





SALUD, DEMOCRACIA Y PROCESO CONSTITUYENTE EN CHILE

Álvaro Lefio Celedón

Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende”,
Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Salud, Democracia y Proceso Constituyente en Chile

Desde una dimensión personal e íntima, traer a la memoria la experiencia de movilizaciones sociales experimentadas el año 2019 en Chile significa recordar una abrupta modificación del movimiento humano circundante, la presencia de disrupciones inesperadas de la cotidianeidad, así como la expresión de las más diversas manifestaciones de disenso y malestar. Se trata de rememorar extensas caminatas en direcciones inesperadas, incertidumbres varias y crecientes, acompañadas de una bocanada de libertad no experimentada y a escala colectiva. Al mismo tiempo es rememorar la emergencia de la preocupación y el estupor por la brutalidad de la respuesta gubernamental y las formas de represión observadas y sus efectos sobre las personas y sus familias, que hicieron patente las evidencias palpables del trauma transgeneracional y la vitalidad latente de la memoria colectiva.

Este ambiente de convulsión social parecía abrir las posibilidades del debate público en la más amplias y postergadas materias, entre ellas las pertinentes a la salud del colectivo. A los carteles y consignas marchantes se sumaron miles de cabildos desperdigados por el territorio que incluyeron las temáticas de salud en sus debates y discusiones e hicieron emerger los diversos problemas de la política social en salud y las propuestas de la ciudadanía interesada (1,2).

En este marco de eventos políticos y estéticos diarios, la idea de una convención que pudiera amalgamar, en un nuevo texto constitucional, parte de estas reflexiones y propuestas ciudadanas, parecía del todo deseable y necesaria para la mayor parte de la ciudadanía. Transformar las bases legales del actual arreglo institucional y desbaratar sus inequidades era una posibilidad casi palpable. De hecho, la convención instalada produjo un texto que promovía la suficiencia e igualdad de la ciudadanía en materia de protección y cuidado de la salud, previsiblemente capaz de integrar

el sistema de atención, erradicar a las ISAPRE y sus lógicas mercantilizadoras del aseguramiento, fortalecer el sistema público e incluso priorizar temáticas presentes en las preocupaciones de la ciudadanía que participó de los cabildos, como la salud mental, neurodiversidad y discapacidad (3).

Por motivaciones vitales de dilucidar, la ciudadanía rechazó en el plebiscito de salida, junto con todas las otras propuestas, esta posibilidad de transformación de las reglas del juego institucional, dejando al tiempo del disenso en duda o en aparente disolución. La pulsión instituida parece haber derrotado a la instituyente y el escenario político estético retrocede al orden consensual (4). Algo más de un tercio de los votantes valoraron suficientemente las transformaciones culturales e institucionales propuestas, cuyo contenido inestabilizaron las distinciones étnicas, de clase, género y territorio, elementales de nuestra jerarquización sociocultural y que hacen parte también del arreglo institucional en salud.

En el contexto de la muerte epidémica circundante, la precarización brutal de las condiciones materiales de vida y la transgresión y falta de cuidado político con valores culturales mayoritarios en la población –cuyas emociones corporalizadas son el miedo y la rabia– la deliberación de los problemas públicos, como fundamento de la democracia, parecen haber encontrado su actual límite.

En la pasada discusión constitucional la ciudadanía participó, deliberó, busco los caminos para acordar una propuesta y fracasó en su capacidad de generar adhesión y sostén político a nuevas reglas institucionales, abriendo paso a un nuevo momento de encuadre y tutelaje democrático, que es parte sustantiva de la respuesta aprendida transgeneracionalmente por la elite política y social y que intenta poner límite a las otras formas posibles del ejercicio del poder y cuyos resultados quedan aún por dilucidar.

Algo sobre la salud y su política

La salud como conjunto de significados en torno al bienestar y su ausencia, hace parte de los proyectos humanos y por tanto se configura como espacio de pareceres, opiniones, deseos y acciones potencialmente conflictivas. No existe una sola forma de explicar los procesos de salud y enfermedad, ni tampoco una sola forma terapéutica o de cuidado, más bien lo común es la creación de un campo de saberes, prácticas y poderes en torno a este aspecto de la cultura y de las prácticas sociales (5,6).

El debate por la salud, sus determinantes, así como las formas y contenidos del sistema organizado para su promoción y cuidado, es parte del juego del poder de una sociedad para crearse a sí misma y producir parte de su identidad. Las instituciones sanitarias son entonces el resultado histórico de las tensiones entre sus actores, sus discursos y proyectos, siendo los sistemas de salud parte y resultado de la construcción de un cuerpo colectivo mayor, dando forma a la política social en salud, que a su vez contribuye a la configuración de la relación entre Estado y sociedad. En el campo de la salud colectiva, además, lo que está en juego es una parte del proyecto de nación que unos y otros buscan instalar, su soporte corporal y la resolución de dolencias y sufrimientos.

En el caso chileno, el Estado de inicios del XX, sobre la base de la organización mutual y la caridad (7), se comprometió con el desarrollo de un aparato estatal de redes de servicios de salud de alta cobertura y capacidad, que ha permitido responder a las necesidades vitales y urgentes del cuerpo social, dirigiendo sus acciones principalmente a las clases populares y trabajadoras (8). Su modelo explicativo de la salud/enfermedad, que hace parte del contenido de la política y de la praxis asistencial concreta, provienen de la tradición moderna europea y se encuentra sustentado en la espacialización de la enfermedad en el cuerpo individual y colectivo (9), excluyendo en su instalación progresiva a otros modelos explicativos y terapéuticos presentes en el territorio, subestimando además el peso de los aspectos socioculturales sobre la distribución, frecuencia y consecuencias de los problemas de salud, así como de su estrecha relación con su existencia e identidad.

Así, esta dimensión de contenido y práctica de la política de salud resulta ser uno de sus patrones estructurantes y hace parte de la trayectoria de exclusiones en esta materia. Al mismo tiempo se constituye como la principal forma de acercamiento –de la ciudadanía–al problema de la salud y la enfermedad, permitiendo que la necesidad por una atención biomedicalizada sea una demanda viva en la población.

En Chile, la política de salud ha contribuido a reorganizar la desigualdad social, a partir de la segregación en el proceso de atención, diferenciando en base a las posibilidades de elección y los espacios de atención entre clases populares y estratos medios de la sociedad. Es sobre la distinción obrero/empleo de mediados del siglo XX, que ha sido posible el crecimiento del mercado de la salud, ahora sobre la base de la afiliación FONASA/ISAPRE y la libertad de elección⁸. La idea de “lo privado” en salud se contrapone en nuestro marco de significantes a la espera y la humillación de lo público, construido desde sus inicios como la atención de los pobres, precarizada en recursos y burocratizada en sus prácticas, lo que ha permitido construir una base material y simbólica para las campañas de desprestigio acerca de su actuar.

Hoy nuestro sistema de salud se debate en la dualidad de sus prácticas, enraizadas en los principios de la seguridad social por una parte y por otra, en el avance de la industria y mercado de la salud, que termina asignando una gran cantidad de recursos para un pequeño porcentaje de la población más acomodada y con menor riesgo de enfermar, yendo más allá incluso, en sus esfuerzos discriminatorios, de lo que la actual constitución le permite.

Con todo y visto en perspectiva histórica, las posibilidades de transformación y democratización de la política social en salud existen y se posibilitan en forma proporcional a la capacidad de protesta, movilización social y política de la ciudadanía. Antes de octubre del 2019 la discusión de la elite político-sanitaria y de los actores del mercado, acerca de la política de salud y sus reglas del juego, se encontraba prácticamente sin avances. Algunos estaban por impulsar diversos arreglos basados en la seguridad social, otros estaban tranquilos con la parte del mercado que les tocaba explotar. Todos y todas con sus respectivos expertos, argumentos y operadores, pero sin tocar las instituciones, sus lógicas y resultados sociales.

La trayectoria histórica del sistema de salud chileno y la discusión de la política social en salud han decantado en proyectos socio sanitarios en momentos de profunda convulsión social. Es la movilización de las capas populares del país la que ha tenido el potencial y la fuerza suficiente de transformar la política de salud, mientras en el intertanto los avances que se producen mantienen la dirección en el vector histórico previo. Hasta antes de octubre del 2019 lo que predominaban eran los intereses del mercado, la necesidad de mantener la gobernabilidad del país y cierta voluntad por fortalecer el sector público de salud sin modificar las reglas del juego de su problemático actuar.

La canalización del conflicto social por la vía institucional, a través de una convención constitucional, permitió abrir las posibilidades de cambios para la política de salud, de hecho el texto rechazado permitía los dos cambios mínimamente necesarios para construir un sistema de atención de salud público con mejores oportunidades de enfrentar los desafíos sociosanitarios de la ciudadanía: la exclusión de las ISAPRE de la administración de recursos de la seguridad social y la integración de los actores y dispositivos de atención de salud. El primero vital para desterrar al mercado y sus efectos de las reglas del juego del sistema y el segundo para articular eficiente y coordinadamente las respuestas que la salud del cuerpo social impone.

La actual constitución de 1980 impide cualquier reforma que opere en esta dirección. La articulación de la institucionalidad sanitaria en torno a las posibilidades de elección individual de las personas –entre el sector público y privado– es la instalación del mercado como asignador de recursos en la política social.

Los desafíos actuales del sistema de salud chileno son múltiples y complejos. La ciudadanía convive cotidianamente con los efectos de la mercantilización de la salud (10). Los extensos y socialmente inaceptables tiempos de espera no son el mero resultado de los problemas de gestión de los centros de atención, sino que son posibles por la existencia de aseguradoras privadas que captan los recursos de la seguridad social, no sólo las contribuciones de lo que más recursos tienen, sino que también el poder y el prestigio, generando los incentivos necesarios para despojar al aparato prestador de producción pública de salud de sus actores más relevantes –los equipos humanos– y de la confianza de la ciudadanía.

Un poco sobre democracia en salud

La tensión interna entre liberalismo e igualitarismo de la democracia, parecieron inclinarse por un momento a favor de esa igualdad originaria, como aviso de la fragilidad del orden institucional y su peso en la sustentación del capitalismo como forma de vida y reproducción de la vida social. Los acontecimientos desencadenados a partir de octubre del año 2019, hicieron emerger las pulsiones igualitaristas de los actores interesados en la política de salud. La idea de participar de los acontecimientos en curso, ya fuera que se entendiera como un fin en sí misma o como medio de intervención de los problemas de salud poblacional (11), arrojó a nuevos y más actores al campo de lo político en lo que a salud colectiva se refiere.

Esta renovada participación permitió la expresión de variados proyectos que lograron aglomerarse en la idea compartida de producción y construcción social y democrática de bienestar, en la valoración del proceso deliberativo y la toma de decisiones colectivas y la dotación del carácter de ciudadanos a sus participantes (12). La salud como derecho humano íntimamente ligado al territorio, la cultura, las relaciones de poder y condiciones materiales de vida, así como una respuesta terapéutica y de cuidados universal, pública y democrática a sus interrupciones, fue la propuesta que se escuchó con más fuerza durante el proceso.

Por cierto, este no es el único proyecto que habita en las diversas colectividades de nuestro país y parte del problema fue subestimar la fuerza y la instalación de las ideas de los otros proyectos conocidos e ignorar a los desconocidos. La idea del mercado como buen asignador de recursos, la iniciativa privada como motor de la innovación, la competencia como aseguradora de la calidad y provisión, la salud como fenómeno individual asegurable y el esfuerzo individual como sostén ético de la distinción respecto de la pobreza, los pobres y sus itinerarios asistenciales, son discursos presentes no sólo en los grupos de interés, sino también observables en parte de la colectividad ciudadana mayor.

El debate democrático se trata menos acerca de verdades reveladas y evidencias científicas probadas y más de una disputa por el apoyo ciudadano, en este caso una disputa por la instalación de un pequeño régimen de verdad, de discursos y prácticas en el espacio que la enfermedad y el dolor abren para la construcción colectiva de salud.

Desde esta perspectiva, la valoración y promoción de un enfoque participativo de involucramiento de la comunidad y sus actores, que se exponen al diálogo respetuoso con otros, además de la valoración de los aspectos dialógicos del proceso, sus técnicas, itinerarios e instrumentos, requieren de la capacidad política para definir lo común, distinguir la disidencia, enfrentar los obstáculos y a los adversarios para instalar el proyecto colectivo. La democracia y la participación como aparataje instrumental de su ejercicio no se corresponde sólo con un hito, metodología o técnica específica, sino más bien con un proceso cuyo sentido es la producción de cambios compartidos, cambios que deben cimentarse no sólo sobre la necesaria voluntad, sino que en el análisis colectivo y en la profundidad del contexto, en los actores y en las posibilidades inexploradas de transformación de la realidad sociosanitaria.

Si la democracia se trata no sólo de la instalación de la competencia política, un régimen de gobierno o una forma de relación entre ciudadanía política y civil, en el marco del Estado de derecho, sino que se trata de un ejercicio de poder que se amolda a las formas de ser, sentir y desear que conforman una sociedad (13), entonces esta será la medida de la sabiduría democrática del resultado final del proceso constituyente que al que asistimos.

La Salud y el Momento Constituyente

En este momento ya de aparente cierre de la interrupción forzosa al orden institucional imperante, la más o menos democrática nueva discusión constitucional deberá afrontar estos viejos, pero contingentes temas de la política de salud y su institucionalidad: seguridad social versus mercado, democratización de la política social o autoritarismo sanitario; distinción social o igualdad; y el interés público o el privado, pero no en el imaginario social acerca del pueblo, sus intereses y necesidades, sino que en el pueblo real y material que no terminamos de conocer ni comprender.

Una forma de entender la política social es como la ampliación del Estado, como la forma no revolucionaria de inclusión de las mayorías a un proyecto común, se trata entonces de construir derechos, igualdad, al fin y al cabo, ciudadanía (14,15). En el caso chileno, los avances en derechos conviven con las exclusiones y desigualdades en su ejercicio que atentan contra su sentido primordial y al mismo tiempo han determinado subjetividades que las valoran o validan (16). Con todo, la superación de las desigualdades al interior de la política social se constituye como principio habilitador para la profundización de la democracia, legitimar su propia existencia y permitir la adecuada y oportuna interpretación de la colectividad que la habita. Nada aporta, para esta legitimidad institucional por construirse, los tutelajes y límites impuestos por la actual clase política, más bien provienen y reproducen la desconfianza y el miedo a las subjetividades ciudadanas y las posibles rupturas con los dispositivos y prácticas, que permiten la rearticulación permanente de las distinciones sociales y sus efectos.

En el caso de la política social en salud, esto se traduce en la ruptura con la institucionalidad y los espacios ganados por el mercado de la salud, cuyo dispositivo central son las ISAPRE y las mutualidades, de la mano del subsidio colectivo que implica el uso de los recursos de la seguridad social para el negocio construido en torno a la enfermedad y que se articula con el clasismo histórico que emerge en la permisividad social a la distinción por ingresos en la experiencia de atención y cuidado de la salud. Por otra parte, también se trata de construir reglas del juego que permitan la inclusión de la ciudadanía –en sus diversas formas e identidades– a participar en las de decisiones, itinerarios y contenido de la política de salud, así como de hacerse cargo con suficiencia y humanidad de las problemáticas sanitarias contingentes, que a su vez son el reflejo de las intermediaciones entre cuerpo y sociedad.

El arreglo constitucional actual, en particular en lo que a salud se refiere, es la materialización institucional forzosa de un proyecto político que valora al mercado como asignador de recursos en este ámbito de la vida social y la iniciativa privada como articulador de la oferta de prestaciones y soluciones a individuos enfermos o en riesgo de enfermar, y al mismo tiempo desprecia o infravalora el rol del Estado y las posibilidades democráticas de este componente de la política social. Sus adherentes buscarán sostenerlo en el tiempo utilizando para ello todas las estrategias y tácticas empleadas en el pasado y más. La inercia institucional y los intereses sembrados en el espacio político y su crisis de legitimidad, complejizan las posibilidades de la deliberación democrática de

un proyecto alternativo y parecen depender, como en el pasado, de la capacidad de sintonizar con las necesidades y expectativas de la mayor parte de la ciudadanía y su voluntad de movilización y cambio.

En el desarrollo de estas disputas históricas, las epidemias –en mayor o menor medida, siempre íntimamente ligadas a las condiciones de vida de los grupos humanos y su relación con lo no humano– han acompañado e intervenido en la marcha de los acontecimientos y nos recuerdan la fragilidad del cuerpo social y la cercanía de la muerte, determinando profundos cambios en los procesos políticos y sociales (17). Esta última gran epidemia por COVID-19, no ha sido la excepción. Por una parte, ha revelado la tolerancia de algunos a la muerte de una parte de la ciudadanía y por otro la necesidad de una respuesta solidaria y colaborativa frente a la enfermedad y sus efectos sociales. Respuesta que ha sido liderada y posibilitada por la preeminencia histórica de un proyecto público y colectivo de respuesta a las necesidades de salud emergentes, sea al interior de la política social o por fuera de ella, y que hace parte de una memoria colectiva de organización, responsabilidad y prácticas de cuidado de la alteridad. Esta memoria y este proyecto no han sido derrotados en el momento constituyente que se cierra, pero su adecuación a la voluntad e interés ciudadano está aún por construirse.

Referencias bibliográficas

1. Unidad Social, Universidad de Chile. Escuela de Salud Pública Dr Salvador Allende Gossens, Universidad Católica del Norte, Universidad de Tarapacá. Facultad de Ciencias Sociales y Jurídicas, Universidad de Tarapacá, Universidad Arturo Prat F de C de la S, et al. Demandas prioritarias y propuestas para un Chile diferente. Univ Chile [Internet]. 31 de marzo de 2021 [citado 24 de enero de 2023]; Disponible en: <https://doi.org/10.34720/wk9d-dp94>
2. Dides C. Social Mobilization, Citizen Councils and the Constitutional Process in Chile. *Asian J Lat Stud*. 2021;34(2):145–67.
3. Arteaga Ó. Nueva Constitución y el derecho a la salud: ¿el fin de la segregación? - Escuela de Salud Pública [Internet]. 2022 [citado 24 de enero de 2023]. Disponible en: <https://saludpublica.uchile.cl/noticias/189211/nueva-constitucion-y-el-derecho-a-la-salud-el-fin-de-la-segregacion>
4. Rancière J. Política, policía, democracia. 1a. ed. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 2006. 79 p. (Colección singular plural).
5. Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000;5:219–30.
6. Menéndez EL. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2003;8:185–207.
7. Illanes MA. La revolución solidaria. Las Sociedades de Socorros Mutuos de Artesanos y Obreros: un proyecto popular democrático, 1840–1887. Polis Santiago [Internet]. 1 de julio de 2018 [citado 24 de enero de 2023];(5). Disponible en: <https://polis.ulagos.cl/index.php/polis/article/view/234>
8. Illanes MA. “En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia “: historia social de la salud pública : Chile 1880/1973 : (hacia una historia social del Siglo XX). Santiago: Colectivo de Atención Primaria; 1993. 514 p.

9. Foucault M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. México: Siglo Veintiuno; 1963. 293 p.
10. Illanes MA. Algunos principios y contradicciones del cuidado colectivo del cuerpo humano: un enfoque histórico. Rev Chil Salud Pública. 2016;20(2):148–51.
11. Hersch P. Participación social en salud: Espacios y actores determinantes en su impulso. Salud Pública México. 1992;34(6):678–88.
12. Bronfman M, Gleizer M. Participación comunitaria: necesidad, excusa o estrategia? O de qué hablamos cuando hablamos de participación comunitaria. Cad Saúde Pública. marzo de 1994;10:111–22.
13. Rancière J. Democracia y post-democracia. Ideas Valores. 1 de julio de 1995;44(98–99):23–40.
14. Fleury S. Estado sin ciudadanos [Internet]. Buenos Aires: EDUNLa; 2021 [citado 24 de enero de 2023]. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/book/17>
15. Fleury S. Democracia, ciudadanía y políticas sociales. Salud Colect. 2006;2(2):109–12.
16. Ruiz Encina C, Caviedes Hamuy S. Estructura y conflicto social en la crisis del neoliberalismo avanzado chileno. Espac Abierto. 2020;29(1):86–101.
17. Rosen G. De la policía médica a la medicina social: ensayos sobre la historia de la atención a la salud. Mexico: Siglo XXI Editores; 1985. 379 p. (Salud y sociedad.).