

Políticas públicas y salud mental en el Chile de hoy*

Gonzalo Miranda Hiriart

1. ¿Por qué estamos acá hoy?

El afiche que convoca a esta actividad dice que se trata de un “foro- protesta”: ¿Por qué o contra qué estamos protestando? Evidentemente, esta acción se inserta en el marco de este gran movimiento social que ha puesto sobre la mesa la crisis del sistema educacional chileno, que ciertamente tiene muchas aristas. En nuestro caso, lo hacemos emplazados por un programa universitario y de postgrado. Desde esta especificidad, no puedo empezar a hablar sin referirme a esa institución que llamamos “universidad”. Así como se ha hablado de sincerar el lucro en instituciones que, por ley, no deberían tenerlo, hay que sincerar cuántas universidades merecen realmente llevar este nombre en Chile.

No es ningún misterio que la mayoría de las universidades chilenas –de las más caras del mundo, si las comparamos con el ingreso per cápita– no son sino institutos de formación profesional. Y eso es algo transversal. Hasta ahora, no es un tema que haya aparecido con la fuerza que merece en las declaraciones, ni en las negociaciones, pero se trata de algo nuclear. No hay que confundir educación superior o terciaria, con universidad. La tarea principal de la universidad es la producción de saber. Y que no sólo sea un saber técnico, sino también un saber crítico. Las universidades deberían ser órganos sociales reflexivos. Por eso estamos acá, porque

aunque el régimen de financiamiento y el sistema de acreditación digan lo contrario, queremos insistir en que una de las tareas fundamentales de la universidad es hacer(se) preguntas y generar debates.

Como hemos visto en estos días, una de las banderas de lucha del movimiento estudiantil es la “defensa de la educación pública”. Pero ¿Qué significa eso? ¿La educación pública es sólo aquella que entregan las instituciones estatales? ¿Qué define el carácter público de algo? Asumir que es sólo un tema de propiedad sería una visión muy estrecha del asunto. Estamos ante un Estado con escasa altura de miras, nuestra protesta tiene que ver con eso. Por lo mismo, nosotros tenemos que elevar un poco debate...

Durante los años 80 se creó la actual institucionalidad de educación superior. Curiosamente, en pleno auge de las políticas neoliberales y cuando el gobierno –dictadura– podía actuar sin contrapeso, el Estado conservó algunas universidades ¿Por qué lo hizo? Seguramente debe haber varios lamentándose hoy de no haber privatizado las universidades del Estado... ¿Por qué, en cambio, no retuvo el Instituto Nacional de Capacitación (INACAP)? ¿En un país que tiene invertida la relación entre profesionales y técnicos, por qué no hay centros de formación técnica estatales? ¿Qué sentido tiene? Además, fue en esa década que el Estado redujo sus aportes a la educación superior –por considerarla una inversión rentable para quien estudia, bajo el entendido que lo verdaderamente importante es que la universidad entregue títulos– y los aranceles universitarios comenzaron a crecer de manera exponencial ¿Por qué no se privatizó toda la educación superior? ¿Por qué a las nuevas universidades, todas privadas, se les prohibió lucrar y no así a los institutos profesionales y

Gonzalo Miranda Hiriart. Académico, Universidad Católica Silva Henríquez; miembro del claustro de profesores del Magíster en Psicología Clínica, Universidad de Chile.
Correo-e: Hgmiranda@ucsh.cl

* El texto corresponde a la exposición realizada por el autor en el “foro-protesta” organizado por los alumnos del Magíster en Psicología Clínica, Universidad de Chile, 13 de julio en el frontis de la Casa Central de dicha Universidad (“Historia, Políticas Públicas y Salud Mental”), en el contexto del movimiento estudiantil de 2011.

centros de formación técnica? ¿Por qué a los dueños de colegios se les permite lucrar y no así, - por lo menos no abiertamente- a los dueños de universidades? No es un tema doctrinario. Por ejemplo, tenemos un problema habitacional importante –los deudores habitacionales han sido bastante insistentes para hacérselo ver– y, sin embargo, nadie cuestiona que las empresas que construyen las casas subsidiadas por el Estado sean privadas y que lucren. Entonces, ¿Qué quiso resguardar el Estado, aunque sea de manera inconsciente, al mantener como propias algunas universidades? Sin duda, no fue una provisión regular de profesionales de acuerdo a un proyecto de desarrollo, ni asegurar una producción científica voluminosa... Aunque esto no se condice con el hecho de que los requisitos para abrir una universidad en Chile son ridículos, me gusta pensar que algún resabio de ese ideal universitario dedicado a la búsqueda y difusión de la verdad, como se decía antes, debe haber actuado en algún rincón de la mente de quienes elaboraron el marco jurídico para la educación superior en los 80, resabio que hay que rescatar y sumar al movimiento y a las negociaciones. Si no, mejor no hablemos de universidades.

2. Lo público y lo privado

No hay que ser analista del discurso para darse cuenta que lo que está en juego en el movimiento – y/o malestar– social que se ha desencadenado este año, es la cuestión de lo privado y lo público. Ese es el segundo elemento que quisiera poner sobre la mesa hoy.

Los organizadores de este foro usaron en la convocatoria la expresión “políticas públicas”, sobre lo que vale la pena detenerse. Cotidianamente, y sin pensar mucho, utilizamos fórmulas como: opinión pública, salud pública, sector público, transporte público, espacio público, etc. Antes se hablaba también de orden público; ahora se le llama seguridad ciudadana. Los carabineros, que de la clase dirigente, son los menos dados a los eufemismos, como llamar “vulnerables” a los pobres, siguen diciendo orden público... El asunto es que funcionamos cotidianamente asumiendo una separación de la vida en dos esferas, una privada y una pública. Las

tensiones para delimitar estas dos esferas, así como para compatibilizarlas, son tan antiguas como la civilización. Y gran parte de la filosofía política se ocupa de este problema. Sería interesante llevar la movilización social hacia un debate sobre lo público y lo privado, y a una revisión del pacto social implícito en el que se sostiene el modelo de desarrollo, mal llamado neoliberal. De otro modo, nos vamos a quedar en la superficie de la cuestión.

Durante el siglo XIX fue la economía la que se hizo cargo del problema. La economía clásica apostaba a que la tensión entre lo público y privado se resolvería a través del mercado. El siglo XX, en cambio, fue un tiempo en el que progresivamente más asuntos “privados” pasaron a ser de interés público. Y el Estado se hizo protagonista en distintos ámbitos antes considerados privados, como salud, educación, vivienda, electricidad, agua potable, transporte, etc. Así, se transformó en el administrador de “lo público”. Por eso, cuando uno lee consignas acerca de lo público, en realidad, hoy debe leer estatal. Lo que hay, a fin de cuentas, es un reclamo hacia el Estado ¿Pero, qué es? Para cualquier espíritu moderno, ya sea liberal o “progresista”, el hecho de que la cuna sea el factor que más pesa para definir las aspiraciones y el futuro de alguien es simplemente irritante. Y es lo que ocurre en Chile.

Los ‘80 fueron años de privatización y de restricción del “sector público”. Después de las grandes crisis políticas y económicas de los ‘70, parecía que el Estado no era el más indicado para gestionar las crecientes expectativas de los ciudadanos. Lo curioso es que en los ‘90, luego de retomar la democracia, no hubo un debate serio sobre el Estado y aquello que le corresponde. Eso porque, en alguna medida, lo público se asumió –y se asume– reducido a determinados bienes y servicios. Por eso, las políticas redistributivas de la Concertación fueron tan mezquinas en la reducción de las desigualdades. El país creció y el número de pobres disminuyó, pero seguimos siendo un país fuertemente segregado y en que las clases sociales son compartimientos bastante estancos. Las políticas redistributivas de los últimos años no generaron integración social. Y la educación pública es precisamente aquélla capaz de generar integración social ¿Nos vamos entendiendo ahora?

Ahora, ¿Qué pasa con las políticas públicas? ¿Qué son las políticas públicas? Hay que señalar que en inglés, idioma en el que se gesta la noción de políticas públicas, hay dos palabras distintas: *policy* y *politic* que denotan también dos cosas diferentes. Nosotros sólo tenemos la palabra política, lo que si bien produce enredos, es también una ventaja. Las políticas (*policies*) públicas son herederas de una gran desconfianza en la política (*politic*). Ya se trate de un medio keynesiano o neoliberal, las políticas públicas contienen una aspiración erudita, o más bien científica, es decir, apolítica. Se trata de alejar las decisiones estatales lo más posible de las ambiciones, la astucia y los caprichos del gobernante. Se trata de que las decisiones del Estado sean decisiones racionales. En la práctica, las políticas públicas determinan qué es un bien público, quien lo suministra, quién y cómo se paga. No más que eso. No es raro entonces que la economía se haya transformando en la *lingua franca* de las políticas públicas, porque, a fin de cuentas, son un producto de la colonización de la política por parte de la economía.

No digo que no sea conveniente que el Estado tome caminos racionales o que no utilice la evidencia disponible al momento de diseñar sus programas, pero eso no exime o suprime a la política (*politic*). Se han vuelto a escuchar en boca de la derecha esas expresiones desterradas –y aterradas– como que el movimiento estudiantil se ha politizado ¿Qué quieren decir? ¡Pero si es un asunto totalmente político! Es la polis la que se ha levantado. Llegamos entonces, de manera inevitable, al tema de la democracia. Basta mirar las encuestas para darse cuenta que estamos ante una crisis política que hoy revienta en el ámbito educacional. No es azaroso que sea así; la educación para los chilenos lleva en sí el *agalma* de la movilidad social. Y lo que queda al desnudo es que el actual esquema educacional sólo contribuye a aumentar la brecha entre ricos y pobres. Pero también hubo explosiones en el campo ambiental y ¿Por qué no? pueden aparecer síntomas del lado de la pequeña empresa o de la salud. Ya está en carpeta una discusión sobre las ISAPRE¹, administradoras privadas, pero de un

¹ ISAPREs: Instituciones de Salud Previsional, administradoras privadas del seguro obligatorio de salud.

seguro que es público en tanto forma parte del sistema de protección social. Nuevamente, lo público y lo privado, ahora en el campo de la salud.

3. políticas de salud y salud mental

Las políticas de salud son históricamente parte del intento por administrar la “cuestión social”. Confieso que la expresión salud mental nunca me ha convencido mucho. Sin embargo, ante el riesgo de transformar la salud pública en biopolítica, sin más, la salud mental puede ser una pequeña ventana a través de la cual el sujeto puede respirar. Puede ser... Así que no hay que desechar la noción de salud mental, por su potencial político. La salud en general ha sido una bandera de lucha para promover cuestiones de justicia social o bienestar. Usamos la palabra “saludable” como sinónimo de lo que es humanamente razonable. El movimiento obrero, por ejemplo, utilizó consignas sanitarias para obtener mejoras en sus condiciones laborales, como el descanso dominical o la regulación legal de la jornada de trabajo. Tal como están las cosas, para que se trate de argumentos legítimos y con alguna probabilidad de ser escuchados, tienen que oler a ciencia. Es lo que ocurrió, por ejemplo, en la discusión reciente sobre la extensión del seguro maternal (o postnatal) a seis meses, y lo que va a ocurrir seguramente cuando se discuta sobre el matrimonio homosexual. Las discusiones políticas tienen que parecer otra cosa...

Respecto de las políticas (*policies*) públicas de salud mental, se puede decir que salvo un intento efímero de un programa de prevención de consumo de alcohol en escolares, en realidad, antes de los ‘90, no había nada. Para ser más exacto, a fines de los ‘60 y comienzos de los ‘70 hubo intentos de despsiquiatrizar la salud mental, intentos que quedaron trancos con el Golpe de Estado. Al llegar la democracia, la situación de la salud mental en el sistema público era de una gran precariedad en todo sentido. La atención se concentraba fundamentalmente en cuatro hospitales psiquiátricos, bastante tradicionales, y en algunos servicios de psiquiatría que se habían convertido en basureros de lo inexplicable de algunos hospitales generales. Había Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que hacían algo de promoción comunitaria y alguna atención en

sectores populares, lo que se mezclaba con temas como desarrollo local, derechos humanos, etc. Estas ONGs se vieron sobrepasadas con la llegada de pasta base de cocaína y murieron definitivamente cuando el financiamiento se fue hacia el Estado, y Chile dejó de ser prioridad para la cooperación internacional. Con la llegada de la democracia, la constatación de que una gran cantidad de consultas en el sistema público eran por motivos psicológicos, más el aire decimonónico de la psiquiatría chilena, llevó a crear otros dispositivos de atención –entre los que destacan los Centro de Salud Mental Comunitarios (COSAM)– y, más tarde (1993), a la elaboración del primer Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. De todos modos, el presupuesto para salud mental era –y es– mínimo. En ese contexto, se crearon los primeros programas específicos, entre los que destaca el Programa de Detección, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en la Atención Primaria en Salud (APS), que permitió la incorporación de psicólogos en los consultorios. Sin embargo, todo esto queda en suspenso con la puesta en marcha de la Reforma Sanitaria impulsada durante el Gobierno de Ricardo Lagos, conocida como el AUGE (sistema de Acceso Universal con garantía Explícitas) o GES (Garantías Explícitas en Salud).

En los '90, a pesar de que ya no estaba de moda, el Estado chileno se pone al día con la tendencia mundial –a esa altura “asumida” por la Organización Mundial de la Salud (OMS)– y adscribe al enfoque comunitario en salud mental. Todavía es un misterio qué entienden los profesionales de la salud –incluidos los del nivel central– por “lo comunitario”, ahí hay un tema como para detenerse. Además, se han generado algunas rencillas un poco tristes entre los autodenominados comunitarios (o psicosociales) versus los clínicos más tradicionales, acusados de “biomédicos”.

Ahora bien, en la práctica, lo que se observa es que el enfoque comunitario queda como un aderezo en el plato de fondo que conforman la economía de la salud (análisis de costo-efectividad y costo-beneficio), la medicina basada en evidencia y la concepción ontológica de la enfermedad, que es el pariente necesario entre ambos. La verdadera política no está en los discursos, sino en la manera

en cómo se asignan los recursos y en cómo se evalúan los resultados. La verdadera política no está en los documentos, sino en las hojas de registro, las estadísticas, los compromisos de gestión, etc., con esto no habría más que decir. Cada uno podría sacar sus conclusiones sobre la verdadera política de salud del Estado chileno.

El Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría del año 2000, si bien representa un esfuerzo notable por insertar a la salud mental en el terreno de las políticas sanitarias (un medio bastante refractario a este tema), es un documento lleno de contradicciones. Al mismo tiempo que se adhiere al enfoque comunitario, en las primeras páginas dice literalmente que la salud y, en especial, la salud mental, no depende “sólo” de factores biológicos, sino que algo tienen que ver las condiciones de vida. Al mismo tiempo que promueve una serie de principios y valores como: acceso universal, diversidad cultural o participación social, focaliza, estandariza, utiliza criterios de efectividad naturalistas e indicadores de rendimiento que claramente anteponen la gestión por sobre la demanda de los consultantes, es decir, por sobre la clínica.

Eran los años de dominio absoluto del llamado Consenso de Washington, los años en los que la Economía de la Salud prometía resolver los dilemas de la salud pública y en los que el Banco Mundial emerge como nuevo agente rector sanitario en el mundo. En 1993 se había publicado el famoso informe “Invertir en Salud”, que se transforma en la nueva biblia de los *policy makers*. Dicho informe introduce dos temas clave: la necesidad de los gobiernos de definir paquetes clínicos valorizados en términos económicos, y una nueva manera para calcular la salud de los países: los años de vida perdidos ajustados por discapacidad (AVISA). ¿Qué es lo medular de todo esto?: que la gestión triunfa no sólo sobre la clínica, sino sobre la política; que el debate político queda subsumido en la definición de objetivos, metas e indicadores y que el debate ético queda reducido a la eficiencia como imperativo categórico.

Como fue la tónica de todos los gobiernos de la Concertación, las buenas intenciones de algunos se encontraron con el temor reverencial a los

desequilibrios macroeconómicos, pero por sobre todo, con el pánico de hacer algo distinto a los instructivos que enviaban los *think tanks* de Washington. Hay que decir que en el mundo entero, después de décadas de expansión del gasto en salud, aparece la máxima de la contención de costos. Eso implica focalizar y establecer prioridades. En pocos años pasamos de la “salud para todos” a los planes focalizados. En la práctica, eso es lo que hace el AUGE-GES; Chile opta por establecer prioridades con base en diagnósticos. Eso nos lleva nuevamente al problema de los bienes públicos ¿Por qué determinadas patologías son asunto de Estado por sobre otras? La derecha podría desconfiar: ¿Se trata de un programa de control estatal? Podría decir la izquierda: ¿Será que las prioridades sanitarias siguen un razonamiento puramente económico?... La verdad, casi nadie cuestiona el AUGE-GES como política, lo que muestra la escasez de debate y de pensamiento crítico en nuestro país hoy.

En los hechos, lo que sucede es que se garantizan determinadas prestaciones para ciertas enfermedades, entonces, el diagnóstico es el punto de partida de todo, es el certificado de que ahí hay una enfermedad; porque para que uno entre en el AUGE-GES tiene que “tener” determinada enfermedad. En el caso de los llamados trastornos mentales eso no es banal. Como lo han demostrado las compañías de seguro norteamericanas, el diagnóstico es un asunto contable y de gestión. Así, la existencia de la enfermedad cualquiera, como una suerte de idea platónica es un dogma de fe, algo intocable. Si no, el andamiaje de la política se viene al suelo. Los enredos que tenemos de comorbilidad o los problemas con los pacientes policonsultantes son una externalidad de esa manera de hacer las cosas.

Aclaro que no soy anti diagnóstico, pero el ejercicio diagnóstico no se da en el vacío; siempre es para algo. Lo que vemos es que experiencias diversas, malestares diversos, de personas diversas, se resumen en un título para poder hacer contabilidad y gestión. Para los que tenemos cierto cariño por la psicopatología, la forma en que se hacen estas definiciones es bastante pobre. Pero el tema de fondo es otro: la concepción de la enfermedad como algo aislable, clasificable, es una entidad en sí misma. El sujeto es apenas el

escenario donde ocurre la enfermedad. Por lo tanto, el significado personal, la narración del paciente, deja de ser algo relevante.

Aún cuando sabemos que el Manual Diagnóstico Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) pasó de incluir 26 diagnósticos a poco más de 300 en cuarenta años; aún cuando sabemos que sólo se trata de acuerdos al interior de una comunidad –y sabemos del papel que han jugado las compañías farmacéuticas y de seguro en esto–, que las categorías diagnósticas representan algo que existe en la realidad, es un dogma de fe. Esto se veía venir. No es una novedad, sino la consecuencia del rumbo que la medicina se fijó hace unos dos siglos.

Como ya dije, el AUGE ha sido muy celebrado por izquierda y derecha. Es interesante, así, que los defensores de lo psicosocial se han convertido por esta vía en los mejores garantes del paradigma biomédico. El sueño biomédico es que al identificar la enfermedad, todo lo demás se dé por añadidura. Así, se llega a la paradoja de que la intervención en salud mental comunitaria por excelencia esté siendo la psicoeducación, cuyos objetivos son la conciencia de enfermedad y adherencia al tratamiento. Todo lo contrario al carácter emancipador del movimiento comunitario original.

En la biomedicina –y entiendo por biomedicina el paradigma médico dominante, el que se gesta en Europa a comienzos del siglo XIX– el diagnóstico pasa a ser el acto médico por excelencia, más que el cuidado del enfermo. Esto va de la mano con la necesidad de una nueva manera de gobernar: la gestión de poblaciones. Así fue que la salud pasó a ser un asunto de interés público. La singularidad del enfermo se constituye en un problema. La clínica pasa a ser una práctica de observación, para luego limitarse a aquellos signos que se puedan objetivar y medir y ser comparados con parámetros poblacionales. Es decir, la salud pública se convierte en una práctica de cuantificación.

Hablemos ahora de de la noción de evidencia. Unos de los pilares ideológicos de las políticas de salud es la Medicina Basada en Evidencia (MBE). Existiría una jerarquía de evidencias, según el método del cual provienen, siendo el método rey, el ensayo clínico aleatorio. Dejando hoy de lado la

necesaria discusión epistemológica que este enfoque requiere, me voy a referir a sus consecuencias organizacionales y en la atención de salud. La autoridad se presenta ahora como una suerte de mediador entre la evidencia –la verdad– y los profesionales que están en la atención. Esto genera un sistema altamente taylorista al interior de las políticas de salud. Hay unos que piensan y otros que ejecutan. Desde hace tiempo, la sobre especialización de los profesionales había parcelado el proceso terapéutico. Pero, ahora, hay que agregar una tendencia a la estandarización de las intervenciones. O sea, se trata de una cadena de montaje tipo fordista que inhibe la creatividad y la innovación y que, de paso, trata a todos los pacientes por igual.

La clínica cotidiana queda descalificada como fuente de evidencia confiable. La línea de las políticas de salud es unidireccional, de arriba para abajo ¡Cuando los profesionales que están en las trincheras deberían ser los ojos y los oídos de la autoridad! Si usamos una metáfora orgánica de las políticas, podemos decir que el Ministerio de Salud es el cerebro, los profesionales las manos, y las revisiones sistemáticas y metanálisis la realidad. La autoridad ya no habla desde sí misma, sino en nombre de la evidencia que por definición es anónima. O sea, tampoco es posible el debate. Hay una mirada sobre los gremios de la salud similar a la que hay sobre los profesores: que son flojos, resistentes al cambio, que cuidan sus prebendas. No digo que no haya algo de eso. Pero si nos atenemos a los decepcionantes –y hasta paradójicos- resultados de todas las reformas educacionales que se han realizado en Chile en las últimas décadas, parece extraño insistir en replicar lo que no ha funcionado en educación en el campo de la salud. Más valdría tratar de oír esas, las resistencias de los profesionales, y de muchos usuarios.

Hace algunos años ocurrió el matrimonio, muy bien avenido, entre la MBE y la naciente economía de la salud. Los cálculos de costo–efectividad son una consecuencia lógica y el paso intermedio para la estandarización de los tratamientos. Es racionalidad instrumental pura sopesar costos de medios y fines. Pero para hacer esos cálculos hay que simplificar bastante los fines o resultados. Los que trabajamos en esto sabemos que las relaciones

entre resultados y medios son mucho más sutiles y complejas de lo que parece, y que es muy fácil anular en la práctica lo que se propone en la teoría si uno no tiene claridad sobre esto. Y nos queda la discusión sobre costo–utilidad. Ahí hay mucho que deconstruir: ¿Qué es utilidad? ¿Cómo se calcula? ¿Utilidad para quién?, etc.

Por ahí nombré al presidente Lagos, y no es casualidad, porque es quien mejor encarna el espíritu genuinamente moderno entre los líderes de la Concertación (el primero en atreverse a retomar la desprestigiada palabra “igualdad” como lema político durante la transición). Por lo mismo, no es raro que promoviera políticas de salud estandarizadoras. El problema es que el mundo cambió, la población de antaño no es la misma y el malestar social tampoco. A los desafíos del subdesarrollo se suma que el imperativo de individualidad, la pérdida de las redes sociales y la descomposición de los referentes culturales tradicionales, dejan al ser humano en una situación más precaria para responder a los desafíos de la vida y más proclives a la angustia, a la soledad y al desánimo. La globalización económica y los enormes cambios tecnológicos, por su parte, tornan a la cotidianeidad más incierta, virtual y con un ritmo que obstaculiza la posibilidad de hacer experiencia. Eso necesariamente hace repensar las prácticas de protección y asistencia social y, en particular, las políticas en salud. Una práctica asistencial sorda a la narrativa de quienes piden ayuda sólo agrava el problema. En este escenario, las políticas públicas deberían generar condiciones mínimas para que cada cual explore y construya subjetividad. La salud pública entonces, por lo menos, no debiese inhibir el ejercicio de la subjetividad.

Por otra parte, a pesar de que hoy tenemos una cobertura inédita para ciertos problemas psicológicos, las licencias psiquiátricas aumentan consistentemente hasta constituirse en la primera causa de ausentismo laboral, y nadie hace nada en lo que se refiere a la salud mental en el trabajo. Tampoco se le ocurre a nadie considerar como variable a la salud mental al momento de hacer planificación urbana, menos al diseñar los sistemas de transporte público... Ahí se nota la falta de horizonte global, la falta de sensibilidad hacia la cultura emergente, hacia la “nueva cuestión

social”, en fin, los vacíos que deja un Estado convertido en una maquinaria –un poco histórica– que resuelve problemas: el vacío político.

Sé que he dicho muchas cosas, algo inconexas. La idea es provocar el diálogo, nada más... y nada menos. Sólo quisiera insistir en que, dado lo que ocurre hoy, dado el reclamo para que el Estado despierte y se ponga los pantalones, es necesario abrir el debate sobre lo público y lo privado, en el cual se juega algo más que el financiamiento de determinados servicios o la propiedad de

determinadas instituciones. Es también necesario insistir en que la Universidad tiene ahí un papel que la ciudadanía debería exigir. La arrogancia y la tecnocracia han sido el signo de los gobiernos de Chile en las últimas décadas, y en la Universidad hemos sido cómplices de ello. Han sido los escolares los que han levantado la voz. A veces tienen que pasar estas cosas para que alguien se atreva a cuestionar ciertos dogmas, para que –y lo digo con algo de vergüenza– podamos repensar aquello que por años parecía indiscutible.

Recibido: 5 de julio de 2011.

Aprobado: 2 de septiembre de 2011.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos