismo, qué Estados tienen esta visión y como afectan las decisiones que se toman mediante las diferentes políticas del sector de salud pública en un gobierno.

El campo de la salud pública siempre ha tenido una importancia política pues es un elemento que ha formado parte del Estado en los últimos tiempos además de su valor como parte de la legitimación política, ha dado paso a instituciones claves de los sistemas de protección social y en la lucha contra la marginación, la exclusión y las desigualdades

sociales. “Aspectos fundamentales para la supervivencia de los Estados, tanto en la órbita capitalista como en la socialista”. (Jiménez, 2012, p. 195).

Dos conceptos claves para entender la fundamentación del Estado capitalista liberal⁴, y del neoliberalista, y el papel de las políticas sociales, son el individualismo y el colectivismo.

1.5.1. Individualismo

El término “individualismo” se refiere en tanto a una filosofía con implicaciones de tipo ético, político económico y metodológico, como también de una forma de vida que está basada en la libertad de las personas para actuar. El individualismo es la doctrina que hace al individuo el fundamento de la sociedad. Según esta concepción, “el individuo es independiente de las normas sociales que están implicadas en una colectividad. Se concibe entonces a la sociedad como el mero resultado aritmético de la suma de los individuos”. (Jiménez, 2012, p. 82).

Es en el siglo XVII es donde aparece la idea de un individualismo que se convierte en la base de lo político y del Estado de derecho. El individuo ya no es una parte de un todo moral y social sino ahora es propietario de sí mismo. El poder soberano del Estado está ahora al servicio de este individuo. Según Hobbes lo transcribe: “autorizo y transfiero (al Estado) mi derecho de gobernarme a mí mismo” (Hobbes, 2017, p. 142,143). El papel del individualismo expresado por Hobbes, como motor de la política y las acciones humanas construyó esta visión individualista del capitalismo exacerbada en el neoliberalismo.

⁴Estado liberal clásico. Fines del siglo XVIII, sistema capitalista resultante de la Revolución Industrial, se desarrollaron teorías económicas para explicar el capitalismo industrial, llamados economistas clásicos, entre ellos Adam Smith, David Ricardo, enfatizaban el mercado autoregulado (dejar pasar, dejar hacer) la libertad personal, el interés privado y la propiedad privada. (Méndez, 2006, pp. 45-46)

Para Hayek, iniciador del pensamiento neoliberal, el concepto de individualismo surge de los políticos y filósofos ingleses del siglo XVII y XIX, John Stuart Mill, Thomas Hobbes, Alexis de Tocqueville, John Locke, Adam Smith, que utilizaron los términos por primera vez. El individualismo iba unido con la idea de la máxima libertad a lo individual, es decir, todos los individuos que conforman la sociedad son igualmente racionales y actúan buscando su beneficio, Toqueville le adhiere una conexión con la democracia estadounidense, el logro de los fines individuales es uno de los atributos de ésta. (Trandis, 1995).

Siguiendo estos razonamientos el individualismo es un modelo social que consiste en una cadena poco ligada entre los individuos que tienen una visión independiente de sí mismos y fuera de cualquier colectivo, son motivados principalmente por sus preferencias, necesidades y derechos y de los contratos individuales que establecen con otros. Dan prioridad a los objetivos personales sobre los de los demás, y enfatizan el análisis racional de las ventajas de no asociarse con otros. (Trandis, 1995, pp. 2, 20-23).

Para Hayek (1996, pp. 10,11,13,15) el individualismo favorece la espontaneidad de la sociedad sin la dirección o planeación que lleva al totalitarismo o colectivismo, por lo consiguiente, el individualismo es el sistema donde el hombre malo puede hacer menos daño. Para el autor, este individualismo no depende de buenos hombres para funcionar, sino que utiliza los talentos o fallas que existen en cada hombre para su beneficio. El individualismo es el sistema donde es posible garantizar la libertad. Sin embargo, esta noción del individualismo por supuesto incluye a la familia y los amigos cercanos, lo que implica que sus intereses y deseos tendrán efectos en esa esfera cercana, es decir, en una

parte pequeña de la sociedad. pero no quiere decir que en este proceso social individual cada quien puede probar sus acciones y ver que pueda hacer.

Según Hayek, (1996) cada persona puede obtener en la medida de su esfuerzo la recompensa que merece y no darle la responsabilidad a la sociedad de los resultados obtenidos en sus elecciones. Ni pensar que esta sociedad debe preocuparse por la falta de recompensa o malas condiciones de vida.

Estas ideas sobre el individualismo son la base en la que la teoría neoliberal desprende los mecanismos de mercado de cualquier regulación estatal para permitir ser al hombre “libre” y evitar cualquier “servidumbre moderna” según Hayek, (1996), pues el Estado de bienestar destruye la libertad de los individuos. Por estas razones se justifica así la extensión de la estructura neoliberal bajo la ética de la libertad o hiperindividualización. Entonces, el neoliberalismo de acuerdo con Foucault, extiende el proceso económico a una matrix general de relaciones políticas y económicas. (Read, 2009, p. 27). Bajo esta visión individual se deja la “cuestión social” en el ámbito de la responsabilidad del individuo y no se extiende al Estado.

Las políticas generadas por este neoliberalismo se experimentaron inicialmente en Chile, y regresaron a los países desarrollados durante los regímenes de Reagan y Thatcher, y el resto del mundo, volviéndose una visión hegemónica. (Read, 2009, p. 25).

En este sistema hiperindividualista neoliberal los sindicatos, el Estado, las políticas sociales, los sistemas de salud pasan a segundo plano pues el foco está centrado en el desarrollo de los mercados financieros y de consumo. Además, que las personas obtendrán

lo equitativo a su esfuerzo en cuestión de remuneración y con base en esto podrán gestionar su salud, educación y vivienda. (Lipovetsky, 2007, p. 9,10).

Es por esta razón teórica que en Latinoamérica las reformas del sector salud que se tomaron a partir de los años ochenta tuvieron origen en la transformación neoliberal y como ejemplo de esto se recurrió a copiar las políticas del sistema de seguridad social chileno que se reformaron en la dictadura de Augusto Pinochet.

En el siguiente capítulo se explicará el origen del Estado de bienestar y el neoliberalismo, pero es necesario aportar en esta sección la definición de David Harvey para el término neoliberalismo

El Neoliberalismo es principalmente una teoría y práctica de economía política que propone que el bienestar del ser humano puede ser mejor alcanzado por medio de la liberación del mercado y de las habilidades de los individuos dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada fuertes, mercados libres y libre comercio, el rol del Estado es preservar este marco institucional creado para preservar estas prácticas. (Harvey 2007, p. 2).

Para explicar la acción de transformación de la economía liberal Karl Polanyi explica que ésta causó una ruptura violenta de las sociedades donde el mercado no tenía el papel central, y, por lo tanto, se lograba el prestigio a través de otros elementos como la tradición, la dignidad del trabajo, el papel que se tenía en la comunidad. Antes de la segunda mitad del siglo diecinueve, la economía no estaba ligada a la sociedad. Cuando irrumpen los mercados autorregulados nació una nueva sociedad, donde el trabajo y la tierra se transformaron en mercancías, entonces, se creó un nuevo tipo de sociedad donde se controlaba mediante el hambre a las personas y todos los que carecían de propiedad fueron obligados a tener un precio por su trabajo, llamado salario contradiciendo la naturaleza social del hombre.

Según el autor, esta nueva sociedad de mercado reclamaba la libertad individual de morir de hambre. Los hospicios fueron transformados en refugios para indigentes sin derechos dependientes de la caridad y sujetos además del hambre a la infamia. (Polanyi, 1994).

En este régimen capitalista, todos deben tener un ingreso individual, su posición social depende de sus ingresos, su atención a la salud también está ligada a sus ingresos. En esta sociedad de mercado es también válido hablar de determinismo económico, pues el funcionamiento del mercado determina la existencia y el lugar en la sociedad. (Polanyi, 1994, pp. 31-51).

En las sociedades capitalistas ya no se habla de sociedad, se habla de actores individuales donde sus interacciones y toma de decisiones están condicionadas por sus intereses y sus aspiraciones políticas. (Cox, 1987, p. 2) Por lo tanto, en sus Estados neoliberales o de libre mercado se encuentra garantizada la libertad personal e individual, cada individuo es responsable y debe responder por sus acciones y de su bienestar. Por consiguiente, estos principios individualistas incluyen el sistema de protección social, la atención sanitaria y las pensiones. Para ellos el Estado no está comprometido con la cuestión social, si no el éxito o fracaso, son méritos o fallas interpretados como personales y responden a los esfuerzos invertidos en el trabajo o profesión.

1.5.2. Colectivismo

En el colectivismo se busca la primacía del bien de todos sobre el bien del individuo, se enfatiza el valor de lo social, se busca el bienestar del conjunto de la sociedad, comprende a la sociedad como una cadena de esfuerzos para lograr un bien común.

El Colectivismo, (Triandis, 1995, pp. 2, 6) se define como el modelo social que consiste en una cadena de individuos, quienes se ven a sí mismos como parte de colectivos. Pueden ser tribus, nación, familias, trabajadores; que son motivados

principalmente por normas y deberes impuestos por el grupo social, les dan prioridad a las metas de dichos colectivos sobre sus objetivos personales, poseen un énfasis en el comportamiento determinado por las normas sociales, comparten creencias con los demás que conforman el conjunto y experimentan un deseo de cooperación con todos los miembros del grupo.

Esta comunidad de grupo, también representa un freno para los que no son parte del mismo pues imposibilita la incorporación de migrantes o minorías. El Colectivismo enfoca las acciones de las personas en pro del país o grupo social; los individualistas, por el contrario, construyen sus conceptos mediante la definición de sus atributos personales. (Triandis, 1995, pp. 2, 6).

En la economía del capitalismo clásico centrado en el *Laissez-faire* (Adam Smith), de ideas individualistas, y que se enfoca en la propiedad privada de los medios de producción y el intercambio de mercancías, que favorece una la autonomía del mercado que debilita al Estado. Todo esto contrasta en gran medida con el colectivismo que existe en las visiones ordoliberales, social demócratas, socialistas y marxistas, donde el gobierno es el dueño de estos medios, y que está implicado en la vida de los ciudadanos en todos los órdenes, con instituciones como las Iglesias, las Escuelas y destaca la dependencia de los individuos o pertenencia al Estado. (Triandis, 1995, p. 19).

Cuadro 1. Características del Individualismo y Colectivismo en la sociedad

	Individualismo	Colectivismo
Sociedad	Acción individual	Relación comunitaria
Cultura	Naturaleza individual	Naturaleza social
Personalidad	Individuo	Comunidad colectiva

Elaboración propia. Información de Gobernado Arribas (1999). "Individualismo y Colectivismo en el análisis sociológico" Reis, núm. 88. Universidad de Málaga. P. 9-25

El individualismo es una de las justificaciones que guían la toma de decisiones para legitimar el comportamiento del sistema de mercado desregulado y la libre empresa como la mejor forma de modelo económico. Los modelos individualistas capitalistas incentivan el ejercicio de la libertad ciudadana por medio de la sociedad civil, el libre mercado y el sistema de competencia más que un trabajo conjunto con el Estado.

El colectivismo promueve la planificación económica, la cooperación, el trabajo conjunto y el mercado regulado. (Gobernado, 1999, p.15). Veamos el siguiente cuadro que nos explica visualmente los modelos de Estado capitalista y socialista bajo la visión individualista o colectivista. Han existido gobiernos capitalistas cooperativistas, y gobiernos socialistas también.

Cuadro 2. Estados con visión individualista y colectivista

SISTEMA ECONÓMICO	VISIÓN INDIVIDUALISTA	VISIÓN COLECTIVISTA
<p>CAPITALISMO Sistema económico basado en la propiedad privada de los medios de producción, la libre empresa.</p>	<p>ESTADO LIBERAL CLÁSICO. Surgió en el Siglo XVIII, sistema capitalista resultante de la Revolución Industrial, aplica teorías económicas de los economistas clásicos, entre ellos Adam Smith, David Ricardo, que enfatizaban el mercado autoregulado la libertad personal, el interés y la propiedad privada.</p> <p>ESTADO KEYNESIANO. Estado, llamado así por John Maynard Keynes economista inglés cuyos postulados fueron determinantes para desarrollar el Estado de Bienestar, en este Estado se establece una relación entre el capitalismo y el bienestar social con un Estado que cuida el buen funcionamiento de las fuerzas del mercado, estableciendo derechos sociales y sindicatos para amortizar las consecuencias del capitalismo liberal.</p> <p>ESTADO NEOLIBERAL. Es una doctrina económica que se base en el liberalismo de Adam Smith, reformulado desde los años 30 por Von Mises y Von Hayek como respuesta al keynesianismo y su Estado de Bienestar se opone a la intervención del Estado en la economía y al gasto gubernamental en el sector social-</p>	<p>ESTADO ORDOLIBERAL. La escuela de Friburgo o la Escuela ordoliberal se fundó en 1930 en la Universidad de Friburgo en Alemania por el economista Walter Eucken, este pensamiento sostiene que la ley le provee un marco de conducta a la economía libre, y que es más importante el bienestar de la comunidad. Se le conoce como neoliberalismo alemán, también formaron parte Alfred Müller-Armack, Wilhelm Röpke and Alexander Rüstow. Se refiere al establecimiento de un orden dentro de la sociedad, incluido en el concepto de constitución económica.</p> <p>ESTADO SOCIAL DEMÓCRATA CRISTIANO. Plantea la protección estatal de los más débiles, acude al concepto del bien común, plantea un capitalismo con control estatal del mercado, establece la función social de la propiedad privada, defiende un salario justo, bajo la guía de la iglesia católica y su comunidad. Concilia los principios del cristianismo y la democracia. Surgió a partir de la encíclica <i>Rerum Novarum</i> de León XIII.</p> <p>ESTADO CON ECONOMÍA SOCIAL DE MERCADO. Se centra en la dignidad de las personas y el rol de las comunidades, como su orientación básica, es un modelo que salvaguarda los mínimos éticos necesarios para que todas las personas puedan vivir dignamente.</p>

		<p>busca aprovechar las virtudes del mercado como asignador de recursos, fomento del emprendimiento y la preservación de la competencia. El rol del Estado es cuidar los elementos del bien común</p>
<p>SOCIALISMO. Marx lo consideraba como una etapa de transición que conduciría hacia la supresión de las clases sociales y la abolición del estado: el comunismo. El socialismo se caracteriza por la dictadura del proletariado y la substitución progresiva de la propiedad privada es decir la propiedad colectiva de los medios de producción y regida por el principio de aprovechar las capacidades de cada quien y a cada cual asignar su labor.</p>		<p>ESTADO SOCIALISTA. El Estado socialista no puede ser colocado por encima de los intereses de la sociedad, sino que debe garantizar la participación de los trabajadores en el Gobierno de la Sociedad. Existe la propiedad social sobre los medios de producción, las clases sociales no son antagónicas, las relaciones sociales son de cooperación y ayuda mutua. Existe una planificación central de la producción, la desaparición del desempleo, desaparece la propiedad privada y los ciudadanos tienen acceso al bienestar social por igual.</p> <p>ESTADO SOCIAL DEMÓCRATA. Es una corriente socialista que ve en la participación política, en la democracia parlamentaria y en el Estado instrumentos que junto con la huelga y la movilización obrera serán la estrategia para edificar una sociedad socialista.</p>

Elaboración propia con datos de: García Brigos, Jesús. (1998). *La propiedad social socialista y la transformación comunista: sin teoría no hay práctica revolucionaria*. Cuba: CLACSO. Guillén Romo, Héctor. (2006). “Los grandes teóricos del capitalismo (Fundamentos y Debate)”. en Revista, *Mundo Siglo XXI*. México: Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales del Instituto Politécnico Nacional. Hernández-Vela Salgado, Edmundo. (2012). *Diccionario de Política Internacional*. México: Editorial Porrúa. Maldonado Roldan Jorge y Sebastián Castillo Ramos. (2010). *Economía Social de Mercado, una respuesta humanista que supera disyuntiva de Estado o Mercado*. Chile: Fundación Konrad Adenauer Stiftung-Universidad Miguel de Cervantes, Editorial JC Sáez SPA. Méndez M, Silvestre. (2006). *Fundamentos de Economía*. México: McGraw-Hill Interamericana. Silva Salazar, Fernando. (2005). “La configuración del Estado de Bienestar. Elementos constitutivos”. Revista *Reflexión Política* núm. 14, Colombia. Silva Triste, Fernando. (2005). *Breve Historia de la Socialdemocracia*. México: Editorial Porrúa. Vanberg J, Victor. (2011). *The Freiburg School: Walter Eucken and Ordoliberalism*. Germany: Institut für Allgemeine Wirtschaftsforschung; Abteilung für Wirtschaftspolitik; Universität Freiburg. Vergara, Jorge. (2015). *Mercado y Sociedad, La utopía política de Friedrich Hayek*. Chile: CLACSO.

Este cuadro nos especifica que no todos los Estados con modelo capitalista promueven la visión individualista de Hayek, sino que incorporan los conceptos colectivistas en busca de un Estado Capitalista, pero que establece por medio de reglas el funcionamiento del mercado para proteger a su población de los efectos de éste y promover el Bienestar Social en donde se encuentra los sistemas de seguridad social con cobertura universal.

Los conceptos colectivistas incorporan al Estado de bienestar, el control de la expansión desmedida de la economía de libre mercado por medio del Estado, la protección social, la legislación de la salud pública, las condiciones de trabajo, los servicios municipales, y los derechos sindicales. (Polanyi, 2017, p. 28).

Del Estado benefactor derivan las leyes sociales donde se fomenta la protección del ciudadano, leyes que se incorporaron en los Estados capitalistas europeos, así como en algún grado en Estados Unidos, Canadá y Latinoamérica. Chile no se excluyó de esta lógica de bienestar, en los años 20 introduce en la Constitución las leyes sociales, es durante todo el siglo XX que en el país se experimenta una lucha por establecer un sistema de salud pública parecido a los europeos, se logró una evolución pero también se dieron algunos estancamientos debido a las diferentes corrientes políticas de sus presidentes y las decisiones que tomaron con respecto a las políticas sociales, algunas veces hacia el Estado Benefactor y otras hacia el Estado Liberal. En 1973 se dio un golpe definitivo hacia el Estado Neoliberal y por lo tanto, a la reducción del papel del Estado en las políticas públicas.

Capítulo 2. Antecedentes históricos del Estado de Bienestar y Antecedentes del sistema de salud chileno.

Como ya se abordó en el capítulo anterior teóricamente la misión del Estado de bienestar es procurar políticas sociales que aseguren el pleno empleo, y servicios de salud. El término de Estado de bienestar (*Welfare State*) se refiere a la actividad de los gobiernos dirigida a suministrar servicios sociales financiados por los gastos presupuestarios a través de la redistribución de la renta y el suministro público de asistencia sanitaria, servicios educativos y vivienda. (Comín, 2007, p. 68).

La situación del Estado de bienestar en los países que lo adoptaron después de la Segunda Guerra Mundial en relación con la aplicación de políticas sociales, variaba considerablemente debido a las características históricas y económicas de cada país. Evidentemente la inclinación política de los gobiernos es importante, pues con base en si son partidarios de la visión individualista o con visión colectivista, explicadas en el capítulo anterior, serán sus decisiones sobre las políticas sociales.

Sin embargo, países donde existe un alto nivel de desarrollo económico el Estado de bienestar se reproduce y expande favorablemente y donde los niveles de desarrollo son bajos éste experimenta muchos problemas para subsistir. (Schmidt, 2001, p. 258). Es por esta razón que el Estado benefactor en los países escandinavos y de Europa occidental era mucho más desarrollado a comparación del que se construyó en Latinoamérica.

2.1. Historia del Estado de bienestar

Para Gramsci; el Estado representa la hegemonía ideológica que se vive en un momento histórico determinado, que en esta coyuntura es el capitalismo. Esta hegemonía capitalista desarrolla sus instituciones y gobiernos, es decir el Estado adopta el modelo de dominación capitalista y por lo tanto esta expresión de hegemonía sufre transformaciones para legitimarse o contrarrestar otras formas de pensamiento. (Cárdenas, 2017, p. 12).

El Estado de bienestar tiene su auge en la coyuntura que surgió después de la Segunda Guerra Mundial en el contexto de la Guerra Fría, el Estado de bienestar existió tanto en los países capitalistas y en los socialistas como examinamos el capítulo anterior. A partir de los años 40 el Estado de Bienestar forma parte de ese modelo hegemónico que surgió en respuesta por una parte de las injusticias del Estado capitalista liberal de principios de siglo y de la necesidad de “contrarrestar las influencias del marxismo, que los países capitalistas veían como una amenaza”. (Cárdenas, 2017)

Como afirma Jaime Cárdenas, este tipo de Estado benefactor apareció de la evolución del Estado liberal clásico nacido del modelo de producción capitalista manifestado a raíz de la Revolución Industrial, el desarrollo de nuevas tecnologías para la creación de riqueza, el desarrollo de las finanzas internacionales, la revolución del concepto de propiedad privada. En la Revolución Industrial en Inglaterra las instituciones evolucionan del poder de la nobleza al Estado, por lo que solo a éste le corresponde ejecutar las leyes, cobrar los impuestos, promover las relaciones de producción, establecer las relaciones diplomáticas con otros Estados.

En el Estado liberal clásico a partir de la defensa de la propiedad privada se va convirtiendo a la economía en un determinante de la política, las relaciones sociales se conciben a través del mercado y el Estado tiene el papel de colaborar para lograr una armonía entre los individuos y el ejercicio de la producción para mantener la paz y el orden público. (Cárdenas, 2017, pp. 38-40).

Por lo tanto, la acción económica de los individuos en una sociedad de libre mercado es totalmente ajena a las prácticas solidarias pues en esta sociedad la propiedad e iniciativa privada son sus instituciones fundamentales y por lo tanto todas las decisiones serán tomadas en consideración a estos parámetros; por consiguiente, la solidaridad se concibe ajena a la economía pues la distribución y el bienestar son alcanzados por medio de la acción del libre mercado. (Capdevielle, 1993, pp. 23-41).

En el momento en que la economía se vuelve el centro de las decisiones estatales se trastoca a la sociedad pues el ciudadano deja de ser el actor importante para el Estado y a partir de esto, todas las decisiones se tomarán a favor del crecimiento del mercado. (Polanyi, 2017, p. 43). Se presiona a los gobiernos por medio de *lobbies*⁵ o grupos de presión, que buscan establecer los intereses de los empresarios privados por encima del interés general, utilizan métodos que rara vez son abiertos o públicos, por medio de regalos poco comprometedores y a veces la corrupción pura, también hay numerosas acciones intermedias entre las dos anteriores, su propósito final es de conseguir modificar la legislación o las instituciones a su favor, o mantener el mismo estado de cosas. (Sauvy, 1996, pp. 19-40).

⁵ La palabra *lobby* se emplea para designar la acción de personas externas que se mezclan entre los parlamentarios en los pasillos y fuera del Parlamento para influir en ellos y favorecer sus intereses sobre los intereses comunes. Sauvy, Alfredo. (1966).” Lobbies y grupos de presión” *Revista de Estudios Políticos*, núm. 146, pp. 19-40.

Este manejo del Estado de la economía liberal clásica causa “la polarización de la riqueza, beneficia solo a los dueños de los medios de producción creando insatisfacción social dañando la organización productiva de la sociedad”, (Cuadra, 2015, p. 139).

Estas circunstancias de desigualdad social, de desamparo, en cuestión de salud, educación, vivienda y seguridad, de los ciudadanos pertenecientes al Estado liberal clásico, terminó por dañar al mismo mercado pues las condiciones sociales ocasionaron el estancamiento del mismo. Se hizo necesario entonces empezar a aplicar políticas sociales en busca de mejorar las condiciones de vida de los miembros de la sociedad, necesidad que determinó el nacimiento del Estado de Bienestar a principios del siglo XX. (Polanyi, 2017).

Después de la crisis económica del Estado liberal clásico de 1929 quedó claro que, la “mano invisible” de la economía y el *laissez faire*, no fueron suficientes para evitar la crisis económica, se tuvieron que hacer cambios en el papel que tenía el Estado para intervenir en la economía y se buscó un enfoque más social para contrarrestar las influencias del socialismo, afirmando la relevancia de la primacía de todos, es decir, el bien común para lograr un bienestar y un mejor nivel de vida. (Skousen, 2007, p. 134).

Hasta antes de 1930 se pensaba que el Estado tenía que ajustarse a la economía y que el mercado corregía automáticamente los desajustes, que las políticas de Estado tenían que ayudar a aceptar la maquinaria del libre mercado y que con algunas políticas sociales podría corregir alguna discrepancia, lo cual se contradijo con la experiencia vivida en la “Gran depresión”, circunstancia que facilitó la aparición del Estado benefactor. Se define al Estado de bienestar en palabras de Rafael Muñoz de Bustillo, como: “el entramado de actuaciones públicas dirigidas a proteger a los ciudadanos o residentes de un país de

determinados riesgos o contingencias, principalmente el desempleo, enfermedad, discapacidad, vejez, llamada ‘asistencia social’” (Muñoz de Bustillo, 2019, p 15).

A finales del siglo XIX entre 1889 y 1890 tanto en Gran Bretaña como en Alemania aparecieron grupos sindicales, y en 1903 a 1950 en Noruega, Suecia, Suiza, Holanda y Austria, la transformación en mercados regulados dejó atrás a los trabajadores independientes y los transformó en asalariados lo que facilitó el surgimiento de los sindicatos. Aunque en un principio estaban prohibidos, la gran masa de trabajadores se organizó, estas agrupaciones empezaron a reconocer y reclamar derechos sociales con la presión de las huelgas.

Esta presión por parte de los obreros hacia los empleadores abre la oportunidad a los Estados para que expandan el sector público hacia la protección social, inspirada en visiones colectivistas y en el socialismo. El Estado presenta políticas compensatorias e incorpora al sindicato dentro de la lógica capitalista, los problemas como la pobreza, la desigualdad se reconocen como problemas políticos, el Estado aparece como distribuidor de la renta y el bienestar de la sociedad a través del control de la política social. (Silva, 2005, pp. 130-132).

El Estado de bienestar o Estado social, pasa por varias etapas, de las últimas décadas del siglo XIX hasta el inicio de la Primera Guerra Mundial donde el Estado es más asistencial sin todavía incorporar los derechos sociales a su marco de derecho. La segunda etapa comprende el periodo de entreguerras y concluye con el fin de la Segunda Guerra Mundial, donde ya incorpora los derechos sociales en sus constituciones y establece las bases políticas y económicas para construirlo. La última etapa se le llama la “edad de oro” que va desde 1945 a los años 70 del siglo XX, (Cárdenas, 2017, pp. 72,73), donde se

consolida el Estado de bienestar en los países del bloque capitalista, aunque no se presentó en igual grado pues dependió mucho del nivel de desarrollo alcanzado por cada país y de la ideología del partido dominante. Los Estados modelos fueron los países europeos desarrollados, Canadá y en Latinoamérica Uruguay, Chile y Costa Rica. (Segura-Ubiergo, 2007, p. 33).

Después de la Segunda Guerra Mundial, en los países donde se implantó el Estado de bienestar se expandió su sector público para incluir la provisión de servicios de seguridad y salud pública universales y la educación pública, pensiones, beneficios a los desempleados, habitación de interés social. En este contexto de posguerra, la teoría de Karl Polanyi sobre el doble movimiento identifica al Estado social como parte de una expansión de derechos. La idea de que el empleo, la educación, la salud, y la vivienda son derechos, se relaciona con la teoría de que estos derechos son universales y para todas las personas. (Rae, 2015, pp. 21,22).

Los economistas que pusieron las bases teóricas de la economía del Estado benefactor fueron: John Maynard Keynes y William Beveridge. El primero puso en duda la autocorrección en la economía liberal del *laissez-faire*. Explicó en su obra Teoría General del empleo, el interés y el dinero de 1936, que la utilización óptima de todos los recursos disponibles en la economía de un país y una política monetaria con un tipo de interés adecuado podrían lograr el pleno empleo, para que las personas pudieran gastar su sueldo y desarrollar la economía interna. (Keynes, 1965, en Cutter, Williams y Williams, 2003, pp. 12-14).

William Beveridge en 1942 publicó su programa llamado *Social Insurance and Allied Services*⁶, en Inglaterra, también llamado el Reporte Beveridge. En este documento se propuso integrar y generalizar todos los programas sociales existentes hasta el momento; para asegurar a los ciudadanos ante cualquier calamidad como enfermedad, desempleo y vejez, se sugería un nivel mínimo de subsistencia para toda la población. Los principales postulados son:

1. La seguridad social debía cubrir conjuntamente todos los riesgos de pérdida de ingresos de los individuos.
2. El seguro social se otorgaría universalmente y de carácter general; todos los miembros de la sociedad debían contribuir, y todos los ciudadanos recibirían por derecho las prestaciones sociales con independencia de sus ingresos, sin test, ni solicitudes, ni requisitos.
3. El plan aseguraba un sistema de educación pública y subsidios familiares.
4. Un sistema de salud pública, financiado con cuotas calculadas con base en el ingreso, el periodo de tiempo y los subsidios.

John Maynard Keynes y William Beveridge jamás aceptaron la hostilidad del liberalismo tradicional de Adam Smith a la intervención del Estado, los dos pensaban que una intervención mínima era necesaria para salvaguardar a la sociedad y para restablecer las condiciones de libertad pues asegurando un pleno empleo se motivaría el consumo privado y se evitaría la irregularidad e inseguridad del mercado (Cutter, Williams y Williams, 2003, pp. 12-14).

⁶ Seguro social y servicios conexos

Para John Maynard Keynes la teoría capitalista clásica no estaba en lo correcto cuando estimaba que para resolver el desempleo debía reducir los salarios de los trabajadores y los precios para promover la inversión de los empresarios, expresó, que la inversión no tiene nada que ver con los ahorros pues éstos pueden utilizarse en cosas no vinculadas a la inversión. La reducción de salarios no ayuda pues no genera condiciones de confianza para que las personas gasten y estimulen la economía, es responsabilidad del Estado establecer las condiciones para la inversión y la sociedad. El Estado debe fomentar la inversión en momentos de crisis y recesión, la inversión del Estado promueve el pleno empleo, incentiva el consumo y favorece la inversión de los empresarios privados, lo que produce un efecto multiplicador sobre la economía (Cárdenas, 2017, pp. 74-76).

Para Beveridge el objetivo del Estado de bienestar y de la seguridad social es garantizar a todos y en cualquier circunstancia una vida digna. La salud pública y la seguridad social son el aspecto más importante para el progreso social pues tienen como objetivo eliminar la miseria, el desamparo, la ignorancia y el desempleo. Los costos del Estado social deben ser sostenidos por el Estado, los empresarios y los trabajadores. En Reino Unido se crea un Ministerio en Seguridad Social, otro en Salud Pública, se amplían los servicios médicos para incluir la medicina preventiva y la rehabilitación. Se ponen en práctica políticas de mantenimiento del empleo. Este modelo fue seguido por muchos países europeos; estas políticas permitieron la consolidación del estado de bienestar en Europa. (Cárdenas, 2017, pp. 76-78).

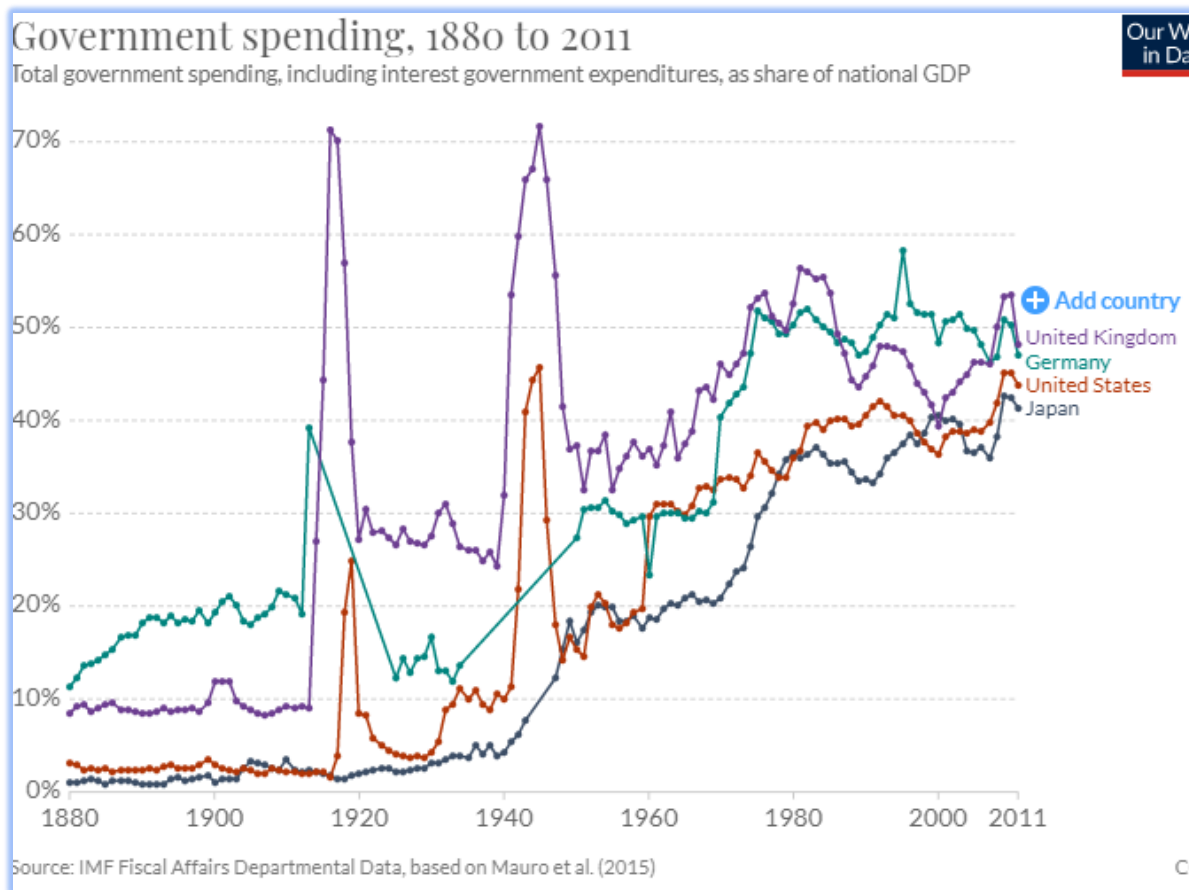
En Estados Unidos el principio del Estado de bienestar se presentó después de la crisis de 1929, con el plan de Franklin Delano Roosevelt, el *New Deal* a partir de 1935, en

1936 se estableció una comisión para solucionar los conflictos colectivos y un sistema de seguridad social. (Cárdenas, 2017, p. 7).

Esta “Edad de oro “del Estado benefactor en los países donde se instauró perduró hasta los años 70 del siglo XX, pues ocurrió una segunda gran crisis, debido a los precios del petróleo, causada por el embargo de la OPEP a los países que apoyaban a Israel en la guerra del *Yom Kipur*, lo que causó un desequilibrio macroeconómico y de productividad. El primer término alude a los problemas graves de inflación, bajo crecimiento económico, desempleo, desequilibrio en la cuenta corriente de la balanza de pagos; y el segundo punto se refiere a la caída y estancamiento de la productividad. Esta crisis afectó al Estado benefactor que dejó de tener recursos o de buscarlos por otros medios como una mayor recaudación de impuestos a los grandes capitales, para costear la burocracia estatal y los programas sociales. (Núñez, 1988, pp. 23-33).

El estudio comparativo de Peter Lindert demuestra cómo fueron creciendo en gasto social los Estados benefactores lo que se demuestra en la siguiente gráfica obtenida de su estudio, donde se observa que de 1940 a 1960 los gastos de gobierno se elevan considerablemente, periodo que corresponde con el auge del Estado de Bienestar.

Gráfico 1. Gastos totales de los gobiernos, de Gran Bretaña, Alemania, Estados Unidos y Japón 1880 a 2011. Gastos totales de los gobiernos incluyendo pagos de intereses de gasto público como porcentaje del PIB nacional

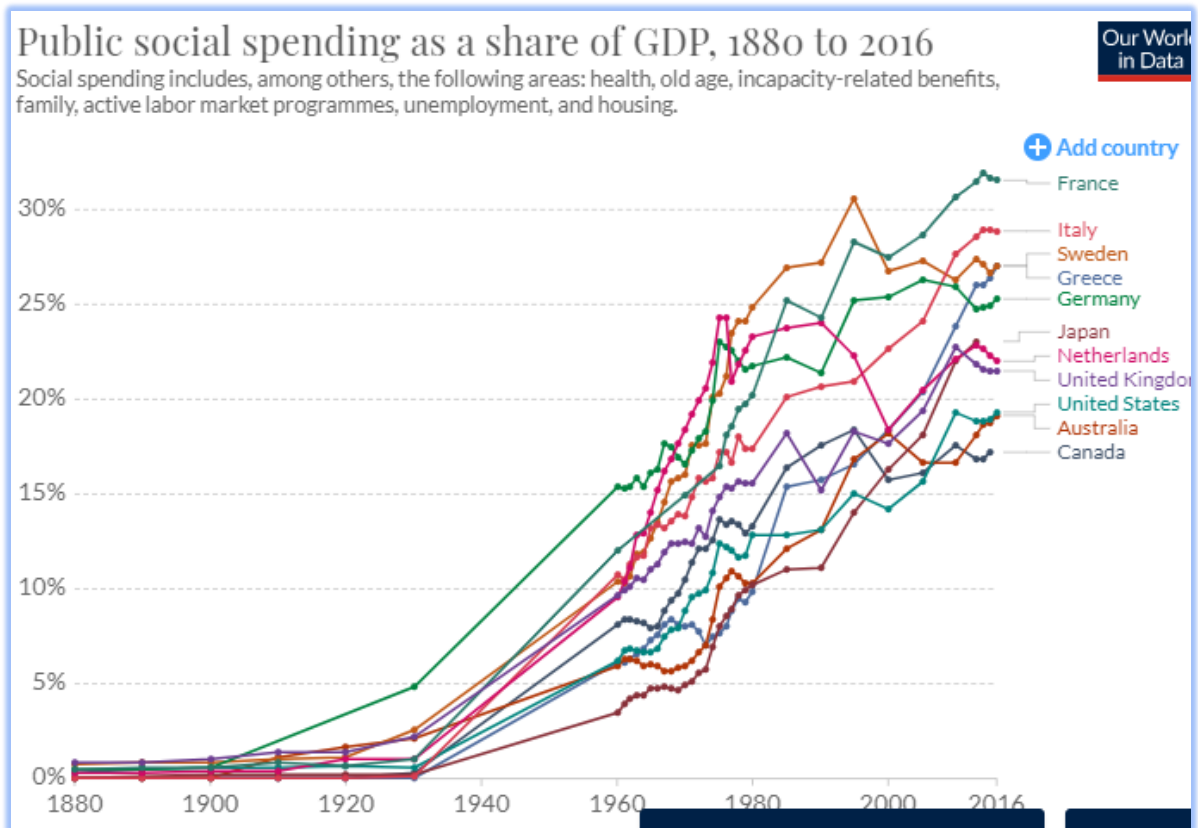


Fuentes: Lindert, Peter (1994) “The rise of social spending 1880-1930” en: *Explanations of Economic History* 31, no. 1, pp. 1-37. Y Flora Peter, Alber Jens y Kohl Jurgen. (1983) *State, Economy and Society in Western Europe 1815-1975, A Data Handbook. Volume 1: The Growth of mass Democracies and Welfare States*. England: Macmillan Press y FMI Fiscal Affairs Department Data.

Peter Lindert, en el mismo estudio realiza un gráfico que expresa el aumento de gastos sociales en los principales países con Estados benefactores desde 1880 hasta 2016, donde se observa también el incremento que se experimenta desde 1940 a 1970, y después estos gastos sociales descienden levemente debido a la disminución de la inversión en lo social y recortes en gastos.

Gráfico 2. Gasto público social en porcentaje del PIB 1880 – 2016

Los gastos sociales incluyen entre otros, las siguientes áreas: salud, vejez, beneficios relativos a la incapacidad, programas de mercado de trabajo activo para las familias, desempleo y vivienda.



Fuentes: Lindert, Peter. (1994) "The rise of social spending 1880-1930" en: *Explanations of Economic History* 31, no. 1, pp. 1-37. Y Flora Peter, Alber Jens y Kohl Jurgen. State. (1983) *Economy and Society in Western Europe 1815-1975, A Data Handbook. Volume 1: The Growth of mass Democracies and Welfare States*. England: Macmillan Press y FMI Fiscal Affairs Department Data.

En América Latina el Estado benefactor tuvo un desarrollo diferente, debido a que la mayoría de países no tenían una economía óptima, además que dependían mucho de la ideología de los gobernantes en turno, así como el grado de prestaciones sociales que el Estado brindaba. lo cual abordaremos en el siguiente apartado.

2.1.1. Estado de bienestar en Latinoamérica de 1945 a 1970

El Estado de Bienestar fue una parte fundamental de los países capitalistas avanzados, caso que no fue igual en América Latina, debido a las grandes diferencias económicas, sociales, y políticas que marcaron el nivel de aplicación de las leyes sociales. La “cuestión social” dependía también del gobierno en turno y su inclinación hacia conceder derechos sociales.

(Barba, 2007

La situación en Latinoamérica es totalmente diferente pues estos países en desarrollo tienen una significativa diferencia en su aplicación de políticas sociales. Algunos países tienen sistemas de protección social más desarrollados que otros debido a su situación política y económica. (Segura-Ubiergo, 2007, p. 2).

).

Existen tres rasgos que caracterizan a los Estados de bienestar en América Latina:

1. La aparición inicialmente de un sistema de seguro social para cubrir accidentes de trabajo, enfermedad y jubilación para sectores específicos de la población asalariada.
2. La inclusión de los sindicatos en un contexto de falta de libertad sindical, (acuerdos entre patronos y sindicatos).
3. Bases asistencialistas que van a dar paso a clientelismo político (Navarro, 2006, pp.128-130).

La región de Latinoamérica ha sido marcada por un muy bajo crecimiento tecnológico, lo que devalúa el uso de sus recursos naturales pues utiliza tecnología importada. Esto refleja las limitaciones en cuanto al establecimiento de un Estado de bienestar al estilo keynesiano, con fallas del sistema que prevalecen desde el inicio de la historia de la región y por los

modelos de comportamiento de los individuos, así como de la mentalidad de las instituciones gubernamentales que se formaron gradualmente desde la colonización. Los Estados están fuertemente estancados en mantener un sistema fallido, y por lo tanto son muy débiles para proveer sistemas de salud, educación o un sistema legal confiable. (Ffrench-Davis y Machinea, 2007, pp.1,2).

Después de la Segunda Guerra Mundial, los países latinoamericanos capitalistas buscaban encontrar un modelo económico favorable para adoptar en la medida de sus posibilidades un Estado de Bienestar: se buscaba el desarrollo industrial, por lo que se le llama Estado Desarrollista, con el modelo económico de sustitución de importaciones (ISI). La responsabilidad del desarrollo industrial se basaba en la intervención directa por medio de inversiones y empresas estatales e indirecta por medio de la política fiscal, las leyes laborales y controles de precios, que efectuaban los gobiernos. Se trataba de manufacturar los productos necesarios por la industria interna de un país. limitando las importaciones, para lograr un impulso industrial y un desarrollo sostenido. Este modelo se sustentaba en:

- Control de la importaciones y exportaciones
- Aplicación de subsidios directos e indirectos a las empresas industriales
- Regulación de precios
- Tasas de interés subsidiadas
- Participación del sector público en el sector empresarial. Como inversor, productor o distribuidor

- Tasas de cambio preferenciales para determinadas importaciones generalmente insumos para la producción empresarial. (Guarín y Franco, 2008. pp. 56-67).

Los países en América Latina de mayor desarrollo que aplicaban el modelo ISI, tenían un tipo de Estado regulador de la economía y de las relaciones entre las clases sociales, con el papel de actor económico y al mismo tiempo benefactor, aplicó políticas sociales. Es decir, el sector público creó instituciones dedicadas a producir bienestar en la población en relación con la salud, educación, desempleo, y vejez. Estos países como Uruguay, Chile, Argentina buscaban una cobertura universal.

“En la cuestión de Estado de Bienestar y sobre todo de salud pública no existía una continuidad y heterogeneidad tampoco una universalización los derechos sociales, ni los niveles salariales y democráticos que alcanzaron las economías europeas”. (Barba, 2007, pp. 199).

Se clasifican los regímenes de política social en América Latina considerando:

- a. Los niveles de gasto social
- b. Los grados de heterogeneidad etno-cultural
- c. Los niveles de cobertura de seguridad social
- d. Concentración de ingreso
- e. Empleo y calidad de vida

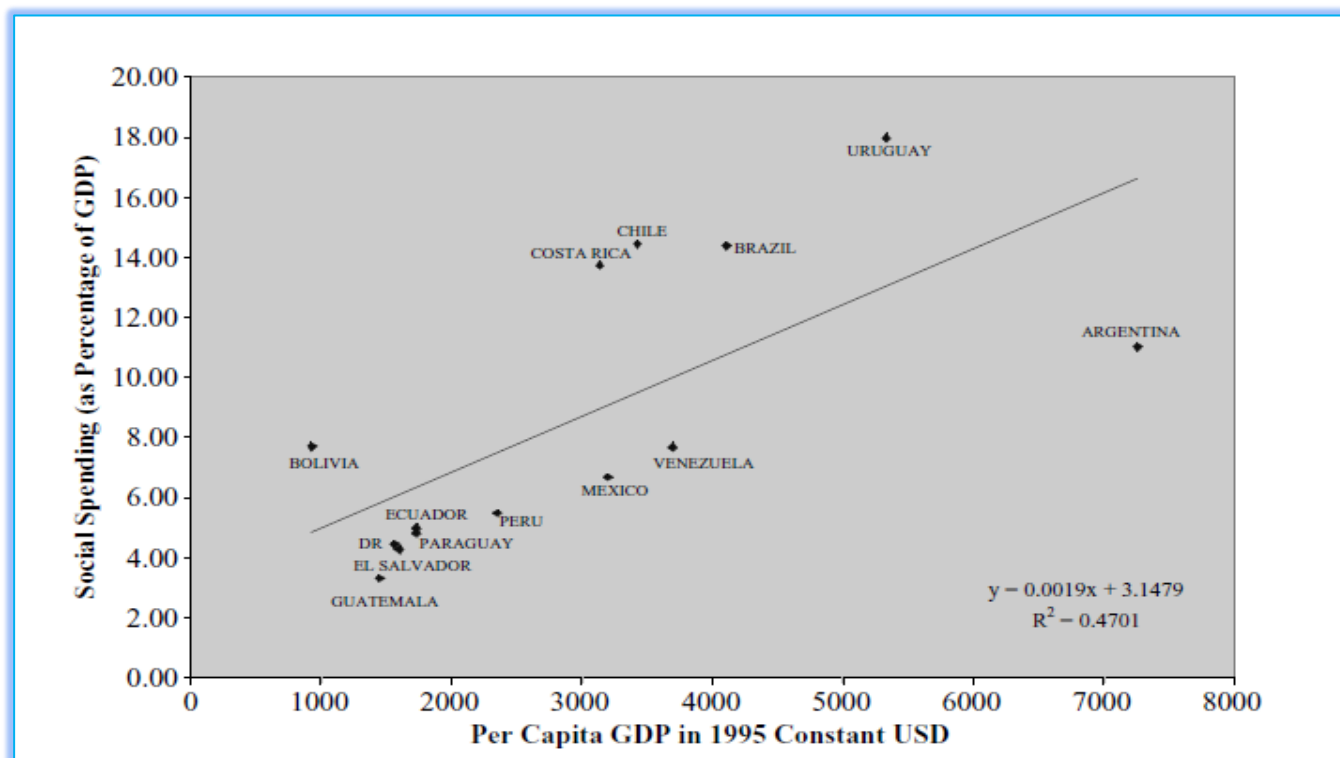
Con base en estas consideraciones según Gabriela Vázquez (2012, p.44), los regímenes de política social en los países de Latinoamérica durante el periodo de industrialización ISI, el periodo de los años 1950-70, se consideran universalistas, duales y excluyentes.

Los universalistas que incluían a Chile, Brasil, Uruguay y Costa Rica fueron los que más se asemejaban a los Estados de bienestar europeos por su expansión gradual universal, la vinculación de la protección social al mercado laboral formal, las organizaciones de clase obrera. Estos países presentaron los mayores niveles de gasto social, mayor homogeneidad en cobertura étnico-cultural, mayor universalidad y protección del seguro social, mayor expansión del sistema educativo, los menores índices de concentración de ingreso, los indicadores más bajos en precariedad y desempleo, la mejor calidad de vida y expectativa de la misma, la menor pobreza urbana y rural.

Los sistemas duales en los años 1950-70, incluían a Argentina, México, Colombia y Venezuela, entre otros, según la gráfica 3 que a continuación se muestra, presentaban baja cobertura poblacional, limitada gama de servicios y desigualdad en los beneficios y calidad de las políticas, un modelo estratificado y excluyente, un gasto social más bajo, mayor desempleo y precariedad laboral.

Dentro de los excluyentes en el mismo periodo mencionado, se encontraban República Dominicana, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua Ecuador. Estos países presentaban sistemas elitistas de seguro social y salud, un sistema muy deficiente en materia de educación, la pobreza abarcaba más de la mitad de la población, tenían programas muy básicos en materia de salud, desigualdad, políticas elitistas que incluían solo a ciertos segmentos privilegiados para una cobertura completa de servicios. (Vázquez, 2012, pp. 45) (Navarro, 2006, p. 129).

Gráfico 3. Gasto social del EB en Latinoamérica como porcentaje del PIB. 1973-2003



Fuente: Segura-Ubierno, (2007) *The Political Economy of the Welfare State in Latin America, Globalization, Democracy and Development*. USA: FMI, Cambridge University Press.

Se demuestra en este gráfico la relación entre el desarrollo económico y la inversión del Estado de bienestar, medido en gastos sociales. Aunque resalta, por ejemplo, que Uruguay,

Chile y Argentina tenían una mayor inversión en políticas sociales, México con niveles de desarrollo económico semejante su gasto social era y es muy bajo. (Segura-Ubiergo, 2007, pp. 80-81).

Existieron enormes disparidades en materia de gasto social en la región pues países como Uruguay, Costa Rica, Chile gastaban entre 16 y 20 por ciento del PIB, y países como Guatemala y Honduras gastaban un 5 por ciento. (Barba, 2007, p. 200). Venezuela y México no fueron más allá de un seguro social limitado. Costa Rica, Uruguay y Chile crearon sistemas de protección social más en busca de ser universales, Guatemala, Paraguay, Perú, Ecuador fueron sistemas muy precarios o inexistentes. (Barba, 2007, p. 200).

No todos los sistemas de prestaciones sociales en América Latina fueron creados al mismo tiempo; por lo que pueden clasificarse también en función de su tiempo de creación, los pioneros (años 20) intermedios (años 30 y 40), y tardíos de los años 50 en adelante. Lo que manifiesta grados de maduración institucional diferentes. En el caso de los sistemas de salud pública pioneros se encontraban Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, todos excepto Argentina tenían grados muy significativos de cobertura de prestaciones sociales, mientras en los intermedios como México, no tenían coberturas significativas, (Barba, 2007, p. 200). En el siguiente cuadro 3, vemos los coeficientes Gini⁷ para América Latina 1960-1970⁸ donde constatamos que la desigualdad se presenta en alto grado en todos los países latinoamericanos.

⁷ coeficiente de Gini o coeficiente de Gini, es una medida estadística para medir la distribución del ingreso y la desigualdad. El coeficiente es un número entre 0 y 1 donde cero corresponde a la perfecta igualdad y el uno a la perfecta desigualdad. Medina Fernando. (2001) "Consideraciones sobre el coeficiente de Gini, para medir la concentración del ingreso" *Estudios estadísticos y prospectivos*, 9. Chile: CEPAL. pp. 42.

⁸Gangas Peiró, Pilar (2009) "Desigualdad y Pobreza", p. 36.

Tabla 2. Coeficiente Gini para América Latina 1960-1970

<i>País</i>	<i>1960</i>	<i>1970</i>
Costa Rica	50.8	44.9
República Dominicana	—	45
El Salvador	50.6	44.2
Guatemala	—	45.2
Honduras	61.5	61.1
México	55.3	57.8
Panamá	50.9	57
Argentina	43.4	44
Bolivia	49.6	53 (1968)
Brasil	53	57.6
Chile	46.8	45.9
Colombia	57.9	52
Ecuador	35	65.4
Perú	61.8	55
Uruguay	45.8	42.8 (1967)
Venezuela	47.3	47.6

Fuente: Gangas Pieró, Pilar. (2009) “Desigualdad y pobreza en América Latina y Europa desde 1950”. *Política y Cultura*, núm. 20, México: UAM Xochimilco, pp. 29-51.

A partir de 1970 se presentaron cambios en los esquemas de salud pública, debido a la crisis del petróleo.

Esta crisis tuvo un origen exógeno ligado a dos factores: la brusca subida de los precios del petróleo y el desorden monetario internacional que trajo consigo el abandono del sistema de paridades fijas establecido después de la II Guerra Mundial en Bretton Woods, y la subsiguiente adopción de un sistema de cambios flexibles. El primer factor desencadenó un proceso inflacionista a escala internacional y el segundo introdujo inestabilidad en los flujos de capital, (Rodríguez, 2017, pp. 19, 20).

El desempleo y la estanflación⁹ terminaron con la “edad de oro” del Estado de bienestar, dando paso a nuevas formas de políticas económicas, la principal es la del neoliberalismo.

La crisis económica y las nuevas reformas inspiradas en la doctrina neoliberal pusieron en cuestionamiento la viabilidad del Estado benefactor, a raíz de los grandes gastos de este tipo de Estados en políticas sociales, por lo que no podían ser mantenidos al enfrentar la crisis y las propuestas de recortes presupuestales, situación que resultó en la imposibilidad de mantener al Estado social.

El surgimiento de estas ideas económicas y políticas, nuevas coaliciones empresariales y la exclusión de los sindicatos, así como las demandas de los trabajadores, permitieron a los grupos de élite perseguir sus objetivos políticos y económicos de nuevo, y retornar a los valores liberales del siglo XIX, (Haggard y Kaufman, 2008, pp. 35). Esta aplicación de ideales neoliberales se hizo primeramente en Chile para después ser adoptada por los demás países capitalistas.

2.1.2. Historia del sistema de salud chileno hasta 1970

En Chile, las condiciones de vida y salud a principios del siglo XX eran precarias, las oligarquías se aferraban a someter al peón a una relación de servidumbre en fábricas y minas. En esa época, las ideas sobre protección social se difundieron bajo diferentes fuentes como las ideas del socialismo, las noticias del viejo continente, el mutualismo obrero. En respuesta a estas nuevas ideas empezaron las asociaciones de artesanos y otros grupos de corrientes políticas inspiradas en el marxismo o el catolicismo social y los estudiantes y profesionales en medicina a ejercer presión por medio de contingentes de trabajadores

⁹ Bajo crecimiento económico con inflación

principalmente los mineros del carbón y cobre, así como los salitreros. (Labra, 2004, p. 209).

Estas organizaciones prepararon un paro en 1902 y 1903, el cual es reprimido por el gobierno que considera la “cuestión social” un problema policial. A partir de estas luchas y movimientos por derechos sociales, se obligó al Estado a considerar los cambios en sus políticas para preservar la producción a favor del bienestar social como parte de sus funciones por medio de las leyes laborales y de seguridad social de los años 20. (Barria, 1970, p. 30-37).

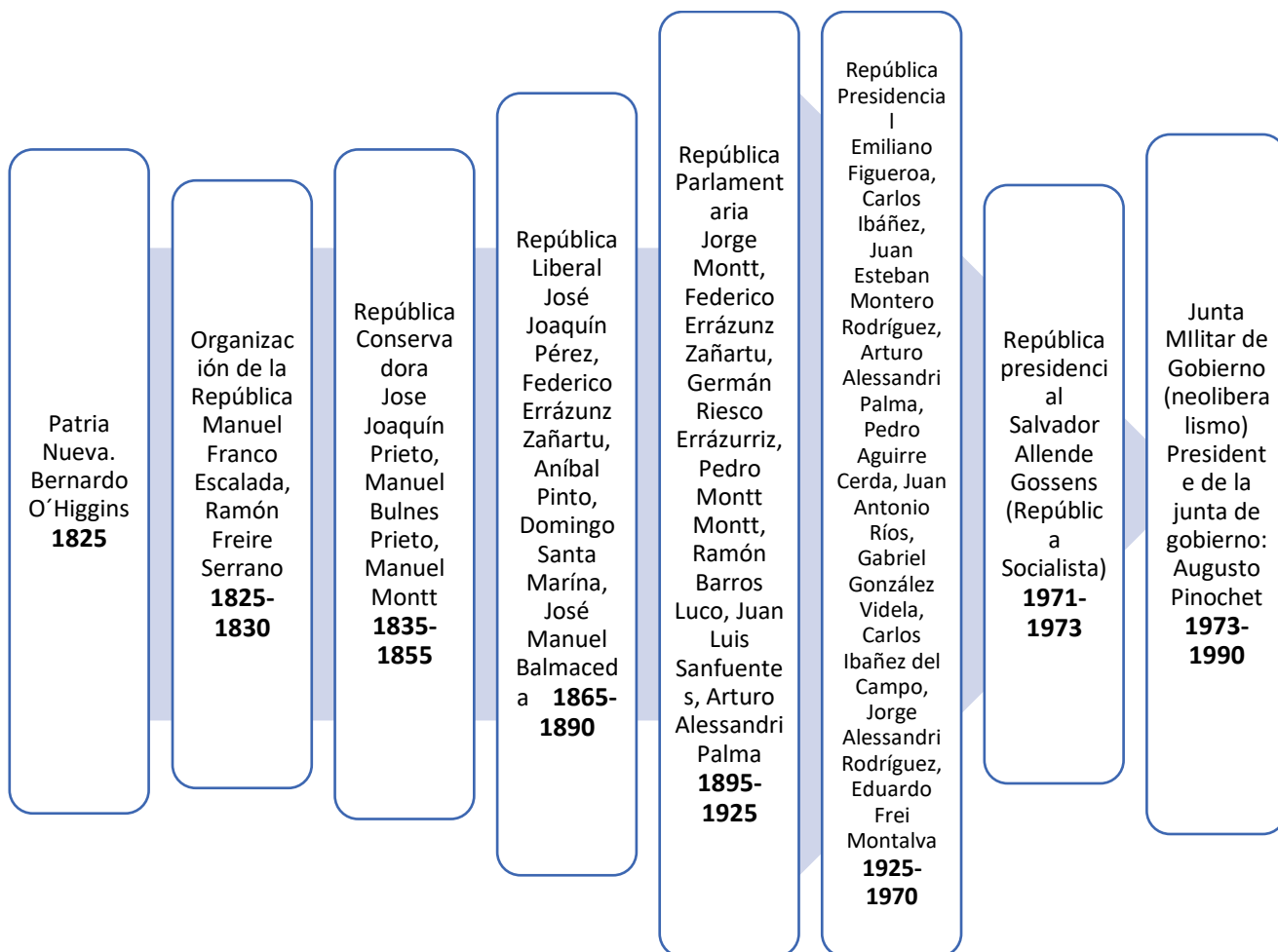
Se distinguen las siguientes etapas en el desarrollo del sistema de salud chileno:

- a. La formación del Estado de bienestar (1900-1925)
- b. Fase corporativa en que los beneficios sociales se extienden de acuerdo a la presión de los sindicatos y trabajadores (1925-1952).
- c. Desarrollo del Estado de bienestar y cambios que dependen de la inclinación política del gobierno y periodo de Salvador Allende (1952-1973)
- d. El viraje hacia las políticas neoliberales (1973-1990). (Larrañaga, 2010, p. 2).

Una de las principales figuras que asume el Estado en Chile en el siglo XX respecto al pueblo es el Estado Asistencial Sanitario que, por medio de la legislación social y la incorporación de los trabajadores a un sistema nacional de salud y previsión social, intenta aliviar la anarquía propia del capitalismo y del mercado aliviando relativamente la presión social del descontento. (Illanes, 2010, p 19).

Para poder identificar la corriente política de los gobiernos chilenos y comprender las decisiones en políticas de salud pública durante el siglo XX, a continuación, el siguiente cuadro nos muestra los presidentes y sus corrientes políticas durante este periodo.

Figura 4. Línea de tiempo de los presidentes chilenos



Fuente: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (2021, 14 de febrero). Presidentes de la república. Historia política, https://www.bcn.cl/historiapolitica/presidentes_de_la_república/index.html

Se observa en la figura que los gobiernos chilenos han sido mayormente representativos. Hay que aclarar que estos gobiernos provinieron de una clase formada por la “sociedad política” que era representada por la administración del Estado junto con a los dueños del capital y de la fuerza laboral aunados a organizaciones de la sociedad civil, que mediante

un discurso institucionalizado integran las relaciones de poder y deciden las políticas sociales y las leyes acordes a los intereses económicos y por lo tanto, la condición de desigualdad prevaleció en el país y en el sector de la salud pública. (Fisher, 2011, p 10).

A principios del siglo XX, la población chilena vivía en malas condiciones, los trabajadores y sus familias habitaban en los “conventillos,” lugares semejantes a las vecindades en México, que eran cuartos sin luz, ni agua potable que se instalaban en Santiago para los obreros, “eran viviendas colectivas con patio común sin cañerías y se arrojaba a la calle las aguas de desperdicio. Los ranchos albergaban a los emigrantes del campo que arrendaban a los dueños el terreno y levantaban sus viviendas con cualquier material” (Castillo, 2018, p. 230). En estas circunstancias el pueblo chileno se vio azotado por enfermedades como la viruela, el sarampión, la tuberculosis, el cólera y por numerosos accidentes laborales en las salitreras y minas. El país en ese momento, presentó la mortalidad infantil más alta del mundo. Debido a la falta de condiciones en el aspecto social y de salud pues no tenían derecho a ningún tipo de prestación. (Illanes, 2010).

Como lo demuestra el siguiente cuadro:

Tabla 3. Mortalidad infantil en Santiago de Chile de 1883-1930

<i>Años</i>	<i>Nacimientos</i>	<i>Fallecimientos menores 1 año</i>	<i>Mortalidad Infantil</i>
1883	18.014	7.313	406.0
1884	14.235	4.308	302.6
1885	5.390	2.488	461.6
1886	4.674	1.482	317.1
1887	4.744	1.544	325.5
1888	7.526	2.868	381.1
1889	14.912	5.181	347.4
1896	8.523	4.093	480.2
1909	18.602	8.316	447.0
1912	21.209	8.339	393.2
1913	21.720	8.029	369.7
1915	21.803	7.193	330.0
1917	25.278	7.863	311.1
1918	24.689	7.510	304.2
1919	24.081	8.990	373.3
1920	24.628	7.542	306.2

Fuente: Chávez Zúñiga, Pablo. (2021, 23 febrero). (2020). “La mortalidad infantil: entre la alimentación y las enfermedades gastrointestinales en Santiago (1880-1920)”. *Cuadernos de historia (Santiago)*, (52), 69-101.

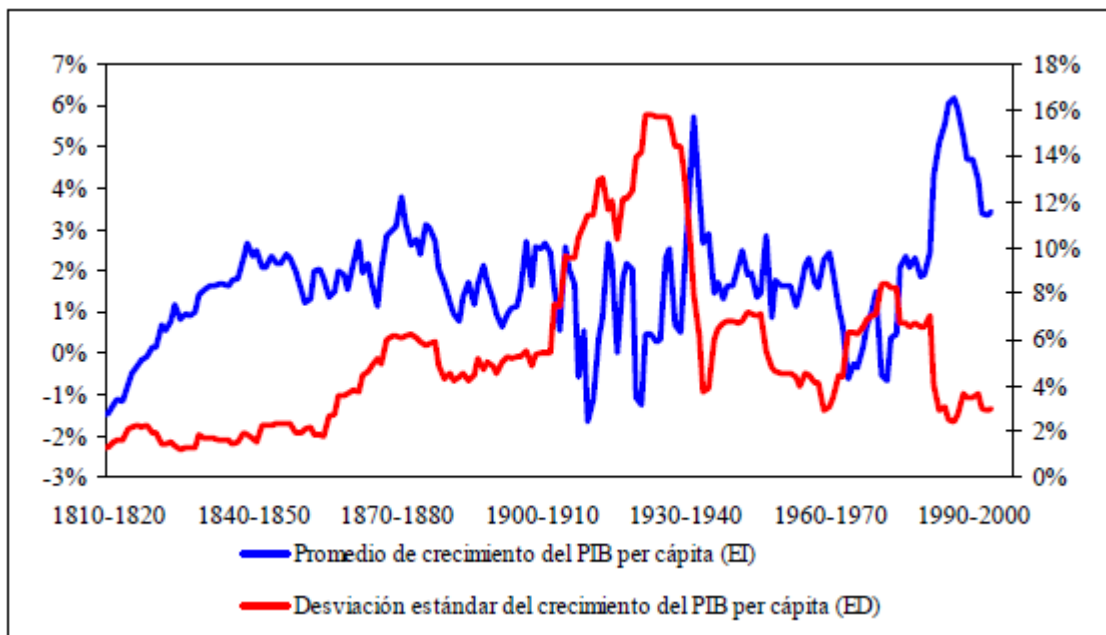
A principios del siglo XX, Chile tenía más de tres millones de habitantes (3,328, 000) las condiciones de contaminación y de vida tenían un elevado costo en la salud de la población, morían los niños a causa de las enfermedades en un alto nivel como se ve en el cuadro anterior. La mortalidad de la población adulta era también muy alta debido a las enfermedades contagiosas, que pudieran haber sido controladas con un adecuado sistema de salud; los habitantes del campo no tenían las condiciones de hacinamiento, pero estaban

desprovistos de atención. De los mil médicos que había en Chile la mitad trabajaba en la ciudad de Santiago. Esta falta de atención médica se traducían en muertes.

Según el censo de 1907, las dos terceras partes vivían en el campo o poblados rurales. Las ciudades más importantes eran Santiago y Valparaíso, con 332 mil y 200 mil habitantes respectivamente. (Larrañaga 2010, pp. 3-5) (Illanes, 2010, pp. 27-28). A pesar de que Chile tenía ingresos per cápita más elevados que otras naciones por sus altas exportaciones de salitre, las ganancias no se reflejaban en los trabajadores pues existía una condición de desigualdad muy patente.

En la siguiente gráfica con datos del Banco Central de Chile, se registra que en los años de 1910 a 1930 el PIB de Chile era muy elevado, los datos estadísticos se expresan en ventanas de 10 años, el PIB se expresa en azul y la desviación estándar en rojo. La desviación expresa la dispersión del crecimiento. Lo que no se reflejaba en las condiciones de vida de los trabajadores, mujeres y niños estableciendo una condición desigual entre los ciudadanos.

Gráfica 4. Crecimiento promedio del PIB per cápita en Chile, 1810-2005



Fuente: Schmidt-Hebel, Klaus. (2006). *El crecimiento económico de Chile*. Chile: Documentos de trabajo. Banco Central de Chile.

La minería de oro y plata y cobre, la anexión del desierto de Atacama, Arica y Tarapacá después de la guerra del Pacífico, (1879-1884) significó nueva riqueza por la explotación del salitre. Entonces, ¿por qué se tenían estos índices tan altos de mortalidad y mala salud entre la población? Debido a que existía una muy mala distribución de la riqueza, había una “aristocracia-oligarquía representada por la Iglesia, la política y los intelectuales” (Illanes, 2010, p 22).

2.1.3. Formación del Estado de bienestar (1900-1925)

Los gobiernos de principios de siglo XX eran de inclinaciones liberales, como se ve en la figura 3. Es decir, los gobiernos de la mitad del siglo XIX y los de principios del XX parlamentarios compartían los valores de libre mercado e individualismo. Fundamentaban sus propuestas con ideas positivistas, donde se enfatizaba la importancia de los intereses y

fines propios de los individuos, en este caso la libre explotación de minas y salitre para lograr el beneficio monetario sin invertir nada para mejorar las condiciones de los trabajadores pues en su concepto liberal ellos eran responsables por su situación desfavorable. (2010, pp. 20-22).

La ausencia del Estado en el aspecto social en esta época era absoluta, existía solo un sistema muy reducido de educación pública que beneficiaba a pocos estudiantes. La función pública del Estado estaba centrada en su formación: establecimiento de las fronteras nacionales, guerras, infraestructura para la exportación de la explotación minera y salitrera, el comercio, las condiciones para el ejército y un sistema policiaco poco efectivo.

Los esfuerzos por atender las enfermedades estaban a cargo de la beneficencia pública, que funcionaba en manos de la iglesia y entes privados, a base de colectas y diezmos de las iglesias, herencias y algunas donaciones de los sectores privilegiados y una subvención fiscal. (Larrañaga, 2010, pp. 6-8). Estos actos de caridad no creaban ningún derecho hacia los atendidos, solamente eran cuidados mínimos hacia los más desfavorecidos y muchas veces no curaba solo se limitaba a acompañar la muerte. (Illanes, 2010, p. 22).

En estas circunstancias surgen los primeros movimientos obreros y de artesanos dirigidos a la atención de salud de la población, también mujeres trabajadoras, las llamadas Sociedades de Socorros Mutuos, surgen como respuesta popular a la ausencia de Estado en plena República Parlamentaria. (Illanes, 2016 p. 36).

La fundación de una Sociedad de Socorros Mutuos se iniciaba cuando un grupo de artesanos, obreros o trabajadores de algún gremio, tomaban la iniciativa de unirse para

socorrerse, e iniciaban una organización con todos sus compañeros. Una vez constituida le daban un nombre y establecían sus estatutos y reglamentos, este hecho le otorgaba una personalidad legal. Según Angélica Illanes, éstas significaron “una revolución en el pensamiento popular chileno”:

- Por el hecho de expresar un acto social autónomo.
- Por construir una identidad con reconocimiento legal.
- Por su capacidad organizativa para el ahorro, la protección de la salud y la protección familiar.
- Por desarrollar el concepto de medicina social
- Por reconocer al pueblo como sujeto de derecho y no de caridad pública. (2010 p. 37).

Estas sociedades se organizaban por medio de un Directorio que era elegido por votos en una Asamblea General. Se elegía un presidente también por votos y estaba formado por un consejo de 12 ó 13 miembros; el cual, nombraba al Comité de Socorros que se encargaba de la atención y cuidado de enfermos. La Comisión de Ahorros, con un tesorero que manejaba el dinero de la sociedad, los cuales estaban sujetos a control abierto de cualquier asociado. También existía en algunas Sociedades de Socorros, un Comité de Colocación que se encargaba de conseguir empleo a los socios desempleados.

¿Cómo funcionaban estas Sociedades? Primeramente, los socios debían pagar una cuota de inscripción muy baja semanalmente, cuota que se pagaba durante seis meses y después de este periodo se podía gozar de las prestaciones médicas que daba la organización. Estas sociedades contrataban servicios médicos, paramédicos y obtenían convenios en farmacias

donde se podían comprar medicamentos a bajo costo, así mismo organizaba “comisiones visitadoras” para los enfermos. (Illanes, 2010, pp. 38-39).

De las Sociedades de Apoyos Mutuos comenzaron a emerger organizaciones ya encaminadas a convertirse en sindicatos y concibieron la idea de reunirse en una “Confederación Obrera de las Sociedades Unidas” para iniciar una etapa mutualista.¹⁰ En 1910 había más de 400 organizaciones mutuales. Entonces se fusionaron con los sindicatos nacientes pues compartían las demandas sobre la “cuestión social” dando origen a las mancomunales y algunas se volvieron sociedades de resistencia con tendencia anarquista. (Ulloa, 2003, p 2).

En el periodo de 1890 a 1915 se realizaron huelgas generales, parciales, mítines, manifestaciones e incidentes. Entre 1902 y 1908 hubo 200. La mitad de estas huelgas fueron en la zona salitrera y en Santiago. En esa época los gobiernos parlamentarios (Figura 3) trataron de romper los movimientos con el ejército y la armada. Esta represión causó cientos de muertes. Como ejemplo: 100 muertos en Valparaíso en 1903 en el paro de los estibadores de la *Pacific Steam Navegation Company*; 200 decesos en Santiago con la del sector de la carne en 1905. Y la masacre más grande del 21 de diciembre de 1907 la del salitre en Santa María de Iquique de aproximadamente 3600 trabajadores. (Ulloa, 2003, p 2)

¹⁰ El mutualismo es una rama del anarquismo y la teoría económica que tiene su origen en las ideas del filósofo, político y revolucionario anarquista Pierre-Joseph Proudhon, que se caracteriza por la inexistencia del Estado y las clases sociales. Para él el gobierno no es otra cosa que el principio del despotismo, la vida colectiva es un ente autónomo ajeno al control que se mueve por sí misma. En su obra *El principio federativo*, desarrolla la concepción integral de federalismo que descentraliza el poder político, económico para poner el poder económico, la tierra y los instrumentos de producción en manos de la comunidad local de trabajadores. La economía debe ser mutualista basado en el trabajo autogestionario, fundamentado en la filosofía pluralista. Un carácter colectivo de producción. El capital resultante de este trabajo es capital social. Sus seguidores fundaron la Asociación Internacional de Trabajadores en 1871. Mariñez Navarro Freddy. (2000) “La filosofía de justicia y libertad en Pierre Joseph Proudhon”. *Revista de Humanidades*, Núm. 8. México: Tecnológico de Monterrey, pp. 81-92.

Durante el período de 1907-1925 los políticos estaban desprestigiados y sin apoyo ciudadano. Esta situación propició el surgimiento de actores sociales de los estratos medios y populares, es decir trabajadores como la Federación Obrera de Chile (FOCH), La Federación de Estudiantes de Chile (FECH), La Asociación General de Profesores (AGPCH), La Sociedad de Fomento Fabril, La Federación de Clases Medias, Las Ligas Cívicas. Estas asociaciones generaron un movimiento social-ciudadano para cambiar la situación social que presentaba el país en ese momento. (Salazar, 2012, p.20).

De estas luchas obreras surgen las primeras leyes sociales, entre estas se dictó la ley sobre las habitaciones obreras en 1906. El fin de esta ley era crear un Consejo Superior de Habitaciones Obreras (Ley 1.838) para facilitar la construcción de viviendas higiénicas, además de tomar medidas para mejorar las condiciones de las viviendas obreras que ya existían. A las empresas que construían vivienda barata se les perdonaban impuestos. Se demolían las casas en muy mal estado a cambio de vivienda barata. Aunque esta última disposición no fue cumplida totalmente pues se destruyeron más casas de las que realmente se otorgaron. (Larrañaga, 2010, p. 13)

Esta legislación fue novedosa al tratar el tema en forma específica a semejanza de la ley inglesa de 1890 en la que se basó. Se firmó durante el gobierno de Germán Riesco, en el periodo parlamentario (figura 4). Con esto se buscaba una serie de beneficios para cambiar la insalubridad de las viviendas de los trabajadores hasta ese momento. Ofrecía exenciones fiscales a todas aquellas viviendas que fueran declaradas higiénicas. Otorgaba el derecho a tener agua potable de 100 litros diarios a cada casa. Contemplaba la pavimentación de calles y aceras por parte del municipio y un servicio de alumbrado público. Todas estas disposiciones buscaban evitar que la población trabajadora cayera en epidemias y

enfermedades que hasta ese momento eran recurrentes en el país. (Millán-Millán, 2016, pp. 273-292).

Las primeras leyes encaminadas a la seguridad social surgieron de las luchas sindicales anteriormente mencionadas, como respuesta a las demandas de protección laboral frente a los accidentes frecuentes debidos a las peligrosas condiciones laborales de los mineros, salitreros y obreros.

En 1916 se logra aprobar la ley de Indemnizaciones sobre Accidentes de trabajo que le otorgaba responsabilidad total de pago a los empleadores sobre los gastos asociados con accidentes de trabajo y su manutención durante la incapacidad. La ley de Descanso Dominical y de Salas cunas en 1917, que obligaba a los patrones a facilitarlas en las fábricas con más de 50 trabajadores. El decreto sobre conciliación y arbitraje que establece formalmente lineamientos para la solución de los conflictos laborales. (Larrañaga, 2010, p. 15).

A partir de estas leyes el camino hacia el Estado de Bienestar culmina en el gobierno del presidente Arturo Alessandri Palma en 1920, este mandatario atiende los reclamos de las organizaciones de trabajadores y artesanos para quienes era necesario un cambio del Estado liberal. Para este mandatario es necesario también frenar el avance socialista y anarquista de muchas organizaciones de obreros. La elección de Arturo Alessandri estuvo precedida por una movilización de los trabajadores. (Ulloa, 2003)

Esta presión motivó la alianza entre el bloque político dominante representado por Arturo Alessandri, el Partido Obrero Socialista (POS) y las organizaciones de trabajadores cuya representación más amplia estaba a cargo de la Federación Obrera de Chile (FOCH).

Sin embargo, la alianza había pactado con los terratenientes, pues las reformas que se implementarían en su gobierno serían mayormente en el ámbito urbano. (Ulloa, 2003, p. 3).

Mientras tanto la beneficencia pública experimentaba un agotamiento del modelo, ya no era suficiente la caridad privada, la clase obrera, los agricultores y los trabajadores demandaban otro esquema. No podía ya la previsión social descansar en el concepto de indigencia, debía ser un derecho y estar debidamente otorgado en la constitución.

En 1924 ya casi al final del periodo presidencial de Arturo Alessandri no existía ningún indicio que mostrara que la situación en el país había cambiado en algo referente al anterior periodo, en cuanto a la “cuestión social”, aunque de palabra el presidente había apoyado leyes de carácter social, como contratos de trabajo, juntas de conciliación y arbitraje, organización sindical, reforma a la ley de accidentes de trabajo, etc. En realidad, para la fecha en cuestión ninguna de estas ideas se había materializado en una ley. Pues el presidente y el Congreso no estaban de acuerdo, el Senado siempre estuvo en oposición al Ejecutivo, argumentaba que la posición del presidente era demagógica y no solucionaba los problemas además de favorecer la división entre las personas.

A mediados de 1924 se tenía un sentimiento de frustración y decepción ante el nulo cambio dirigido a encontrar solución a los reclamos de los ciudadanos el sistema parlamentario y el presidente Alessandri estaban desacreditados. Además, existía descontento también de los militares, pues durante el gobierno de Arturo Alessandri la situación económica que no era muy buena entre la milicia empeoró aún más y de igual forma los salarios de todos los empleados gubernamentales bajaron. (Millar, 1974, pp. 1-114).

Los militares presionaron al Congreso para aprobar una serie de demandas políticas, sociales y económicas. El día 9 de septiembre Arturo Alessandri presentó su renuncia al cargo. El 11 de septiembre el General Juan Pablo Bennett, el Almirante Francisco Neft y el vicepresidente de la República tomaron el Estado, después de estas acciones se formó una junta de gobierno que disolvió el Congreso. (Millar, 1974, pp. 1-114).

Al final la agenda de leyes sociales que incluye la protección de los ingresos por causa de accidente, invalidez, enfermedad y vejez, la regulación del contrato de trabajo y régimen de salarios, salario mínimo, prohibición de pagos con fichas y el control de precios, fue aprobada por la junta de gobierno militar.

2.1.4. Fase corporativa de los beneficios sociales (1925-1952)

Para enero de 1925, Alejandro del Río y el general Altamirano miembros de la junta de gobierno militar crearon el Consejo Superior de Protección a la infancia, bajo la supervisión del ministro de Higiene y el presidente del Consejo Superior de Asistencia Social, así mismo, La Sociedad Chilena de Pediatría, con colaboración del director de la Oficina del Trabajo cuyo objetivo fue el seguimiento de la salud del niño hasta su vida laboral. (Illanes, 2010, p. 213).

Cuando la Constitución de 1925 fue redactada estas normas de seguridad social fueron incluidas, en este primer texto se aseguraba la protección de las obras de previsión social.

En el artículo 10 no. 14 dice;

La Constitución asegura a todos los habitantes de la República: la protección al trabajo, a la industria y a las obras de previsión social, especialmente en cuanto se refieren a la habitación sana y a las condiciones económicas de vida, en forma de proporcionar a cada habitante un mínimo de bienestar, adecuado a la satisfacción de sus necesidades personales y a las de su familia. Es deber del Estado velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país. Deberá destinarse cada año una cantidad suficiente para mantener un servicio nacional de salubridad... (Obando, 2012, p. 299).

La aplicación y consolidación de estas leyes sociales y laborales se presentaron en el gobierno de Carlos Ibáñez ya dentro del sistema de República Presidencial, (figura 4) en 1927. En este gobierno se dictan ya los reglamentos necesarios para aplicar las leyes constitucionales. Durante el gobierno de Carlos Ibáñez, se produjo una discusión sobre la finalidad del sindicato en la sociedad, los sindicatos anarquistas y revolucionarios, se llamaban: “sindicalismo revolucionario” y querían por medios violentos terminar con toda forma de explotación económica, mientras el llamado “sindicalismo puro” era gremialista no revolucionario que peleaba más por posiciones de poder. (Rojas, 1993, p. 97).

En este gobierno predomina el “sindicalismo puro” que llevó a la crisis del “sindicalismo revolucionario”. El Congreso Social Obrero era una organización donde se agruparon las mutuales y los sindicatos, alineada al gobierno y utilizada para minimizar a los sindicatos de izquierda agrupados en la Federación Obrera (FOCH), por su vinculación con el Partido Comunista, y contraria al gobierno de Carlos Ibáñez (Rojas, 1993, pp. 117, 118, 148), Estas medidas tuvieron éxito para neutralizar a los sectores más izquierdistas y anarquistas. Las demandas sociales se integraron al Estado, el movimiento obrero se dividió. (Larrañaga, 2010, p. 16).

Sin embargo, la condición de desigualdad prevaleció entre la población, con respecto a la pensión se demostraba que las nuevas leyes no eran muy efectivas. Por ejemplo, en caso de los obreros se les depositaba un 2% del salario en el fondo de pensiones de cada trabajador. La edad de jubilación era a los 65 años, pudiendo optar por la pensión o por el retiro de los fondos. Las dos opciones eran decepcionantes, pues si escogían retirar los fondos éstos eran muy reducidos pues la inflación reducía el valor real además de la poca cantidad que se lograba ahorrar. (Larrañaga, 2010).

En cuanto a las pensiones, el valor de éstas era menor a un salario mínimo. Por el contrario, los empleados públicos podían retirarse a los 30 años de servicio y ahorran el 15.5% de su sueldo, esto les garantizaba mejores condiciones de retiro de fondos y de pensión. Situación que seguía enfatizando la inequidad económica y de seguridad social que se vivía entre los diferentes sectores de la ciudadanía. (Larrañaga, 2010, p. 19).

En lo que concierne a la atención de los enfermos, ya en funcionamiento de las Leyes Sociales en el país, se indicó que todos los que estaban asegurados por los patrones debían atenderse por el momento en los hospitales de la Beneficencia pública de la cual dependían todos los servicios hospitalarios. Estos hospitales actuaron en contra de la constitución del 25 al no respetar la condición de igualdad y derechos de salud para todas las personas. Al dividir en su interior a los pacientes entre “asegurados” e “indigentes”. Es decir, los que pagaban por su atención y los que no lo hacían, lo que favorecía la marginación de los no asegurados, manifestándose una condición de desigualdad y división en la clase popular. (Illanes, 2010, p. 237).

En el ámbito político no todos los sectores estaban de acuerdo con las llamadas “Leyes Sociales”, por eso, surgieron diferentes voces que buscaban su extinción o su

perfeccionamiento. Existieron tres corrientes importantes: en primer lugar, la propuesta liberal conservadora que proponía transformar la ley de Seguro Obligatorio en fondos individuales de capitalización del asalariado, los argumentos eran que este sistema liberaría al individuo de la dependencia del Estado y del patrón. Obviamente también significaría que el capitalista no tendría que pagar nada. Esta cotización pertenecería a cada individuo y el monto también era variable según los ingresos del trabajador. Además, que sería un buen negocio pues los banqueros, serían los destinados a manejar dichos fondos. Esta propuesta estaba destinada a limitar el papel del Estado y conservar el individualismo. (Labra, 2004, pp. 207-219)

La segunda propuesta era de los social demócratas que retomaban las ideas de la Seguridad Social al estilo europeo, promovidas por la Organización Internacional del Trabajo, (OIT), a través de las voces de los médicos Julio Bustos e Isauro Torres, para Bustos: “El bienestar público es objeto de la Previsión Social y derecho de los ciudadanos cuyo principio es la solidaridad que implica proporcionar al ciudadano más modesto los elementos indispensables para suplir sus necesidades (Médico, farmacia, subsidios, etc.)”. (Labra, 2004).

La tercera alternativa es la que propone la plena socialización de la medicina, sin distinción de ninguna naturaleza e inspirada únicamente en el bienestar colectivo. Esta propuesta nace en 1932 cuando las fuerzas de izquierda entran en escena con la “República Socialista”. las proclamas vienen directamente del Sindicato de los Médicos de Valparaíso y la “Vanguardia Médica”. Estos grupos proponían que el aparato científico médico estuviera al servicio de la construcción de una sociedad sin clases, bajo los principios de planificación centralizada socialista, un “Socialismo de Estado”, encuadrado en la medicina

social y la fusión de la Salubridad, la Salud Pública, el Seguro social y la Beneficencia con financiamiento de los recursos fiscales. (Labra, 2004, pp. 207-219).

En suma, la propuesta conservadora defendía la privatización, la social demócrata buscaba socializar la asistencia médica y la previsión solamente para los asalariados del mercado formal de trabajo, manteniendo la exclusión de la salud pública, en tanto que la tercera propuesta abogaba por la sociedad comunitaria al servicio de la construcción socialista y que todas las instituciones deberían ser parte del sistema de Salud Pública y responder a una planificación única.

Al inicio de la década de 1930, los efectos de la Gran Depresión de 1929 terminaron con el gobierno de Carlos Ibáñez. Esteban Moreno tomó el cargo de presidente de la República y fue destituido el 4 junio de 1932. Entonces se constituyó una junta de Gobierno integrada por Arturo Puga, Carlos Dávila y Eugenio Matte, miembros del partido socialista. De acuerdo a sus ideales sociales, declararon la República Socialista de Chile. (Palma, 2017, pp. 373-404).

Esta República Socialista duró escasos 12 días, lo relevante es que se inició de nuevo la discusión de los problemas de salud y la realidad de la nación chilena, la desigualdad imperante del sistema, de esta discusión nace la medicina social en la nación. Se convocaron elecciones presidenciales para el 30 de octubre de 1932, en las que resultó electo por segunda vez Arturo Alessandri Palma. (Palma, 2017, pp. 373-304).

En la década de 1930 dos sucesos importantes ampliaron el concepto de medicina social chileno. El primero fue el encuentro en 1935 de los médicos del Seguro donde se evaluó su funcionamiento hasta el momento, se enfatizó la baja cobertura, el mínimo

impacto en la mejora de los indicadores de salud de los asegurados. Se recomendó que el Estado debe destinar las políticas sociales a todos los ciudadanos, coordinar los servicios de salud hacia la medicina preventiva. (Labra, 2004, pp. 207-219).

El segundo acontecimiento fue la Convención de la Asociación Médica de Chile (AMECH), realizada también en 1935. Las conclusiones de esta reunión reflejan la fuerte influencia de las ideas progresistas izquierdistas y se condensan en los siguientes puntos: unificar todos los servicios asistenciales, médicos, sanitarios y previsionales en un solo ministerio asesorado por un consejo técnico, orientar la enseñanza médica en un sentido social, centralizar la lucha contra las enfermedades de proyección social (tuberculosis, alcoholismo, etc.) la creación del Seguro Social Único. Los médicos se comprometen en defender el equilibrio en la distribución de los productos de su trabajo y apoyar al Estado en las disposiciones necesarias para la mejora de las condiciones del pueblo. A partir de 1930, con el gobierno de Pedro Aguirre Cerda del Frente Popular¹¹ estos puntos se transforman en acción política encaminada a la mejora de la salud pública. (Labra, 2004, pp. 207-219).

En el siguiente cuadro se anotan los cambios en la concepción Estatal de la medicina social.

¹¹ Coalición que se originó en 1936 de centro izquierda, por los partidos. Radical, Socialista, Comunista, Democrático, Radical Socialista, la Confederación de Trabajadores de Chile (CTCH), el Frente Único Araucano y el Movimiento Pro-Emancipación de las Mujeres de Chile (MEMCh). Obteniendo el triunfo electoral en 1938. Salazar, Gabriel (2012) *Movimientos sociales en Chile, trayectoria histórica y proyección política*. Chile: Uqbar Editores.

Cuadro 3. La medicina chilena antes y después de 1938.

Antes

Después

Medicina individualista, predominantemente curativa	Medicina social preventiva y curativa como función de Estado
Organización de los servicios asistenciales político-partidaria, anárquica, antieconómica y burocrática.	Unidad y autonomía técnica administrativa y económica de los servicios
Caridad más que medicina	Integración al Estado de los agrupamientos funcionales de técnicos, médicos y paramédicos a cargo de los servicios.

Fuente: Labra, María Eliana (2004) “La Medicina Social en Chile: Propuestas y debates (1920-1950)” CuadMédSoc (Chile) Núm. 44, pp. 207-219. Elaboración propia.

Cabe destacar que el médico Salvador Allende Gossens, en 1939 en el Gobierno de Pedro Aguirre Cerda y del Frente Popular realizó el primer censo de Salud Pública en Chile. Como resultado de este estudio escribe su libro, “La realidad médico social chilena” en 1939, donde hace un estudio socioeconómico de la situación del trabajador chileno. Salvador Allende concluye que el trabajador chileno estaba en una situación de pobreza preocupante y que esto influyó también en su salud y educación. “La inspección General del trabajo estimaba que, en 1938, el número de obreros era 828,000 que ganaban menos de \$10 diarios de los cuales 476,000, en su casi totalidad campesinos tenían un salario inferior a \$5 pesos”. (Allende, 1939, p. 33).

En este libro expuso los problemas socioeconómicos que contribuían a la elevada mortalidad infantil, la deficiencia de estatura y peso, la frecuencia de las enfermedades infectocontagiosas, las malas condiciones de salubridad y vivienda de la población.

Debido a la deficiencia de la Salubridad pública, el autor propuso un seguro de enfermedad completo ya que el sistema de Beneficencia, Hospitales, Policlínicos, oficinas rurales y cajas de previsión solo comprendía atención médica para algunas ciudades del país la mayoría con cargo al enfermo y no concedía subsidios en dinero, si bien los empleados públicos estaban amparados por permisos con sueldo o parte de él, atención médica a la familia, y pensión de invalidez completa y jubilación. Eran los únicos ostentaban esta clase de prestación.

Los empleados particulares tenían caja de ahorro individual que acumulaba fondos para el retiro, y se ampararon por la Ley de Medicina Preventiva, el Código de trabajo (Ley 6020) que establecía un examen de salud gratuito y un reposo si era necesario con goce de sueldo el primer mes, que iba disminuyendo hasta el 25 por ciento al cuarto mes. Seguro de invalidez solo si acumulaban fondo de retiro y de acuerdo al monto Al término de la vida laboral se podía retirar el monto de los fondos de retiro.

Salvador Allende resalta en su libro que la Marina disfrutaba de una previsión social mucho mejor que los demás trabajadores por la ley 6037, de la Caja de Marina Mercante. En caso de enfermedad otorgaba el 100 % de sueldo, el mismo porcentaje por pensión de invalidez y de vejez. Además de prestaciones médicas, asignación por desempleo, pagos de gastos funerales. Las fuerzas armadas así mismo contaban con pagos de retiro y caja de previsión, el gobierno aportaba el 75 por ciento del estipendio, seguro de invalidez y vejez, pago de gastos funerarios, préstamos hipotecarios, seguro de enfermedad. En lo que respecta a la Policía, Carabineros y Gendarmería, estaban amparados por la ley 3650, a la llamada Caja de Retiro y Montepío de la Defensa Nacional que es brindaba, seguro de invalidez, vejez y pensión, gastos de funeral, seguro de enfermedad, y préstamos

hipotecarios. Quedaba claro que la protección social no era para todos y que además estaba dividida en sectores, lo que facilitaba la desigualdad en la atención. (Allende, 1939, pp. 40-170).

Quedando divididos los servicios de prestaciones sociales en diferentes cajas:

- Caja de Seguro Obligatorio (obreros, trabajadores)
- Caja de Previsión de los empleados particulares
- Caja Nacional de empleados públicos y periodistas
- Caja de Previsión de los Carabineros de Chile
- Caja de Retiro y Montepío de la Defensa Nacional
- Caja de Retiro y Previsión de los FF.CC. del Estado
- Caja de Previsión de la Marina Mercante nacional

Ésta era la forma en que se trataba de dar prestaciones sociales, los trabajadores y empleados privados tenían los servicios de menor calidad, los burócratas, militares y marinos accedían a mejores condiciones. Salvador Allende se dio cuenta que la mayoría de servicios de salud y seguros facultativos para los trabajadores y empleados privados tenían una finalidad de lucro, que la prevención en los accidentes de trabajo no existía o era supeditada a los intereses monetarios de la empresa. No existía un interés en la recuperación de enfermos y accidentados, que los pagos por accidentes de trabajo, si se daban eran muy bajos y que las pensiones a las que podían aspirar los trabajadores eran muy precarias. (Allende, 1939, pp. 40-170).

Afirma Salvador Allende (1939 p. 183) “los organismos encargados de la Salud Pública se han formado en épocas diversas, con criterios muy diferentes que se han desarrollado ignorándose, por lo que en muchas ocasiones hay una ausencia de cooperación”.

Además, encontró que los medicamentos eran distribuidos por grandes firmas asociadas con importantes empresarios del país, y además eran vendidos a precios altos que favorecían la especulación. Así mismo, muy pocas medicinas se producían en el país.

2.1.5. Plan de acción de Salvador Allende llamado Programa Médico Social

En su responsabilidad como ministro de Salud, (1939-1942), en la presidencia de Pedro Aguirre Cerda, en Chile se pusieron en práctica cambios en la ley de Salud Pública más de acuerdo con su ideología socialista. En sus palabras de este presidente sobre la situación laboral y social del país:

El régimen de salarios en el país está saturado de una profunda injusticia social, permite la acumulación de grandes riquezas por parte de los capitalistas, esto ha sido porque el trabajo humano es considerado como una vulgar mercancía (Allende, 1939, p. 199).

Su plan consistía en:

1. Elevar los salarios para que permitan la satisfacción de las necesidades mínimas y elementales en relación directa con el costo de vida.
2. Salario familiar para las madres pagables desde la etapa prenatal. Aumento progresivo del salario familiar a partir del tercer hijo.
3. Protección, defensa y derecho al trabajo de la madre soltera.
4. Igualdad de derechos a todos los hijos.
5. Administración de alimentos básicos (cooperativas lecheras, monopolio de pasteurización por parte del Estado, mayor producción de pescado).
6. Construcción de viviendas, políticas de arrendamientos para mejorar las condiciones de los trabajadores. Un plan de construcción de habitaciones definitivas. La coordinación de la Caja de Habitación Popular, la Dirección General de Obras Públicas.

7. Aplicación de la ley de Higienización de la vivienda.
8. Propuesta de reestructuración del Ministerio de Salud. Con el Consejo Nacional de Salud como coordinador de los servicios asistenciales y médicos. La unificación de los Servicios Asistenciales de Beneficencia y el Seguro Obrero. La cobertura para toda la población asalariada y sus familias. La creación de Hospitales de Zona, Hospitales de Distrito. Los hospitales que funcionaban en este periodo no funcionarían como caridad. A fin de completar la unificación de los servicios asistenciales, el Hospital de la Madre y el Niño, la Higiene Social, el Servicio Médico Escolar pasarían a ser parte del Consejo Nacional de Salubridad.
9. El Consejo Nacional de Salubridad debe crear el Departamento de Especialización Sanitaria Asistencial para formar: Técnicos Administradores de Hospitales, directores de los Institutos de Medicina Preventiva.
10. Modificación de las Cajas de Previsión a partir de la creación de una Gran Caja de Previsión Única para cambiar sus funciones resguardando los intereses de los trabajadores y empleados sin fin de lucro, supeditados a la política gubernativa.
11. Creación del Departamento de control de precios de drogas y medicamentos, con el fin de implementar disposiciones legislativas para el control de elaboración, internación y precios de venta de los productos farmacéuticos.
12. Ley de seguro obligatorio de accidentes de trabajo. Se establecerá la obligatoriedad del seguro y la responsabilidad patronal de costearlo. La Caja del Seguro Obrero controlará sus servicios.
13. Ley de Medicina Preventiva. La modificación de esta ley para extender su aplicación a todas las enfermedades que produzcan incapacidad y a las madres obreras y a su incapacidad por embarazo.

14. Declarar obligatorio el tratamiento de tuberculosis y sífilis.
15. Extender los beneficios a los familiares de los asegurados.
16. Si un trabajador se ve obligado a cambiar de ocupación por enfermedad o incapacidad relativa y no perciba el salario suficiente o el salario sea menor que el del anterior trabajo, éste debe ser completado por parte la Caja de Previsión.
17. Reestructuración de los Servicios de Salubridad nacional antes Dirección de Sanidad para establecer la aplicación del Código Sanitario en referencia al control de fronteras, control marítimo, inspección de profesiones médicas, control de boticas, higiene pública, urbanismo social, saneamiento, agua potable, alcantarillado, luz artificial, cementerios, higiene industrial, prevención de accidentes, inmunización obligatoria, estadísticas, demografía, Instituto de Nutrición,
18. La formación de un consorcio estatal integrado por el Instituto Bacteriológico, el Laboratorio Chile, y la Central de Compras de la Beneficencia, para crear un poder comprador y distribuidor del Estado. (Allende, 1939, p. 200).

Estas propuestas de reforma fueron presentadas en el Legislativo, para algunos el proyecto de ley de Salvador Allende lo consideraban un “grave retroceso” en relación con los progresos del mundo europeo. Para otros la fusión de todas las instituciones de salud pública era una “aberración.” Sin embargo, se presentó un proyecto de modificación de la ley 4054 de 1924 para un “Programa unificado de protección a la Salud” que buscaba cubrir todos los riesgos de trabajo y enfermedades de la vida de todas las categorías de empleados y obreros, pero sin la creación de una institución distinta como quería Salvador Allende. (Labra, 2004, pp. 207-219).

Otro médico muy importante en el desarrollo de las políticas sociales fue Eduardo Cruz-Coke, ministro de Salubridad en 1937, propuso también una ley de medicina preventiva y la ley madre-niño. En cierto grado lograron la unificación de los Denominados Servicios de Salud Fusionados con el que las propuestas relacionadas con el saneamiento, la vivienda, los beneficios a la familia de los asegurados, quedaron bajo el mando único de las instituciones públicas.

Salvador Allende seguirá teniendo un rol importante a partir de su labor como senador en 1945 y la dirección del Colegio Médico entre 1949 y 1963. Eduardo Cruz-Coke es elegido Senador por el partido conservador con la corriente social cristiana y contribuye a la fundación de la Escuela de Salubridad en la Universidad de Chile en 1943.

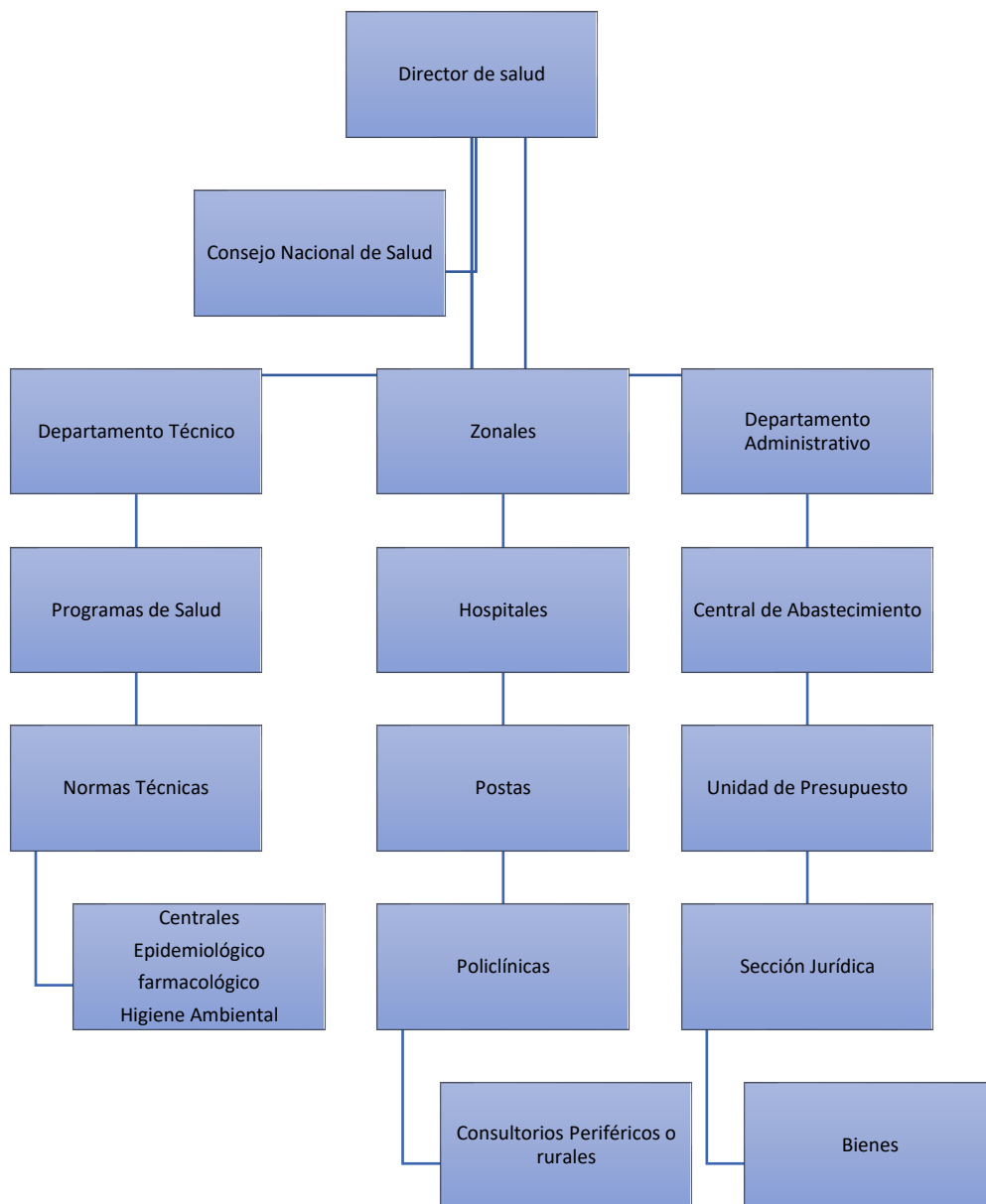
Entre 1940 y 1950 empiezan a mejorar los indicadores de salud de la población por efecto de las reformas de la infraestructura sanitaria, el descubrimiento de los antibióticos y otros medicamentos y también por la mejora de las condiciones de vida de la población. La tasa de mortalidad infantil desciende de 251 a 140 por cada mil niños nacidos vivos. (Larrañaga, 2010, p. 23). En 1953 se creó el Servicio Nacional de salud por la Ley No. 10.383, como organismo descentralizado administrativamente cuyo objetivo básico era amparar a los obreros. Esta ley se logró aprobar con la cooperación de Eduardo Cruz-Coke, y Salvador Allende en el Senado.

En 1967 se agregó la atención a empleados mediante la Ley No. 16.781 orgánica del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Ya existía, pero amplió sus funciones de la siguiente manera:

- Creación de un sistema nacional único de atención médica para los empleados
- Financiamiento paritario por parte del empleador y empleado con el aporte del 1% de sus remuneraciones.
- Atención en hospitales, clínicas y médicos por libre elección.
- Organización de un sistema de bonos cheque para pago de consultas y de atención médica, análisis y hospitalizaciones.
- Sistema de préstamos de salud para cubrir la parte del costo no aportado por el Estado.
- Organización del Servicio Médico Nacional de Empleados como organismo básico de operación, control y evaluación del sistema. (Lavados, 1983, pp. 90-102).

La organización del Servicio Nacional de Salud quedará como se muestra en la siguiente figura.

Figura 5. Servicio Nacional de Salud (SNS)1968¹²



¹² Fuente: Lavados Iván. (1983) *Evolución de las Políticas Sociales en Chile 1964-1980*. Chile: ILPES-UNICEF/ONU. Elaboración propia.

El Sistema Nacional de Salud (SNS) permanecerá de esta forma hasta 1970. Por último, anexaremos una cronología del Sistema Nacional de Salud. **Figura. 6. Cronología del sistema de Salud Pública Chileno**¹³

-
- **1892.** Se renombra la junta como Consejo de Higiene Pública y mantiene su objetivo de asesorar al gobierno en materias de Salud Pública.
 - **1917.** Se crea el Consejo Superior de Beneficencia, cuyo objetivo es dar unidad técnica a todos los hospitales del país.
 - **1918.** Se publica el primer Código Sanitario donde aparece la figura de una autoridad unipersonal con facultades ejecutivas. Establece la Dirección General de Sanidad y la creación de organismos sanitarios en cada zona de salubridad.
 - **1924.** Se crea el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social. Se organiza la Caja de Seguro Obrero para cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte.
 - **1925.** Surge la Junta Central de Beneficencia, entidad autónoma con recursos técnicos y financieros.
 - **1937.** Comienza la distribución gratuita de leche a los menores de dos años.
 - **1938.** La Ley 6.174 establece los principios de la medicina preventiva, al plantear la realización de exámenes sistemáticos de salud a los trabajadores.
 - **1942.** Aparece la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA) como resultado de la fusión del Departamento Central de la Madre y el Niño; con el Departamento de Sanidad Escolar. También se crea el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) cuando se fusionan los departamentos de salud del conjunto de Cajas de Previsión de Empleados Públicos y Privados. Su objetivo es prestar acciones de prevención.
 - **1952-53.** Se promulga la Ley 10.383 que establece el Sistema Nacional de Salud (SNS), organismo encargado de la protección de la salud para toda la población y del fomento y recuperación de la salud de los obreros, esposa e hijos hasta los 15 años. Para su creación se fusionaron la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social; el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero, el Servicio Nacional de Salubridad, la Dirección General de Protección a la Infancia y a la Adolescencia; la sección técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo; los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades; y el Instituto Bacteriológico de Chile.
 - **1958.** Se crean las Mutuales de Seguridad para la protección de trabajadores contra riesgos y consecuencias de accidentes del trabajo.
 - **1967.** Se agregó la atención a empleados mediante la Ley No. 16.781 orgánica del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).
 - **1968.** La Ley 16.744 de Accidentes y Enfermedades Profesionales consolida a las Mutuales de Seguridad, ya que las faculta para captar fondos, además de que les permite organizar y administrar un mecanismo de atención integral en accidentes del trabajo.

¹³ Fuente: Ministerio de Salud Chileno. [en línea]. <https://www.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>. Elaboración propia. (Consultado: 08/03/21).

Para ejemplificar la desigualdad de los ingresos en el periodo de 1958 a 1963, mientras el índice se acerca más a cero está más próximo a la igualdad y si se encuentra contiguo a uno corresponde a la desigualdad. Esta tabla refleja el índice Gini y la tasa de desocupación en Chile.

Tabla 4. Índice Gini y Tasa de desocupación en Chile, 1958-1969.

Periodo	Índice de Gini	Tasa de desocupación
1958-1963	0.47	6.73
1964-1969	0.46	6.31

Fuente: Gangas Peiró, Pilar. (2009). "Desigualdad y pobreza en América Latina y Europa desde 1950". *Política y Cultura*, núm. 20, México: UAM Xochimilco, pp. 29-51. Elaboración Propia.

Este cuadro demuestra un cambio muy positivo en comparación con las condiciones de los chilenos a principios del siglo XX antes del Estado de Bienestar. Las luchas para lograr cambios encaminados a mejorar las condiciones de las políticas sociales habían trabajado para disminuir la desigualdad y habían logrado establecer las bases de un Estado Social.

Algunos indicadores de salud se muestran en la siguiente tabla.

Tabla 5. Mortalidad por sexo y edad en Chile, 1960-1970 porcentaje en tazas por mil habitantes.

	1960	1965	1970
<i>Mortalidad general:</i>			
Observada	12,3	10,8	8,9
Ajustada por sexo y edad	11,1	10,0	8,9
Varones	13,3	11,7	9,8
Mujeres	11,3	9,9	8,0
<i>Mortalidad infantil:</i>			
Menos de 28 días	35,2	33,5	31,3
28 días a 11 meses	85,1	61,9	48,0
1 a 4 años	9,6	5,6	3,9
5 a 14 años	1,4	1,0	0,9
15 a 44 años	3,8	3,3	2,7
45 a 64 años	14,7	14,4	13,3
65 años y más	63,8	66,9	64,5

Fuente: Medina, Ernesto y Kaempffer, Ana. (1983) "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 95. Pp. 21-34.

En el cuadro anterior, se muestra la evolución que significó la implementación de las leyes de salud mencionadas anteriormente desde la década de 1960 hasta 1970, se observa la disminución de la mortalidad general y la infantil. La legislación y los cambios en la institución significaron diferencias favorables en la lucha contra la desigualdad.

A finales de los años 60 empieza a surgir la inflación, lo que conduce a pugnas entre los diferentes sectores sociales, aumentos de precios y malestar social. La eterna lucha entre los sectores capitalistas liberales y socialistas sigue en el país. Los gobiernos de Carlos Ibáñez y Jorge Alessandri (hijo del presidente Arturo Alessandri de las décadas de 1920, 1930), buscaron liberar la economía, uno mediante cambios populistas apegados a la

Democracia cristiana y el segundo con acciones del tipo liberales, pero ninguna de las dos estrategias funcionó debido a los desequilibrios macroeconómicos de Chile. El gobierno de Eduardo Frei, (1964-1970) se propuso impulsar un conjunto de cambios económicos y sociales que pretendía acallar los planteamientos de los partidos de izquierda que no tuvieron éxito. (Larrañaga, 2010, pp- 30-31).

Estas ideas de una reforma del gobierno liberal a un gobierno socialista venían gestándose en el campo y en los trabajadores de la ciudad desfavorecidos lo que hizo muy difícil que la línea burguesa que tradicionalmente ganaba las elecciones pudiera triunfar en 1970. Resultando elegido Salvador Allende y la Unidad Popular.¹⁴ Triunfo que duró 3 años, pues un golpe de Estado acabaría imponiendo las políticas neoliberales en la Nación.

En los siguientes apartados se estudia la historia del neoliberalismo para poder comprender el porqué del cambio de orientación de las políticas de salud pública en Chile después de 1973.

¹⁴ Unidad Popular: coalición formada por los partidos: Partido Comunista de Chile, Partido Socialista de Chile, Partido Radical, Partido Social Demócrata, Acción Popular Unitaria, Unión Socialista Popular. Collier Simon and Sater William (2004) *A History of Chile, 1808-2002*. UK: Cambridge University Press, p. 327.

Capítulo 3. Neoliberalismo y la escuela económica de Chicago

3.1. Antecedentes del neoliberalismo y la Escuela económica de la Universidad de Chicago

Es claro que después de 1970, las ideas neoliberales son el paradigma dominante en las economías de la mayoría de los países. Esta teoría nació a principios del siglo XX, en los años 30 cuando los gobiernos totalitarios empezaban a surgir, el fascismo y el nazismo, en aquel entonces estas ideas eran una protesta contra los Estados totalitarios. Además de las reservas contra estos regímenes algunos académicos como Friedrich Von Hayek, Walter Lippmann, Wilhem Röpke, entre otros, experimentaban miedo hacia lo que según ellos era el totalitarismo del Estado de bienestar Keynesiano¹⁵ al ser el centro de las decisiones económicas y políticas.

El primer escalón hacia el desarrollo del neoliberalismo como paradigma dominante se realizó 1938 en el Coloquio Lippmann con propósito de analizar la defensa de la libertad, la democracia y el Estado, en la presentación del libro *The Good Society* del escritor Walter Lippmann¹⁶ en que se establecía que era necesario construir un nuevo orden mundial basado en la libertad personal, donde no se reglamentara el trabajo, ni el comercio; para Walter Lippmann el pensamiento fascista, comunista, y colectivista plantean una sociedad planeada que no es posible sostener. (Lippmann, 1937, pp. 10-14). Estos son los primeros esbozos de la doctrina neoliberal.

¹⁵ Estado liberal que establece una relación entre el capitalismo y el bienestar social a través de la autorregulación del mercado, pero con la presencia de un Estado que cuida el buen funcionamiento de las fuerzas del mercado, estableciendo derechos sociales y sindicatos para mejorar las consecuencias del capitalismo liberal. Su principal teórico es John Maynard Keynes. (Silva 2005, 127), (Skousen 2007, 134)

¹⁶ Walter Lippmann, New York, 1889-1974, escritor y periodista estadounidense. Estudió en la Universidad de Harvard, publicó múltiples obras, de la que se habla aquí es: *The Good Society*, 1937.

Al término del mencionado Coloquio se declaró la creación del Centro Internacional de Estudios para la Renovación del Liberalismo, formado por algunos economistas austriacos Ludwig von Mises, Friedrich von Hayek, los alemanes, Wilhem Röpke, Alexander Rüstow y Walter Eucken, todos de ideas liberales y opuestos al nacional socialismo. También asistieron El filósofo húngaro Michael Polanyi, el francés Raymond Aron. Todos ellos habían estado en el Coloquio Lippmann. La Segunda Guerra Mundial interrumpió sus reuniones. Terminada la conflagración y en plena Guerra Fría resurge de nuevo el neoliberalismo. En este sentido, la Sociedad de Mont-Pélerin apareció como una prolongación de la iniciativa de 1938. En 1947 nace de manera confidencial y proclama su independencia respecto a los partidos políticos, argumentando que su interés era meramente “científico y doctrinario” (Guillén, 2018, pp. 1-36).

La Sociedad de Mont-Pélerin tenía como objetivo desarrollar un nuevo orden mundial en contra de los totalitarismos, su mayor objetivo era: la búsqueda de una base teórica para imponer las políticas del libre mercado de Adam Smith reformuladas con un carácter más filosófico al fundamentarse en la búsqueda de la libertad del individuo con base en las ideas de Lippmann, Stuart Mill, entre otros, para establecer un sistema de creencias tanto económicas como políticas, sociales, filosóficas y culturales que validaran toda una forma de ver la vida y que se volviera dominante por medio de las élites y los aparatos ideológicos del Estado, es decir la cultura, la escuela, la iglesia, propagarán los valores neoliberales para ser adoptados por la sociedad. (Althusser, 1988).

En esta propuesta de orden mundial se redefinirían las funciones del Estado, para combatir la tendencia hacia el totalitarismo, que, según el pensamiento de la Sociedad de Mont Pélerin era la inclinación del Estado de Bienestar. Para evitar esta tendencia la

solución según estos académicos se debía reducir al mínimo la participación del Estado en los mercados y cortar los gastos en políticas sociales, apoyados en el pensamiento de su principal teórico, Friedrich Hayek: “una sociedad de hombres no tiene sentido, si continua el sistema llamado de justicia social, así el hombre tendrá total control de su destino y la prosperidad que traerá el mercado libre lo aliviará de la necesidad de depender de las instituciones sociales del Estado. La Salud y la Educación serán competencia solamente del individuo.” (1978, p. 182)

Después de la Segunda Guerra Mundial, aunque la Sociedad Mont-Pélerin fue muy activa en la academia no influyó en las economías mundiales, en ese momento en Occidente estaba dominados por la teoría keynesiana, social demócrata o los demócratas cristianos, en aquel entonces el FMI y el BM eran organismos que apoyaban fuertemente estas teorías. A pesar del espíritu de la época se estableció una escuela económica neoliberal en la Universidad de Chicago, donde Friedrich von Hayek y Milton Friedman impartían cátedra y desde ahí empezarían a extender su pensamiento.

El neoliberalismo ganó foros por medio de algunos de sus notables miembros que recibieron el premio Nobel (Milton Friedman, 1976, Friedrich von Hayek 1974)¹⁷ lo que les permitió tener una voz importante en la academia lo que les facilitó obtener la atención en los niveles gubernamentales, y así, influir para la expansión del neoliberalismo en todos los países occidentales.

¹⁷Fundación para el progreso Chile. [en línea]. fppchile.org. <https://fppchile.org/es/blog/axel-kaiser-participa-en-la-40-reunion-de-la-sociedad-mont-pelerin-en-estados-unidos/>. (Consultado:24/05/ 2020).

3.2. La Escuela económica de la Universidad de Chicago y su relación con Chile

La influencia del pensamiento neoliberal nacido de Mont Pélerin empezó a ganar fuerza en el campo financiero, político y académico. En Estados Unidos particularmente un grupo de individuos poderosos y líderes corporativos opuestos a la intervención estatal del Estado benefactor estaban listos para probar las ideas de los *Think-tanks* neoliberales para proteger y fortalecer su poder. Estos *Think-tanks* emergieron durante los años 50 y 60, entre los cuales estaban, por ejemplo; el Instituto de Asuntos Económicos (*Institute of Economics Affairs*) en Londres y la Fundación Heritage en Washington, así como la Universidad de Chicago, donde dominaba Milton Friedman, miembro de Mont Pélerin. (Harvey, 2007, pp. 21-22).

Estos *Think-tanks* neoliberales que surgieron subsecuentemente en Inglaterra y Estados Unidos que tenían como objetivo influir en la opinión pública para cambiar la orientación de las decisiones sobre economía en sus cámaras o parlamentos. En América latina apareció el Centro de Estudios económicos-sociales, establecido en Guatemala Capital en 1959 por Manuel Ayau, éste fue el primer instituto de esta índole en América Latina, además del proyecto de intercambio entre Chile y la Universidad de Chicago. (Polanyi-Levitt, 2018, pp. 76-78).

Milton Friedman es el principal exponente de la escuela de pensamiento económico de la Universidad de Chicago. El departamento de economía de esta Universidad pasó por tres etapas de creación. La primera parte desde la creación de la Universidad en 1892, a partir de una donación de John Davison Rockefeller, hasta la segunda mitad de la década de 1940; la segunda etapa comprende desde 1945 a 1976; y la tercera desde 1976 en adelante.

Milton Friedman se formó en la primera etapa, fue actor esencial en la segunda y su pensamiento y contribución sigue siendo importante hasta ahora. (Ravier, 2015, pp.121-122). Las más conocidas contribuciones desde la segunda etapa surgen en torno al aspecto monetario. En 1946 Milton Friedman inicia como profesor de teoría económica en la Universidad de Chicago donde trabajará por 30 años, construyendo una comunidad intelectual que ha producido 12 premios Nobel en economía y que se volvió el discurso dominante a nivel mundial después de ser impuesto en 1973 en Chile. (Ravier, 2015, pp. 121-122).

Milton Friedman inició el taller sobre política monetaria “*Chicago Workshop*”; en 1954-55 fundó la beca *Fulbright* en la Universidad de Cambridge. Sus columnas en *Newsweek* de 1966 hasta 1984, fueron una influencia creciente entre los hombres de negocios y políticos. (Ravier, 2015, p. 128).

Este autor en sus artículos y libros proponía; que la intervención gubernamental debía ser limitada, así mismo la función mayor del Estado debía ser proteger la libertad de los individuos de los enemigos de fuera, preservar la ley y el orden, para reforzar los contratos privados y facilitar la competencia de los mercados. El sector privado debía revisar el funcionamiento del sector gubernamental para garantizar una protección efectiva de la libertad de expresión, de religión y pensamiento. (Friedman, 2002, p. 3)

Milton Friedman explica que el libre mercado ayuda a las personas a escoger libremente el intercambio que quieran por su labor y así garantiza que las personas obtengan lo que quieren, en vez de recibir lo que un grupo particular en el gobierno piensa que deben recibir. Es decir, la planificación colectiva por un bien común destruye la libertad del individuo. “Los argumentos en contra del libre mercado significan una falta de

fe in la libertad en sí misma”, argumentaba. (Friedman, 2002, p. 15). (Friedman, 2002, p. 16).

En las ideas de Milton Friedman el gobierno benefactor ejerce un monopolio al manejar múltiples aspectos como el comercio, la educación, los servicios públicos y la salud, el Estado puede dejar estos asuntos a la iniciativa privada para motivar la libre elección de servicios y bienes, además de motivar la economía libre. Para Milton Friedman existía entonces un mal entendido del Estado de bienestar con respecto a la responsabilidad social del Estado pues éste debía limitarse solo a proteger el marco legal que permita el libre mercado para incrementar las ganancias de los negocios. (Friedman, 2002)

Por lo tanto, según su argumento es inapropiado usar las contribuciones de las empresas en actividades de caridad o universidades así que la escuela pública o la salud pública no contribuyen a mejorar la sociedad de la libre empresa. Las empresas deben decidir por sí mismas el destino de sus fondos y contribuciones, esto deja al individuo libre para decidir con base en sus ingresos lo que concierne a su salud y educación, sin interferencia del Estado o de las empresas. (Friedman, 2002, pp.119-136).

En relación a la cooperación académica con Chile, en los años 50 la Universidad de Chicago realizó un convenio de intercambio con la Pontificia Universidad Católica, que expiró en 1961. Entre los chilenos que obtuvieron esta beca se encuentran los que serían los conductores de la economía chilena a partir del golpe de Estado de 1973, que recibieron el nombre de *Chicago Boys*, por su apego a las teorías neoliberales de Milton Friedman, entre ellos Sergio de Castro y Pablo Barahona. (Délano y Translaviña, 1989, pp. 14-15). Su aprendizaje en la institución contribuyó a la creación del texto “El Ladrillo”, el cual fue la

base para el cambio económico que se hizo en Chile y que modificó la naturaleza de la seguridad social del régimen de la Unidad Popular.

3.3. El neoliberalismo y la seguridad social

El Estado neoliberal según la teoría de Friedrich Von Hayek, favorece los derechos de la propiedad privada individual, las instituciones del libre mercado y el libre comercio. El marco legal es definido por la inviolabilidad de los contratos, la garantía a las libertades individuales, y la legalización de los actos jurídicos del mercado. El Estado preserva las libertades por encima de todo, la de los empresarios y corporaciones para operar en el marco institucional a fin, además los derechos de propiedad intelectual son protegidos. Para los neoliberales ésta es la mejor forma de eliminar la pobreza pues los beneficios del mercado llegarían algún día a los más pobres, por medio la eficiencia y la productividad que estimularan el crecimiento económico que se distribuiría en toda la población. (Harvey, 2007, pp. 80-87).

En Latinoamérica las corporaciones ejercen poder frente a la precariedad de los sistemas políticos este fue el caso de Chile, por lo tanto, el Estado direccionó su política económica hacia el beneficio de los grupos financieros y como consecuencia perdió poder para dirigir sus políticas públicas. (Pastor, 2020, p.1.).

Desde los años 70 del siglo pasado, el enfoque del Estado dio un giro hacia el neoliberalismo, en la práctica y en el pensamiento político-económico. La desregulación, la privatización de funciones estatales y el abandono de áreas de previsión social han sido promovidas y practicadas por la mayoría de los países latinoamericanos y los que eran Estados de bienestar tradicionales muchas veces convencidos y otros motivados por

presiones de organismos internacionales como el FMI para adoptar alguna versión de la teoría neoliberal o han ajustado algunas de sus políticas a estos principios.

En el gobierno neoliberal de Augusto Pinochet se dismantelaron todas las organizaciones sociales de izquierda y de organización popular como los centros de salud comunitarios, el mercado laboral fue reestructurado precarizado y desregulado (Haley, 2007, 14). Se reconstruyó la seguridad social hacia el lado del mercado privatizando muchos servicios que antes eran prestados por las instituciones. (Kurtz, 2002, p. 293).

En el capítulo siguiente analizaremos las transformaciones del sistema de salud y seguridad social chileno con base en la teoría neoliberal.

Capítulo 4. Reestructuración en las políticas de salud pública orientados hacia el neoliberalismo en el régimen de Augusto Pinochet y la agudización de la desigualdad

En 1970 Salvador Allende y la Unidad Popular llegan a la presidencia. Durante el gobierno de Salvador Allende los opositores al régimen y el gobierno de Estados Unidos estaban muy preocupados por las ideas socialistas del gobierno por lo que se orquestaron una serie de medidas para contrarrestarlas. Por ejemplo: un veto a cualquier préstamo del Banco Interamericano de desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM), que contribuyó a la crisis económica que acompañaría al régimen durante su corta duración y a la caída del mismo. (Blum, 2003, p. 212).

La solución para tomar el camino al gusto de las élites del país y de Estados Unidos fue el golpe militar. Bajo este gobierno impuesto se pudieron tomar decisiones “duras” muy impopulares acordes con la nueva teoría neoliberal. Los más golpeados fueron los sectores populares. (Skidmore y Smith, 1996, p. 19). En este capítulo después de analizar las principales decisiones emprendidas por la Unión Popular, consideraremos el golpe de Estado, el cambio de las políticas de salud, y la afectación de las clases populares a raíz de este cambio de la política social.

4.1 Antecedentes a la reestructuración, Gobierno de la Unidad Popular y la Seguridad Social

Hubo una significativa controversia entre la visión liberal del Sistema de Salud que consideraba la salud de los chilenos como capital humano que debe ser protegido para incrementar la productividad (Labra, 2004, pp. 209,210), y la “medicina social universal” que era la propuesta de Salvador Allende. Estos enfrentamientos entre el gobierno socialista de la Unión Popular y los sectores partidarios del libre mercado, no eran solamente sobre la Salud Pública y la cuestión social, sino sobre todas las decisiones económicas del gobierno,

lo que llevó a un enfrentamiento en 1973 y a la adopción del neoliberalismo, hecho que tuvo consecuencias que se reflejan hasta el día de hoy en el sistema de seguridad social.

Es importante enfatizar que Salvador Allende ganó las elecciones con un margen muy pequeño pues obtuvo el 36.3 de los votos, él era representante de una alianza entre los partidos de izquierda (Partido Socialista, el Partido Comunista, el Movimiento de Acción Popular Unitario, la Acción Popular Independiente y el Partido Social Demócrata) denominada Unidad Popular. Fue seguido, en el porcentaje de votos por Alessandri el candidato de los estadounidenses y la derecha que obtuvo un 34.9 y el otro candidato Tomic de la Democracia Cristiana el 27.8. La izquierda ganó, pero se mostraba muy frágil, así empezaron los problemas para poder implementar el modelo socialista y el modelo de seguridad social universal propuesto por el gobierno socialista. (Skidmore, Smith, 1996, pp. 149).

El primer escollo fue la confirmación del Congreso, la derecha se oponía al reconocimiento como presidente de Salvador Allende pues lo consideraba una amenaza para las élites del país. Entonces, se realizó un complot militar apoyado por el gobierno de Estados Unidos, en el que se realizó el secuestro del General René Schneider, comandante en jefe del ejército, que terminó asesinado. Este intento no fructificó en su objetivo de impedir la toma de protesta y tres días después el presidente fue confirmado por el Congreso. (Skidmore, Smith, 1996, pp. 149).

Durante los tres años que duro la Unidad Popular, el presidente en conjunto con sus consejeros decidieron que, a pesar del poco margen de su victoria electoral, de las élites del país en contra y aún de Estados Unidos, se buscaría un cambio radical en las políticas sociales y económicas de la nación, para establecer el gobierno socialista.

El objetivo de este gobierno era la instauración del socialismo por la vía democrática. El gobierno de Allende y la Unidad Popular plantearon transformaciones radicales en materia económica y social por medio de una economía centralizada. Por ejemplo, las estatizaciones de las empresas mineras, agrícolas, manufactureras, servicios públicos y en el aspecto de salud una universalización de los servicios de salud, y un reforzamiento del SNS, que otorgara servicios a todos los chilenos y no solo a los trabajadores.

La primera acción controversial fue la nacionalización del cobre, lo cual fue interpretado por las élites y la derecha como un camino hacia la “dictadura comunista” y se dedicó este sector a justificar el golpe de Estado. Se estatizó el carbón y el acero, junto con el 60% de los bancos privados. Se expropiaron firmas como ITT y Ford. (Skidmore y Smith, 1996).

En palabras del periodista y profesor chileno, Luis Corvalán “el gobierno de Allende y la Unidad Popular tuvo muchos errores, uno de ellos fue el sectarismo que impidió consolidar los vínculos y acciones comunes con la Democracia Cristiana para cumplir los propósitos económicos y sociales” (2003, p. 10).

Así mismo, Salvador Allende en su Mensaje Presidencial ante el Congreso Pleno en 1971: “aquí estoy para incitarles a la hazaña de reconstituir la nación chilena. Un Chile en que todos los niños empiecen su vida en igualdad de condiciones, por la atención médica que reciban, por la educación que se les suministre, por lo que coman. A favor de una vida mejor para todos” (Salvador Allende, en Corvalán, 2003, p.19).

Las primeras acciones de su gobierno fueron encaminadas a la austeridad y la disminución de los sueldos de los empleados del Estado, la reincorporación de obreros y empleados despedidos por los conflictos laborales en la Línea Aérea Nacional y la Empresa Nacional de Minería, el retiro los decretos de alza de precios en las tarifas eléctricas, se suprimieron

los reajustes en la vivienda (reajustes CORVI¹⁸), estableció la gratuidad de la atención médica en postas y policlínicas, entre otras. (Corvalán, 2003, p. 17)

El gobierno popular firmó un acuerdo con la Central Unitaria de Trabajadores de Chile (CUT) para crear comisiones tripartitas integradas por trabajadores, empresarios privados y gobierno, en el área textil, la industria gráfica, la bencina, donde se acordó el pago de salarios mínimos suficientes, pago de alimentos y subsidios por enfermedad, indemnización por los años de servicios y otros beneficios que les brindaría la seguridad social.

Mejoraron las asignaciones familiares como prestación social, y las pensiones. El gobierno de Salvador Allende facilitó la creación de sindicatos industriales. Se promulgó la Ley 17.392 para establecer de la Caja de Previsión social para los comerciantes, pequeños industriales, transportistas, artesanos y trabajadores independientes que no habían estado considerados dentro del SNS anteriormente. Se abrieron más consultorios a razón de uno por cada 40 mil habitantes, algunos con horarios de 24 horas. (Corvalán, 2003, pp.20-22).

Las consultas externas del Servicio Único de Salud aumentaron de 8 millones 900 mil en 1970 a doce millones 200 mil en 1971, crecieron también en un 32.2% las prestaciones de servicios de urgencias. Se integró el servicio de odontología al Servicio Nacional de Salud.

¹⁸ Corporación de la vivienda (CORVI). Organismo que se encargaba de construir viviendas para obreros y empleados a cargo de Bancos Comerciales, instituciones de crédito, compañías de seguros y el Banco del Estado creado para este fin. En el gobierno de Jorge Alessandri (1958-1964) se traspasaron todas las actividades de construcción del CORVI al sector privado, ya sin participación del Banco Estatal. Se orientó la construcción a sectores medios y altos. Las viviendas construidas tenían un valor de venta más un 6% por concepto de gastos de administración. La deuda se pagaba en 30 años con un interés anual de 4% más un 1.7% de amortización anual. Aguirre, Beatriz y Salim, Rabi. (1998). El paradigma de la CORVI en la Arquitectura Habitacional chilena 1953-1976. Chile: Centro de estudios de vivienda (CEDVI). Facultad de Arquitectura y Bellas Artes de la Universidad Central. Pp. 1-55.

El gasto de salud subió el 3.5 por ciento del presupuesto nacional. Se distribuyó medio litro de leche por día a cada niño chileno durante todo el gobierno de la Unidad Popular. Se crearon centros de primeros auxilios en las comunidades indígenas dependientes de SNS y se fundó la Corporación de Desarrollo Indígena que incluía aulas y centros de alfabetización también. (Corvalán, 2003, pp. 23-26).

Desde la toma de posesión en 1970 se inicia la cooperación de la gente, que creía en el gobierno socialista. Se iniciaron las “campañas de salud” que contemplaban planes masivos de vacunación, pasando por planes para mejorar la nutrición, planes y apoyos, etc. Se nombró como director al Dr. Sergio Infante. El crecimiento de políticas sociales dirigidas a mejorar el Sistema de Salud Pública (SNS) fue constante. Se dio seguimiento a la educación de la salud, la atención a todos los sectores sin distinción, ayudas dominicales, la protección en invierno contra enfermedades respiratorias.

El gobierno de Allende tenía el plan de una reforma integral de la seguridad social. Se encaminaba a un Sistema Único, que agruparía a todas las instituciones, empleados, fuerzas armadas, universidades, agricultores, obreros, etc. Para prestar una atención unificada e igualitaria a todos los ciudadanos, sin distinguir la situación económica o preexistencia de enfermedades. Una “medicina socializada” en palabras de Salvador Allende. (Boris, Bustamante y Rojas, 2014, pp. 20-21).

Como vimos, antes del gobierno de la Unidad Popular, la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) unificó el servicio salud de los obreros de todas las ramas, pero no eliminó los hospitales privados. Desde su fundación el SNS arrastraba problemas de recursos, situación que empeoraba pues cada vez se demandaban más prestaciones de salud. El SNS debía atender el 75% de la demanda total de salud, y disponía solo del 40% de los

recursos a través del presupuesto. En los sistemas privados de salud debido a las cotizaciones y cobros al sector más acaudalado del país, tenían mucha más disposición de recursos económicos y mucho mejor tecnología en los servicios de salud, por lo tanto, los que tenían mayores recursos compraban una mejor atención médica.

El gobierno de Salvador Allende realizó un plan de acción destinado a atender las necesidades de la clase popular y también mejorar el servicio de SNS. Este plan se llamó “Primeras 40 medidas”. La salud se concibió como un derecho humano básico y se nombró al Estado como responsable de asegurar el acceso a una adecuada atención sanitaria para todos sin distinción. Los gastos de salud pública seguían una curva similar al crecimiento del PIB el primer año de gobierno de la Unión popular se registró un aumento del 8.6% del PIB.

El gobierno de Salvador Allende buscó asegurar la atención médica y dental preventiva y curativa de los ciudadanos financiada por el Estado. Una de las primeras medidas consistió en suprimir el pago de todos los medicamentos y exámenes en los hospitales públicos. Las condiciones de vida tenían un papel decisivo en el bienestar físico y mental de la población. Se buscaba entonces una acción conjunta del Estado en materia de vivienda, educación, salud, cultura y trabajo.

En 1972, Chile ratifica el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que reconoce el derecho de todas las personas a una calidad de vida adecuada y el acceso a un nivel adecuado de salud física y mental. El Estado asumía la responsabilidad de generar políticas para garantizar estos derechos a todos los ciudadanos. Como ya se mencionó la distribución de medio litro de leche a cada niño alcanzó a 3,600 000 beneficiarios. (Rodríguez y Ganga, 2020, p. 207-208).

Tabla 6. Porcentaje de gasto en salud ¹⁹en Chile 1958- 1989

Presidente	Años	Gasto en Salud	
		Inicio	Termino
Alessandri	1958-1964	23%	23%
Frei	1965-1970	23%	20%
Allende	1971-1973	20%	23%
Pinochet	1973-1989	20%	12%

Fuente: Datos de la Universidad Católica de Chile. En; Buris, Pablo, Bustamante, Nicolás y Rojas Juan Pablo. (2014) *Análisis crítico del Sistema de Salud Chileno. la puja distributiva y sus consecuencias*. (Tesis de grado) Facultad de Economía y Negocios, Escuela de Economía y Administración. Universidad de Chile.

En esta tabla 6, podemos ver que el gasto de salud se incrementó durante los años del Estado de bienestar, 1958-65. Bajo a un 20% con el gobierno de Frei, y vuelve a subir en el gobierno de Salvador Allende alcanzando los niveles anteriores. Con Augusto Pinochet inicia una reducción del presupuesto hasta un 12% hacia el final de su gobierno.

A partir de 1971, se implementaron los Consejos locales de salud a fin de formalizar el contacto entre la comunidad y el Estado se encargó de otorgar la atención de salud con el concepto de atención integral a través del SNS, que integró equipos con capacidad de una asistencia próxima al hogar o al sitio de trabajo coordinada con el Hospital Base y organismos locales. Como ejemplo de esta interacción estaba el programa de “Psiquiatría Intracomunitaria”, este programa estuvo relacionado al desarrollo médico en el campo de la

¹⁹ Las funciones de la sociedad son las acciones orientadas a garantizar la supervivencia y el progreso de los individuos. Entre las funciones de la sociedad tenemos; la satisfacción de las necesidades básicas, la preservación del orden, la gestión de la educación, la gestión de la economía, la división del trabajo, la preservación y transmisión de la cultura. Spencer, Herbert. (2004). *¿Qué es una sociedad?* “Una sociedad es un organismo.” *Reis*, pp. 231-243.

salud mental cuyo principal actor fue el psiquiatra y profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Juan Marconi. Estas acciones estaban más centradas en la práctica y la acción transformadora para una población de la que aproximadamente un 80 por ciento eran obreros urbanos y campesinos.

El diseño del programa se basaba en un consultorio periférico utilizado para incorporar a la comunidad en la resolución participativa de los problemas psiquiátricos con el apoyo de profesionales especialistas. Este programa tuvo como objetivo la intervención sobre el alcoholismo, que se consideraba el principal problema de obreros y pobladores de la época, por lo tanto, se proponían objetivos de salud en tres áreas: información, reconocimiento y resolución. en cada nivel se pedía el nivel más bajo posible aceptable y así, obtener respuestas que resolvieran el problema. (Norambuena, 2016, pp. 239-247).

El concepto de “medicina social” permitió incorporar la medicina preventiva, un concepto diferente de la medicina curativa, para trabajar en conjunto la salud pública. En el esquema de salud de la UP, las dos se trabajaban conjuntamente en SNS al que se le confirió la salud ciudadana como deber del Estado, donde “las acciones de salud eran decididas en conjunto con la planificación del desarrollo económico de la nación” (Illanes, 2010, p. 416).

Como otra de las acciones del gobierno de la UP, la Comisión Nacional de Emergencia en Salud, era la encargada de ofrecer clases de capacitación a voluntarios en campañas para evitar diarreas, de vacunación, capacitación, madres primerizas, campaña contra la deshidratación del infante, ahí también, se recababan datos sobre la situación de las familias. Esto demuestra el rasgo de la política social en materia de salud del gobierno

de Salvador Allende: la implementación de acciones para beneficiar a la población. También se creó un organismo para manejar las campañas sociales.

La Consejería Nacional de Desarrollo Social fue un organismo que manejaba la vinculación entre las organizaciones laborales y poblacionales. A través de esta institución y de la Comisión Nacional de Emergencia en Salud se quería avanzar hacia la solución de los problemas más inmediatos, uno manejaría las emergencias y el otro el bienestar social. Otra de las acciones para la atención emergente fue el llamado “Tren de la Salud” su destino era visitar las provincias de Cautín, Malleco y Arauco. Tenía un equipo completo de profesionales, médicos, enfermeras, abogados, sociólogos, constructores civiles y psicólogos para atender estas comunidades pobres en sus problemas de salud, vivienda, agua y sanidad. (Illanes, 2010, p. 479).

Estas dos instituciones mencionadas en los párrafos anteriores, establecieron las Brigadas de Salud, ya más formales y permanentes. Su labor de control estaba destinada a apoyar las instituciones de salubridad, atendían saneamiento ambiental básico (letrinas, basura, agua) control educativo, cuidado infantil, capacitación de embarazadas y métodos anticonceptivos, prevención de problemas juveniles, ayuda en gestión administrativas, atención psicológica, supervisión alimentaria. También supervisaba a las mascotas y animales de granja. (Illanes, 2010, p. 482).

Como era natural, muchos médicos dedicados a la medicina privada no veían con agrado la socialización de la medicina, pues al unir el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) al SNS, perdieron muchos clientes de la clase media, lo cual motivó también movimientos en contra de la universalización de los servicios médicos que se planeaba en la administración de la UP. Para los partidarios de Salvador Allende esta

defensa de la medicina privada era calificada de “mercantilización” de la salud, para ellos la medicina debía estar al “servicio del pueblo”: esto contribuyó también a la confrontación social y a la huelga médica de 1972.

Por lo que podemos ver, no todos los médicos estaban de acuerdo con la “medicina social”, pues no querían ver diezmadas sus ganancias de la práctica privada. Este factor también contribuyó a la falta de apoyo de algunos miembros del sector hacia las medidas del gobierno de la UP. Una de las situaciones que empeoró la relación entre los profesionales médicos y de otras profesiones y el gobierno de Salvador Allende fue el rompimiento con la Democracia Cristiana que era muy apoyada en el país por sus raíces religiosas muy arraigadas y sus propuestas sociales que no desarraigan el modelo capitalista.

Si bien, al principio del régimen no recibieron con alarma las medidas de la UP. El Colegio Médico veía con agrado el ascenso de Salvador Allende al poder, pues era el fundador de esta institución que presidió en 1951 y 52. Al principio apoyaron las medidas que tomó el gobierno en cuanto a las nacionalizaciones, pero el discurso radical de izquierda y la propuesta de crear un Sistema Único de Salud empezó a dividir las opiniones entre algunos que ejercían la práctica privada y otros que temían la excesiva burocratización de las instituciones.

A partir de los últimos meses de 1971 los problemas económicos ocasionados por la estrategia de economía de “Área de propiedad social” que se integraba con la nacionalización de la minería de cobre, la energía eléctrica y el transporte, el petróleo, afectó la inversión extranjera, debido a que Salvador Allende negó cualquier reclamo de indemnización que llevó al *boicot* ya mencionado, además de desquebrajar los soportes

económicos. Todo esto empezó a cobrar factura a través del desabastecimiento, la inflación, la tensión y polarización social. (Valenzuela, 2006, pp. 5-26).

El Colegio Médico empezó a pronunciar graves críticas al ministro de Salud. El descontento surgió también entre los profesionales de otras áreas que organizaron entonces asociaciones de profesionales asociadas a la oposición de derecha, como el “Frente Nacional de Profesionales” y la “Confederación Única de Profesionales de Chile (CUPROCh) que llamaba a combatir el “izquierdismo exagerado” y el desdén a la clase media que ejercía disimuladamente la Unidad Popular. El Colegio Médico dejó de apoyar a Salvador Allende. Los profesionales brindaron su apoyo a la “Confederación Democrática” una organización creada por la Democracia Cristiana y el Partido Nacional. (Casals, 2018, pp. 91-113). Esto llevó a una división entre sectores que apoyaban al presidente y los que no, lo que dio comienzo a una crisis que terminó en el Golpe de Estado.

En las líneas siguientes se anexa algunos índices indicadores de la situación del Sistema de Salud en el gobierno de la Unidad Popular hasta 1972, principalmente.

Tabla 7. Porcentaje de indigentes y pobres en Chile 1940-1972

Población	Porcentaje 1940	Porcentaje 1972
Indigentes	33.4	4.0
Pobres	55.5	15

Fuente: Piñera, Sebastián. (1978) *Evolución y Pobreza en Chile*. Chile: CEPAL Elaboración Propia.

En esta tabla 7, se ve claramente que el porcentaje de indigentes y pobres sufrió una disminución en contraste con los porcentajes registrados en 1940. Esta disminución se registra también bajo el cambio en las políticas de salud encaminadas hacia un Estado de Bienestar y la unificación del SNS. Del mismo modo en la tabla 8, siguiente, se ve el

aumento de la esperanza de vida en Chile en los años 70 como resultado de las políticas de salud aplicadas durante el auge de las políticas sociales aplicadas en el país.

Tabla 8. Esperanza de vida en Chile 1950-1975

Año	Esperanza de vida (Años)
1950-1955	54.8
1960-1965	58.1
1970-1975	63.6

Fuente: Méndez G. Juan Carlos. (1980) *Panorama Socioeconómico de Chile*. Chile: PrinterKoljatic&Lübert Ltd. Banco Central de Chile. Elaboración Propia.

La tabla 9, a continuación, nos indica la evolución de los ingresos medios en Chile y las pensiones desde 1967 a 1971, donde se aprecia el aumento de los ingresos y las pensiones durante el breve periodo del gobierno de la UP.

Tabla 9. Ingresos medios y pensiones en Chile 1967-1971. (U.S. \$ de 1976)

Año	Ingresos medios	Pensiones
1967	129.6	46.2
1968	123.0	46.2
1969	125.0	46.2
1970	133.9	46.6
1971	161.8	73.4

Fuente: Méndez G. Juan Carlos. (1980) *Panorama Socioeconómico de Chile*. Chile: Printer Koljatic & Lübert Ltd. Banco Central de Chile. Elaboración Propia.

Por último, en la tabla 10, ulterior, se registra el gasto fiscal social en Chile de 1970 a 1973 expresado en dólares, donde se aprecia el aumento en 1971 y 72 en los aspectos de Salud,

vivienda, asistencia social, previsión, educación y desarrollo regional que estaban encaminados a mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y así como la edificación de un Estado de bienestar chileno.

Tabla 10. Gasto fiscal social en Chile 1970-1973 (Millones de dólares)

Especificación	1970	1971	1972	1973
Salud	148.77	202.25	242.36	229.62
Asistencia Social	35.94	62.51	41.14	50.69
Vivienda	79.92	158.01	156.20	177.87
Previsión	224.40	286.79	372.75	213.78
Educación	343.28	455.18	502.98	354.76
Desarrollo Regional	6.26	20.25	17.91	15.43

Fuente: Méndez G. Juan Carlos. (1980) *Panorama Socioeconómico de Chile*. Chile: Printer Koljatic & Lübert Ltd. Banco Central de Chile. Elaboración Propia.

4.1.1. El principio del fin del gobierno de Salvador Allende

Después de la nacionalización del cobre, el gobierno decretó no indemnizar a las compañías debido a los grandes beneficios que habían obtenido todos los años anteriores, que el presidente acusó de ilegales. La compañía *Kennecott* demandó ante los tribunales de Francia y Holanda el embargo de los cargamentos de cobre chileno que iban a Europa, la posición de Salvador Allende provocó la oposición de los demócratas cristianos y proporcionó la línea para el endurecimiento del gobierno de Estados Unidos. (Skidmore y Smith, 1996, p. 150) (Corvalán, 2003, pp. 41, 42).

La no indemnización a las compañías expropiadas dio a la administración de Richard Nixon el pretexto legal para organizar un “bloqueo” contra Chile en la economía

internacional de todo préstamo del Banco Mundial (BM) o del Banco Interamericano de Desarrollo, (BID). Como consecuencia, la inversión privada se detuvo, por lo tanto, el gobierno se vio sin fondos. En cuanto al sector rural, las expropiaciones fueron realizadas sin soporte financiero y técnico para los nuevos pequeños propietarios o cooperativas estatales. Muchos campesinos organizados por líderes radicales tomaban las tierras por la fuerza. Al principio de 1973, el Instituto de la Reforma agraria perdió el control de la situación. (Skidmore y Smith, 1996, pp. 150, 151).

La falta de apoyo en el Congreso motivó al gobierno de Allende a buscar una enmienda constitucional para imponer una asamblea popular que sustituyera al mismo, lógicamente esta enmienda nunca pasó. A partir de 1972, los resultados de los bloqueos y el gasto ampliado del Estado, dio paso a una inflación y escasez de insumos que trajo desabasto de insumos básicos y en surgimiento del mercado negro de mercancías.

Resultado de estas circunstancias, a principios de 1973, la inflación subió a 150%. No existían divisas de reserva en el gobierno para paliar el problema, además que el sector privado sacó los pocos capitales y por supuesto dejó de invertir. (Skidmore y Smith, 1996, p. 152).

4.1.2. Intervención de Estados Unidos

La primera acción del gobierno estadounidense inmediatamente que se registró el triunfo de Salvador Allende fue la formación del llamado “Comité 40” presidido por el asistente del presidente Richard Nixon en Asuntos de Seguridad Nacional, Henry Kissinger, su propósito era ejercer control político sobre operaciones encubiertas en el extranjero,

acciones que podían ser negadas por el gobierno de Estados Unidos. (informe Church²⁰ citado en: Rodríguez y Ganga, 2020, p. 208)

En el libro de Henry Kissinger²¹, “*Years of Upheaval*”, el autor establece que, para Estados Unidos, Salvador Allende no significaba nada hasta el momento en que su proyecto de transformación se volvió en un “apoderamiento comunista” como él le llamó a la propuesta de revisión de la Constitución y de la formación de una asamblea popular, para destituir al Congreso, más preocupante para los Estados Unidos fue la determinación de Salvador Allende de expandir su mensaje en Latinoamérica. (2011, p. 274).

Para el gobierno de Nixon, Salvador Allende no era un demócrata reformista, sino un enemigo de la democracia. En la opinión de Richard Nixon, Salvador Allende representaba un peligro para Estados Unidos y para el hemisferio occidental, la nacionalización de las compañías estadounidenses, era una política destinada a desmotivar cualquier inversión privada en Chile que evitaría el desarrollo económico.

Continúa diciendo Henry Kissinger:

La propiedad privada estadounidense de las empresas fue expropiada sin el pago de compensaciones. Para Estados Unidos Salvador Allende era una amenaza geopolítica, una amenaza mayor que Cuba, pues si Chile seguía el modelo cubano, la ideología comunista apoyada por la Unión Soviética, sería una influencia muy peligrosa en el cono sur del continente. Los sectores democráticos de Chile pidieron ayuda contra esta amenaza de los valores democráticos, estuvimos de acuerdo en apoyar a las fuerzas democráticas de Chile bajo estas circunstancias especiales que comprometían los intereses importantes compartidos. (Kissinger, 2011, p. 275).

²⁰ El 18 de diciembre de 1975, el senador norteamericano Frank Church dio a la luz pública un documento donde se expusieron los resultados de las investigaciones que llevó a cabo una comisión del Senado de los EEUU. Sobre las actividades clandestinas que durante diez años el gobierno estadounidense realizó en Chile, 1963-1973. Cuyo nombre completo es: “Informe del equipo asesor del comité designado para estudiar operaciones gubernamentales relacionadas con actividades de Inteligencia”, más conocido como Informe Church. El comité que llevó a cabo la investigación fue formado por once senadores, seis Demócratas y cinco Republicanos. La investigación duró quince meses e intervinieron más de cien expertos. Corvalán Márquez, Luis. (2011) “Las acciones encubiertas norteamericanas entre el 4 de septiembre y el 4 de noviembre de 1970, según El informe Church y otros documentos desclasificados por los Estados Unidos. *Tiempo Histórico*. Núm. 2 Chile: Universidad Académica de Humanismo Cristiano. pp. 117-132.

²¹ Henry Kissinger. Político y diplomático estadounidense, nació en Fuerth, Alemania en 1923. Se nacionalizó estadounidense en 1942. Se graduó *suma cum Laude* en el Harvard College y ocupó distintos cargos docentes sobre asuntos gubernamentales e internacionales en Harvard desde 1957 hasta 1969. En 1973 recibió el premio Nobel de la paz, y en 1977, la Medalla Presidencial de la Libertad. Fue secretario de Estado con los presidentes Nixon y Ford desde 1973 hasta 1977. Escritor de libros y artículos sobre política, defensa y asuntos internacionales. Kissinger, Henry. (1980) *Mis memorias*. Argentina: Ed. Atlántida.

Este punto de vista expresado por Henry Kissinger demuestra el poder de Estados Unidos para procurar que todos los países latinoamericanos no sucumbieran a la atracción socialista y socavaran los intereses capitalistas de las grandes empresas norteamericanas, así como, el acceso a los recursos naturales de las naciones, en este caso el cobre y los intereses financieros invertidos en los negocios compartidos con los grupos hegemónicos²² burgueses de la región.

En palabras de Michael Mann, “Estados Unidos siempre se atribuyó el derecho de defender la ‘democracia’ en el continente, para evitar ‘el comunismo’, los estadounidenses preferían favorecer una ‘estabilidad’ lograda bajo un autoritarismo o dictadura. El gobierno estadounidense gusta más de las dictaduras que de los gobiernos de busquen cambios sociales, pues temen que esta combinación de democracia y derechos sociales lleve al ‘comunismo’” (Mann, 2013, p.117).

Esta hegemonía expresada en los intereses económicos de las élites chilenas y sus asociaciones con los empresarios estadounidenses no podía permitir un gobierno enfocado a mejorar las políticas sociales para la población, así como la nacionalización de los recursos naturales de los cuales dependían sus ganancias. Estas circunstancias además de los errores arriba mencionados por el régimen de Salvador Allende contribuyeron al golpe de Estado.

²² Hegemonía: Gramsci aplica el término a la burguesía, al aparato o mecanismo de hegemonía de la clase dominante. Cuando el aparato administrativo, ejecutivo y represivo del gobierno esta constreñido por la hegemonía de la clase dominante. Cox, Robert (2016) “Gramsci, hegemonía y relaciones internacionales. Un ensayo sobre el método”. *Relaciones Internacionales*, núm. 31, España: Universidad Autónoma de Madrid. Pp. 137-152.

Por lo tanto, la administración de Richard Nixon decidió planear una estrategia para combatir el peligro chileno, si no inmediatamente después de su toma de posesión, si meses después como el propio Henry Kissinger indica;

Una serie de juntas se realizaron a finales de octubre y noviembre de 1970, que consideraron tres alternativas: la primera era tener una convivencia con Salvador Allende; la segunda: una confrontación abierta, y la tercera una postura que le dejara a Salvador Allende el tono y ritmo de la relación. (Kissinger, 2011, p. 276).

Para el 6 de noviembre, Richard Nixon escogió la tercera opción, aunque definió los límites entre los que la política había que moverse, es decir, se evitaría dar a Salvador Allende y a su gobierno bases domésticas o internacionales para la consolidación de su régimen comunista hostil a los intereses de Estados Unidos y las élites locales y otras naciones del continente. (Kissinger, 2011, p. 276). Estos argumentos permitieron promover el boicot económico al gobierno chileno. Estados Unidos cerró la puerta a cualquier negociación, (aunque dijeron que fue Allende) cuando las nacionalizaciones comenzaron y la más importante, la del cobre se llevó a cabo, en diciembre. Los estadounidenses tomaron estos actos como amenazadores (*unfriendly acts*). El presidente Richard Nixon declaró en enero 4 de 1971 lo siguiente:

Lo que pasó en Chile no es algo que nosotros acojamos con beneplácito, sin embargo, fue la decisión del pueblo de Chile, lo que nos interesa es su política hacia nosotros en el campo de las Relaciones Internacionales. Sin embargo, no hemos renunciado a Chile ni a los chilenos, y vamos a mantener nuestro contacto con ellos (Kissinger, 2011, p. 277).

Después de estas declaraciones en marzo, el embajador Edward Korry, empezó la negociación entre las compañías y el gobierno chileno acerca de las compensaciones por las expropiaciones que se requerían por la legislación estadounidense y el derecho internacional. Pero la negociación se cerró al conocerse una enmienda hecha a la constitución por Salvador Allende en julio, donde se determinaba que no era posible una

indemnización dadas las ganancias que habían obtenido previamente dichas compañías. Estos acontecimientos llevaron a Estados Unidos a iniciar una guerra económica contra Chile, promoviendo un boicot contra cualquier préstamo de fondos desde las instituciones líderes occidentales. (Kissinger, 2011, p. 278).

Richard Nixon dejó la operación contra Salvador Allende en manos de la CIA²³. Para las acciones se autorizaron unánimemente apoyos a los partidos políticos opositores al gobierno y a los medios de comunicación (3.88 millones de dólares en 1971, 2.54 millones de dólares en 1972). Una pequeña porción de esta ayuda se enmarcó en el renglón de “sector privado” hacia algunos pequeños propietarios y sindicatos sujetos a la aprobación del Embajador Davis. A final de 1972, en Washington se decidió extender el apoyo financiero a los partidos democráticos (según EEUU), para las elecciones del congreso chileno en 1973. La suma de 1,427,666 dólares fue aprobada. La suma de 100,000 dólares fue apartada para las organizaciones del sector privado, sujetas a la aprobación del Embajador Davis. (Kissinger, 2011, p. 286).

En la opinión de Henry Kissinger; “Chile era una preocupación periférica en Washington para el gobierno estadounidense”. (2011, p. 292)

El problema chileno estaba eclipsado por el Año de Europa, La Cumbre Soviética, y el Medio Oriente. Por lo tanto, las decisiones respecto a Chile se tomaron forzadas por los eventos, y fueron dirigidas más a asuntos relacionados con la economía: como las nacionalizaciones, las deudas con los bancos internacionales. En estos problemas el Tesoro era la agencia dominante y su interés primario era defender los principios económicos, la compensación por las expropiaciones. Se continuó dando asistencia y apoyo económico a los partidos democráticos y a los medios amenazados por el gobierno de Salvador Allende a la extinción. (2011 p. 292).

El golpe de Estado empezó el 11 de septiembre de 1973 a las 6:30 am.

²³ Agencia Central de Inteligencia (*Central Intelligence Agency*).

4.1.3. Golpe de Estado

A la mitad del año 1972, el clima político estaba en una situación crítica. Las movilizaciones callejeras a favor o en contra de Salvador Allende se volvieron una rutina. En agosto, los comerciantes organizaron un boicot de un día para protestar contra las medidas económicas del gobierno, ya para octubre se suspendió la movilización de mercancías por parte de los propietarios de los transportes, los pequeños empresarios, granjeros privados y los pilotos se unieron en huelga, muchas veces apoyados por los opositores al régimen; sin embargo, estas movilizaciones demostraban la inconformidad de amplios sectores de la población.

En marzo de 1973, se convocó a elecciones para la composición del Congreso, la oposición a Salvador Allende esperaba obtener la mayoría y así imposibilitar las transformaciones del Estado. Sin embargo, las elecciones fueron muy concurridas y el gobierno obtuvo una gran parte de votos, la UP redujo a la oposición.

No obstante, las clases medias pensaban que el gobierno socialista podía inclinarse a la izquierda radical que no controlaba en sus filas, y que esto era una amenaza para las bases mismas de la propiedad privada en Chile. A las huelgas mencionadas siguieron: la huelga de trabajadores del cobre, la de los abogados, médicos y arquitectos.

Como resultado surgió la polarización en la nación. Salvador Allende trató de pactar con la Social Democracia de Eduardo Frei; tras prolongadas pláticas los socialdemócratas se negaron a compartir la responsabilidad de un gobierno fallido. Por estas circunstancias, Salvador Allende buscó el apoyo militar en su gobierno, intentó evitar la intriga y la división incorporando los mandos militares, pero ya era tarde. (Skidmore y Smith, 1996, 150-154).

A finales de agosto, las esposas de los oficiales hicieron una manifestación de cacerolas, pidiendo la dimisión del presidente. El general Carlos Prats, comandante en jefe del ejército y ministro de defensa, renunció al día siguiente de sus cargos en el ejército y en el gabinete. Su sucesor como jefe del ejército fue el general Augusto Pinochet, que se creía estaba a favor de la Constitución y el presidente.

El 11 de septiembre de 1973 comenzó el golpe de Estado. Esa mañana los carabineros estaban cuidando el palacio presidencial contra un posible ataque. Se retiraron cuando se les informó que su comandante se había unido al golpe militar. A las 6 de la mañana se le informó a Allende que la marina había tomado Valparaíso. (Skidmore y Smith, 1996, p. 154).

En esta misma fecha, las estaciones de radio transmitieron una proclamación de los comandantes en jefe de la armada, la fuerza aérea, los carabineros y el jefe de operaciones navales instaron al presidente Allende a renunciar inmediatamente. Los comandantes decían que las fuerzas armadas y la policía estaban unidos en su lucha contra el marxismo y contra un gobierno incompetente que llevaba al pueblo al caos. Les aseguraron a los obreros y sectores populares que sus victorias sociales y económicas serían mantenidas, esto solamente para asegurar el apoyo del pueblo. (Kissinger, 2011, p. 293).

Salvador Allende no tenía experiencia como revolucionario, él era político parlamentario. Pero en esta ocasión decidió quedarse a luchar, rechazó ofrecimientos para salir del país. A mediodía del 11 de septiembre, los cazas *Hawker* de las fuerzas aéreas atacaron el palacio con bombas incendiarias. Cuando las tropas del ejército se preparaban para entrar, el presidente se suicidó.

En el siguiente cuadro se plasma una cronología de los sucesos más significativos del gobierno de la UP. de 1970-1973.

Cuadro 4. Cronología del gobierno de Salvador Allende (UP)

AÑO	MES	ACONTECIMIENTO
1970	Septiembre	Salvador Allende obtiene la mayoría relativa 36.3 % en las elecciones presidenciales
	Octubre	Ratificado como presidente electo por el Congreso Pleno tras firmar un estatuto de garantías constitucionales acordado con la Democracia Cristiana. Secuestro y asesinato del general René Schneider.
	Noviembre	Asume la presidencia de la República. Inicia programa de gobierno UP. Reanuda relaciones diplomáticas con Cuba.
	Diciembre	Acuerdo entre UP y CUT para la participación de los trabajadores en la sociedad civil. Plan económico redistributivo y la creación del Área de Propiedad Social (APS).
1971	Enero-febrero	Cancelación de la reforma agraria en Temuco y Cautín. Se inicia la nacionalización de 11 bancos y empresas. Distribución de medio litro de leche diario a cada niño. Congreso de PS en La Serena. Se ratifica la orientación radial del socialismo chileno.
	Marzo	Conflictos con el Poder Judicial. No se logra la alianza de la Democracia Cristiana a la transformación. Las elecciones municipales apoyaron al UP que obtiene el 51% del voto
	Mayo	Allende da el discurso “La vía chilena al socialismo” en el Congreso Pleno.
	Junio	Asesinato del ex ministro demócrata cristiano Edmundo Pérez Zújovic aparentemente por un grupo terrorista de izquierda. La Democracia Cristiana abandona definitivamente a Salvador Allende. División del partido radical.
	Julio	El Congreso aprueba la nacionalización del cobre.
	Agosto	Gira de Salvador Allende por la región
	Octubre	No es aceptado el proyecto de ley “Áreas de la economía y participación de los trabajadores” para cambiar la propiedad en social, mixta y privada. Se aprueba el proyecto “Hamilton-Fuentealba” de la Democracia Cristiana.
	Noviembre	Visita de Fidel Castro a Chile
	Diciembre	Manifestación de las “cacerolas vacías”. El Parlamento impone limitaciones a las facultades del Poder Ejecutivo a raíz de hechos violentos en esta manifestación.
1972	Febrero	Comienza la crisis económica. Se analizan cambios en la política económica. Embargo de los bienes chilenos en los bancos de EEUU. El gobierno decide no pagar indemnizaciones a la compañía Braden Cooper.
	Marzo	El periodista norteamericano Jack Anderson denuncia conspiración de la CIA y ITT contra Allende en 1970.
	Junio	Se divide la UP. Los radicales quieren “avanzar sin transar”, Allende busca una línea más moderada para establecer diálogo con la Democracia Cristiana.

	Agosto	Los partidos de oposición forman una alianza para las elecciones legislativas del siguiente año. Huelga de comerciantes minoristas y empresas de transporte.
	Septiembre	Huelga de camioneros. La Kennecott amenaza con embargar cargamentos de cobre.
	Octubre	Bloqueo patronal y sectores de la clase media. Atentados y sabotajes. Se decreta estado de emergencia. Embargo de la Kennecott en Francia.
	Noviembre	Ingreso de militares al gabinete: El General Pratts es nombrado ministro del interior.
	Diciembre	Gira de Salvador Allende por Perú, México, Argelia, URSS, Cuba y Venezuela. Discurso en las Naciones Unidas contra los monopolios. Respaldo de los países socialistas al gobierno chileno.
1973	Enero	Nuevo embargo de cobre por la Kennecott en Hamburgo
	Marzo	La UP logra un 43.4% de las elecciones legislativas. Sin embargo, Salvador Allende no logra alinear a la coalición. Los militares abandonan el gabinete. No hay acuerdos con EEUU para el pago de indemnizaciones.
	Abril	Huelga de mineros. Conflictos por el proyecto de Educación Nacional Unificada.
	Mayo	Tercer mensaje presidencial.
	Junio	Se subleva el regimiento de blindados. Tanquetazo. La CUT apoya al gobierno. Ley de control de armas entra en operación. Bloqueo parlamentario contra Salvador Allende.
	Julio	Fracasa dialogo con la Democracia Cristiana. Se acentúa la crisis económica, la inflación y la escasez. Acciones terroristas de Patria y Libertad. Asesinato del edecán naval del presidente comandante Arturo Araya.
	Agosto	Huelga de camioneros, médicos y abogados. Se declara quebrantado el estado de derecho y se nombra ilegal al gobierno en la Cámara de diputados. El General Pratts renuncia al gabinete y las fuerzas armadas. Es reemplazado por Augusto Pinochet. Salvador Allende forma un nuevo gabinete llamado de Salvación Nacional.
	Septiembre	El Comando Nacional de gremios, (organización patronal) convoca un plan contra el gobierno. Manifestaciones a favor de Salvador Allende. Allende cita a una reunión extraordinaria de ministros. Convoca a un plebiscito. Se posterga el anuncio hasta el 12 de septiembre. Últimas reuniones con dirigentes. El 11, se lleva a cabo el golpe de Estado. Muere Salvador Allende.

Fuente: García Fernando, Sola Oscar, y Rojas Alejandra. (1998) Salvador Allende. Una época en blanco y negro. Chile: Ed. Aguilar.

La dictadura militar impuesta a partir del golpe de Estado y que estuvo en el poder hasta 1990, representada por Augusto Pinochet, impondría cambios radicales a las políticas de salud enmarcadas dentro del neoliberalismo, lo cual se estudiará a continuación.

4.2. Cambios estructurales en el Gobierno de Augusto Pinochet

En cuanto al sistema de salud chileno, que hasta 1970 estaba fuertemente fragmentado por la división de servicios alcanza un cierto grado de universalidad después de la unificación de SNS en el gobierno de Frei y las políticas emprendidas por el gobierno de la UP. En comparación con otros sistemas de América Latina, se estima que el 70% de la población trabajadora alcanzó alguna forma de seguridad social provista por el estado en el gobierno de Salvador Allende, aún las personas que estaban fuera del sistema urbano-industrial tuvieron alguna cobertura. (Taylor, 2006, p. 17).

El régimen de Augusto Pinochet accede al poder por una conjura militar alentada por los sectores conservadores chilenos y la geopolítica estadounidense. Interesado primeramente en terminar con los militantes de izquierda, y a raíz de la situación económica muy precaria y la inflación aplastante que surgió en el régimen anterior a causa era necesario reestructurar al país. (Saavedra y Farías, 2014, pp. 22-30).

Para realizar esta reestructuración se utilizó la forma que Naomi Klein llama “capitalismo del desastre” que es la transformación de instituciones y bienes públicos después de acontecimientos de carácter catastrófico, como en este caso la muerte del presidente Salvador Allende y la implantación de la dictadura militar encabezada por Augusto Pinochet. Con la adopción de políticas económicas neoliberales se obtuvieron atractivas oportunidades de mercado en todos los aspectos de la administración de gobierno y así, vender los pedazos de las instituciones de la red estatal a agentes privados mientras los ciudadanos en trauma no podían oponerse a estas reformas permanentes. Para Milton Friedman solo las crisis dan lugar a un cambio verdadero para actuar con rapidez. (2008, pp.5-7).

Los chilenos observaron como poco a poco sus instituciones estatales eran remplazadas por los capitalistas privados, esta transformación fue la más extrema que se llevó en cualquier país hasta entonces y fue conocida como la “Revolución de la Escuela de Chicago”, cuyos orígenes y vinculación con Chile se abordó en el capítulo anterior. Pinochet facilitó el proceso acabó con asociaciones, sindicatos y confederaciones, reuniones de estudiantes.

Augusto Pinochet primero emprendió acciones para eliminar a los simpatizantes y militares de izquierda del régimen anterior y a cualquier foco de potencial insurrección al nuevo orden. El régimen militar requería de una plataforma social-económica para reestructurar el país. Era necesario un proceso de transformación social, una reorganización profunda de las relaciones sociales. Después de esta depuración se empezaron a realizar las acciones apegadas a la influencia de la Escuela de Chicago en la economía y en las instituciones públicas.

El discurso de la política neoliberal de la dictadura estaba dirigido a la noción del desarrollo, es decir, el crecimiento de los sectores económicos, el énfasis a proteger la actividad de los empresarios privados, así como la liquidación de empresas públicas que pasó a manos de las empresas privadas.

Se estableció que las políticas sociales estarían dictadas en relación con el avance de las políticas neoliberales y el desarrollo que se alcanzaría, desvinculando al Estado de la asistencia pública. “Se han creado las condiciones socioeconómicas objetivas que permitirán enfrentar el próximo siglo en la condición de país desarrollado, capaz de superar la pobreza que heredamos de décadas de estatismo, demagogia y políticas socializantes”. (Mensaje Presidencial de Augusto Pinochet, 1988 en: Saavedra y Farías, 2014, pp. 22-30).

Las fuerzas del mercado aplicarían el proceso del desarrollo capitalista y promoverían la libertad y la armonía social, este nuevo programa social reestructurado que se aplicaría en Chile dejaba la seguridad social supeditada a las políticas económicas. Se expidieron decretos que cambiaron el régimen político. El decreto ley No. 27 de septiembre 1973 disolvió el Congreso Nacional y con el decreto No 77 en octubre, se prohibieron los colectivos, tanto de la izquierda como de la Democracia Cristiana y el Partido Nacional. (Rubio, 2011, p. 5).

La situación privilegiada de los tecnócratas en la dictadura de Pinochet, les brindó una oportunidad sin paralelos para implantar estas reformas a largo alcance, en condiciones de impunidad política, entonces era necesario regresar a la pacificación social y apoyar al capital privado.

Con el pretexto de la “Seguridad Nacional”, durante la dictadura desaparecieron 3,000 personas, miles de activistas, miembros del gobierno anterior y simpatizantes fueron torturados o exiliados. Esta persecución estuvo presente durante todos los años que duro el régimen, en el periodo de 1984-88 ocurrieron 163 asesinatos, 446 casos de tortura y 1,927 arrestos. (Taylor, 2006, p. 32).

A continuación de estas acciones ya sin oposición ni política autónoma, sindicatos, confederaciones, partidos y prensa antagonista se creó una forzada estabilización que era necesaria para iniciar el ajuste económico; inmediatamente el Banco Mundial reestableció relaciones con el Estado chileno por medio de préstamos para proyectos infraestructurales. (Taylor, 2006, p. 32).

La economía al inicio del régimen militar mantuvo el manejo de la macroeconomía y transitó de la aproximación estructuralista a reducir los gastos del Estado en todas las

áreas excepto la militar. (Taylor, 2006, p. 54). Como ya especificamos estas reformas económicas estuvieron a cargo de los llamados “*Chicago Boys*”, las cátedras marxistas o estructuralistas de CEPAL que se impartían en las universidades fueron olvidadas, las cátedras ahora para los jóvenes de clase media contenían las ideas de la escuela de libre mercado que se impartían en la Universidad de Chicago.

Para realizar el programa económico se utilizó un libro llamado “*el ladrillo*”, que inicialmente se realizó para ser presentado al candidato a la presidencia Jorge Alessandri en 1970, en el Centro de Estudios Socio-Económicos (CESEC), que estaba dirigido por Emilio Sanfuentes Vergara, y la coordinación y dirección del programa fueron encargados a Sergio de Castro y Pablo Baraona. Se creó un departamento de estudios al que se integraron Sergio de la Cuadra, Adelio Pipino, Juan Carlos Méndez en el sector económico, José Garrido y Armando Dussailant en el sector agrícola.

Fundamentalmente este programa económico estaba apegado a la teoría neoliberal que habían aprendido sus redactores en Chicago, como se abordó en capítulos anteriores y sus puntos clave eran:

“La apertura de la economía, la eliminación de prácticas monopólicas, la liberación del sistema de precios, la modificación del sistema tributario por uno más neutral, eficiente y equitativo, la creación de un mercado de capitales, la generación de un nuevo sistema de salud, la normalización de la actividad agraria y la protección de los derechos de propiedad”. (CESEC, 1992, p. 5).

La reestructuración de la economía chilena tuvo como elemento central el mayor papel que se le otorgó a la iniciativa privada y a los mercados. Al final de la presidencia de Salvador Allende el Estado tenía más de 200 empresas, y 352 firmas intervenidas bajo control estatal. El Estado tenía un 40% del PGB. El sector bancario estaba casi todo

estatizado, las tasas de interés, el tipo de cambio y los precios eran regulados por el Estado, así como, las tarifas arancelarias, los servicios sociales como educación, seguridad y salud social. (Larraín y Vergara, 2001, p. 158).

El proceso de reformas estructurales en Chile empezó en 1973. Los tecnócratas “*Chicago Boys*” iniciaron una fase de *destrucción creativa*²⁴ a través de la que fundarían una nueva sociedad.

Al ocurrir el golpe de Estado en Chile, a pesar de tener ya “*el ladrillo*”, la junta militar no lo aplicó inmediatamente, pues había discusiones dentro de los militares acerca de la pertinencia del programa pues muchos habían sido cercanos al nacional-desarrollismo estatal anterior. Al final Augusto Pinochet vio la necesidad de afirmarse y legitimarse en el poder y , por lo que adoptó el proyecto propuesto por el libro.

Entre los años 1973-75 se aplicó principalmente un programa de estabilización económica y de control gradual de la inflación. Algunos de los generales involucrados con el Golpe de Estado estaban de acuerdo con las medidas de estabilización y la devolución de empresas estatizadas durante la Unidad Popular, sin embargo, tenían sus reservas en cuanto a la privatización de industrias estratégicas para la Seguridad Nacional pues no estaban totalmente convencidos de las ideas neoliberales, sentían que era importante la presencia del Estado con una economía mixta. (Gárate, 2012, pp. 185-189).

²⁴ Este concepto fue creado por Joseph A. Schumpeter economista austriaco que con este término se refería a la tendencia inherente del capitalismo de destruir periodos de competencia para llevar a nuevos periodos de crecimiento. Es decir, es una estrategia consciente de realizar ingeniería social para destruir las formas institucionales que construyen las relaciones sociales, a través de la manipulación de las políticas económicas en forma coercitiva y así destruir instituciones establecidas y sus estructuras, con el objeto de disolver las relaciones sociales y establecer unas nuevas reformadas, “eficientes y apolíticas” a la manera neoliberal. (Schumpeter, 1996, pp. 118-124).

Las medidas de estabilización y desestatización no pudieron eliminar la inestabilidad monetaria que empeoró en 1974 sin reducirse la inflación. El discurso extremo de los economistas de Chicago empezó a tener más adeptos pues decían que la solución estaba en la reducción drástica del gasto público y el peso del Estado en la economía. Augusto Pinochet y el almirante Merino, nombraron al ingeniero demócratacristiano Jorge Cauas como ministro de Coordinación Económica, un hombre cercano a los monetaristas y partidario de la política radical neoliberal.

En 1975 las cifras inflacionarias fueron similares a las de 1973, estos resultados decidieron a los militares al cambio de rumbo. El nuevo equipo monetarista defendía la idea de una política de *shock* para frenar la inflación, es decir en la reducción radical del gasto público y un cambio profundo en las relaciones laborales en favor de la empresa privada. Lo que pretendía Pinochet y Jorge Cauas como ministro de Hacienda era un “programa para revertir los cincuenta años de Estado chileno interventor para situarlo en un rol subsidiario y entregar el sector privado el rol protagónico de la asignación de recursos” (Fontaine, Arturo citado en: Gárate, 2012, p. 190).

Por consiguiente, la privatización fue el elemento central de las reformas que se aplicaron en Chile y representaron la consolidación de Augusto Pinochet como gobernante del régimen militar. Esta reestructuración se caracterizó por la apertura al comercio internacional unilateral, la reducción drástica del gasto público, la fijación de un tipo de cambio nominal²⁵, la liberalización financiera, y especialmente el control estricto de las relaciones laborales en conjunto con el aumento de la represión y la policía secreta de la

²⁵Tipo de cambio nominal. Es la cotización de una divisa frente a otra en los mercados financieros. Tipo de cambio real. Es el poder adquisitivo de nuestra moneda en el extranjero. En: Economipedia [en línea]. <https://economipedia.com/definiciones/diferencia-entre-tipo-de-cambio-nominal-y-real.html>. (Consulta:29/05)21).

Dirección de Inteligencia Nacional. (DINA). Se tomaron en cuenta solo las medidas propuestas por los “*Chicago Boys*”, y no el punto de vista más moderado del ministro de Coordinación Económica, Raúl Sáez, ni la de los técnicos demócratacristianos. (Gárate, 2012, p. 191).

En 1975, Sergio de Castro apuntaba a ser el ministro de Hacienda y otros miembros de los “*Chicago Boys*” asumieron posiciones importantes.

La tercera etapa a partir de 1985, después de la crisis de 1982, se logró retomar la política macroeconómica y una vez más tratar de derrotar la inflación fue la meta a seguir. Se aplicó una política de estabilización diferente orientada a evitar cambios monetarios fijos y se optó por una fluctuación del cambio nominal libre. (Edwards, 2001, p. 51)

Según Sebastián Edwards²⁶ a partir de 1973, los puntos principales de las reformas implementadas en Chile fueron los siguientes:

- Una reforma tributaria radical, dirigida a eliminar el desequilibrio fiscal, suprimir las distorsiones más importantes y evitar las crisis recurrentes de la balanza de pago
- La apertura unilateral al comercio internacional, a través de la eliminación de las restricciones cuantitativas y la aplicación de un arancel uniforme del 10% a las importaciones.
- Un programa de privatizaciones que abarcó la mayoría de las áreas de la economía
- Una profunda reforma financiera que desreguló el mercado interno de capitales y permitió un acceso bastante irrestricto al sector bancario.

²⁶ Economista y consultor internacional, doctorado en la Universidad de Chicago, empleado por la UCLA entre otras universidades. Titular de la cátedra Henry Ford II en el Anderson Graduate School of Management. Larraín, Felipe y Vergara, Rodrigo. (2001) *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP.

- Una reforma laboral dirigida a aumentar la flexibilidad del mercado de trabajo y reducir el grado y la intensidad de los conflictos laborales.
- La privatización del sistema de seguridad social. (2001, pp. 28).

El entonces ministro de Hacienda de Chile, Sergio de Castro expresó:

La apertura de la economía al comercio internacional y la existencia de una tasa devaluación preestablecida, acelerarán el ingreso de exportaciones competitivas con los productos locales, cuyos precios internos aumenten más allá de niveles razonables. (Sergio de Castro en Edwards, 2001, p. 37).

A mediados de 1982, la crisis agravó la situación y tras perder un volumen considerable de reservas internacionales y hacer frente a una profunda crisis bancaria, las autoridades decidieron devaluar el peso chileno.

Después de la crisis, a partir de 1985 se volvió a retomar el control de la política macroeconómica y la misión era derrotar la inflación, sin embargo, se utilizó una medida de estabilización completamente diferente, se optó por estos principios básicos:

1. El tipo de cambio nominal se ajustó periódicamente a fin de evitar la sobrevaluación del tipo de cambio real.
2. El programa de estabilización tenía por objeto eliminar la inflación más gradualmente que al iniciarse la dictadura.
3. La fijación de metas para las tasas de interés, fue el principal instrumento que utilizó el Banco central para la macroeconomía y reducir la inflación. (Edwards, 2001, p. 51).

Todas estas medidas macroeconómicas de *shock* que se experimentaron en Chile en el periodo de Augusto Pinochet fueron el campo experimental de Milton Friedman para la

teoría neoliberal que después se exportaron a Europa, Estados Unidos, y los demás países latinoamericanos.

Los resultados de estas políticas no fueron tan favorables y los analizaremos más adelante en este capítulo.

4.2.1. La reforma del Estado

En el periodo de 1974 a 1980 las reformas apuntaron a revertir la tendencia intervencionista del Estado, partiendo de la devolución de las empresas intervenidas, la reducción de activos estatales prescindibles y la disminución de distorsiones microeconómicas inducidas por acciones del fisco. El control de gasto público se hizo a base de tres medidas básicas:

- La regularización (reprivatización) del área de propiedad social²⁷ que en el régimen anterior había alcanzado un orden de 10% del PIB en subsidios fiscales.
- La reducción de la planilla salarial, mediante la disminución del empleo público y de los salarios reales²⁸.
- Un corte a la inversión pública.

La reducción del empleo público desde 1974 reforzó la disminución del gasto pues la tercera parte de estos empleados perdió su empleo, debido a las privatizaciones y las medidas para mejorar la eficiencia de estas empresas. En total la nómina salarial del sector

²⁷ Propiedad social. El proyecto político de Unidad Popular en Chile denominó “área de propiedad social” al sector en el cual el Estado era el único o principal accionista, para distribuir las utilidades entre todos los trabajadores. Con el objetivo de superar la propiedad privada de los medios de producción y su apropiación del excedente económico por los dueños. Pásara, Luis (1972) “Propiedad social: la utopía y el proyecto” *Propiedad*, Lima: Departamento de Teología de la Pontificia Universidad Católica de Perú. Pp.211-237.

²⁸ Salario real. En la terminología económica existen dos términos para referirse al salario que percibe una persona. Esto es, salario nominal y salario real. El salario nominal viene a ser la cantidad de dinero asignado, es el valor que figura en la nómina. El salario real es aquel que refleja la cantidad de bienes y servicios que puedes adquirir con un determinado salario nominal. En: Economipedia, [en línea]. <https://economipedia.com/definiciones/salario-real.html#:~:text=El%20salario%20real%20es%20aquel,salario%20nominal%20y%20salario%20real>. (Consultado: 29/05/21).

bajó de 19% del PIB en 1970-72 a menos del 12% en 1981. (Larraín y Vergara, 2001, p. 75).

La segunda etapa a comienzos de los años 80, estuvo marcada por reformas legales e institucionales, se modificaron las leyes de telecomunicaciones, electricidad, bancos, sociedades anónimas y se reestructuraron las empresas estatales. La tendencia de este periodo fue la reducción de la inversión pública debido a las medidas de *shock* de 1974-75 y de la política económica oficial de mercado libre que trataba de delegar las decisiones de inversión en el sector privado. (Larraín y Vergara, 2001, p. 75).

La tercera etapa se inició en la segunda mitad de la década de 1980 y se caracterizó por la privatización de las empresas tradicionalmente consideradas monopolios. La mayor parte de las 325 intervenidas, pero no legalmente expropiadas, fueron devueltas a sus propietarios. La eliminación de subsidios para estas compañías fue el elemento singular más importante del control de gasto, que se redujo en casi 10 puntos del PIB. (Larraín y Vergara, 2001, pp. 21 y 55).

En cuanto a la reestructuración de las empresas públicas se eliminaron las franquicias tributarias y arancelarias de las que se beneficiaban las mismas, se prohibió al Banco Central financiar directa o indirectamente a Hacienda y a las paraestatales. Además del proceso de privatización, se cambiaron los principios de la administración pública, se asignó a los administradores la responsabilidad de obtener su financiamiento y ya no se les permitió que simplemente transfirieran los déficits al Gobierno. El objetivo era que las empresas de gobierno se comportaran como empresas privadas, además que muchos servicios que se proporcionaban entre empresas públicas empezaron a contratarse con empresas privadas. (Larraín y Vergara, 2001, p. 76).

Los ajustes de precios en los servicios y energéticos fueron muy drásticos en 1974. Las tarifas de energía eléctrica aumentaron más de 500%; los servicios postales, 700%; los servicios telefónicos, 100%; la gasolina, 150%; el gas, 300%. Con estas nuevas tarifas se eliminaron los subsidios y se redujo el apoyo social a los ciudadanos.

La dependencia del sector público de la minería del cobre continuó. Aunque los precios del cobre se derrumbaron en la segunda mitad de 1974 y permanecieron en esta situación hasta 1981. Las finanzas de la (Corporación Nacional del Cobre) CODELCO se vieron seriamente afectadas y los impuestos que pagaba la corporación al gobierno disminuyeron en 1981, es decir, bajaron 8 puntos del PIB. (Larraín y Vergara, 2001, p. 76).

Tabla 11. Ingresos del Gobierno chileno, 1970-1984

SECTOR PÚBLICO NO FINANCIERO (SPNF)															
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
A. GOBIERNO GENERAL															
Ingresos Corrientes	31,6	32,8	29,1	23,6	30,3	34,9	37,3	38,6	33,2	32,5	32,9	32,1	29,9	27,7	28,7
<i>Ingresos Tributarios</i>	18,5	17,8	15,4	15,8	20,4	24,2	23,6	22,9	21,8	20,5	20,8	20,5	19,5	19,6	21,0
<i>Resto</i>	13,0	15,0	13,7	7,8	9,9	10,7	13,7	15,8	11,4	12,0	12,1	11,6	10,4	8,1	7,8
Gastos Corrientes	25,3	32,2	33,0	26,0	26,3	27,6	31,0	33,0	26,7	24,8	24,5	26,6	31,9	30,5	30,7
Ahorro Gobierno	6,3	0,6	-3,9	-2,5	3,9	7,4	6,3	5,6	6,6	7,7	8,4	5,5	-2,0	-2,8	-2,0
Ingresos de Capital	-3,6	-3,0	-2,9	-2,2	-1,9	-1,6	-0,1	-0,5	-0,8	0,7	-0,3	-0,1	1,8	1,9	0,7
Gastos de Capital	6,3	7,4	7,4	5,8	8,7	5,7	3,1	4,2	3,5	3,2	2,6	2,5	2,1	2,1	2,3
Superávit Gobierno	-3,5	-9,8	-14,1	-10,5	-6,6	0,0	3,1	0,9	2,2	5,2	5,5	2,9	-2,3	-3,1	-3,5
B.- SUPERAVIT EMPRESAS PUBLICAS	-3,2	-5,5	-10,4	-20,0	1,2	-2,0	0,9	-0,5	-0,7	-0,4	0,6	-2,1	-1,1	0,0	-0,8
C.- SUPERAVIT SPNF	-6,7	-15,3	-24,5	-30,5	-5,4	-2,0	4,0	0,4	1,6	4,8	6,1	0,8	-3,4	-3,0	-4,3

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
A. GOBIERNO GENERAL						
Ingresos Corrientes	28,61	28,2	28,4	26,9	27,0	24,2
<i>Ingresos Tributarios</i>	20,75	19,4	19,7	16,7	16,4	15,7
<i>Resto</i>	7,9	8,8	8,7	10,2	10,6	8,5
Gastos Corrientes	29,55	27,3	26,1	21,1	19,7	19,3
Ahorro Gobierno	-0,94	0,9	2,3	5,8	7,3	4,9
Ingresos de Capital	0,39	0,9	1,2	2,7	2,1	1,3
Gastos de Capital	3,1	3,6	4,2	4,6	4,0	3,1
Superávit Gobierno	-3,65	-1,8	-0,7	3,9	5,4	3,1
B. SUPERAVIT EMPRESAS PUBLICAS	1,06	-0,3	0,5	-3,8	-4,1	0,5
C. SUPERAVIT SPNF	-2,59	-2,1	-0,2	0,2	1,3	3,6

Fuente: Larraín, Felipe y Vergara, Rodrigo. (2001) *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP

Como se ve en la tabla 11, la combinación de la privatización de empresas, la disminución del gasto y el aumento de la recaudación, disminuyó el déficit del sector público desde 30%

en 1973 hasta 2% del PIB en 1975. En 1976, el déficit se convirtió en superávit de 4 puntos del PIB. Este comportamiento se vino abajo en 1982. (Larraín y Vergara, 2001, p. 78).

Al principio el proceso de liberalización financiera causó una marcada inestabilidad en el sector que se tradujo en altas tasas de interés reales, rápido crecimiento del crédito, sucesivas quiebras de entidades financieras de tamaño pequeño, y problemas en bancos. Estos resultados fueron afectados por la crisis petrolera y sus correspondientes desequilibrios. (Larraín y Vergara, 2001, p. 27).

A partir de 1975, ocurrió un cambio radical en cuanto a la importancia de la institucionalidad financiera del Estado. Se redactó la Ley orgánica de administración financiera del Estado (D.L. 1263)²⁹ cuyas bases quedaron incluidas en la constitución de 1980. En la constitución política de 1980 se contemplaba la autonomía del Banco Central de Chile (BCC). Esta autonomía tenía la función de disminuir la inflación y la prevención de crisis bancarias y de balanza de pagos (Larraín y Vergara, 2001, pp. 28, 77).

Con la crisis de 1982-83 retornaron los déficits fiscales, pero rápidamente a partir de 1987 retornaron los superávits, esta crisis fue un revés para el programa privatizador, pero reinició con fuerza en 1985.

En 1984 se implementó la nueva reforma tributaria dirigida al impuesto sobre la renta, por lo tanto, se creó un impuesto al ingreso de personas y empresas. En 1990 se mantuvo el sistema tributario con modificaciones menores con privatizaciones y programas de concesiones en obra de infraestructura, la privatización de operación de los puertos y la

²⁹ El sistema de administración financiera del Estado comprende el conjunto de procesos administrativos que permiten la obtención de recursos y su aplicación a la concreción de los logros de los objetivos del Estado. La administración financiera incluye, fundamentalmente, los procesos presupuestarios, de contabilidad y de administración de fondos. República de Chile. Decreto Ley 1263. Publicación: 28-Nov-1975; Promulgación: 21-Nov-1975; Biblioteca del Congreso Nacional de Chile/BCN [en línea]. <http://bcn.cl/2e163>. [Consultado: 22/04/21].

privatización de empresas sanitarias. ((Larraín y Vergara, 2001, p. 28) (Engel, Fisher, Galetovic, 2001, p. 243).

El Estado chileno también reformó su marco de derecho al redactar una nueva Constitución en 1980 promulgada el 21 de octubre durante el régimen militar del general Augusto Pinochet Ugarte; intervienen en su elaboración la Comisión de Estudios de la Nueva Constitución Política creada por Decreto No. 1064 del Ministerio de Justicia.

El texto original de este documento constaba de 120 artículos permanentes divididos en 14 capítulos y 29 disposiciones transitorias, en el que se estableció el sistema modelo de “democracia protegida”, la existencia de senadores designados y vitalicios, la facultad del presidente de la república para disolver la Cámara de diputados, la creación del Consejo de Seguridad Nacional (COSENA), la inamovilidad de los Comandantes en Jefe de las Fuerzas Armadas, la concepción de Estado subsidiario (disminución del Estado),

También presentaba la situación de la inconstitucionalidad de las organizaciones, movimientos, partidos políticos cuya ideología pudiera atentar contra la familia o la concepción de la sociedad, del Estado o del orden jurídico fundadas en la lucha de clases particularmente marxismo o cualquiera de sus acepciones. Según plebiscito del 11 de septiembre de 1980 un 65.71% de los votantes se pronunció a favor de la nueva Constitución. Sin embargo, no hubo registros electorales y la falta de libertad en el periodo pusieron en cuestión los resultados. Esta Carta Fundamental entró en vigor en marzo de 1981.³⁰

³⁰ Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [en línea]. Historia Política. Constituciones y Actas constitucionales, https://www.bcn.cl/historiapolitica/constituciones/detalle_constitucion?handle=10221.1/60446 [Consultado: 09/05/21]

El período 1985-1990 se caracterizó por una severa austeridad en las finanzas públicas debido a la crisis de 1982. Como se ve en la segunda parte de la tabla, el gasto total del gobierno general cayó de 32.7% en 1985 a 22.4% del PIB en 1990. El gasto corriente del gobierno general pasó de 29.6% del PIB en 1985 a 19.3% del PIB en 1990. Esta reducción del gasto público tiene su explicación en el desmantelamiento de las políticas sociales durante el régimen militar. (Hachette, 2001b).

4.2.2. Reforma de Pensiones o previsional

Una de las reformas de efectos más profundos y perdurables en la sociedad chilena fue la del sistema de pensiones. En 1980 se aprobó una reforma dirigida al sector civil de la seguridad social. Este nuevo esquema estaba basado en la capitalización individual de las cotizaciones obligatorias, enmarcadas en la administración privada de los fondos y sus objetivos eran: evitar que las cotizaciones previsionales fueran usadas para propósitos distintos al financiamiento de las pensiones, se promovió de la libertad de los trabajadores para elegir entre las distintas empresas administradoras y llegado el momento del retiro escoger entre diferentes alternativas de pensión (Acuña e Iglesias, 2001, p. 431).

Esta reforma se llamó: el sistema AFP (Administradoras de Fondos de Pensiones) creada bajo la convicción de una nueva estrategia económica y social basada en los mercados libres y en el individuo. Esta propuesta perseguía la reducción del Estado y así mismo la eliminación de los monopolios estatales y sindicales.

La nueva política de seguridad social, estaba formada por dos subsistemas:

El estatal que pagaría la pensión mínima a todos los trabajadores afiliados y otro basado en un sistema de ahorro, que se depositaría mensualmente en una institución especializada de acuerdo a un mecanismo contractual de administración de los fondos, los que se podrían cobrar en forma de pensión cuando se alcance la edad de retiro. (CESEC, 1992, p. 130).

En cuanto a la entidad administradora de los ahorros individuales, tenía la obligación de invertir los fondos de manera que pudieran conservar su valor real a través del tiempo y que además crearan un interés. (CESEC, 1992, p. 130).

Las ideas contenidas en “*El Ladrillo*” fueron la base para la reforma que se comenzó a preparar en la Oficina de Planificación (ODEPLAN). El plan tenía algunos cambios, por ejemplo: reemplazo de un subsistema estatal que pagaría la pensión mínima a los mayores de 65 años, por un sistema en el cual el Estado solo financiaba la diferencia entre el saldo que se necesitaría para obtener una pensión que tuviera un valor mínimo. Además, se incluyó un ahorro básico de capital requerido para otorgar la pensión mínima³¹. A fines de 1974 el gobierno militar rechazó esta propuesta, pero encargó de nuevo a ODEPLAN y al Instituto de Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile para que trabajara en proposiciones nuevas del sistema de pensiones. (Acuña e Iglesias, 2001, p. 433).

Después de varias sugerencias que fueron rechazadas, a fines de 1980, el gobierno de Augusto Pinochet aceptó un proyecto preparado por José Piñera E³². Este proyecto se transformó en la ley D.L. 3.500. En esta ley se reflejaban los principios neoliberales de política económica. Desapareció la figura de empresas cooperativas como instancias para administrar los fondos y se eligió el esquema basado en empresas privadas, se eliminó la

³¹ Pensión mínima. Si al momento de pensionarse, o estando pensionado, el afiliado no alcanza a cubrir sus propios recursos a la pensión mínima vigente (es un estatuto de la ley 15.386 que estipula un monto mínimo de la pensión), el Estado se compromete a financiar la parte restante. En: Superintendencia de Pensiones, [en línea]. <https://www.spensiones.cl/portal/institucional/594/w3-article-2941.html#:~:text=El%20objetivo%20b%C3%A1sico%20de%20la,tengan%20otras%20fuentes%20de%20ingresos>. (Consultado: 29/04/21).

³² Economista chileno, conocido por su rol en la generación e implementación de reformas neoliberales durante la dictadura militar de Augusto Pinochet, donde ejerció como ministro de Estado en las carteras de Trabajo y Previsión Social y la de Minería. Creador del sistema privado de pensiones. (AFP). En: Memoria chilena [en línea]. <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-719.html>. [Consultado: 30/04/21]

garantía de rentabilidad absoluta de los fondos a cargo de las sociedades administradoras y quedó bien establecido el rol de Estado subsidiario chileno. (Acuña e Iglesias, 2001, p. 434).

El sistema de AFP comenzó a funcionar en mayo de 1981. Sus principales características eran: capitalización individual de contribuciones definidas, pensiones de vejez cuyo monto dependía del saldo acumulado en la cuenta personal del trabajador, pensiones de invalidez y sobrevivencia con valor proporcional a la renta imponible³³ del afiliado; libertad de los trabajadores para escoger institución administradora y forma de recibir las pensiones; administración privada de las cuentas individuales y fondos de pensiones; el rol subsidiario del Estado por la vía de la regulación y fiscalización del sistema, del financiamiento de pensiones mínimas y la supresión de garantías. (Acuña e Iglesias, 2001, p. 442).

Las AFP administraban los beneficios de pensiones por vejez, invalidez, sobrevivencia y cuota mortuoria. Tenía a su cargo las cuentas de ahorro y de indemnización de los trabajadores afiliados que recibían los beneficios en forma de pensiones. En el único caso aún cuando los fondos de cuentas individuales eran suficientes para financiar pensiones cuyo valor fuera superior al 110% de la pensión mínima solo pago el capital excedente al financiamiento de la pensión. (Acuña e Iglesias, 2001, p. 443).

Las pensiones de invalidez podían ser parciales o totales, si el trabajador sufría pérdida de su capacidad de trabajo de 50% podía solicitar la pensión parcial. Para acceder a monto de invalidez total se exigía una pérdida mayor a dos tercios de la capacidad de

³³ Renta sobre la cual se calcula el monto que debe pagarse por concepto de impuestos o leyes sociales como previsión y salud. Diccionario básico tributario contable [en línea]. https://www.sii.cl/diccionario_tributario/dicc_a.htm. [Consultado: 30/04/21]

trabajo. Una comisión médica de la superintendencia de AFP evaluaba la situación del trabajador y emitía un dictamen que se revisaría tres años después para aprobar definitivamente la imposibilidad total o modificar su grado. El afiliado recibiría la pensión a partir del primer dictamen. En caso de fallecimiento por causa de accidente laboral o enfermedad la pensión se cubría por un programa diferente.

El derecho a pensión de sobrevivencia para el cónyuge y los hijos legítimos, naturales o adoptivos, estaba definido por la ley de los beneficios de invalidez y sobrevivencia como un porcentaje del ingreso base que se calculaba por un promedio de los salarios recibidos en los últimos diez años, actualizados con base a la variación del índice de precios al consumidor.³⁴ La tasa de cotización para los programas de vejez, invalidez común y sobrevivencia era de 10% de la remuneración y se cargaba al trabajador. El empleador descontaba las cotizaciones del salario del trabajador y las depositaba en al AFP correspondiente. Las cotizaciones se capitalizaban en la cuenta individual y del saldo acumulado se financiaban las pensiones. En caso de incapacidad y muerte de los trabajadores se utilizaría un seguro colectivo contratado por las AFP con aseguradoras privadas. (Acuña e Iglesias, 2001, p. 444).

Si algún trabajador sufría un accidente o moría, la compañía de seguros debía depositar en su cuenta individual de la AFP un aporte adicional para completar una pensión junto con el saldo de la cuenta individual hasta el momento del accidente o muerte. Tenían derecho todos los trabajadores afiliados que no se hubieran pensionado y que hubieran cotizado. Además de la contribución normal que se pagaba a la AFP, los trabajadores

³⁴ Índice de precios al consumidor. Es un indicador que mide la evolución promedio de los precios de un conjunto de bienes y servicios representativos del gasto de consumo de los hogares residentes de un área determinada. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2016) ¿Qué es el índice de precios al consumidor? Argentina: INDEC

debían cubrir también los montos de las aseguradoras privadas para el seguro de invalidez y sobrevivencia y los gastos de las administradoras. Los afiliados al sistema podían realizar abonos voluntarios, que no estarían sujetos a impuesto sobre la renta, con el fin de aumentar los beneficios o adelantar la edad de retiro. (Acuña e Iglesias, 2001, p. 445).

El papel que tenía el Estado en esta ley D.L. 3.500 era proponer modificaciones, pero debían ser aprobadas por mayoría absoluta de diputados o senadores en ejercicio. La fiscalización del sistema era responsabilidad de una entidad especializada llamada Superintendencia de AFP, que estaba financiada por el presupuesto público. Al superintendente lo nombraba directamente el presidente de la República. Si la AFP quebrara, el Estado garantizaría las cuotas mínimas de pensión, el pago de aportes adicionales y rentas que deberían pagar las compañías de seguros. (Acuña e Iglesias, 2001, p. 448).

El sistema APF desde el principio tuvo una fuerte competencia. En 1981 operaban 12 administradoras propiedad de grupos empresariales. Cuando ocurrió la crisis de 1982, varias instituciones quebraron y fueron liquidadas y vendidas a instituciones financieras y de seguros privadas y extranjeras. El número de administradoras se mantuvo relativamente constante hasta 1990 año en que termina el gobierno militar. (Acuña e Iglesias, 2001, p. 464).

4.2.3. Reestructuración del sistema de salud

La reforma al sistema de salud fue una parte integral de las reformas en Chile, que tenían como objeto la liberalización de la economía, la reducción del tamaño del Estado. El sistema de salud público fue totalmente reestructurado, se dividió en entidades descentralizadas con autonomía administrativa, personalidad jurídica y patrimonio propio. Se redefinieron las funciones del Ministerio de Salud y se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) cuya función fue la de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros

En 1979 por el nuevo Decreto Ley 2.763, se crearon el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimientos de SNSS (CENABAST). El Ministerio de Salud tenía la tarea de diseñar las políticas y programas de salud. La coordinación de las entidades de área y la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud

En 1981 se realizaron dos reformas, la primera fue el proceso de municipalización de los Centros de Atención Primaria y la segunda fue la formación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) que agrupa las instituciones privadas. Se estableció que las personas pudieran adquirir un seguro en el sistema privado (ISAPRE) o público (FONASA).

Una de las principales críticas al sistema chileno es que ya no era una institución o un sistema de salud pública sino son dos subsistemas uno público y uno privado que funcionaban en paralelo muy diferenciados y con poca coordinación. (Larraín y Vergara, 2001, pp. 30-33).

FONASA, era la entidad que haría las labores de administración y financiamiento, de las entidades y se constituyó como un servicio público descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio y planta propia, se designó a ésta como la principal institución financiera del sector público de salud, responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros. Las labores del SNS y SERMENA, se conjuntaron en otro organismo, el SNSS, el cual estaba conformado por 27 entidades descentralizadas, con autonomía administrativa, personalidad jurídica y patrimonio propio.

Dentro de estas entidades 26 eran responsables de los servicios curativos, preventivos y de promoción a la salud en el país, distribuidos en zonas geográficas determinadas. De esta SNSS dependía la estructura hospitalaria pública del país que estaba integrada por 188 hospitales de distinto nivel, las prestaciones de salud secundaria y terciaria, las prestaciones médicas de especialidad, urgencias, laboratorios, cirugía, partos y hospitalización. (Aedo, 2001, pp. 603- 608).

A partir de 1981, se agregaron dos reformas. La aplicación de la DFL. 3.063 se comienza con un proceso de municipalización de los llamados Centros de Atención Primaria. Se traspasaron hasta 1988 un 70% de los establecimientos. El segundo DL 3.626 con fuerza de ley, estableció la formación de la Institución de Salud Previsional (ISAPRE), de carácter privado. Se argumentó que esto daría la libertad al trabajador de comprar su seguro de salud obligatorio en el sistema público (FONASA) o en el privado (ISAPRE). (Aedo, 2001, p. 608). Con la creación de las ISAPRE se promueven cambios ideológicos, se introduce la noción de que la salud es un bien que se puede comerciar y que requiere de un pago; por consiguiente, se reconoce la legitimidad del lucrar con la salud, además de la

eliminación de subsidios como fuente de financiamiento de la salud por parte de las personas.

En 1978 se introducen nuevos mecanismos de financiamiento, el procedimiento de pagos por servicios, facturación por atención prestada (FAP) para financiar la compra de insumos y atención médica. Los hospitales se financiaban por medio de dos mecanismos: el tradicional de sueldos y salarios y las FAP. Para 1981, este sistema se hizo extensivo para los centros de atención primaria, a través del mecanismo: facturación por atención prestada en establecimiento municipal (FAPEM). Con referencia a ISAPRE y FONASA eran los reguladores del esquema hasta 1990, cuando se creó la ley 18.933 que habilitó la Superintendencia del ISAPRE, entidad que se encargó de la fiscalización y el funcionamiento del sector. (Aedo, 2001, p. 608).

4.2.4. Los servicios de salud post reforma

Como resultado de las reformas acotadas en la sección anterior el sistema de salud chileno estableció dos sectores: público y privado. El público, quedó coordinado por el Ministerio de Salud (MINSAL), la operación y prestaciones de servicios del sistema de salud estaba bajo la dirección del SNSS. El seguro social de salud era administrado por FONASA. Este operaba sobre la base de una prima equivalente al 7% de la renta imponible de sus asegurados y de los recursos de los impuestos de la nación. Cubría a la población pobre del campo y las ciudades, la clase media baja y a los jubilados. Los adscritos a FONASA podían elegir entre dos modalidades: la institucional y la de libre elección, en la primera, llamada también atención cerrada, los cotizantes recibían la atención de salud en hospitales y centros de atención primaria. Las prestaciones de libre eran prestadas por el sector privado y aseguradoras. (Aedo, 2001, p. 609).

La opción de libre elección estaba conformada por compañías aseguradoras de salud, ISAPRE y por productores de salud particulares que operaban con un sistema basado en contratos individuales pactados con los asegurados en los que los beneficios dependían directamente del monto de las primas que se pagaran.

En el sistema había clínicas, hospitales y consultorios independientes que atendían a los asegurados al ISAPRE que eran la población perteneciente a los mayores ingresos y a los del sistema público (FONASA) con una modalidad especial llamada Libre elección donde el beneficiario se podía atender en cualquier hospital o clínica que escogiera obteniendo la misma cobertura independientemente del prestador de salud que tuviera,³⁵ pagando el importe correspondiente. (Aedo, 2001, p. 610). Con esta modalidad se financiaría la atención con parte de contribuciones y pagos obligatorios que se reúnen en el ISAPRE. Los trabajadores independientes podrían elegir a donde afiliarse si a FONASA o ISAPRE o bien no estar adscritos a ningún sistema de seguridad social de salud. (Becerril-Montekio, Reyes, 2011, p. 133).

Las ISAPRE tenían un rol meramente asegurador que financiaba prestaciones de salud otorgadas por clínicas, doctores y laboratorios independientes. Algunas ISAPRE compraron hospitales y clínicas empleando directamente profesionales de salud, mientras otras se mantenían en el campo de aseguradora. En el sistema ISAPRE la forma de pago de los servicios médicos consistía en el pago por servicios (*fee for service*) con el cual se paga la totalidad de las prestaciones médicas por medio de un contrato convenido entre el prestador de servicio y la ISAPRE.

³⁵ Superintendencia de Salud, [en línea]. Gobierno de Chile, <http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-2383.html>. [Consultado: 01/05/21].

En la siguiente tabla 12, se demuestra cómo se transferían los gastos de salud a las instituciones privadas (ISAPRE), el estimado está calculado hasta 1996 para mostrar exactamente la evolución del traslado del gasto, y así mismo, la disminución gradual de la inversión en la institución pública (FONASA).

Tabla 12. Gastos en Salud porcentaje de gasto del PIB anual

Años	Gasto (% PIB)			Participación en el Gasto (%)	
	Público	Privado	Total	Público	Privado*
1982	2,98	0,37	3,35	96,5	3,5
1984	2,96	0,55	3,51	90,6	9,4
1986	2,60	0,59	3,19	88,1	11,9
1988	2,20	1,14	3,34	73,2	26,8
1990	2,06	1,60	3,66	65,3	34,7
1992	2,34	1,86	4,20	63,9	36,1
1994	2,52	2,09	4,61	62,5	37,5**
1996	2,45	2,13	4,58	61,4	38,6**

* Incluye mutuales de seguridad.
 ** Estimados.

Fuente: Aedo, Cristián. (2011) “Las reformas de Salud en Chile” en Larraín, Felipe y Vergara Rodrigo. (2001) *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP.

En la siguiente tabla 13, se demuestran los gastos per cápita en el sector salud en pesos de 1995.

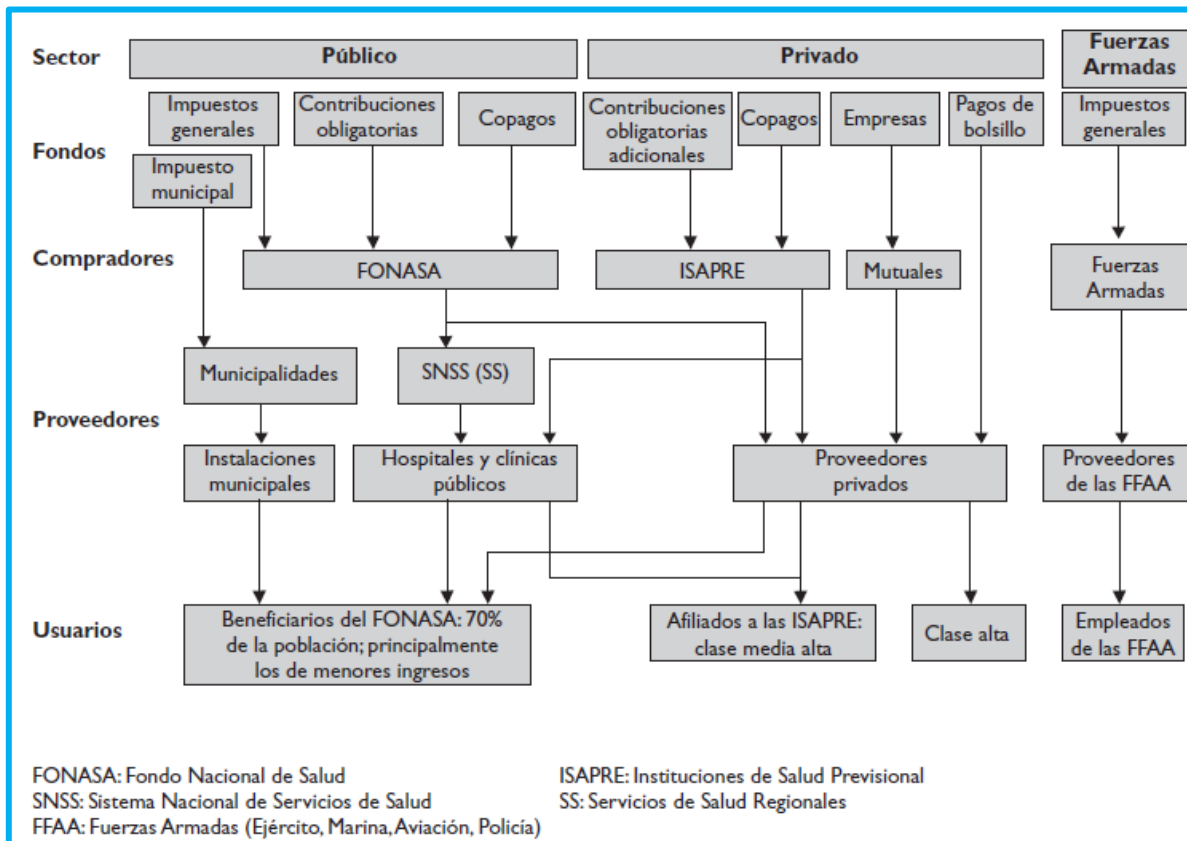
Tabla 13. Gastos per cápita en el sector salud

Año	FONASA	ISAPRE	FONASA/ISAPRE
1990	38.130	104.690	36%
1995	88.756	117.775	75%

Fuente: Aedo, Cristián. (2011) “Las reformas de Salud en Chile” en Larraín, Felipe y Vergara Rodrigo. (2001) *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP.

Los Servicios de Salud de las Fuerzas armadas estaban considerados aparte; cubrían este sector de la población y se financiaban a través de impuestos generales. Esto se expresa en el siguiente cuadro 5.

Cuadro 5. Sistema de salud chileno después de las reformas.



Fuente: Becerril-Montekio, Víctor y Reyes, Juan de Dios. (2011) “El Sistema de Salud de Chile” *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 2. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

El sistema de salud en Chile, como ya se mencionó, desde las reformas neoliberales no es un sistema sino en realidad dos sistemas; público y privado (FONASA e ISAPRE) que funcionan en paralelo, con poca coordinación entre ellos y con formas de operación incompatibles en muchos casos. Esto generó confusión y desigualdad acerca de las prestaciones de servicios y la obtención del seguro más completo y especializado depende del costo, pues se accede a la atención de salud de acuerdo al ingreso y no por los riesgos de salud.

4.2.5. El sistema de salud al término de la dictadura (1990)

Como ya abordamos en apartados anteriores, las reformas que se aplicaron durante la dictadura estaban encaminadas a hacer la participación privada cada vez más amplia para reducir los gastos del Estado y volverlo menos importante en las decisiones relativas al sector, ya que tenían como eje rector las directrices de la ideología neoliberal marcadas por los “*Chicago Boys*”

En las tablas anteriores se muestra como la inversión estatal fue disminuyendo, y le dio más empuje a la inversión privada. En las siguientes tablas 14, y 15, se demuestra la evolución del gasto público per cápita en porcentaje, desde los años 70 hasta 1989, en diferentes sectores, en el sector salud, de 1980 era un 100 y bajó hasta el 58.43 en 1989. Decreció en casi todos los sectores menos en el de previsión (pensiones) que tiene un comportamiento oscilante por lo tanto se buscó reducir los gastos por medio de la adquisición de seguros privados.

Tabla 14. Evolución del gasto público per cápita en los sectores sociales del gobierno chileno de 1974-1979.

EVOLUCIÓN DE GASTO PÚBLICO PER CÁPITA EN LOS SECTORES SOCIALES						
Años	Salud	Vivienda	Previsión	Educación	Otros	Total
1974	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1975	71,39	40,18	101,51	74,06	165,44	79,74
1976	59,07	34,84	87,78	73,59	238,50	78,69
1977	66,93	37,56	115,55	88,57	210,22	89,89
1978	68,75	28,49	120,99	88,00	247,48	92,16
1979	64,17	30,73	130,01	90,47	174,48	89,41

Fuente: Torche, Aristides. (2001) “Pobreza, Necesidades básicas y desigualdad” en Larraín, Felipe y Vergara Rodrigo. *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP.

Tabla 15. Evolución del gasto público per cápita en los sectores sociales del gobierno chileno 1980-1989.

EVOLUCIÓN DEL GASTO PÚBLICO PER CÁPITA EN LOS SECTORES SOCIALES						
Años	Salud	Vivienda	Previsión	Educación	Otros	Total
1980	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1981	104,25	94,91	132,54	118,46	175,06	129,26
1982	97,11	33,27	151,57	119,27	197,32	134,69
1983	77,85	62,84	142,74	99,28	213,47	127,13
1984	75,75	96,03	179,04	100,30	188,55	135,33
1985	66,80	107,48	185,22	97,14	169,97	132,21
1986	61,15	107,25	207,92	95,15	141,70	132,48
1987	59,55	123,19	195,37	86,25	118,39	122,36
1988	61,11	173,65	203,84	80,26	99,33	122,47
1989	58,43	115,20	193,52	77,83	79,63	111,60

Fuente: Torche, Aristides. (2001) "Pobreza, Necesidades básicas y desigualdad" en Larraín, Felipe y Vergara Rodrigo. (2001) *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP.

En la siguiente tabla 16, tenemos los coeficientes GINI de la década de 1970-79, como ya se había especificado en capítulos anteriores el coeficiente GINI expresa la medida de desigualdad de los ingresos, donde el 0 corresponde a la perfecta igualdad y los valores más cercanos a 1, corresponden a la desigualdad, siendo 1 la perfecta desigualdad. Se observa que los índices más cercanos a 1 se encuentran en los años 1970-73, y como suben los indicadores cuando se inicia la dictadura de Augusto Pinochet.

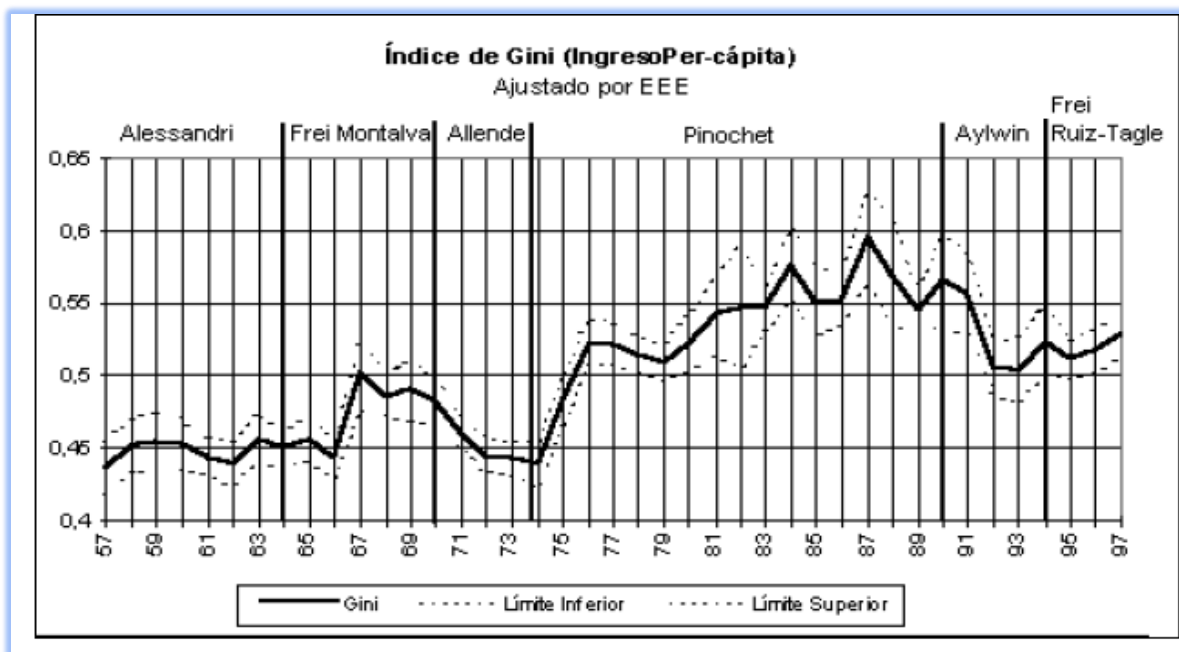
Tabla 16. Coeficientes Gini para los años 70 en Chile.

COEFICIENTES GINI PARA LOS AÑOS 70 EN CHILE	
Años	Coeficiente Gini
1969	0,518
1970	0,471
1973	0,450
1976	0,501
1979	0,509

Fuente: Torche, Aristides. (2001) "Pobreza, Necesidades básicas y desigualdad" en Larraín, Felipe y Vergara Rodrigo. (2001) *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP.

En la gráfica 5, a continuación, se observan los índices GINI por periodo presidencial, se ve más cercano a cero en el periodo de 1971-73, sigue un incremento hacia 1 del indicador en los años de la dictadura siendo el periodo más cercano a 1, es decir, más cercano a la mayor desigualdad, de 1984-88.

Gráfico 5. Evolución del índice Gini de 1957-1996.



Fuente: Ruiz-Tagle, Jaime (1998) "Chile: 40 años de desigualdad de ingresos". *Proyecto FONDECYT*, No. 1981179. Chile: Departamento de Economía, Universidad de Chile. Pp. 1-35).

4.3. Desigualdad en el nuevo sistema de salud

El índice GINI de la gráfica 5, nos indica la mayor desigualdad en el régimen de Augusto Pinochet que fue resultado de la reestructuración del sistema de salud, las personas que no tenían empleo o solo dependían del sistema de cuotas público FONASA y no pagaban el seguro (copagos, cuadro 4) por lo que no tenían acceso a alta cobertura y servicios especializados como programas ampliados de inmunización o cirugías mayores que se prestaban en los servicios privados ISAPRE. Por lo tanto, solo se resolvían problemas de salud primarios en FONASA o accedían al sistema, pero en categoría de indigencia con atención muy básica.

Esta clase no asalariada creció desproporcionalmente a raíz de las medidas económicas neoliberales, aumentó el empleo informal esto impidió el acceso a servicios sociales estables, lo que llevó a una exclusión social determinada por la separación

creciente de una gran parte de la población del mercado laboral y de salud, quedando marginados hasta geográficamente³⁶ y enfocados en subsistir.

El régimen militar se caracterizó por la repetida violación de los derechos humanos y las reformas del sistema de salud, cuyas disposiciones significaron para los excluidos una violación a sus derechos de salud universal, pues los grupos más pobres experimentaron la exclusión socioeconómica que no les permitió integrarse a servicios de salud privados.

El rediseño del rol social del Estado que condujo a la desaparición del sistema de salud pública histórico hasta 1972, (Servicio Nacional de Salud) y la reestructuración del gasto público del sector mediante aportes y bonos ya explicados en párrafos anteriores, estableció que las contribuciones recibidas eran directamente proporcionales a la atención recibida, es decir a menos aportación, menor calidad en los servicios de salud, lo que promovió el fortalecimiento de la medicina privada (ISAPRES) donde la atención es más especializada, de mejor calidad pero en proporción a sus pagos, pues su fin principal es la “venta de salud”.

Para incentivar el consumo y acelerar las “modernizaciones sociales,”es decir, la privatización del acceso y suministro de los bienes y servicios sociales se impulsaron programas estatales focalizados en hogares con pobreza con subsidios para asegurar que todos los habitantes del país registraran un consumo mínimo de bienes y servicios cuyo origen era privado. Estos programas no crean derechos, solo son asistenciales y muchas

³⁶ Las diferenciaciones socioespaciales en el espacio nos remiten a la concentración geográfica de la pobreza. Los grupos más desprotegidos ocupan espacios pobres en las ciudades. Los barrios pobres tienden a agruparse y conforman espacios dominados por situaciones de exclusión social. Aguilar, Adrián y López, Flor. (2016). “Espacios de pobreza en la periferia urbana y suburbios interiores de la Ciudad de México. Las desventajas acumuladas”. *EURE*, vol. 42, núm. 125. Pp. 5-29.

veces son manejados por empresas privadas para evadir impuestos o son otorgados con fines electorales.

Se reestructuró la relación entre el Estado y sociedad, para los grupos de ingresos medios y altos que podían financiar los servicios sociales. Se acabó el “Estado de Bienestar” pues fueron privatizados, el acceso a prestaciones sociales se clasificó por su capacidad de pago. A los empleados de pocos recursos se les otorgaba la atención del sector público con planes de crédito y bonos para atención más especializada en el sector privado. A las familias con pobreza crítica el Estado les proporcionaba un servicio de caridad indispensable sin especializaciones, ni tratamientos modernos situación que agravó la situación ya de desigualdad del sector, además que con el neoliberalismo quedó imposibilitada la opción de acceder a canales de movilidad social por medio de educación o trabajo. (Tironi, 1990, pp.24-26, 149-152).

4.3.1. El sistema de pensiones después de la dictadura

Las AFP no cumplieron la función para la cual fueron institucionalizadas; entregar mejores pensiones que el sistema vigente antes de la ley D.L. 3.500 (1980). En la distancia de 30 años este sistema que fue elogiado y copiado en las reformas de otros países, pero no dio los resultados previstos respecto a las coberturas y los montos de las pensiones del sistema AFP, es más, generó desigualdades mayores. La característica causal de este problema es que la cotización solo quedó a cargo del trabajador lo que liberó a la empresa privada de cualquier compromiso. Este sistema fue aprobado por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Interamericano de Desarrollo y recomendado a otras naciones de Latinoamérica como México. (Lara y Silva, 2014, p. 113-127).

Las principales críticas a este sistema AFP se sumaron en tres ámbitos de problemas, la primera apunta al diseño original, pues establece diferentes niveles a la individualización de los riesgos de la vejez, como la exigencia de 20 años de cotizaciones para acceder a la pensión mínima, cuestión difícil de cumplir dada la flexibilidad y precarización del mercado laboral creada, debido a las modificaciones laborales neoliberales del mercado de trabajo. A esto se le adjunta la aplicación de la tabla de expectativa de vida diferenciada por sexo que castiga a las mujeres por vivir más que los hombres. (Lara y Silva, 2014, p. 113-127).

La segunda objeción corresponde a la responsabilidad del mercado laboral chileno con respecto a las bajas pensiones. Como causas se citan: flexibilidad laboral, alto nivel de rotación, bajos salarios, muchos subempleados, *outsourcing*. Estos factores generan menores ingresos laborales, interrupción en las cuotas, menos ahorros lo que resulta en menores pensiones en la vejez.

Como consecuencia un gran número de personas no alcanza a acumular los fondos necesarios para recibir la pensión mínima, ni las cotizaciones exigidas para tener derecho a la pensión. Se estima que más de la mitad de los candidatos a pensión de la AFP no alcanzan pensión a través de los fondos, como resultado de la relación entre el tiempo cotizado y el tiempo de afiliación que contribuye a la baja cotización. Algunas personas cumplen el tiempo, pero no tienen el ahorro suficiente. Otros afiliados no alcanzan a cotizar años completos, lo que genera aportes muy reducidos. (Lara y Silva, 2014, p. 113-127).

Esta modificación al sistema de pensiones fue diseñada para trabajadores con empleos estables en cuanto al monto y el tiempo, por lo tanto, podrían acumular la pensión necesaria. Por lo tanto, las condiciones ideales no se daban en el ámbito laboral neoliberal.

Chile logró disminuir la inflación llevando a cabo religiosamente las medidas económicas aconsejadas por los tecnócratas de Chicago, pero hay que tomar en cuenta que esta transformación no puede ser separada de la destrucción de la democracia, la persistente violación de los derechos humanos, la pauperización inducida y la destrucción de las instituciones sociales. La economía chilena fue internacionalizada y penetrada por los intereses de los grandes consorcios internacionales, estos cambios de economía mixta a transnacionalismo internacional fue la causa de la pauperización de las clases medias y la agudización de la pobreza. (Nef, 2003, p. 18).

La privatización, desnacionalización y desindustrialización sufrida a manos del sistema neoliberal afectó las reglas socioeconómicas del sistema social de Chile el sector trabajador dejó de ser un actor importante en la decisión de las prestaciones que se concedían al sector, su fuerza como sector declinó y se debilitó. La consecuencia de estas nuevas circunstancias fue la aparición de un gran sector informal sin servicios de seguridad social ni prestaciones, fuerza de trabajo muy barata y marginal. (Nef, 2003, pp- 20-21).

Consideraciones finales

La importancia de los cambios ocurridos en Chile a partir de 1973 radica en que, a través de la teoría neoliberal adoptada por primera vez en el país, se institucionalizó un discurso individualista, que centró en la capacidad económica de las personas el factor decisivo para recibir atención médica. Las políticas neoliberales que el gobierno de Augusto Pinochet adoptó buscaban cambiar la naturaleza del Estado debilitando su papel como árbitro entre las relaciones meramente económicas y los aspectos sociales que la población tiene derecho a disfrutar.

Fue entonces que estas políticas neoliberales empezaron a darle más importancia a la reproducción del capital sobre las condiciones de vida de la sociedad chilena. En esta investigación se documentó la tendencia del Estado a disminuir los presupuestos de salud en Chile a partir de 1973, en el gobierno de Salvador Allende el porcentaje de gasto era de 23% y en 1989 en el régimen de Augusto Pinochet era de 12%. Lo que afectó directamente a los servicios de salud y el seguro social.

Después del experimento chileno estas reformas económicas se propagaron por todo el mundo promovidas por Margaret Thatcher y Ronald Reagan en Inglaterra y Estados Unidos y a través de los organismos internacionales como el FMI, BM, BID y el Consenso de Washington. En estos programas propuestos por los organismos se proclamaba la ayuda a los países menos desarrollados, sin embargo, esta ayuda no fue asistencial, sino con préstamos que como resultado agravaron la desigualdad y el debilitamiento de los sistemas de salud de los países que adoptaron el sistema neoliberal.

Las consecuencias de la aplicación de estas políticas neoliberales se pueden observar en varios ámbitos de la vida del ciudadano chileno, algunos aspectos que se acotan a continuación:

Aspecto económico

En el neoliberalismo las ganancias de las empresas privadas y el buen funcionamiento de la economía de mercado son los factores que determinan las decisiones en política social en los Estados bajo la creencia de que el mercado bien manejado asignará los recursos a todos los ciudadanos. Este punto de vista no toma en cuenta las necesidades de la población ni sus circunstancias en relación con su situación social, económica y laboral que determinan su posición en el mercado y generaliza los supuestos resultados benéficos.

El Estado neoliberal chileno, a partir de su adopción neoliberal, ejerció enorme presión sobre los sistemas de salud y la protección social, por lo cual, la condición de los trabajadores chilenos cambió a pesar de las luchas laborales y lo que se había logrado desde los años 20 del siglo pasado y de los cambios ejercidos en el gobierno de Salvador Allende., esta situación llevó a los ciudadanos chilenos a la precariedad salarial y desafiliación de la seguridad social para dar paso a otros sistemas de salud con esquemas mixtos y con opciones de servicios privados difíciles de pagar.

A pesar de estos resultados la redistribución de los ingresos del Estado aconsejada por la teoría neoliberal continuo su propagación en el mundo a través de los organismos internacionales como el BM y el FMI, a pesar de que las organizaciones como OMS, en sus constituciones estipulan que la salud es un derecho de todos sin distinción de clases.

Empero, estas organizaciones junto con los teóricos neoliberales promovieron que la salud se incorporara al sistema financiero por medio de la privatización de los servicios médicos, práctica que se extendió a todos los países occidentales. A pesar de que la salud pública debe abarcar una perspectiva universal basada en las necesidades de una población saludable, se convirtió en una mercancía sujeta a las leyes del mercado.

Las reformas neoliberales del gobierno de Augusto Pinochet permitieron a los empresarios por fin establecer sus intereses como primordiales con el argumento de mejorar las condiciones económicas del país. Esta nueva conciencia neoliberal sobre los aspectos sociales ha desvalorizado la importancia de la sociedad como un conjunto y le ha dado más importancia a la experiencia individual, lo que causa escenarios deshumanizados, la valorización solo de lo económico, la búsqueda individual de éxito manifestado a través de las posesiones materiales y la falta de apego y solidaridad.

Otro resultado de la aplicación de estas medidas es la desvinculación de la política económica de las decisiones de carácter social de los Estados, el fin de las conquistas de los trabajadores, la transformación de las relaciones laborales y el incremento del consumismo, la contaminación y la mala salud como condición permanente del ciudadano pobre.

Las medidas privatizadoras de sectores públicos aumentan el poder económico y la concentración de capital en las élites político-industriales que mediante negociaciones consiguen contratos para gestionar los nuevos servicios privados, como resultado, esta concentración no permite la movilidad social ascendente de los sectores más pobres. En realidad, es una fábrica de pobres sujetos a crisis económicas y la mala distribución de los recursos.

Aspectos políticos

Este Estado debilitado ha permitido la crisis existente por la insuficiencia de los sistemas de salud y la incapacidad de los países que abandonaron el desarrollo y la investigación en salud pública y actualmente dependen de los países con economías fuertes para obtener, por ejemplo, la vacuna para luchar contra la pandemia del virus del Covid-19.

El abandono del Estado neoliberal de los aspectos sociales y su desconocimiento de la responsabilidad social ha reproducido la pobreza, no ha distribuido ningún beneficio más

que a los grandes inversionistas privados, sin producir ningún bien colectivo, por el contrario, los más desfavorecidos han tenido que contribuir al pago de las deudas y hacer frente a las crisis producidas por cambios en los flujos de inversiones.

La protección social establecida como un derecho social y gestionada por el Estado se terminó con el arribo del neoliberalismo, aunque en la Constitución chilena de 1980 se garantizó el derecho a la salud de los ciudadanos, pero al mismo tiempo establece a la República Chilena como un estado subsidiario lo que pone en duda la realidad del postulado. Si notamos la disminución del gasto público en el periodo de Augusto Pinochet y el aumento del índice Gini de .509 en comparación de .450 en el periodo de Salvador Allende, se muestra que el éxito del neoliberalismo chileno solo se refleja en las élites y no en todo el pueblo.

Aspectos de Salud y Seguridad social

En cualquier país los sistemas de salud tienen un papel muy importante pues garantizan que la población recibirá la atención adecuada de salud acorde con los derechos humanos; además contribuye a disminuir la desigualdad cuando este sistema establece políticas de salud y servicios de seguridad social universales.

Sin embargo, las características de un sistema de salud y de la seguridad social están determinadas por las políticas sociales que un gobierno lleve a cabo, y estas dependen mucho de la ideología de los políticos en turno y de los intereses económicos de los grupos de poder.

En el caso de Chile se concluye que, durante el siglo XX, existió una lucha ideológica entre las élites políticas que debatían entre un sistema de seguridad social al estilo de las naciones europeas basado en el interés del bienestar colectivo o un sistema de salud privatizado con asistencia pública.

Sin tener realmente un sistema universal de seguridad social, si no dividido en sectores, con muchas carencias heredadas, se emprendió en 1973 un giro hacia la ideología neoliberal en el aspecto de salud, que, dadas las circunstancias, solo iban a empeorar las condiciones de la institución ya de por sí desigual y carente de recursos.

Esta transformación neoliberal en Chile afectó la calidad de la atención ya que contribuyó a una mayor segmentación que aumentó la desigualdad, pues si antes la seguridad social estaba dividida por campos laborales ahora se le agregó otra división por ingresos y por atención al sistema público FONASA y el privado ISAPRE, además de las aseguradoras. Se dejó fuera del esquema de salud a los indígenas y grupos marginados, que solo eran tomados en cuenta para programas asistenciales para un clientelismo político enfocado a ganar votaciones en tiempos de elecciones.

La aplicación de políticas neoliberales permitiría a las élites del gobierno de Pinochet, obtener atractivas oportunidades de mercado a través de la privatización de la red de servicios de salud a la iniciativa privada, así mismo una disminución del gasto Estatal por medio de recortes presupuestales que afectaron directamente a los servicios de seguridad social públicos.

A través de la historia examinada, nos damos cuenta que, aunque el Estado chileno bajo el gobierno de la UP trataba de establecer una agenda de salud más incluyente ampliando la cobertura de la seguridad social siempre chocó con la resistencia de las inversiones privadas que trataban de no pagar su parte correspondiente al seguro social alegando la disminución de su rentabilidad como empresas.

En contra del gobierno de Salvador Allende se encontraban las élites chilenas que expresaban su hegemonía mediante la presión económica que ejercían sobre el gobierno que ya se encontraba en crisis, además de proteger sus negocios asociados con las empresas

estadounidenses que sentían amenazados por la agenda económica de la UP. Como resultado de esta situación se realizaron muchas acciones dentro de Chile y fuera del país para lograr el fin del gobierno socialista, acciones que lograron el golpe de Estado del 11 de septiembre de 1973.

Se reestructura el sistema de seguridad social en el gobierno de Augusto Pinochet, a través de un nuevo tipo de financiamiento que modificó la protección y que privatizó las áreas rentables, se direccionaron los servicios especializados al plan privado ISAPRE y se conformaron paquetes básicos de atención dirigidos a sectores no privilegiados que pertenecían a FONASA.

Estas reformas del sistema de salud modificaron la protección social e inició un proceso de privatización de las áreas más rentables direccionando los servicios más especializados a la iniciativa privada y a la creación de paquetes básicos de salud destinados a los beneficiarios del sistema público que escasamente cubrían lo más esencial.

La medicina especializada se trasladó al sector privado al servicio de las personas con mejor poder adquisitivo. Con la introducción de ISAPRE se introduce la noción de que la salud es una mercancía que se puede comprar, de hecho, a todas estas compañías privadas se les reconoce la legitimidad de lucrar con la salud.

Los nuevos criterios en relación con la salud acompañaban un proceso de privatización que en Chile operó a través de la entrada de aseguradoras privadas por medio de préstamos o planes de seguro podían financiar las operaciones o procedimientos médicos especializados no prestados ya por el sector público.

Esta reestructuración en la asignación de gastos del gobierno empeoró la situación de la seguridad social y la salud pública pues no se podía adquirir el capital necesario para poder actualizar los equipos médicos en comparación de la medicina privada. el sector

público experimentó una descapitalización causada por los ajustes y la terciarización de los servicios. Estos cambios realizados en la estructura del sistema de salud diluyeron cualquier oportunidad de establecer en Chile un sistema de salud más universal e igualitario como alguna vez se pensó lograr sobre todo en el gobierno de Salvador Allende.

Aspectos Laborales

Otro de los factores que contribuyeron a la desigualdad social fue la flexibilización del mercado laboral que permitió el *outsourcing* figura bajo la cual no hay cotizaciones para pensión, o la aportación mínima de fondos, ni para servicios de seguridad social. Estas personas de bajos recursos que son contratadas bajo estos esquemas estaban concentradas geográficamente en barrios pobres dominados por la exclusión social, solamente atendidos por programas focalizados con requisitos específicos que no crean derechos sobre políticas sociales y muchas veces a cargo de empresas privadas o programas electorales en campaña.

En la sociedad internacional a través de los años que se ha aplicado la teoría neoliberal ha demostrado que los gobiernos con políticas neoliberales que sacrifican el sector de seguridad social y de salud pública de la población en beneficio de la reproducción del capital no crean las condiciones necesarias para la justa distribución de la riqueza, sino que a través de la flexibilidad laboral y la proliferación del sector informal crean condiciones que excluyen amplios sectores de la población los cuales enfrentan la desigualdad y marginalidad lo que constituye una expropiación de los servicios de salud a los que tienen derecho.

Para los países de la periferia estas reformas que desde el FMI se sugieren y que se adoptan para alcanzar un supuesto “desarrollo”, implican un deterioro muy alto a nivel social pues se enfrentan a sistemas de salud pública y educativos débiles, privatización de los servicios públicos que suben sus costos para la población usuaria, la caída de la

economía interna debido a las mercancías importadas, que muchas veces pagan menos impuestos, la financiarización de las materias primas, lo que se traduce en una mayor desigualdad y pobreza para los ciudadanos que no forman parte de las hegemonías del país que se asocian con los grandes capitales.

Una de las reformas más importantes y de efectos más profundos fue la reforma de pensiones, que cambió su capitalización colectiva a una individual. Estas políticas adoptadas no contemplaban en ninguna instancia a las personas no afiliadas y por lo tanto no cotizaron fondos, o las personas registradas con la aportación mínima cuyos ahorros no les alcanzan para obtener una pensión suficiente, o a las personas que pertenecen al sector económico informal, lo que contribuye a empeorar las condiciones de calidad de vida de las personas en la vejez y atenta contra los derechos básicos de las mismas, aumentando la desigualdad ya presente.

Además, las condiciones laborales no pueden evolucionar hacia algo menos injusto, porque este mismo sector político-industrial hegemónico es el que condiciona el marco de derecho de los trabajadores lo que no permite que las políticas laborales se ajusten a favor de los más pobres.

Reflexiones finales

El caso analizado en este trabajo y el conocimiento de las consecuencias que trajo en Chile y en el mundo la implantación de políticas neoliberales en el aspecto de salud y seguridad social, tiene gran interés actual, pues nos remiten directamente a los problemas que existen actualmente a nivel mundial.

En esta crisis de salud actual las acciones que se emprendan en favor de un enfoque más humano y menos económico en cuanto a la seguridad social pueden llevar a una diferencia en favor de la desigualdad y marginación de los sectores más pobres. Sería

recomendable una acción conjunta entre los Organismos Internacionales enfocados en Salud y los gobiernos para lograr las políticas de seguridad social se separen de las metas económicas y las finanzas de los Estados.

Los Estados pudieran retomar un papel más protector en cuanto a la designación de sus recursos en particular en lo que se refiere a la salud y las prestaciones de seguridad social para que las instituciones internacionales y nacionales recuperen la confianza de los ciudadanos mediante decisiones más enfocadas a mejorar la calidad de vida, reducir la desigualdad, ofrecer servicios de salud e instituciones de seguridad social más universales. Es evidente que las políticas económicas que decida un país influyen en manera positiva o negativa en las condiciones de la sociedad y en particular, de la salud pública y los servicios de seguridad social. .

Se reflexiona a través de este trabajo que estas formas de comprender las relaciones sociales desde lo económico se vuelven un sistema de pensamiento hegemónico que domina a nivel global las instituciones del Estado, las organizaciones internacionales, la cultura, y la educación. Y que, por ende, en vista de las consecuencias que esta forma de comprensión de las necesidades sociales acarrea a los ciudadanos, los enfoques de las naciones en cuestión social deben cambiarse para evitar que la propagación de la enfermedad y la pobreza se agrave aún más.

Referencias

- Acuña, Rodrigo e Iglesias, Augusto. (2001). “La reforma de pensiones” en Larraín, Felipe y Vergara Rodrigo. (2001). *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP.
- Aedo, Cristián. (2011). “Las reformas de Salud en Chile” en Larraín, Felipe y Vergara Rodrigo. *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP.
- Aguilar, Adrián y López, Flor. (2016). “Espacios de pobreza en la periferia urbana y suburbios interiores de la Ciudad de México. Las desventajas acumuladas”. *EURE*, vol. 42, núm. 125. Pp. 5-29.
- Aguirre, Beatriz y Salim, Rabí. (1998). *El paradigma de la CORVI, en la arquitectura habitacional chilena 1953-1976*. Chile: Centro de Estudios de Vivienda (CEDVI). Facultad de Arquitectura y Bellas Artes de la Universidad Central de Chile.
- Althusser, Luis. (1988). *Ideología y aparatos ideológicos del Estado, Freud y Lacan*. Argentina: Nueva Visión.
- Banco de España. (2021). Diccionario de economía [en línea]. <https://www.eleconomista.es/diccionario-de-economia/indexar>.
- Barba Solano, Carlos. (2007). “América Latina: regímenes de bienestar en transición durante los años 90” Revista *Cuaderno CRH*, vol. 20 núm. 50, pp. 197-211.
- Barria, Jorge. (1971). *El movimiento obrero en Chile. Síntesis histórico social*. Chile: Ed. CEME. Trígono.
- Becerril-Montekio, Víctor y Reyes, Juan de Dios. (2021). “El Sistema de Salud de Chile” *Salud Pública de México*, vol. 53, suplemento 2. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Bértola, Luis. (2018). “El remolino de la desigualdad en América Latina: las corrientes del pasado, la presión interna y los vientos globales” en Puchet Anyul, Martín y Puyana Mutis, Alicia. *América Latina en la larga historia de la desigualdad*. México: FLACSO.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2021 febrero). [en línea]. Historia Política. Constituciones y Actas constitucionales. https://www.bcn.cl/historiapolitica/constituciones/detalle_constitucion?handle=10221.1/60446.

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (2021, febrero). *Presidentes de la república. Historia política*, https://www.bcn.cl/historiapolitica/presidentes_de_la_republica/index.html

Blogs.worldbank.org. (2021,mayo) <https://blogs.worldbank.org/es/operdata/nueva-clasificacion-de-los-paises-segun-el-nivel-de-ingresos-para-2019-y-2020#:~:text=El%20Banco%20Mundial%20clasifica%20las,usando%20el%20m%C3%A9todo%20de%20Atlas>

Blum, William. (2003). *Killing hope US Military and CIA interventions since World Ward II*.England: Zed Books.

BM. (2006). *Poverty reduction and growth: virtuous and vicious circles*. USA: The World Bank.

Brandt Gerhard. (1990). “Marx und die neuere deutsche Industrie soziologie”, en Arbeit, Technik und gesellschaftliche Entwicklung. Transformations prozesse des modernen Kapitalismus. Aufsätze 1971-1987, edición a cargo de Daniel Bieber y Wilhelm Schumm, Suhrkamp, Frankfurt/M.

- Bravo Vargas, Viviana Cecilia. (2012). *La voz de los 80': propuesta popular y neoliberalismo en América Latina el caso de la resistencia subalterna de Chile 1983-1987*. [Tesis para optar el grado de Doctor en Estudios Latinoamericanos] Facultad de Filosofía y Letras, UNAM.
- Buris, Pablo, Bustamante, Nicolás y Rojas Juan Pablo. (2014). *Análisis crítico del Sistema de Salud Chileno. la puja distributiva y sus consecuencias*. [Tesis de grado]. Facultad de Economía y Negocios, Escuela de Economía y Administración. Universidad de Chile.
- Calle-Espinoza, Cristina. (2018). “Diferenciación entre pobreza y exclusión: correcta identificación en un ámbito urbano intermedio” *Sociedad y Economía*, no. 35, pp. 78-96.
- Capdevielle, Mario. (1993). “Economía de mercado y solidaridad”. *Política y Cultura*. Núm 3, UAM, Xochimilco, pp- 23-41.
- Cárdenas García, Jaime. (2017). *Del Estado Absoluto al Estado Neoliberal*. México: UNAM. Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Casals, Marcelo. (2018). “Estado, contrarrevolución y autoritarismo en la trayectoria política de la clase media profesional chilena. De la oposición a la Unidad Popular al fin de los Colegios Profesionales (1970.1981)”. *Izquierdas*. Núm, 44, pp. 91-113.
- Castillo Fernández, Simón. (2018). “La vivienda popular en Chile urbano (1880-1930). Un estado de la cuestión interdisciplinario.” *Historia*. Núm. 51, vol. 1, pp. 227-251.
- Centro de Estudios Públicos. (1992) *El Ladrillo*. Chile: CESEC.
- CEPAL. (2003). *Hacia el objetivo del milenio de reducir la pobreza en América Latina y el Caribe*. Chile: CEPAL, PNUD.

- Chávez Zúñiga, Pablo. (2021, febrero). (2020). “La mortalidad infantil: entre la alimentación y las enfermedades gastrointestinales en Santiago (1880-1920)”. *Cuadernos de historia (Santiago)*, (52), 69-101.
- Collier Simon and Sater William. (2004). *A History of Chile, 1808-2002*. UK: Cambridge University Press.
- Comín, Francisco. (2007). “El surgimiento y desarrollo del Estado de bienestar (1883-1980)” en: Salort, Salvador y Muñoz Ramiro. *El Estado de bienestar en la encrucijada*. España: MG. pp. 67-128.
- Congreso Nacional de Chile. (1975). *Decreto Ley 1263*. Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile [en línea]. <http://bcn.cl/2e163>.
- Corona, Fernando y Rojas, Patricio. (2001). “Evolución del mercado laboral en Chile: reformas y resultados” en Larraín, Felipe y Vergara Rodrigo. *La Transformación económica de Chile*. Chile: CEP.
- Cortázar, René y Meller, Patricio. (1987). “Los dos Chiles, o la importancia de revisar las estadísticas oficiales” *Colección de estudios, CIEPLAN*, no. 21, pp. 5-21.
- Corvalán, Luis. (2003). *El gobierno de Salvador Allende*. Chile: Ed. LOM.
- Corvalán, Márquez, Luis. (2011). “Las acciones encubiertas norteamericanas entre el 4 de septiembre y el 4 de noviembre de 1970, según el Informe Church y otros documentos desclasificados por los EE. UU”. *Tiempo Histórico*, núm. 2, Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano. Pp. 117-132.
- Covarrubias Palacios, Luis. (2016). *Pobreza vs Desigualdad*. Chile: Universidad del Desarrollo. Facultad de Gobierno.del Gobierno chileno.

- Cox, Robert W. (1989). *Power and World Order. Social Forces in the making of History*. USA: Columbia University Press.
- Cox, Robert. (1996). “States and World Orders: beyond International Relations”, en: Cox, Robert and Sinclair, Timothy. *Approaches to World Order*. England: Cambridge University Press. (Original publicado en 1981).
- Cox, Robert. (2016). “Gramsci, hegemonía y relaciones internacionales. Un ensayo sobre el método”. *Relaciones Internacionales*. Núm. 31. España: Universidad Autónoma de Madrid. Pp. 137-152.
- Cuadra, Héctor. (2015). “Polanyi, una interpretación de los procesos sociales de Estado y Mercado México”. *Revista mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*. México: UNAM Vol. 60. Núm. 22, pp. 133-162.
- Cutter Tony, Williams Karel and Williams John. (2003). *Keynes, Beveridge and Beyond*. England: Routledge.
- D’Amico, María Victoria. (2016). “La definición de desigualdad en las agendas recientes de los Organismos Internacionales en América Latina”. *Rev. Colomb. Soc.* vol. 39. Núm. 1. Universidad Nacional de Colombia.
- De Ferranti, David, Perry Guillermo. (2004). *Inequality in Latin America. Breaking with History*. USA: The World Bank.
- Delano Manuel y Translaviña, Hugo. (1990). *La herencia de los Chicago Boys*. Chile: Ed. Ornitorrinco.

Economipedia. (2021, mayo). [en línea]. <https://economipedia.com/definiciones/diferencia-entre-tipo-de-cambio-nominal-y-real.html>

Economipedia. (2021, mayo). [en línea]. <https://economipedia.com/definiciones/salario-real.html#:~:text=El%20salario%20real%20es%20aquel,salario%20nominal%20y%20salario%20real>

Edwards, Sebastián. (2001). “Veinticinco años de inflación y estabilización en Chile (1973-1998) en Larraín, Felipe y Vergara Rodrigo. *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP.

Engel, Eduardo, Fisher, Ronald y Galetovic, Alexander. (2001). “El programa chileno de concesiones de infraestructura” en Larraín, Felipe y Vergara Rodrigo. *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP.

Ffrench Davis, Ricardo y Stallings, Bárbara. (2001). *Reformas, crecimiento y políticas sociales en Chile desde 1973*. Chile: LOM, ONU, CEPAL, CIID, ASDI.

Ffrench Davis, Ricardo y Machinea; José Luis. (2007). *Economic Growth with Equity, Challenges for Latin America*. England: Palgrave-Macmillan CEPAL/ECLAC.

Figuroa, Sandra. (2012). *Introducción a la Salud Pública*. Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas.

Fisher, Karin. (2011). *Clases dominantes y desarrollo desigual. Chile entre 1830-2010*. Ed. Universidad Alberto Hurtado.

Flora Peter, Alber Jens y Kohl Jurgen. State. (1983). *Economy and Society in Western Europe 1815-1975, A Data Handbook. Volume 1: The Growth of mass Democracies and Welfare States*. England: Macmillan Press, y FMI Fiscal Affairs Department Data.

- Friedman, Milton. (2002). *Capitalism and Freedom*. USA: 40th Anniversary Edition. University of Chicago Press.
- Gangas Peiró, Pilar. (2009). “Desigualdad y pobreza en América Latina y Europa desde 1950”. *Política y Cultura*. Núm. 20, México: UAM Xochimilco, pp. 29-51.
- Gárate Chateau Manuel. (2012). *La Revolución Capitalista de Chile (1973-2003)*. Chile: C y C impresores.
- García Brigos, Jesús. (1998). *La propiedad social socialista y la transformación comunista: sin teoría no hay práctica revolucionaria*. Cuba: CLACSO.
- García Fernando, Sola Oscar y Rojas Alejandra. (1998). *Salvador Allende. Una época en blanco y negro*. Chile: Ed. Aguilar.
- Gobernado Arribas. (1999). “Individualismo y Colectivismo en el análisis sociológico”, *Reis* núm. 88. Universidad de Málaga. p. 9-25.
- González W, Claudia, Castillo L Carla y Matute W Isabel. (2019). *Estructura y Funcionalidad del Sistema de Salud Chileno*. Chile: Facultad de Medicina, Centro de Epidemiología y Políticas de Salud, Universidad de Medicina, Clínica Alemana.
- Guarín Grisales, Álvaro y Franco López, Daniel. (2008). “La sustitución de importaciones como medio para un desarrollo sostenible” *Revista Universidad EAFIT*. Vol. 44. Núm. 151, pp. 56-67.
- Guillén Romo, Héctor. (2006). “Los grandes teóricos del capitalismo (Fundamentos y Debate)”. en Revista, *Mundo Siglo XXI*. México: Centro de Investigaciones Económicas, Administrativas y Sociales del Instituto Politécnico Nacional.

- Guillén, R. Héctor. (2018). “Los orígenes del Neoliberalismo. Del coloquio Lippmann al Sociedad de Mont-Pélerin”. Revista *ECONOMÍAUnam*. Vol. 15 Núm.43. México: UNAM, pp. 7-42.
- Guzmán Concha, César. (2002). “Los trabajadores en los tiempos del neoliberalismo. Los casos de Argentina y Chile”. Informe final del concurso: *Fragmentación social y crisis política e institucional en América Latina y el Caribe*. Argentina: CLACSO.
- Hachette, Dominique. (2001). “Privatizaciones: Reforma estructural pero inconclusa” en Larraín, Felipe y Vergara Rodrigo. *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP.
- Hachette, Dominique. (2001b). “La reforma comercial” en Larraín, Felipe y Vergara Rodrigo. *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP.
- Haggard, Stephan and Kaufman, Robert. (2008). *Development, Democracy and Welfare States. Latin America, East Asia and Western Europe*. USA: Princeton University and Oxford University.
- Harvey, David. (2007). *A brief history of Neoliberalism*. England: Oxford University Press.
- Hernández Guerrero, Rodolfo. (1992). El neoliberalismo en América Latina los casos de Chile y México. [Tesis para optar el grado de Licenciatura en Relaciones Internacionales]. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM.
- Hernández-Vela Salgado, Edmundo. (2012). *Diccionario de Política Internacional*. México: Editorial Porrúa.
- Hobbes T. (2017). *Leviatán: O la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil*. México: FCE.

- Illanes Oliva, Ma. Angélica (2010). *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile 1889-1973. Hacia una historia social del siglo XX*. Chile: Ministerio de Salud.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2016). *¿Qué es el índice de precios al consumidor?* Argentina: INDEC
- Jiménez, Martín Juan M. (2012). *Salud Pública en Tiempos Modernos*. España: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Kissinger, Henry. (1980). *Mis memorias*. Argentina: Ed. Atlántida.
- Kissinger, Henry. (2011). *Years of Upheaval. The second volume of his classic memoirs*. USA: Simon & Schuster.
- Klein, Naomi. (2008). *La doctrina del Shock. El auge del capitalismo del desastre*. Argentina: Ed. Paidós.
- Knowles, James C, PhD. Leighton, Charlotte, Ph. D, Wayne, Stinson, Ph. D. (1997). *Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. Estados Unidos: Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe*. EEUU: USAID/OPS.
- Kurtz, Marcus. (2002). "Understanding the Third World Welfare State after Neoliberalism: The Politics of Social Provision in Chile and Mexico". *Comparative Politics*, Vol.34.Núm. 3, University of New York.
- Labra, Ma. Eliana. (2004). "Medicina social en Chile: propuestas y debates. (1920-1950)" *Cuad. Med. Soc. Chile*. Núm. 44, pp. 207-219.

- Lara Cortes, Claudio y Silva Flores, Consuelo. (2014). “El sistema de Pensiones de Chile en la encrucijada: Reformas a la Gran Reforma de 2008” *Textos&Contextos*, Brasil: Pontificia Universidad Católica do Rio Grande do Sul, vol. 13, núm. 1, pp. 113-127.
- Larraín, Felipe y Vergara, Rodrigo. (2001). *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP.
- Larrañaga, Osvaldo. (2010). *El Estado de Bienestar en Chile: 1910-2010*. Chile: PNUD-Chile-Área de reducción de la desigualdad.
- Lavados, Iván. (1983). *Evolución de las políticas sociales en Chile 1964-1980*. Chile: ILPES-UNICEF/ONU
- Lindert, Peter H. (1994). “The Rise of Social Expending 1880-1930” *Explorations of Economic History*, 31, no. 1, pp. 1-37.
- Lipovetsky, Gilles. (2007). *La felicidad paradójica. Ensayo sobre la sociedad de consumo*. España. Ed. Anagrama.
- Lippmann, Walter. (1937). *An inquiry into the Principles of the Good Society*. USA: Little, Brown and Company.
- Maldonado Roldan Jorge y Sebastián Castillo Ramos. (2010). *Economía Social de Mercado, una respuesta humanista que supera disyuntiva de Estado o Mercado*. Chile: Fundación Konrad Adenauer Stiftung-Universidad Miguel de Cervantes, Editorial JC Sáez SPA.
- Mann, Michael. (2013). *The sources of Social Power. Volume IV. Globalizations 1945-2011*. USA: Cambridge University Press.

- Mariñez Navarro Freddy. (2000) “La filosofía de justicia y libertad en Pierre Joseph Proudhon”. *Revista de Humanidades*. Núm. 8. México: Tecnológico de Monterrey, pp. 81-92.
- Márquez, Muñoz J. Federico. (2016). “Michael Mann. La globalización de las fuentes sociales del poder” en: Márquez Muñoz J y Domínguez Uribe A. (2016). *Grandes pensadores de la Globalización. Tomo I*. México: FCPyS, UNAM. Ediciones La Biblioteca, S. A. de C. V.
- Medina, Ernesto y Kaempffer, Ana. (1983). “Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana”, 95. Pp. 21-34.
- Méndez G. Juan Carlos. (1980). *Panorama Socioeconómico de Chile*. Chile: Printer Koljatic & Lübert Ltd. Banco Central de Chile.
- Méndez M, Silvestre. (2006). *Fundamentos de Economía*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Millán-Millán, Pablo. (2016). “Aplicación e impacto de la Ley de Habitaciones Obreras de 1906: el caso de Valparaíso (Chile)”. *Eve*. Vol. 42. Núm. 125. Pp. 273-292.
- Millar Carvacho, René. (1974). “Significado y antecedentes del movimiento militar de 1924”. *Revista Historia*. Núm. 11, pp. 1-114.
- Ministerio de Salud Chileno. (2021, marzo 8). [en línea]<https://www.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>.
- Muñoz de Bustillo, Rafael. (2019). *Mitos y Realidades del Estado de bienestar*. España: Alianza Editores.

- Navarro Rubalcaba, Mario Alberto. (2006). “Modelos y regímenes de bienestar social en una perspectiva comparativa: Europa, Estados Unidos y América Latina” en *Desacatos*. Brasil: Universidad Federal de Bahía. (mayo-agosto), pp. 109-134.
- Nef, Jorge. (2003). “The Chilean Model: Fact and Fiction”. *Latin American Perspectives*, Sage Publications Inc. Vol. 30 No. 5, pp. 16-40.
- Norambuena Cárdenas, Pablo. (2016). “La psiquiatría intracomunitaria, la psicología y el contexto local en su desarrollo 1968-1973. Trazos para una historia de la psicología comunitaria en Chile”. *Research gate, Universidad de Santiago de Chile*. Pp. 239-264.
- Núñez Medina Ignacio. (1988). “Estado benefactor y reforma de Estado”. *Espiral*. Vol. IV. Núm. 11 México: Universidad de Guadalajara, pp. 23-45.
- Obando Camino, Iván. (2012). “El derecho a la Seguridad Social en el constitucionalismo chileno. Un continente en busca de su contenido” *Estudios Constitucionales*. Año 10, Núm. 1. Pp. 289-338
- OCDE. (2001). *Knowledge and skills for life. First result from the OCDE programme for international student assessment*. France.
- OIT. (2001). Conferencia Internacional del Trabajo. Resolución y conclusiones relativas a la Seguridad Social. Suiza: OIT.
- OMS. (2014). *Documentos básicos. Gobernanza*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (2020, noviembre). Who.int/features/qa/28/es/.
- OPS. (1992). *Salud Internacional. Un debate Norte-Sur*. Estados Unidos: OPS/OMS.

- OPS. (2000). *Salud de la población. Conceptos y estrategias para políticas públicas saludables: La perspectiva canadiense*. Estados Unidos: Health Canada. OPS. OMS.
- OPS. (2017). *Inequidades y barreras en los sistemas de salud. Salud en las Américas*. Estados Unidos: OPS/OMS.
- OPS/OMS (2021, mayo). Determinantes sociales de la salud [En línea]. <https://www.paho.org>.
- Palma González, Eric. (2017). “El Estado Socialista según la legislación irregular de Carlos Dávila. (junio-septiembre de 1932).” *Estudios Constitucionales*. Año 15, núm. 1, pp. 373-404.
- Pásara, Luis (1972) “Propiedad social: la utopía y el proyecto” *Propiedad*, Lima: Departamento de Teología de la Pontificia Universidad Católica de Perú. Pp.211-237.
- Pazmiño Pastor, Carlos (Coord.). North, Lisa, Rubio Blanca y Acosta, Alberto. (2020). *Concentración económica y poder político en América Latina*. México: CLACSO/Fundación Friedrich Ebert-Stiftung.
- Pereira Jardim, Lourdes. (2008) “Teoría y concepción del trabajo: una mirada a los teóricos del siglo XX.” *Gaceta Laboral*. Vol. 14. Núm. 1. Pp. 81-101.
- Piñera, Sebastián. (1978). *Evolución y Pobreza en Chile*. Chile: CEPAL
- PNUD. (2010). *Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y Caribe 2010. Actuar sobre el futuro: romper la transmisión intergeneracional de la desigualdad*. Costa Rica: PNUD.

- Polanyi, Karl. (1994) “Nuestra obsoleta mentalidad de mercado”. *Mediterráneo Económico*. Núm. 23. Pp. 51-61.
- Polanyi, Karl. (2017). *La gran transformación. Los orígenes políticos económicos de nuestro tiempo*. México: FCE.
- Polanyi-Levitt, Kari. (2018). *De la gran transformación a la gran financiarización. Sobre Karl Polanyi y otros ensayos*. México, FCE. UNAM. Facultad de Economía.
- Puchet Anyul, Martín y Puyana Mutis, Alicia. (2018). *América Latina en la larga historia de la desigualdad*. México: FLACSO.
- Rae, Gavin. (2015). *Privatising Capital. The Commodification of Poland’s Welfare State*. Poland: University of Warsaw.
- RAE. (2021, junio). [En línea]. <https://dle.rae.es/subsumir>.
- Ravier, Adrián. (2015).(enero-junio) “El pensamiento de Milton Friedman en al marco de la Escuela de Chicago. *Estudios económicos*. Núm. 66. España: Universidad de Extremadura., pp. 121-148.
- Read J. (2009). “A genealogy of the homo economicus. Neoliberalism and the production of subjectivity.” *Foucault studies*, núm. 6, pp. 25-36.
- Rincón Sánchez, Patricia. (2004). *El neoliberalismo en América Latina, un análisis comparativo entre México y Chile*. [Tesis para optar al grado de licenciatura en Relaciones Internacionales]. Escuela de Relaciones Internacionales incorporada a la UNAM. Universidad Femenina de México.

- Rodríguez Martínez, José Manuel. (2017). “La crisis económica de los años 70 y los pactos de la Moncloa” *Extoicos*. Núm. 20, España: Dialnet, Unirioja, pp. 19,20.
- Rodríguez Ulloa, Felipe y Ganga León, Catalina. (2020). “Imperialismo y desarrollo del sistema sanitario chileno desde la UP. Intervencionismo de Estados Unidos en América Latina. Apuntes para su comprensión”. En Austin H. Robert, Salem Vasconcelos, Joana y Canibilo Ramírez, Viviana. (Compiladores) *La vía chilena al socialismo. 50 años después. Vol. 1*. Argentina: CLACSO.
- Rojas Flores, Jorge. (1993). *La dictadura de Ibáñez y los sindicatos (1927-1931)*. Chile: Dirección de bibliotecas, archivos y museos. Centro de Investigaciones Diego Barrios Arana.
- Rubio, Pablo. (2011). *Régimen Autoritario y derecho civil: El caso Chile, 1973-1983*. España: IELAT Universidad de Alcalá.
- Ruiz-Tagle, Jaime. (1998). “Chile: 40 años de desigualdad de ingresos”. *Proyecto FONDECYT*, No. 1981179. Chile: Departamento de Economía, Universidad de Chile, pp. 1-35.
- Saavedra Vázquez, Juan y Farías Olavarría, Fernando. (2014). “Construcción Neoliberal de la política social chilena en el discurso de Pinochet”. Brasil: *Revista Katál Florianópolis*. Vol.17. Núm. 1, pp. 22-30.
- Salazar, Gabriel. (2012). *Movimientos Sociales en Chile. Trayectoria Histórica y proyección política*. Chile: Uqbar Editores.
- Sandel, Michael. (2020). *La tiranía del Mérito. ¿Qué ha sido del bien común?* España: Penguin Random House.

- Sauvy, Alfredo. (1966). "Lobbies y grupos de presión". *Revista de Estudios Políticos*.
Núm. 146, pp. 19-40.
- Schmidt, Manfred. (2001). "The Democratic Welfare State". *Pontifical Academy of
Social Sciences*, Acta 6. Vatican City. Pp. 257-276.
- Schmidt-Hebel, Klaus. (2006). *El crecimiento económico de Chile*. Chile: Documentos de
trabajo. Banco Central de Chile.
- Schumpeter, J. A. (1996). *Capitalismo, Socialismo y Democracia*. España: Ed. Folio.
- Segura-Ubierno, Alex. (2007). *The Political Economy of the Welfare State in Latin
America, Globalization, Democracy and development*. USA: FMI, Cambridge
University Press.
- Silva Salazar, Fernando. (2005). "La configuración del Estado de Bienestar. Elementos
constitutivos". *Revista Reflexión Política* núm. 14, Colombia, pp.126-140.
- Silva Triste, Fernando. (2005). *Breve Historia de la Socialdemocracia*. México: Editorial
Porrúa.
- Skidmore, Thomas E. y Smith, Peter H. (1996). *Historia Contemporánea de América
Latina. América Latina en siglo XX*. España: Ed. Crítica.
- Skousen, Mark. (2007). *The big three in Economics. Smith, Marx and Keynes*, United
States: M.E. Sharpe.
- Spencer, Herbert. (2004). ¿Qué es una sociedad? "Una sociedad es un organismo." *Reis*,
pp. 231-243.

- Spicker, Paul, Álvarez, Angélica y Gordon, David. (2009). *Definiciones de pobreza. Doce grupos de significados*. Argentina: CLACSO
- Superintendencia de Salud [en línea]: Gobierno de Chile. (2021, mayo).
<http://www.supersalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-2383.html>
- Taylor, Marcus. (2006). *From Pinochet to the "Third Way" Neoliberalism and Social Transformation in Chile*. England: Pluto Press.
- Tironi, Eugenio. (1990). *Autoritarismo, Modernización, Marginalidad. El caso Chile 1973-1989*. Chile: Ediciones SUR.
- Torche, Arístides. (2001). "Pobreza, Necesidades básicas y desigualdad" en Larraín, Felipe y Vergara Rodrigo. *La transformación económica de Chile*. Chile: CEP
- Triandis, Harry C. (1995). *Individualism and Collectivism*. England: Routledge.
- Ulloa, Víctor. (2003). *El movimiento sindical chileno del siglo XX hasta nuestros días*. Chile: OIT. Central Unitaria de trabajadores de Chile.
- Universidad Autónoma Metropolitana. (2011). *Observatorio de Salud Pública en México, 2010*. México: UAM Xochimilco.
- Valenzuela, José C. (2006). "El gobierno de Allende aspectos económicos." *Aportes*, vol. XI, núm. 033. BUAP-México.
- Vanberg J, Victor. (2011). *The Freiburg School: Walter Eucken and Ordoliberalism*. Germany: Institut für Allgemeine Wirtschaftsforschung; Abteilung für Wirtschaftspolitik; Universität Freiburg.

- Vázquez Olvera, Gabriela. (2012). *El viraje neoliberal de la política social y la búsqueda de alternativas en América Latina*. México: Universidad Autónoma de la Ciudad de México.
- Vergara, Jorge. (2015). *Mercado y Sociedad, La utopía política de Friedrich Hayek*. Chile: CLACSO.
- Vite Pérez, Miguel Ángel. (2007). “La Nueva Desigualdad Social”, *Problemas del desarrollo, Revista Latinoamericana de Economía*, Vol. 38, núm. 148.
- Von Hayek, Friedrich. (1978). “El atavismo de la justicia social”, en Von Hayek, F. *New studies in Philosophy, Politics, Economics and the History of Ideas*. USA: Chicago University Press.
- Von Hayek, Friedrich. (1996). *Individualism and Economic Order*. USA: Routledge-The University of Chicago Press.
- Waitzkin, Howard. (2016). *Medicine and Public Health at the end of the Empire*. USA: Routledge.
- Weller, Bridget. (2008). *Directrices: Incentivos para los profesionales de la Atención de Salud*. EEUU: OMS, Federación Farmacéutica Internacional.