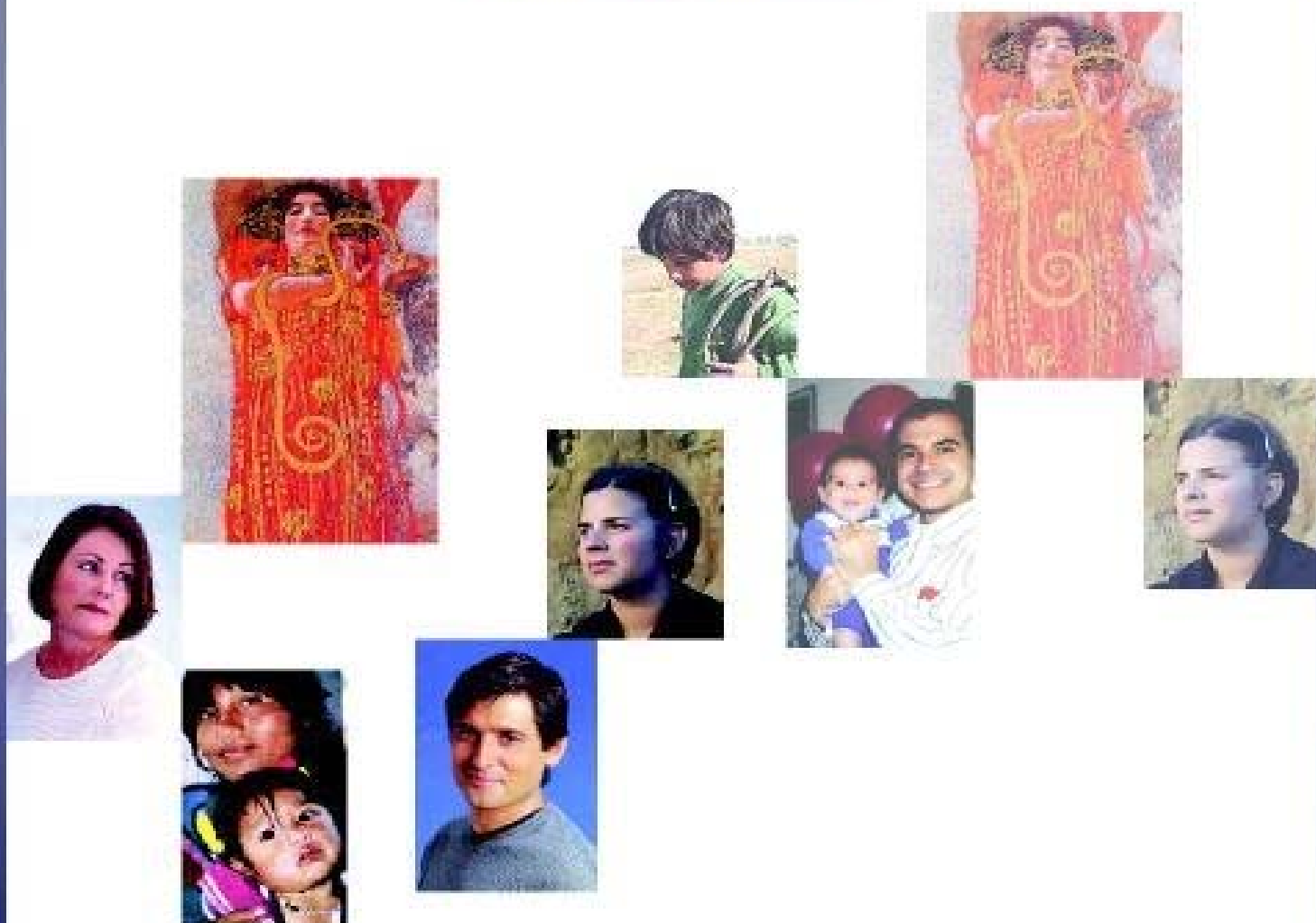




# Género, equidad y reforma de la salud en Chile

## 4\_ Modelo de atención y género: Las condiciones socioculturales de la reforma de la salud en Chile



Organización Panamericana de la Salud  
Organización Mundial de la Salud

Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud en Chile  
Serie Género y Reforma de la Salud

---

## **Género, Equidad y reforma de la Salud en Chile**

### **Modelo de atención y género:**

#### **Lac condiciones socioculturales de la reforma de la Salud en Chile**

Documento elaborado por Patricia Provoste y Fanny Berlagoscky para el Proyecto Género, Equidad y Reforma de la Salud, OPS.OMS Chile.

El contenido del documento es de responsabilidad de las autoras y no necesariamente refleja la opinión de OPS/OMS

Serie Género y Reforma de Salud No.4  
Primera Edición, Noviembre 2002

### **OPS/OMS**

Oficina de Representación en Chile  
Providencia 1017, Pisos 4 y 5, Santiago  
[acevedog@chi.ops-oms.org](mailto:acevedog@chi.ops-oms.org)  
<http://www.chi.ops-oms.org>

**Edición:** Patricia Bravo Beril

**Diseño:** Marcela Passalacqua Frabasile

**Impresión:** Alerce Talleres Gráficos

**Secretaría:** Graciela Acevedo Soto

**Cuadro de Portada:** Hygiela (detalle de *Medicina*), Gustav Klimt

■	<b>RESUMEN</b>	4
■	1. Introducción	5
■	2. El contexto de la reforma	7-8
■	3. Hacia un marco conceptual	9-10
■	4. Los cambios en el modelo de atención y las nuevas demandas de cuidado doméstico	11-15
■	5. Los cambios sociales y culturales que afectan al modelo de atención	16-17
■	6. Reflexiones finales	18-20
■	<b>RECOMENDACIONES</b>	21-22
■	<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	23

---

## RESUMEN

---

Este documento fue preparado para el programa Género, Equidad y Reforma de la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Se refiere a los cambios que se están produciendo en el modelo de atención de salud en Chile, enfocando la problemática en la articulación entre el sistema institucional y el sistema doméstico de salud.

El texto desarrolla un marco conceptual sobre esa articulación, argumentando la dependencia del modelo de atención respecto de la división tradicional de roles sexuales. En seguida, contextualiza la reforma de la salud chilena, aludiendo a los cambios sociodemográficos y al proceso de modernización del Estado. A continuación, examina los cambios discernibles en el modelo de atención y su efecto de mayor demanda de trabajo al sistema doméstico de salud.

Finalmente, entrega algunas recomendaciones susceptibles de ser implementadas en el país, partiendo de la necesidad de revisar los supuestos de la reforma sobre la familia y la sociedad, apuntando a un modelo de atención que se sustente en las responsabilidades compartidas, asuma la diversidad de las familias y potencie la autonomía de las mujeres.



---

## 1. INTRODUCCIÓN

---

### *Propósitos*

El cambio en el modelo de atención aparece como uno de los ejes centrales de la reforma de la salud en Chile. Esto se explica porque en el modelo de atención se traducen las orientaciones centrales del sistema institucional de salud del país: su concepto de salud y de cómo garantizar su cuidado; el papel del Estado, la empresa privada, los recursos humanos del sector salud y la sociedad; así como la estrategia organizacional con la que se pretende llevar adelante los grandes objetivos de la presente etapa histórica.

El cambio del modelo de atención es de vital importancia para las mujeres chilenas, como sujetos autónomos del derecho a la salud, principales usuarias de la salud pública, y ciudadanas con una larga trayectoria organizativa en la construcción de la salud pública y doméstica.

Sobre la base de estas consideraciones, la elaboración del presente texto se propuso los siguientes objetivos:

- Formular un análisis de las propuestas de modelo de atención en salud existentes en Chile, desde una perspectiva de género.
- Avanzar en la elaboración de un marco conceptual sobre el modelo de atención en salud desde un enfoque de género, susceptible de ser aplicado a la realidad chilena.
- Entregar orientaciones metodológicas para la operacionalización de esa perspectiva.

### *Metodología*

El trabajo se organizó en torno a la pregunta sobre cómo las relaciones de género inciden en y son afectadas por el modelo de atención en salud y sus cambios, en el contexto de la trayectoria de la salud institucional chilena y de la reforma en curso. Se tuvo en cuenta tanto las propuestas de reforma como la experiencia de los últimos años en cuanto a modelo de atención en salud.

Para esos fines,

- se efectuó un estudio de las propuestas de ley y documentos ministeriales sobre la reforma de salud en Chile, así como de documentos de análisis sobre la reforma, género y sistemas de salud, y sobre género y reforma de la salud;
- se analizó la información sociodemográfica disponible en fuentes nacionales, y
- se complementó el trabajo con entrevistas a diversas personas profesionales de la salud con trayectoria en la salud pública.

Brindamos un reconocimiento especial a María Angeles Durán, socióloga y catedrática española, Premio Nacional de Ciencias de España 2002, cuyos estudios sobre la dualidad de los sistemas de cuidado de la salud y el costo del cuidado doméstico han sido una importante fuente de inspiración para este texto.

### *Aproximaciones al modelo de atención como objeto de análisis*

Para los efectos de acotar el objeto de este trabajo, tomamos como punto de partida la siguiente definición: *"Los Modelos de Atención corresponden a la forma de organización que permite desarrollar el proceso de atención a la salud"*<sup>1</sup>. Llegar a asumir esta definición no fue fácil, debido a la gran variedad de significados que adquiere este término en la literatura y en los discursos sobre la reforma. Por esta razón, creemos necesario agregar algunas precisiones y distinciones que fuimos realizando.

---

<sup>1</sup> Relatoría del Encuentro sobre Gestión de Calidad, publicada en la serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 10, OPS-OMS, octubre 1998, p46.

Nos parece importante, en primer lugar, distinguir el *modelo de atención* del *sistema institucional de salud*, del cual es parte el modelo de atención. Hay que diferenciarlo también respecto del *modelo o sistema de salud vigente*, una realidad mucho mayor que se enmarca en la cultura, que va más allá de las instituciones de salud y sus usuarios y usuarias, para abarcar otros sectores de política pública, y otros actores institucionales y sociales.

*Hechas estas distinciones, entendemos el modelo de atención como el espacio de encuentro del sistema institucional de salud con la población, para llevar a cabo las acciones de salud definidas como pertinentes a ese encuentro o a esa interacción.*

Cuando se habla de cambios en el modelo de atención en Chile, lo más frecuente es la referencia al fortalecimiento del nivel primario de atención. Ese cambio no se refiere sólo a un mejor desempeño de este nivel respecto de sus usuarios y usuarias, sino principalmente a una modificación de la forma en que los diversos niveles e instancias de atención a la población se coordinan y se distribuyen funciones. En este sentido, se habla del tránsito de un sistema *satelital* (niveles y establecimientos girando en torno al hospital) hacia un sistema de *red asistencial*. Es decir, se pone el acento en la *organización y articulación* de los distintos tipos de establecimientos de salud y en el cambio de jerarquía del hospital como epicentro simbólico y práctico del sistema actual, para pasar a un sistema más nivelado entre sus componentes y con una nueva división de funciones. Aunque se puede argumentar que esta visión es meramente organizacional o interna, es evidente que supone una redefinición de las modalidades de atención, un nuevo *"contrato social"*, si se quiere, entre el sistema institucional y la población. Es decir, se reconfigura la relación entre la institucionalidad y la población usuaria, en una serie de aspectos como la cercanía a la vida cotidiana y el avance hacia una relación menos autoritaria, más horizontal y más participativa. En consecuencia, el uso de la expresión "médico-paciente" como representación de la relación institucionalidad-población, habrá de ser sustituida por nuevas expresiones, como "equipo de salud-sujeto de derechos" o "equipo de salud-personas".

Con frecuencia, el modelo de atención también se asocia al *concepto de cuidado de la salud* que debe aplicarse en los servicios. Así, de acuerdo con el fraseo de los documentos de la reforma, se tendería hoy a enfatizar la prevención de enfermedades y la promoción de un buen estado de salud por sobre la atención al daño ya producido. No obstante, si bien la prevención y promoción han estado despriorizadas por largo tiempo y requieren ser ubicadas en un preeminente lugar, no es menos cierto que la atención al daño no permite ser despriorizada. Se trata de definir la más adecuada fórmula para combinar los aspectos de promoción y prevención con lo asistencial y lo asistencial-especializado, tendiendo a la interacción más perfecta posible entre lo preventivo y lo curativo, de acuerdo con las verdaderas necesidades de la población en el contexto en que hoy le corresponde vivir.

Si bien estos conceptos de salud y cuidado no constituyen en sí mismos el modelo de atención, sin duda deberían estar en la base de su diseño.

Finalmente, también se menciona que para el modelo de atención en salud, así como para el conjunto de áreas de reforma, hay principios orientadores como la equidad, la participación, los derechos de los usuarios y la buena calidad de las prestaciones, los que deben traducirse en las prácticas cotidianas de atención.

---

<sup>2</sup> El término *contrato social*, tomado de Rousseau y otros autores clásicos de la ciencia política, se aplica a teorías sobre el origen y fundamentos del poder político, refiriéndose a un supuesto pacto fundante entre gobernantes y gobernados.

## 2. El contexto de la reforma.

Es necesario situar las tendencias de cambio del modelo de atención en el marco mayor en que se inscribe el proceso de reforma de la salud en Chile, proceso que reconoce más de una fuente explicativa. Aquí nos referiremos a las dos que estimamos más relevantes:

- el reconocimiento de la nueva situación de salud del país, y
- el proceso de modernización del Estado que se ha ido llevando a cabo en Chile hace ya varios años.

### *a) La nueva situación de salud*

En primer término -y esta es la explicación que destacan los documentos oficiales-, la reforma respondería a una adecuación de las políticas e instituciones de la salud al cambio sustancial de los perfiles epidemiológicos y sociodemográficos de la población, que van unidos al desarrollo social y económico de las últimas décadas.

Entre los principales cambios está la drástica reducción de la mortalidad materna e infantil, y de las enfermedades infectocontagiosas a nivel nacional, aún cuando persisten bolsones que mantienen estos indicadores en rangos altos. Asimismo, se registra un envejecimiento de la población, con una franja creciente ubicada en la adultez mayor. A eso se agrega la gran transformación tecnológica que, por una parte, contribuye con sus efectos deseables al abordaje de los problemas de salud; pero, por otra, determina una ascendente espiral de costos de las acciones diagnósticas y terapéuticas.

Cambian, además, las determinantes<sup>3</sup> de la salud. Así, emergen patologías como obesidad, hipertensión, *stress*, tabaquismo y depresión, y se modifica el orden de las principales causas de muerte (enfermedades cardiovasculares, cáncer, accidentes y enfermedades respiratorias crónicas).

Estos cambios, que han sido profusamente utilizados como argumento central de la reforma<sup>4</sup>, son parte de la realidad chilena y justifican los planteamientos para dejar atrás un enfoque eminentemente curativo, y para aplicar una nueva perspectiva que incorpore en forma relevante lo promocional de la salud y lo preventivo de la enfermedad, combinándolos adecuadamente con la reparación de los daños. Esto no siempre se refleja en las propuestas concretas de la reforma. Es así como el Plan Auge se concentra en los daños ya producidos, oscureciendo la importancia de la prevención y la promoción de la salud.

Aunque no nos extenderemos en el punto, nos interesa llamar la atención sobre el componente de género de las “nuevas” necesidades de salud, que a veces corresponden a situaciones muy antiguas que recién se están reconociendo como problemas de salud pública, como es el caso de la violencia doméstica, o que aún no son asumidos en plenitud, como sucede con el aborto. Reconocido éste como de prevalencia importante en el país, constituye un problema de salud pública sin un abordaje operativo concreto. Estas necesidades, que se han hecho visibles por la acción de las mujeres, han ganado espacio en los cambios de la salud pública, si bien todavía de manera insuficiente.

A lo anterior se agrega el creciente número de mujeres de edad avanzada que no han trabajado remuneradamente, o que han permanecido menos años en el mercado de trabajo, recibiendo ingresos

<sup>3</sup> Entendemos como determinantes de la salud aquellos factores socioeconómicos y culturales que están en la base de la capacidad de las personas y grupos sociales de desarrollar su salud, como nivel de ingreso, condiciones de trabajo, calidad de la vivienda, medio ambiente, y elementos culturales como etnia, género y orientación sexual, entre otros.

<sup>4</sup> Proyectos de ley de la reforma de las, y documentos sobre la reforma producidos por el Ministerio de Salud.

inferiores a los varones, lo que plantea un desafío nuevo al sistema institucional de salud. El cruce de desigualdades socioeconómicas y de género en la adultez mayor aún no ha sido bien tematizado en la salud pública.

El perfil epidemiológico y sociodemográfico es una de las claves para entender los cambios que ocurren en las políticas de salud, pero no es suficiente para explicar la totalidad del proceso de reforma. La mirada requiere ser abarcadora, ampliándose a temas como el papel del Estado, del mercado y de la comunidad en la producción de salud; la democratización de la relación entre institucionalidad y usuarios; el grado de solidaridad que está dispuesta a asumir la sociedad respecto del cuidado y financiamiento de la salud de todas las personas; los cambios en la gestión; así como en el seguimiento y monitoreo de los procesos. Lejos de ser una simple adecuación a los tiempos, la reforma en Chile responde a procesos, intereses y actores diversos, incluidos entre otros, el mercado de la salud especialmente en lo referido a medicamentos, las ISAPREs<sup>5</sup> y los gremios de la salud, que a su vez ostentan grados de poder distinto para determinar su rumbo.

### ***b) La modernización del Estado***

Queremos destacar este proceso por su significación para el modelo de atención.

La reforma de la salud se inscribe en el proceso más amplio de transformación del Estado que ha tenido lugar en las últimas décadas. Este, a su vez, responde a variadas tendencias y fuerzas, de las cuales la principal es la necesidad de adecuar los estados a las drásticas transformaciones del sistema mundial de producción y financiamiento. El proceso reconoce diferencias grandes de un país a otro, pero tiene elementos comunes, como el protagonismo de los organismos financieros internacionales en el diseño y orientación de las reformas sectoriales, incluida la de salud. Entre las particularidades del caso chileno, hay que recordar que durante el gobierno militar se llevó a cabo una profunda reforma de la institucionalidad de salud, a través de la municipalización de la atención primaria y la creación del sistema de ISAPREs.

La diferencia del actual proceso, respecto del ocurrido en ese período, estaría dada por el compromiso con los derechos de los usuarios y usuarias, y por el intento de contener y/o compensar los principales abusos del sistema de ISAPREs mediante una mejor regulación. El peso de la salud pública en relación con el papel del sector privado es un debate que no está cerrado y que tiene como dato básico la evidencia que desde la creación de las ISAPREs la salud pública no ha dejado de atender a alrededor del 70% de la población.

En otro plano, el proceso actual de reforma podría entenderse como continuación del tránsito de un sistema institucional universalista a uno "focalizado". Las ideas de focalización, que se aplican en todas las políticas sociales chilenas, apuntan a concentrar el gasto público en los más pobres, mientras se espera que el resto de la población sea capaz de inscribirse en esquemas privados de financiamiento y contrato de servicios. Este criterio tendería a afectar negativamente a la población de no-pobres, que es la mayoría del país, la cual, en un plazo difícil de definir, tendría que ir dejando de recibir beneficios que importen gasto fiscal. A cambio, se le ofrecería una mejor regulación legal para la autoprovisión de sus derechos sociales<sup>6</sup>. Y es discutible su ventaja para las mujeres pobres, como argumentaremos más adelante.

---

<sup>5</sup> ISAPRE = Instituciones de Salud Previsional, en Chile, a las cuales están obligatoriamente adscritos los trabajadores y trabajadoras, aportando por ley el 7% de sus ingresos, a cambio de un conjunto de prestaciones que varían en función del aporte y calificación de riesgo, que las propias ISAPREs definen.

<sup>6</sup> Fue bajo el "principio" de focalización que se propuso recientemente que el Estado no financiaría más el salario de las trabajadoras de ingreso medios o altos en su período pre y post-natal. Recuérdese que ya se había liberado a los empleadores y a las ISAPREs del pago del subsidio maternal, que de este modo quedó como un costo a repartir entre el conjunto de los cotizantes. El que los "ahorros" así obtenidos se destinen a financiar un elemento emblemático de la reforma, como es el Plan AUGE, es demostrativo de la decisión de reducir el gasto social dirigido a los sectores medios.

El fortalecimiento de la atención primaria tiene la intención, a su vez, de acceder a la salud pública por la vía territorial, resignificando la idea de equidad en términos de espacio físico. Es decir, la pobreza se interviene a través del territorio donde viven los pobres. Es necesario enfatizar que las estrategias territoriales se operacionalizan a través de los hogares, dando por supuesta la presencia de mujeres que hacen de mediadoras entre el servicio y el hogar.

Las propuestas mencionadas se asocian, además, al objetivo de reducir gastos fiscales, que en el sector salud apunta a trasladar costos de atención a "la familia", situación que retomaremos más adelante.

Respecto de los puntos anteriores, aún falta un debate público amplio y democrático a través del cual los distintos sectores de la ciudadanía construyan un acuerdo sobre el tema de fondo: qué salud queremos garantizar como sociedad, de qué manera la cuidamos y cuánto estamos dispuestos a invertir en ello.

### 3. Hacia un marco conceptual.

Desde nuestra perspectiva, el modelo de atención en salud no se puede explicar adecuadamente si se considera sólo como un elemento de la institucionalidad de la salud pública. La articulación entre el sistema institucional y el doméstico en salud es una clave sociológica para comprender el funcionamiento del modelo de atención, pudiendo afirmarse que una condición indispensable para su viabilidad es el sistema doméstico de salud, el que a su vez descansa hasta hoy en la división de roles sexuales que opera en la familia y la sociedad.

Para fundamentar este punto, nos parece conveniente mirar el cuidado de la salud en la sociedad como la articulación de un sistema institucional de salud (que puede ser estatal y /o privado) y un sistema doméstico de salud<sup>7</sup>. Estos sistemas interactúan y se distribuyen -según pautas socialmente construidas y de manera usualmente implícita- tareas de fomento y protección de la salud, así como de atención de la enfermedad.

Las tareas del sistema doméstico de cuidado de la salud son realizadas generalmente por mujeres, como parte de las costumbres imperantes sobre los roles de género. El peso de esas costumbres hace que se perciba como natural que las mujeres sean las que ejercen el rol de cuidado. Por lo general, esa naturalización se hace presente de manera espontánea y sin reflexión crítica en todas las instituciones y prácticas sociales referidas a la salud.

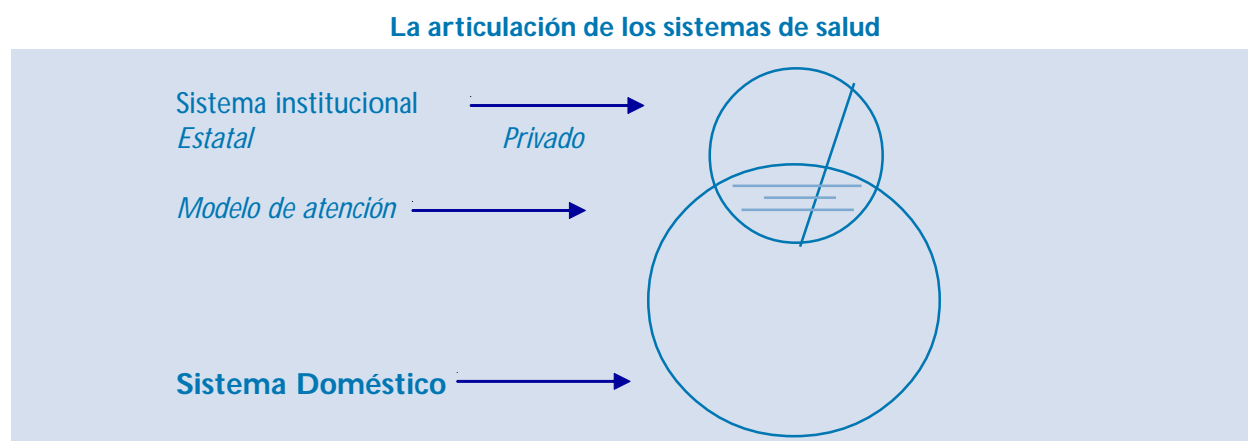
El rol de cuidado incluye también la relación de las familias con el sistema institucional, en lo que se conoce como el papel mediador entre las familias y el Estado que cumplen las mujeres en éste y otros campos sectoriales (educación y programas de pobreza, por ejemplo). Sin ese papel mediador, el sistema institucional no podría funcionar, o no podría llegar a las familias y a la comunidad.

En la práctica chilena y de otros países, el rol de cuidado y la mediación ante el sistema de salud se extienden a organizaciones comunitarias de salud, también integradas principalmente por mujeres, que asumen tareas de índole colectiva (como una campaña de vacunación) o de auxilio a miembros más desprotegidos de la comunidad. Estas observaciones permiten afirmar que **el modelo de atención descansa en el papel mediador de las mujeres**, y que este papel es un factor clave en la viabilidad social del sistema.

---

<sup>7</sup> Thelma Gálvez y María Isabel Matamala: *La economía de la salud y el género en la reforma de salud*. En: "Género, equidad y reforma de la Salud en Chile. Voces y propuestas desde la sociedad civil", N°1 OPS-MINSAL, Santiago, abril 2002.

Siguiendo esta argumentación, se puede definir el modelo de atención como la articulación entre los subsistemas institucional y doméstico/comunitario de la salud, como se muestra en el gráfico<sup>8</sup>, articulación que se sustenta en el rol de cuidado ejercido por mujeres. En ese sentido, es imposible explicar el funcionamiento de los sistemas de salud -o promover sus reformas- sin un enfoque de género que explicita la interdependencia existente entre el sistema doméstico y el institucional de salud, así como la articulación entre ambos a través del rol de cuidado familiar que ejercen de modo predominante las mujeres.



Si se acepta lo señalado, es indudable que **en la medida en que cambian las relaciones de género en las distintas esferas de la vida social, se ve afectado el sustento sociocultural del sistema institucional de salud.**

Esta trascendente realidad no se encuentra incorporada al proceso de reforma en Chile o en otros países de la región. Curiosamente, en las propuestas de cambio se hace numerosas referencias a la participación de la familia y de la comunidad en el cuidado de la salud. Más aún, la reforma apunta a reforzar aquellas intervenciones sanitarias conducentes a la prevención de enfermedades, y a la promoción de formas y condiciones saludables de vida, tanto en la comunidad como en la familia, al tiempo que se marca la necesidad de incrementar el cuidado doméstico o ambulatorio de las muchas enfermedades contemporáneas que no son solucionables con la hospitalización. Sin embargo, no se revisa las condiciones de esa participación, dando implícitamente por descontada la vigencia de un sistema doméstico en los términos tradicionales de género en que se sustentó la salud pública en el siglo XX.

La confianza en la preservación de una vida familiar tradicional puede resultar contraproducente para el sistema, que ya no contaría con las mismas mujeres disponibles, o con su tiempo. Desde luego, sería dudosa la contribución de aquellas mujeres que se vean presionadas a continuar ejerciendo un rol doméstico, excluyendo posibilidades de generar ingreso autónomo u otras expectativas. La escasa incorporación de las dueñas de casa pobres al mercado de trabajo es uno de los factores clave en la reproducción de la pobreza, que se estaría reforzando involuntariamente por esta vía.

A continuación veremos cómo este modelo opera en la salud y cómo se readecuaría con la reforma.

<sup>8</sup> El gráfico es una adaptación del elaborado por María Angeles Durán en el libro "De puertas adentro", Instituto de la Mujer de España, Ministerio de la Cultura, Madrid, 1988, p.83

## **4. Los cambios en el modelo de atención y las nuevas demandas de cuidado doméstico.**

### ***4.1. El modelo actual y la atención primaria en Chile.***

Si entendemos el modelo de atención en salud como el espacio o la interfase donde se encuentran la población y la institucionalidad, en el inicio de la organización del sistema sanitario oficial -mediante la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), en 1952-, el hospital era el escenario principal. Allí estaban los recursos profesionales y allí se encontraba la tecnología que posibilitaba la curación.

La atención primaria o de primer nivel, como se entendía en Chile desde los años 60, se realizó a través de consultorios -hoy centros de salud- en los barrios periféricos de la ciudad y de postas rurales en el campo. Los consultorios se desarrollaron junto con la urbanización de las ciudades, algunos de ellos como parte de las propuestas de las pobladoras y pobladores, actores de las tomas de terreno de fines de la década de los 60 y principios de los 70. En este sentido, los consultorios surgen y se desarrollan como espacios de socialización y referentes del Estado para una gran parte de la población. En los años del gobierno de la Unidad Popular fueron espacios comunitarios y de trabajo mancomunado por la educación en higiene y cuidados de salud de la población más pobre del país, favoreciendo la construcción de una memoria histórica. Representan un hito de comparación, que está presente cada vez que se discute el tema de la participación social en la reforma de la salud. La impronta comunitaria del desarrollo de la salud en Chile constituye su identidad y su fortaleza para implementar un modelo de atención que ha sido la base de múltiples experiencias sanitarias, como la exitosa movilización contra el cólera.

Desde el punto de vista sanitario, el foco del desarrollo de la salud en Chile estuvo centrado, a lo largo de la segunda mitad del siglo 20, en la disminución de la mortalidad infantil y materna. Las mujeres ubicadas en la etapa reproductiva de su ciclo vital fueron el centro de la atención y el modelo de Atención Primaria fue la clave institucional para el éxito en tales propósitos. Ese énfasis marcó el desarrollo de la formación profesional y también a la comunidad. Las mujeres usaron la atención primaria tanto para la atención de sus hijos como para sí mismas. Esto generó una relación particular con la población femenina, que constituye el 70% de la población que consulta y usa el sistema público.

Por lo tanto, para entender el modelo de Atención Primaria que se dio en Chile hay que considerar el papel clave que desempeñaron mujeres de sectores populares, en su gran mayoría jóvenes madres. Entusiastas monitoras de salud, aprendiendo de diarreas e higiene, fueron -junto con la potabilización del agua y la red de alcantarillado- las mejores aliadas del sistema sanitario. Esta alianza tuvo un doble efecto. Por un lado, aseguró los resultados de salud de los que hoy el país se enorgullece. Por otro, contribuyó a consolidar la división tradicional de los roles sexuales, fortaleciendo el papel de cuidadoras de la salud asignado socialmente a las mujeres o, si se quiere, lo re-funcionalizó, adaptándolo a la lógica del sistema institucional de entonces.

Este modelo, cuya validez para el siglo 21 cabe revisar, es asumido sin mayor cuestionamiento como un soporte para las nuevas estrategias a implementar en Atención Primaria. El sistema sanitario no se pregunta por su vigencia, considerando al parecer a la comunidad y a las familias como colaboradores establecidos e inmutables.

### ***4.2. Los cambios de la última década.***

El modelo descrito ha sufrido importantes cambios. En los años '80 se descentralizó la atención del primer nivel, la cual pasó de los servicios de salud a depender directamente de los municipios. El cambio no respondió tanto a un propósito descentralizador -que hubiera facilitado un ejercicio de planificación local- como a una estrategia de desconcentración y atomización del sector salud. Este hecho, sumado al descontento de los funcionarios -quienes perdieron sus antigüedades y derechos laborales-, y al drástico

deterioro de los recursos públicos destinados a la salud, determinó el estancamiento del impulso innovador en la Atención Primaria. Para la población, fue una etapa en la cual los consultorios redujeron al mínimo su capacidad de atención, motivando el desarrollo de redes sociales autónomas abocadas a las necesidades más urgentes de la salud. El consultorio sigue enfocado a la salud reproductiva, en un contexto en que su relación con la población se hace instrumental y autoritaria, recordando como hito negro las intervenciones sobre la regulación de la fecundidad, hechas a menudo sin consulta a las afectadas.

Comenzada la democracia, se realiza un esfuerzo por democratizar los consultorios, revincular a los equipos profesionales con la política ministerial y retomar una perspectiva de articulación con la comunidad. En esta etapa se impulsa iniciativas y se experimenta ideas que hoy están presentes en las propuestas de la reforma, en campos como la calidad y la personalización de la atención, la sectorización de la población, la promoción de salud y la salud familiar. Por su pertinencia para la temática de este documento, queremos referirnos a dos de ellas: el programa de promoción de la salud y el enfoque de salud familiar.

El Programa de Promoción de Salud se lleva a cabo desde los consultorios, incentivando el desarrollo grupal de actividades que contribuyen a una vida saludable. Estas se suponen enmarcadas en el concepto de promoción, aunque en la práctica predominan aquellas de carácter preventivo y de autocuidado de enfermedades crónicas. Por afincarse en las tradiciones de organización comunitaria de la salud primaria, el ministerio ubica este programa como el responsable de la participación social, aun cuando sus propósitos y dinámicas no se refieren a las políticas o a la incidencia de la comunidad en las decisiones de la salud comunitarias, ni al control social de los servicios. No obstante, es el programa que en este momento posee mayor interlocución con las organizaciones locales. Desde nuestra perspectiva, este programa tiene la potencialidad de ampliar el campo de la articulación entre los sistemas doméstico e institucional de salud, aun cuando asumimos una mirada crítica en el sentido que los hábitos que busca remover están cimentados en la cultura de mercado, que no es modificable por la sola voluntad de los individuos o por el conocimiento de los beneficios que éstos nuevos hábitos aportan. En cambio, requiere de políticas sociales de índole intersectorial que no están presentes en las propuestas de reforma.

Mirado desde las relaciones de género, nos parece que el programa podría aportar al empoderamiento de las mujeres, incentivando su liderazgo, su identidad autónoma y su poder como ciudadanas. Al mismo tiempo, permitiría aprovechar la experiencia acumulada por las monitoras y organizaciones populares de salud, con miras a reeditar el compromiso comunitario con las políticas y la gestión local de salud. Sin embargo, hasta ahora, la mayoría de las acciones de promoción de la salud que se han desarrollado tienden a fortalecer o resignificar el rol de las mujeres como cuidadoras de la salud, responsables domésticas de los nuevos hábitos de vida saludable.

Por su parte, la salud familiar, que tiene sus inicios en la década del 80<sup>9</sup> se ha constituido desde mediados de los 90 en una propuesta cada vez más sólida del Ministerio de Salud, el cual se encuentra abocado a la transformación de los consultorios de Atención Primaria en Centros Familiares de Salud. Este cambio se ha implementado de una forma muy paulatina y se espera que tome aún varios años más.

Aún no existen evaluaciones generales del modelo aplicado, pero algunos balances preliminares y voces autorizadas apuntan a una valoración positiva. Se argumenta que este modelo da respuesta a los problemas

---

<sup>9</sup> Los antecedentes de la medicina familiar en Chile se reconocen en el doctor Adolfo Tannebaum, quien en la década de los 80 desarrolló una experiencia en un pequeño consultorio en el cerro Rodelillo en Valparaíso. El tema es tomado luego en Santiago, primero por la Facultad de Medicina Oriente, que realizó la primera experiencia de formación, seguida por la Facultad de Medicina del área Sur y por la Universidad Católica, que inició su proceso de desarrollo en los 90. La formación adquirió el nombre de Medicina Familiar en 1994, contando con programas las universidades Austral de Valdivia, de Concepción, de Santiago, de la Frontera, y de Valparaíso (tomado de: *Salud Familiar en Chile*. División de Atención Primaria. Departamento de Atención Primaria. Santiago de Chile, diciembre 1999).

de salud que el país tiene hoy, pues ofrece una forma más humanizada y moderna de hacer salud, que pone el énfasis en una mirada preventiva y promocional de la salud y en el trabajo en red de los prestadores, tanto públicos como privados. El punto crítico se ubicaría en los recursos, “el sistema está subfinanciado y no por mala gestión”<sup>10</sup>. También se reconoce las dificultades que ha habido para asumir la salud familiar como una política de Estado, siendo su enfoque biosicosocial una de las razones que ofrece resistencias desde los profesionales, trabajadores y autoridades, quienes comparten una visión biomédica de la salud<sup>11</sup>.

Desde nuestra óptica, estas evaluaciones deben complementarse con un análisis de la articulación del modelo de salud familiar con el sistema doméstico de salud. También en esta línea de cambio –llamada a ser universalmente aplicada en el país- se estaría dando por supuesta una realidad familiar basada en un rol de cuidado ejercido por mujeres, sin analizar si esa realidad existe tal como se imagina, y sin revisar la posibilidad de construirla sobre un modelo igualitario y diversificado de familia. Por otra parte, al radicar la salud en el hogar, tomado como centro de la cotidianidad, parecen carecer de importancia los espacios de trabajo, estudio y recreación, también necesarios para la salud.

Veremos a continuación cuáles son los cimientos fundamentales del modelo de atención que propone la reforma y cómo estos desarrollan una visión de lo que compete producir a la sociedad para el mejoramiento de la salud.

#### **4.3. *Los cambios que plantea la reforma.***

La reforma del modelo de atención se abordaría a través de una reorganización del sistema como red asistencial, ubicando a la Atención Primaria como principal punto de encuentro con la población y espacio de solución de necesidades. No obstante, aunque existen algunos documentos ministeriales que intentaron avanzar en la materia, sus contenidos, por una u otra razón, no están incluidos en los proyectos de ley y tampoco se expresan en las consideraciones presupuestarias.

De acuerdo con nuestra visión, para que se desarrolle el nuevo enfoque se requiere una gran cantidad de intervenciones en el área de las políticas intersectoriales, mejoras de gestión, tecnología, inversión y políticas de recursos humanos, entre otras. Con referencia a éstos últimos, así como la reforma requiere un nuevo “contrato social” entre las instituciones y la población, también necesita reformular relaciones en el espacio laboral, mediante un “nuevo trato” que considere promoción de capacidades, estímulos asociados a éstas y modalidades de participación en la gestión y en las decisiones.

#### **4.4. *Cambios en la interacción con la población.***

De la descripción de componentes recién anotada se desprende la necesidad de una verdadera redefinición del “contrato social” del modelo de atención. Esta, sin embargo, no se producirá automáticamente.

Según la visión evidenciada en las propuestas de reforma, la comunidad debería desarrollar nuevos hábitos de alimentación y ejercicio. Por otra parte, se infiere que la comunidad tendría que ejercer nuevas modalidades de vinculación con las instituciones; acostumbrarse a convivir con las enfermedades crónicas, aplicando tecnologías de cuidado cotidiano; aprender cuidados postoperatorios y asumir el cuidado de una proporción creciente de enfermos postrados. De aquí se deriva un alto grado de responsabilidad

<sup>10</sup> Doctor Ignacio Rosselot, director del CESFAM Cristo Vive, citado en “Salud Familiar en Chile”, ob. cit.

<sup>11</sup> Esta es la opinión expresada por el propio Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud, en el mismo documento ya citado sobre salud familiar.

sobre la salud, que la reforma adjudica a las familias, sin tener en cuenta que éstas no tienen en sus manos todos los recursos para asumirlas, y que éstos no son posibles de obtener sin cambios sociales mayores, como el de los patrones de consumo y la competitividad, propios del actual modelo de desarrollo.

También es preocupante la falta de reflexión sobre la dependencia del modelo respecto del trabajo de la comunidad y del apoyo de la familia, que se suponen disponibles. Al parecer, en el imaginario de los diseñadores se piensa a la comunidad y a la "familia" -es decir, las mujeres- girando en torno al sistema y realizando las tareas que éste imagina corresponden a la sociedad.

La propuesta de modelo de atención de la reforma tiene en común con el modelo aún vigente que ambos asignan a la población un papel colaborador con el sistema sanitario.

La diferencia radica en que el modelo propuesto puede incrementar las tareas domésticas de cuidado de la salud derivadas de la articulación con los centros de atención, particularmente en el nivel primario y en los hospitales. Esta sospecha se refuerza con el cuadro siguiente, que compara la dedicación del tiempo a las tareas que deben realizarse en el hogar para complementar la atención del sistema institucional, en el modelo de atención vigente y en el modelo de atención que se está construyendo con el proceso de reforma.

El cuadro contiene las tareas principales de "intersección" entre el sistema doméstico y el sistema institucional, destinadas al cuidado de la familia y también de la comunidad. Por lo tanto, no incluye la mayor parte de las tareas habituales del cuidado doméstico de la salud. La lista podría ser revisada o detallarse mucho más. Podría incluir, por ejemplo, el trabajo comunitario de prevención y promoción. Los cambios de dedicación de tiempo fueron estimados sobre la base de información proporcionada por algunas de las personas entrevistadas, a partir de ejemplos de cambios concretos en el modelo de atención.

Cuidados domésticos de la salud necesarios para la relación con el sistema institucional: requerimientos de tiempo		
Necesidades de articulación con el sistema institucional	Modelo actual Tareas de la/el responsable doméstica/o	Modelo reformado* Comparación de tiempo requerido de las tareas de cuidado doméstico
Cuidado de niñas y niños.	Acompañamiento de niñas/os a control sano.	Se mantiene tiempo por niño/a. Se reduce tiempo total. <i>(reducción debida a la baja de la fecundidad)</i>
Cuidado de enfermedad en casa.	Acompañamiento de enfermos al médico/ controles, exámenes u otros. Realización de trámites (Ficha CAS, licencias médicas, seguridad social) Retiro de remedios o compra de éstos. Aplicación de indicaciones médicas. Aseo y alimentación del enfermo. Apoyo a vecinos que no cuentan con ayuda doméstica (acompañamiento, trámites, etc.).	Se mantiene. Se mantiene. Se mantiene. Se mantiene. Se mantiene. Se mantiene.
Salud de la cuidadora (o cuidador).	Control de embarazo. Planificación de la reproducción. Autocuidado en caso de enfermedad.	Se mantiene. Aumenta. Se mantiene.
Hospitalización.	Visitas y cuidados a enfermo hospitalizado (preparación de comidas, lavado de ropa).  Recuperación post-hospitalaria: cuidados de alimentación, aseo, e indicaciones médicas.	Baja el tiempo de hospitalización en promedio, aumentando los cuidados entregados al interior del hospital por la/el visitante. El <i>alta precoz</i> en casos médicamente posibles implica incremento del tiempo de cuidado en la etapa de recuperación en el hogar.
Cuidado de enfermos crónicos: diabéticos, hipertensos, cardiovasculares, mentales, etc.	Preparación de alimentos especiales. Acompañamiento a controles y terapias. Trámites y compras. Cuidados paliativos y especiales (dependiendo de la enfermedad y su avance). Dedicación a tiempo completo en episodios críticos de la enfermedad.	Aumenta tiempo total. Aumenta.  Aumenta. Aumenta.  Aumenta. <i>(Aumentos debidos al incremento de enfermedades crónicas)</i>
Cuidado de personas en estado de postración.	Mismos cuidados entregados a enfermos crónicos, pero con mayor dedicación de tiempo.	Aumenta tiempo total <i>(Aumento debido al incremento de personas no autovalentes por edad avanzada, SIDA y otras causas)</i>

\*Los cambios tienen determinaciones demográficas, epidemiológicas, tecnológicas, culturales, económicas y políticas.

El cuadro tiene un carácter preliminar. Sin embargo, permite formular algunas reflexiones. Se advierte, en primer lugar, que en algunos rubros el tiempo de cuidado doméstico se mantiene o baja levemente. En el cuidado de los niños, el perfil de demanda al sistema de salud reconoce cambios por la caída de la tasa de fecundidad (es decir, en proporción hay menos demanda por embarazos y cuidado de bebés). En cifras absolutas, no obstante, hay una enorme cantidad de tiempo dedicado a este campo. En 1997, el INE registró 5.475.068 visitas de los niños a servicios de salud, estimándose que más del 90% fueron gestionadas por mujeres.<sup>12</sup>

En cambio, debería aumentar el tiempo destinado a visitas al consultorio para la regulación de la fecundidad, que hoy tiene una cobertura insuficiente. Además, es posible presumir que se mantienen más o menos con similar intensidad los cuidados domésticos de un enfermo que recibe atención del sistema institucional sin requerir hospitalización. En los casos de hospitalización, se observa una tendencia al aumento de los cuidados en el hospital, en el entendido que la participación de la familia corresponde a una mayor humanización de la atención. La reducción de los tiempos de hospitalización por alta precoz -tendencia que se está estimulando- tiene como correlato un tiempo mayor de cuidado doméstico durante la recuperación.

Además, se produce un fuerte incremento en la demanda de cuidados domésticos debido al aumento sustancial de diversas enfermedades crónicas. Estas no sólo han pasado a ser parte de la vida de muchas familias, sino que hoy se sabe más acerca de como manejarlas cotidianamente. Asimismo, la cifra creciente de personas en edad avanzada origina una gran proporción de individuos que no se puede valer por sí misma, a lo que se suma otro tipo de causas de postración -como el SIDA- que, en conjunto, demandan muchas horas de cuidado doméstico.

En definitiva, es posible presumir que el nuevo modelo de atención trae consigo nuevas demandas de cuidado al sistema doméstico de salud, ya sea por cambios demográficos, modificaciones en la tecnología de atención (alta precoz) o por los nuevos perfiles epidemiológicos. Cabe preguntarse, entonces, si el sistema doméstico de salud está en condiciones de asumir esas nuevas demandas de cuidado. También es pertinente indagar cómo considerará el sistema sanitario el cuidado de la propia mujer -su aliada- y cómo se resolverá el costo humano y financiero de su cuidado, en circunstancias que el sistema no ha dado las claves culturales de la necesidad de compartir responsabilidades de cuidado al interior del hogar.

## 5. Los cambios sociales y culturales que afectan al modelo de atención.

Distintos procesos de cambio muestran el paulatino desajuste que se está produciendo entre los sistemas institucional y doméstico. O más bien, la falta de adecuación entre las implícitas expectativas de la reforma y la realidad de las familias y las mujeres:

- *La creciente incorporación de las mujeres al trabajo remunerado es uno de los factores que atenta contra la actual modalidad de articulación entre el sistema institucional y el sistema doméstico. En 1960, sólo el 20,9% de las mujeres en edad activa (15 a 64 años) estaba incorporada al mercado de trabajo, mientras que en 1982 el porcentaje subía a 24,1%, llegando al 35% en el 2000<sup>13</sup>. El aumento ha sido menor en los estratos socioeconómicos de menor ingreso<sup>14</sup>, pero la tendencia es sostenida*

---

<sup>12</sup> Id., p. 78

<sup>13</sup> Cifras tomadas de: Adriana Muñoz, "Fuerza de trabajo femenina, evolución y tendencias" en: *Mundo de Mujer, Continuidad y Cambios*, Centro de Estudios de la Mujer, Santiago, 1988, p.199 y *Mujeres chilenas, estadísticas para el Nuevo Siglo*, Instituto Nacional de Estadísticas, INE Santiago, 2001, p.36.

<sup>14</sup> Por ejemplo, en el trimestre octubre-noviembre de 2000, la tasa de participación de las mujeres con 16 a 18 años de estudio cursados era de 70,8, mientras en las mujeres con 9-10 años de estudio, la tasa se reducía a 23,8. INE, ibid.

*reduciendo el tiempo y los horarios en que las mujeres pueden acercarse a los servicios. De hecho, una de las demandas reiteradas de las mujeres en Chile ha sido la necesidad de ajuste de los horarios de los establecimientos de salud a los horarios de trabajo, demanda que se ha enfrentado con la extensión horaria.*

- ***El menor porcentaje de familias extensas dentro del total de familias chilenas es otro cambio que hay que tener en cuenta. Estas correspondían en 1970 al 47,4% de los hogares y en 1992 eran sólo el 23,4%<sup>15</sup>. La estructura de familias extensas contribuía probablemente a sostener la relación familia-consultorio, ya que mientras una mujer asistía a éste, otra podía quedarse en casa a cargo de las tareas domésticas. Dentro de aquellas familias extensas que persisten, puede darse la situación de abuelas o mujeres jubiladas que están asumiendo las tareas de cuidado mientras una mujer más joven trabaja remuneradamente.***
- ***El envejecimiento de la población también contribuye a cuestionar el modelo de articulación familia-institucionalidad. Los y las mayores de 60 años, que en las primeras décadas del siglo XX eran aproximadamente 200.000 personas (alrededor de un 6% de la población), subieron a un millón y medio a fines del siglo XX (alrededor del 10%). Dentro de este grupo, hay una parte que requiere cuidados intensivos en el hogar, proporción aún mayor en las edades más avanzadas. Paralelamente, se reduce el porcentaje de población infantil, cuya atención era el epicentro del modelo.***
- ***El aumento de los “hogares unipersonales” es otra tendencia que impacta al modelo de atención en la medida en que una cifra creciente de personas mayores, y también jóvenes, vive sola, sin inserción en un sistema doméstico de cuidado. Por lo tanto, su vinculación con el sistema institucional requiere de otras mediaciones.***

En suma, hay una transformación en las estructuras familiares que va reduciendo a proporciones cada vez menores el modelo prevaleciente del siglo XX -pareja joven e hijos pequeños-, grupo objetivo del sistema de salud, a la vez que su sustento social.

Los cambios en las familias se suman a la creciente participación de las mujeres en el mundo laboral y en diversos espacios públicos, tendencias que se acentúan con el incremento nacional de la escolaridad, desconfigurando las bases sociales y culturales del modelo de atención aún vigente. En este marco, quedan por responder preguntas tan importantes como: ¿es adecuada el alta precoz para esta diversidad de situaciones de familia? ¿Quién asume los cuidados en el hogar cuando ambos progenitores trabajan remuneradamente? ¿Cómo garantizar cuidados a los hogares unipersonales? Todas estas preguntas confluyen en otra: ¿Es posible garantizar cuidados en el sistema doméstico en circunstancias que está dejando de ser lo que era?

Resulta contradictorio que mientras las mujeres diversifican sus opciones de vida, el sistema de salud se enfoca cada vez más hacia su papel tradicional en la familia. Y mientras la estructura familiar se hace cada vez más heterogénea, el sistema se diseña para un tipo particular de familia (joven, biparental, mujer circunscrita al espacio doméstico), que va siendo cada vez más escasa.

Dentro de las consecuencias de esas transformaciones se ubica la modificación de las bases sociales del modelo de atención. Esta debe ser cuidadosamente evaluada e incorporada en las políticas de salud, así

---

<sup>15</sup> Mujeres chilenas, estadísticas para el Nuevo Siglo, Instituto Nacional de Estadísticas, Santiago, 2001, p.71.

como en las reformas que se están realizando en Chile y otros países, asumiendo que los riesgos son la incapacidad de arraigo social del nuevo modelo, o una instalación que refuncionalice una vez más los roles tradicionales de género en los sectores de menores ingresos, agrandando así las brechas culturales y socioeconómicas. Esto, sin duda, es contradictorio con los propósitos de equidad de las reformas de salud.

## 6. Reflexiones finales

1. Una primera constatación es que la reforma de la salud y, con ello, el cambio del modelo de atención no es asunto cerrado. El proceso de reflexión o negociación ha sido y sigue siendo arduo, como es fácil de observar en los medios de comunicación, donde se expresan divergencias entre visiones medicalistas y de salud pública, entre gremios y gobierno, así como entre actores con diversos intereses, como son las ISAPREs, los gremios de la salud y, con mayor debilidad, los usuarios y las usuarias de los distintos sistemas. Esto ha significado una cierta tensión social, pero también una oportunidad de enriquecer los cambios que se anuncian. No obstante, sigue pendiente un debate de fondo sobre la reforma de la salud en Chile, donde se amplíe el número de interlocutores, que pueda opinar sobre un sistema de salud -que finalmente involucrará a todo el país durante varias décadas-, en aspectos centrales que no terminan de quedar claros. El aporte de la reforma a la equidad de género es uno de los temas que requiere mayor debate público, aunque han ido ganando espacio las ideas de no-discriminación de las mujeres y las personas adultas mayores
2. Una segunda constatación es que, más allá de los debates y las dudas sobre las orientaciones del proceso de reforma, ya está teniendo lugar de manera experimental una transformación del modelo de atención en salud. Esto se observa en hospitales y en centros de salud del nivel primario, que están afinando su capacidad de trabajo en red, probando nuevas modalidades de atención y aplicando nuevos enfoques sobre el cuidado institucional de la salud. Llama la atención, sin embargo, que los protagonistas de esas nuevas prácticas a veces no las perciben como parte integrante del proceso de reforma, lo que puede repercutir negativamente en el desarrollo del proceso.
3. En la reforma al modelo de atención resalta el papel fundamental que se asigna a la atención primaria, ampliando sus funciones y aumentando su capacidad resolutoria. De esa manera, se da fuerte impulso a un modelo que se desarrolló en el país por varias décadas y que fue diseñado para atender a la población más pobre en su zona de residencia. En nuestra opinión, este “reciclaje” del consultorio tiene la curiosa virtud de entusiasmar a los sectores más diversos de opinión, desde los salubristas públicos desarrollistas, que ven con aprobación el retorno de estrategias comunitarias o la oportunidad para probar nuevos esquemas de salud familiar, hasta los neoliberales, que ven aplicadas sus ideas de focalización del gasto y de acceso a derechos sociales por la vía territorial. Una dificultad es que no queda claro el esquema de vinculación de la población de ingresos medios con el consultorio. La principal advertencia, no obstante, consiste en que las estrategias territoriales de acceso a los derechos sociales -en el contexto chileno- suelen descansar en mujeres dedicadas al hogar de manera exclusiva, reforzando así los roles tradicionales de género y obviando los cambios operados en la realidad.
4. Respecto de la inserción del sistema institucional en la sociedad, el proceso de reforma puede verse como una re-escritura del “contrato social” de la salud, en el sentido de una redefinición de las reglas, contenidos y formas de relación entre el sistema institucional y la ciudadanía, lo que se plasma principalmente en el modelo de atención. Es central subrayar que el modelo de atención -entendido como punto de encuentro de la población con el sistema institucional- involucra no .

sólo el qué y el cómo hacer del sistema institucional sino también el qué y el cómo hacer de la sociedad para el uso del sistema, y para el logro de las metas que se proponen en la salud del país. En este sentido, la reforma no es sólo una reconstrucción de la oferta, sino de la interacción con la sociedad. Como se ha argumentado en el texto, esa interacción se ha sustentado históricamente en el papel mediador que desempeñan las mujeres entre el sistema institucional y la familia y la comunidad, el que asumen en su condición tradicional de cuidadoras de la salud y de la familia, y como responsables del sistema doméstico de salud. Por esta razón, sostenemos que el modelo de atención descansa en las relaciones tradicionales de género, con algunas diferencias entre el modelo vigente y el que se está implantando.

5. Recapitulando, hemos argumentado que el modelo vigente, eficaz para reducir la mortalidad materna e infantil, así como las enfermedades infecciosas, tuvo éxito no sólo por el trabajo del Estado en salud, educación y saneamiento ambiental, sino por el aprendizaje de la población en cuanto a hábitos, disciplina de vacunas y controles médicos preventivos en los consultorios. Para esto, el modelo definió un interlocutor clave: familias pobres, ubicadas en una etapa joven de su ciclo vital, representadas -mediadas- por madres jóvenes de sectores urbanos. El modelo de atención que se propone tiene nuevas metas centradas en hábitos de vida sana y atención a nuevas causas de enfermedad y muerte, que requieren otra forma de interacción con la sociedad. Lamentablemente, como pudimos constatar, esta problemática está ausente de los debates y de las preocupaciones de los responsables de la reforma, y de quienes están desarrollando prácticas innovadoras en la salud. Estos procesos se han realizado dando por supuesto que la vida de las familias chilenas continúa en términos similares a los de décadas pasadas: familias numerosas, con mujeres dedicadas exclusivamente al hogar y disponibles para construir un vínculo con los servicios públicos locales
6. Como resultado de dicho supuesto, el modelo de atención que se construye asigna nuevas responsabilidades al sistema doméstico de cuidado de la salud, reelaborando lo que se espera de la población, pero sin reelaborar su concepto de la organización social que hace posible esas responsabilidades. En el desarrollo del trabajo, comparamos la dedicación de tiempo de las principales tareas de cuidado doméstico que se deben realizar cuando se recurre al sistema institucional de la salud. El ejercicio indica que el tiempo demandado al sistema doméstico sería mayor que en el modelo vigente, producto de los diferentes cuidados ambulatorios que se prevén en el nuevo modelo, tanto por enfermedades crónicas como por altas precoces.
7. Si ponemos juntos una mayor demanda de tiempo y una menor disponibilidad de las mujeres para el rol de cuidado –omitiendo la discusión obvia sobre el traspaso de costos a las familias -, **la situación puede ser crítica en dos sentidos. Primero, el modelo de atención, probablemente encuentre limitaciones sociales para su implementación. Y segundo, es previsible un impacto negativo sobre las mujeres: aquellas que trabajan remuneradamente verán aumentada la carga de su “doble jornada”**. La posibilidad de contratar algunos servicios de cuidado de enfermos postrados o post-operados están abiertas para niveles de ingreso muy altos y requieren igualmente una fuerte dedicación de la familia (usualmente de una mujer). Por su parte, las dueñas de casa se verán más limitadas para ingresar al mercado de trabajo, lo que es un incentivo a la reproducción de la pobreza. Crítica será, adicionalmente, la situación de la creciente cantidad de personas que vive sola, en su mayoría mujeres de edad avanzada, quienes no cuentan con otros cuidados que los propios, por lo que un modelo basado en mayor cuidado doméstico no les sirve. Finalmente, y como herencia del modelo vigente, se mantendrá crítica la situación de las propias cuidadoras cuando son ellas las enfermas que requieren cuidado doméstico.

8. Perspectivas tan poco optimistas se sustentan en los cambios en la vida familiar y económica producidos en las últimas décadas, en particular el ingreso de las mujeres al mercado de trabajo y la diversificación de las estructuras familiares. **Las mujeres –o más bien su tiempo- no están igualmente disponibles, porque trabajan fuera de la casa, y tampoco se cuenta en la misma medida con los reemplazos entre mujeres que eran facilitados por las familias extensas. Esta es la conclusión central de nuestro trabajo, que lleva a marcar la necesidad de una profunda reflexión sobre los supuestos socioculturales de la reforma de la salud.**
  
9. Las consideraciones anotadas afirman la sospecha de que el nuevo modelo de atención aumentará la ya excesiva carga doméstica de las mujeres, sin garantizar su mejor acceso a los cuidados de salud, a menos que se haga una revisión del modelo, explícitamente destinada a darle un contenido de equidad de género. Ese diseño debe ser abordado de la manera más participativa posible, partiendo por una revisión de los supuestos sobre la realidad familiar y los roles de cuidado de la salud. Con esa finalidad, este texto termina con algunas recomendaciones que podrían ser útiles en la dirección de un modelo de atención equitativo desde el punto de vista del género, que se haga cargo de las transformaciones ocurridas en las familias y en la diversificación de roles de las mujeres.

---

## RECOMENDACIONES

---

1. El primer paso en esa dirección sería un debate amplio del modelo de atención, que reconozca a la comunidad, a las familias y a las mujeres, incluidas aquellas organizadas e informadas, como actores indispensables para su viabilidad social. Pero ello, no limitado a realizar tareas que el sistema institucional adjudica, sino desde una perspectiva de autonomía -como sujetos de derechos- y de una concepción no tradicional de las relaciones de género. El debate debe sustentarse en una noción de responsabilidades compartidas, que reconozca como co-responsables del modelo de atención al sistema doméstico y al sistema institucional.
2. El proceso de debate tendría que apuntar no sólo a la valorización del cuidado doméstico, sino también a la búsqueda de alternativas sobre cómo ejercerlo, para que no quede adjudicado a las mujeres, y no limite la autonomía económica y ciudadana de quienes sean responsables.
3. La actual diversidad familiar exige identificar las diferentes modalidades de articulación entre el sistema doméstico e institucional que resulten adecuadas para distintos tipos de familia, en función de variantes como ciclo vital del grupo familiar, parentalidad, tamaño del grupo y condición socioeconómica.
4. Podría avanzarse en la provisión de servicios comunitarios, contratados por la municipalidad con recursos del sector salud, para el cuidado de enfermos postrados, post-operados o, en general, personas no autovalentes. Ese apoyo puede ir desde la realización de tareas cotidianas (pagar cuentas, limpiar, cocinar) hasta los cuidados de la enfermedad, práctica que se utiliza en países como España. Esto puede ofrecer también la posibilidad de reciclar las competencias adquiridas en el trabajo de muchos años de los grupos de salud poblacionales.
5. Lo anterior significa que el modelo de atención debe ampliar sus interlocutores-mediadores con los hogares, pensando incluso en algunos insertos en el mismo sistema institucional. Por ejemplo, en el caso de personas no autovalentes que no cuentan con respaldo familiar y que pueden requerir no solamente cuidados, habría que pensar en responsables institucionales que gestionen sus distintas necesidades ante los organismos pertinentes.
6. Para aquellos casos en que los cuidados domésticos se realicen en reemplazo de los hospitalarios, se puede calcular con exactitud la magnitud del ahorro del hospital. Eso permitiría, por una parte, avanzar en la valoración económica del cuidado doméstico, y por otra, asignar a la unidad doméstica afectada una parte de ese ahorro, de modo de cubrir los gastos de medicinas y de cuidado. En el caso que las cuidadoras se desempeñen en trabajos remunerados, habría que pensar en *licencias por atención*.
7. La responsabilidad de los varones en los cuidados de salud familiar puede ser incentivada con diferentes mecanismos, como las licencias por enfermedad de los hijos o hijas, o el acercamiento de los consultorios a los padres. Las municipalidades pueden tomar iniciativas dirigidas a esta finalidad con sus propios funcionarios e incentivar a las empresas locales en la misma dirección.
8. El modelo de atención puede contribuir a la reconstrucción del sentido colectivo de la salud comunitaria, incentivando prácticas de solidaridad y llamando la atención sobre aspectos colectivos de la salud -cuya preeminencia no se advierte más allá de algunos enunciados-, como el cuidado de los espacios públicos o los aspectos recreativos y culturales de la vida social, en los que todos

tenemos responsabilidad y que son afines a la idea de promoción de la salud. El énfasis en la dimensión colectiva permitiría ir más allá de la organización con fines instrumentales, revitalizando el sentido más político y ciudadano de la participación social en salud.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Alberto Infante, Isabel de la Mata y Daniel López-Acuña: *Reforma de los Sistema de Salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias*. En Revista Panamericana de Salud Pública. Vol.°8, N° 1-2, 2000.
- Adriana Muñoz D'Albora: *Fuerza de trabajo femenina, evolución y tendencias*. En Mundo de Mujer, Continuidad y Cambios, Centro de Estudios de la Mujer, Santiago, 1988.
- Elsa Gómez Gómez: *Género, Equidad y Reforma de las Políticas de Salud en América Latina* Programa Mujer, Salud y Desarrollo, División de Salud y Desarrollo Humano OPS/OMS. Presentación al Taller Internacional Género y Salud Sexual y Reproductiva en las Reformas de Salud de América Latina y Chile, Santiago de Chile, 29 y 30 de abril de 2002.
- Giorgio Solimano, Marcos Vergara y Stephen Isaacs, S.: *La Reforma de Salud en América Latina: Fundamentos y Análisis Crítico*. Documento preparado para la Conferencia La Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina: Rol del Gobierno y la Sociedad Civil, realizada en Santiago de Chile, marzo 1999.
- Hilary Standing: *El género y la reforma del sector salud*. Organización Panamericana de la Salud – Harvard Center for Population and Development Studies. Publicación Ocasional N°3, Washington, D.C., E.U.A.; 2000.
- Julio Frenk, Juan Luis Londoño, Felicia Knaul y Rafael Lozano: *Los sistemas de salud Latinoamericanos en transición: una visión para el futuro*. En Atención a la salud en América Latina y el Caribe siglo XXI: perspectivas para lograr salud para todos. Institute for Alternative Futures, Fundación Mexicana para la Salud, Smith Kline Beecham Pharmaceuticals, pp. 119- 156.
- María Angeles Durán: *De puertas adentro*, Instituto de la Mujer de España, Ministerio de la Cultura, Madrid, 1988
- Thelma Gálvez y María Isabel Matamala: *La economía de la salud y el género en la reforma de salud*. En Género, equidad y reforma de la salud en Chile. Voces y propuestas desde la sociedad civil, N°1. OPS-MINSAL, Santiago, abril 2002.

### Documentos institucionales consultados

- Encuentro sobre Gestión de Calidad*, Relatoría, publicada en la serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 10, OPS-OMS, octubre 1998.
- Mujeres chilenas, estadísticas para el Nuevo Siglo*, Instituto Nacional de Estadísticas, INE. Santiago, 2001.
- Transversalización de la perspectiva de Género en las Políticas de Reforma de Salud en Chile*. Redacción y Edición; Ayala, A. Dides, C. Moncayo, R. Yermani, S. Lopez, C. Ministerio de Salud. Enero 2001. Santiago de Chile.
- Salud Familiar en Chile*. División de Atención Primaria. Departamento de Atención Primaria, Ministerio de Salud, Santiago de Chile, Diciembre 1999.
- De consultorio a Centro de Salud. Marco conceptual. Ministerio de Salud, Santiago, 1997.
- Un Modelo de Atención para la Reforma de la Salud*. Comisión de Reforma de la Salud Secretaria Ejecutiva. Documento de Trabajo. Junio 2002. Santiago de Chile.
- Enfocando la Salud. La Salud Pública en la Reestructuración de los Servicios de Salud*. Asociación Canadiense de Salud Pública Consejo Directivo, Documento de Estudio, Febrero 1996. Traducción al Español por la Sociedad Chilena de Salubridad. Santiago, Diciembre 1996.
- Una reflexión necesaria. Familias y Políticas Públicas*. Servicio Nacional de la Mujer, Santiago de Chile, 2000.
- Revista Panamericana de Salud Pública*, Número Especial sobre Factores Determinantes de la Inequidad en Salud. Vol.11, Nos 5/6 mayo/junio 2002. Organización Panamericana de la Salud.
- Revista Panamericana de Salud Pública*, Número Especial sobre Reforma del Sector de la Salud. Vol. 8, Nos 1y 2 Julio/ Agosto 2000. Organización Panamericana de la Salud.
- Libro Blanco del Departamento y del Servicio Nacional de Salud de Reino Unido*. Versión condensada. Traducción y Síntesis Dr. Carlos Montoya, Santiago, Diciembre 1997.
- Orientaciones para la programación local 2003*. División Rectoría y Regulación, División Gestión de Red Asistencial Departamento de Atención Primaria. Ministerio de Salud. Santiago de Chile, Octubre 2002.
- Manifiesto por la defensa del sistema público de salud. Derecho o Mercancía. Iniciativa ciudadana ESOPPO, Santiago, agosto de 2002.
- Mensaje N°1-347*, con el que se inicia un proyecto de ley que establece un régimen de garantías en salud. Santiago, 22 de mayo de 2002.
- Mensaje N°038-344*. Proyecto de ley sobre los derechos y deberes de las personas en materia de salud que establece un régimen de garantías en salud. Santiago, 8 de junio de 2001.