

Salud y desarrollo: Las transformaciones de los sistemas de salud en los casos de Chile y
Corea del Sur

Diego Sebastián Rojas Toro
diego.rojastor@mail.udp.cl
Universidad Diego Portales
Área Temática: Política Comparada

“Trabajo preparado para su presentación en el VIII Congreso Latinoamericano de Ciencia
Política, organizado por la Asociación Latinoamericana de Ciencia Política (ALACIP).
Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, 22 al 24 de julio de 2015.”

Resumen

Los estudios sobre política de salud han sido orientados desde una perspectiva de política pública, siendo menospreciado los complejos procesos políticos y económicos que conduce la adopción de determinadas política de salud. Este trabajo pasa por entender que la política de salud no está ajena a un juego de poder y mucho menos carente de ideología. Considero que la política de salud se conforma por la relación de tres procesos. Un proceso económico relacionado con la estrategia de desarrollo de los países. Un proceso de actores, vinculado a las lógicas de los gobiernos autoritarios. Un proceso ideológico comprendido como la visión de mundo y estrategias de políticas, las cuales son producto de transformaciones históricas y complejas. La selección de los casos no es arbitraria, ya que ambos países pasaron por procesos internos similares en forma casi paralela, como también estuvieron influenciados por los mismo factores internacionales exógenos, referente a la apertura económica. Sin embargo los focos de la política de salud en dictadura y su posterior transformación en democracia son distintas. La idea de comparar dos países en políticas de salud permite desarrollar el intrincado mecanismo político institucional en el que se forman estas políticas. De esta forma lo que busco responder es ¿Qué factores políticos permiten entender la transformación de los sistemas de salud en Chile y Corea del Sur?

Palabras Clave: Salud-Desarrollo-Autoritarismo-Democracia

La salud entre el estado y el mercado: Las transformaciones del sistema de salud en Chile y Corea del Sur en perspectiva comparada

Diego Sebastián Rojas Toro

Los estudios de salud comparados se han centrado desde dos perspectivas. Por un lado trabajos centrados en comparar resultados de políticas (policy) de salud entre países, poniendo énfasis en el mejoramiento de la calidad de vida (Blank y Burau, 2007; Macguire, 2010). Mientras que otros trabajos se han caracterizado en describir las políticas de salud vinculadas a regímenes de bienestar, centrado en la cobertura (Huber y Stephens, 2001; Haggard y Kaufman, 2008). Si bien estos trabajos han tenido un importante impacto teórico y práctico, son pocos los estudios que se centran en la política de las políticas de salud, siendo más recurrentes en democracias industriales avanzadas o vinculada a estudios específicos de caso (Pierson, 1995, Weyland, 2006).

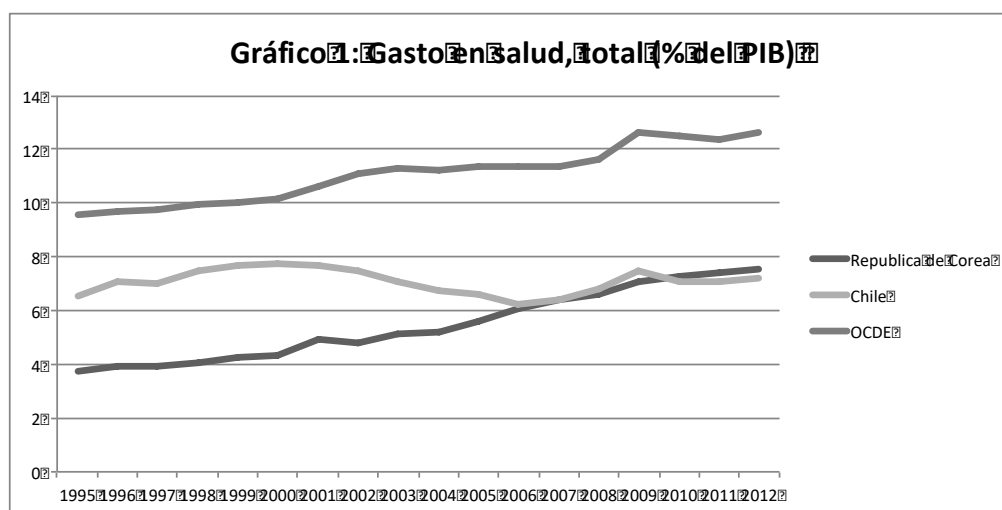
La política de salud siempre estará condicionada por la forma en que se toman las decisiones, es decir, la salud es el resultado de una compleja interacción de actores sociales y de la forma en que se reparte el poder. Mi trabajo pasa por entender que la política de salud no está ajena a un juego de poder y mucho menos carente de ideología. Considero que la política de salud se conforma por la relación de tres procesos. Un proceso económico relacionado con la estrategia de desarrollo de los países. Un proceso institucional referente a las reglas del juego que distribuyen el poder en la sociedad. Un proceso ideológico comprendido como la visión de mundo y estrategias de políticas, las cuales son producto de transformaciones históricas y complejas.

Mi intención es, más que buscar relaciones causales, es encontrar los mecanismos que influyeron en la transformación de los sistemas de salud en Chile y Corea de Sur, desde un gobierno autoritario a la consolidación democrática. La selección de los casos no es arbitraria, ya que ambos países pasaron por procesos internos similares en forma casi paralela, como también estuvieron influenciados por los mismo factores internacionales exógenos, referente a la apertura económica. Sin embargo los focos de la política de salud en dictadura y su posterior transformación en democracia son distintas.

La idea de comparar dos países en políticas de salud permite ir más allá de las dinámicas económicas, pasar de los resultados al intrincado mecanismo político institucional en el que se forman estas políticas. De esta forma lo que busco responder es ¿Qué factores permiten entender la transformación de los sistemas de salud en Chile y Corea del Sur? El estudio tiene por interés centrarse más en el poder que en los resultados y explicar el rol del estado y su relación con el desarrollo en política de salud. Se pasa de un estudio de las políticas al estudio de la política, donde lo importante es como los contextos y estructuras condicionan a las políticas. La mayor diferencia estaría en la forma en como consolidan las democracias, mientras que en Chile prima una lógica de acuerdos en Corea destaca la participación de las fuerzas laborales en los procesos de transformación.

Las políticas de salud en Chile y Corea

Las realidades de los sistemas de salud en Chile y Corea cuentan con semejanzas y diferencias. Ambos sistemas a nivel mundial destacan por su gran cobertura y eficiencia. Ambos países cuentan con un nivel de gasto similar en salud. El gráfico 1 muestra la tendencia en el gasto de salud para ambos países y su comparación la media del gasto de los países miembros de la OCDE. Si bien su nivel de gasto se aleja mucho del promedio de la asociación, no hay de desconsiderar que ambos países cuentan con una gran cobertura. Al 2013 Chile contaba con un 96,8 % de su población cubierta por un sistema de salud, mientras que Corea contaba con 100% de su población (OCDE, 2013). A nivel desagregado el sistema de salud chileno se divide en uno público, correspondiente al 79,8 % de la población y uno privado que afilia al 17 %. Para el caso de Corea la cobertura de salud es 100% estatal.



Fuente: Elaboración propia en base a datos Banco Mundial

Las principales divergencias de los sistemas pasa por dos puntos específicos. En primer lugar la cobertura del servicio de salud. Chile opto tempranamente por tener un sistema mixto con un servicio público a cargo del Fondo Nacional de Salud (FONASA). La contraparte esta a cargo de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), aseguradoras privadas que entregan beneficios distintos, de acuerdo a la venta de planes que se pueden ajustar a la necesidad del cotizante. Ambas instituciones se financian a través de la imposición de sus afiliados, que corresponde al 7% del sueldo de cada trabajador, más un aporte estatal.

Para el caso de Corea la cobertura era solo obligatoria para los trabajadores de la industria, principalmente desde los años 70's (Cho, 1989). A partir de los años 90's la cobertura tendió de manera incremental a la universalidad. Existe un seguro único de salud a cargo del gobierno por medio del Programa Nacional de Seguros. La cobertura es para todo tipo de trabajador, el cual se financia por las cotizaciones entregadas entre empleados y empleadores, fondos de gobierno e impuestos, principalmente al tabaco (Song, 2009).

Una segunda diferencia se encuentra en las prestaciones de servicios. Los principales prestadores para el caso chileno se encuentran en el sector público, principalmente referido a atención primaria donde el 90% de las atenciones se realiza en establecimientos públicos (MINSAL, 2014). En el caso de Corea la realidad es completamente diferente, dado que gran parte de los usuarios privilegian el uso de establecimientos privados. De esta manera existe una profunda relación entre el estado y el mercado en materia de salud. La tabla 1 resume las principales características de ambos sistemas.

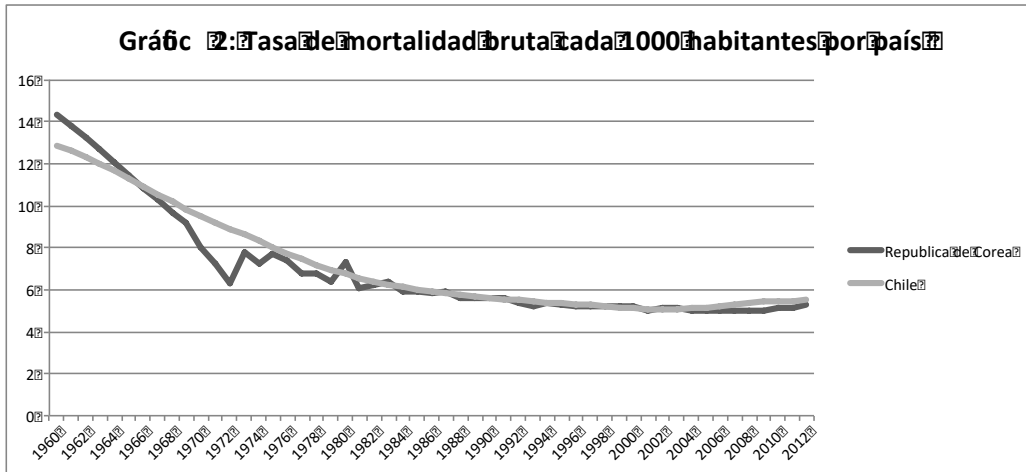
Tabla 1: Descripción sistema de salud, seguro, cobertura y reformas por país

Chile		Corea
Sistema	Publico-Privado	Público
Principal prestador	Fondo Nacional de Salud (FONASA)	Programa Nacional de Seguros de Salud
Descripción	Sistema de seguro obligatorio para todos los trabajadores del sector formal y pensionados. Puede ser público, afiliándose a FONASA o privado con una aseguradora privada (ISAPRE). Para afiliarse se debe cancelar el 7% de renta o pensión por mes. Indigentes y desempleados reciben atención pública gratuita.	Sistema obligatorio para todos los ciudadanos que sean considerados trabajadores dependientes o independientes. Los fondos se recaudan mediante contribución de empleados y empleadores de acuerdo a su renta, fondos del gobierno e impuestos al tabaco. La atención y servicios es la misma para todos los asegurados.
Cobertura	FONASA: 11,329,481 ISAPRE: 2,660,338 Sin Seguro: 1,701,648	50,000,000
Principal prestadora de servicios médicos	Establecimientos públicos	Establecimientos privados
Institución Reguladora	Superintendencia Nacional de Salud	Ministerios de Salud y Bienestar
Principales Financiadores	Afiliados	Afiliados
Principales Reformas	Plan de Acceso Universal a Garantías Explícitas (AUGE). Reforma que garantiza la promoción, protección y recuperación de la salud a través del aseguramiento del acceso, prestación, calidad y financiamiento de patologías específicas (80 a 2013), tanto en instituciones de salud pública como privada.	Extensión del Programa Nacional de Seguros de Salud de trabajadores industriales a la universalidad (1989). Se fusionaron diversas aseguradoras privadas en un fondo único nacional que sería administrado por instituciones públicas. Se movilizan recursos del sector público al privado para asegurar la intención.

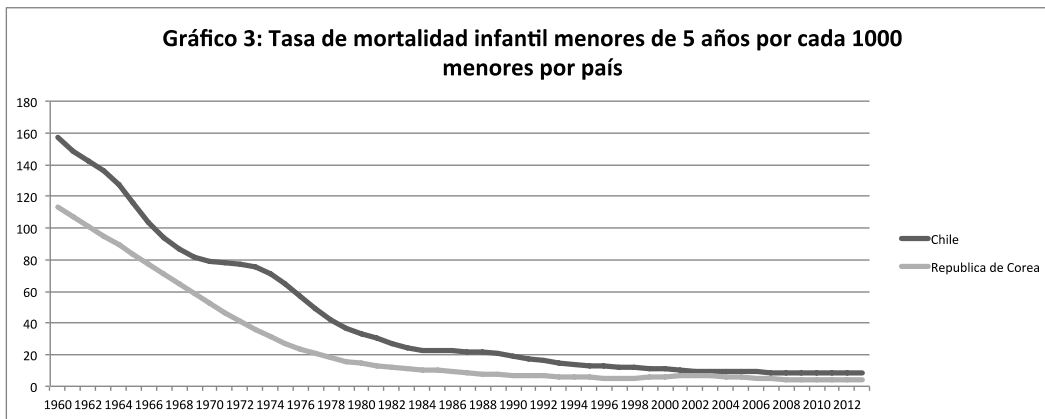
7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de jointlearningnetwork.org/

Ambos casos son interesantes por la evolución que han tenido en el mejoramiento de sus indicadores de salud. Los gráficos 2 y 3 muestran la evolución de la mortalidad bruta y en menores de 5 años respectivamente. Se evidencia que progresivamente desde los 60's ambos indicadores tienden a la baja. Sin embargo, hay que poner énfasis en el mejoramiento de estos indicadores durante periodos dictatoriales. Corea pasa por un proceso dictatorial entre 1960 y 1988 mientras que Chile desde 1973 a 1990. En ambos periodos los indicadores continúan mejorando, lo cual es un logro destacable para regímenes dictatoriales.



Fuente: Elaboración propia en base a datos Banco Mundial



Fuente: Elaboración propia en base a datos Banco Mundial

Dada las características descritas e indicadores presentados surge mi interés por comprender los procesos políticos que están detrás de estos dos casos. La finalidad de este trabajo es explicar a través de procesos históricos como es que evoluciono las políticas de salud en ambos casos, principalmente centrado en el acceso. En las siguientes secciones se describirá la política de las políticas de salud para ambos casos. En una primera sección se describirá los principales incentivos que tuvieron los regímenes autoritarios para conformar su política de salud. Una segunda sección comprenderá la posterior transformación en un sistema democrático. Finalmente se expondrá cual es la relación que tiene el estado y el mercado en la transformación del sistema de salud en Chile y Corea del Sur.

Las lógicas del gobierno autoritario

Los gobiernos autoritarios conducen sus políticas de acuerdo a la resolución de dos dilemas claves. Por un lado el dilema del control autoritario y por otro definir con quienes comparte el poder (Svolik, 2012). Corea del Sur y Chile comparten situaciones temporales parecidas, debido a que durante parte de los 70's hasta los 90's se encontraron bajo un gobierno dictatorial. Bajo estos gobiernos ambos países tuvieron un explosivo crecimiento económico, como también un mejoramiento en la calidad sanitaria de estos países. Dado que es imposible comprender el funcionamiento de las instituciones sin considerar su transformación en el tiempo (Pierson, 2004; Mahoney y Thelen, 2009) es necesario evaluar como la institucionalidad de salud se desarrollo bajo los gobiernos autoritarios de Chile y Corea y como la política de salud se ajusta a los dilemas y decisiones de los gobiernos autoritarios.

Ambos países durante el periodo autoritario se enfrentaron a procesos históricos complicados. Mientras Chile se enfrentaba a la división de su sociedad luego del golpe de estado, Corea enfrentaba una compleja situación interna y externa producto de la división del país luego de la guerra de Corea. El principal problema pasaba por levantar las alicaídas economías por lo que ambos países se embarcaron en un proceso de liberalización que le permitiera desarrollar las economías (Huneus, 2000, Chang, 2009). Si bien ambos procesos se centraron en liberalizar la economía sus focos fueron distintos. Mientras que Corea privilegió reactivar la economía mediante el desarrollo educativo y una política de industrialización, Chile permitió la gran entrada de capitales extranjeros, principalmente con la privatización de una serie de servicios en manos del estado.

La forma en que ambos gobierno enfrentaron los dilemas de un régimen autoritario es, en gran medida, la explicación de la forma en que la política de salud se desarrolló. Ambas dictaduras tanto la de Pinochet (1973-1990) y las dictaduras de Chung-Hee (1960-1979) y Doo-Hwan (1980-1987) fueron consideradas represoras y despóticas, sin embargo, los intereses tras el control autoritario fueron distintos, por lo que las políticas llevadas a cabo divergieron.

Los intereses del régimen de Pinochet por ejercer el control autoritario, principalmente sobre las masas, recaía más bien en la desarticulación de las estructuras sindicales y las organizaciones sociales. Para el régimen de Pinochet era esencial desarticular las organizaciones de base, leales al gobierno de Allende y alejarlas de la organización sindical. La despolitización de las fuerzas laborales obedecía a las orientaciones ideológicas del gobierno, por lo que para liberalizar la economía era necesario contar con la menor cantidad de trabas. De esta forma se aseguraría que la inversión privada pudiera actuar con el menor número de vetos y trabas en su ejecución, además de restringir la oposición social ante los reajustes económicos, principalmente los referentes a servicios sociales (Huneus, 1998).

En el caso de Corea si bien existió un rudo control de las bases sociales, el régimen necesitaba de la fuerza laboral para industrializar el país, por lo que el control autoritario se enfocó en el desarrollo de las fuerzas laborales, por sobre la represión, siendo el principal foco el desarrollo de las clases medias rurales. Contrario a lo que pasó en otras

industrializaciones como es el caso de Taiwan o Japón (Davis, 2004; MacGuire, 2010; Vu, 2010) los esfuerzos de la dictadura de Park no se centraron en engrosar a la clase media industrial, sino que a la agraria, proceso que ocurre porque gran parte de la industria se encontraba en Corea del Norte. Mejorar las condiciones de las clases rurales le permitirían fomentar el sector agropecuario y posteriormente formar una fuerza laboral leal durante el proceso de industrialización. De esta manera al realizar el tránsito a la industria contaría con gran parte del apoyo de la fuerza laboral. Este foco también obedece a entregarles incentivos positivos, con el fin de evitar una influencia de parte del Corea del Norte.

La estrategia del régimen de Park fue fomentar la industrialización sin descuidar al sector rural (Dirk, 1994; Hahm y Plein, 1995; Davis, 2004;). La importancia de este hecho es fundamental, principalmente porque el mejoramiento de una clase rural permitió mejorar la conectividad del país, invertir en productos manufacturados y mejorar la producción de energía. De esta forma no fue la capacidad estatal la que logro industrializar Corea del Sur, sino más bien la capacidad de mantener la lealtad de la clase rural (Davis, 2004), que en otros casos hubiera demandado mejoras que hubieran desestabilizado el régimen como lo fue el caso de Japón (Brañas, 2007). El control se enfocó principalmente en entregar beneficios más que reprimir a las fuerzas laborales, dado que el riesgo era muy alto y era muy necesario contar con una clase leal.

Los regímenes autoritarios se distinguen por contar con círculos internos de poder, los cuales principalmente están compuestos por miembros cercanos como familiares, tecnócratas o grupos de interés (Svolik, 2012). Para ambos casos es importante comprender quienes fueron los grupos cercanos a los gobierno autoritarios y como estos grupos y su vinculación con la forma en mantener el control autoritario logran explicar la política de salud adoptada.

Los círculos internos dentro del régimen de Park estuvieron principalmente conformado por la burocracia, proveniente de los grandes conglomerados de empresas o Chiebol (Kim y Vogel, 2011). Sin embargo, hay que destacar que el gobierno de Park fue sumamente personalista a pesar de contar con el apoyo de la clase pujante. La gran diferencia con otros regímenes de parecidas características es que no existía una clase burguesa constituida, sino más bien es la política de industrialización la que la desarrolla. De esta forma el proceso de compartir el poder pasa por comprender el rol del estado durante la industrialización Surcoreana (Pirie, 2008). Tradicionalmente se comprende que las dictaduras tiendan a servir los intereses de quienes apoyan el régimen, ya sea desde presiones internacionales a clases dominantes internas (Svolik, 2012). Lo que finalmente hizo el régimen de Park no fue proteger los intereses de la burguesía, sino más bien generarles intereses por medio de la industrialización. De esta forma eran los Chiebol quienes estaban dentro del círculo de poder de Park, sin embargo, más que proteger sus intereses se busco generarlos, lo cual es una gran diferencia ante otros procesos con el de Chile.

La política de salud durante la dictadura de Park se enfocó en dar respuesta al rápido desarrollo económico que había experimentado el país durante los 60's. Con el giro de una política agraria a una política industrial el régimen se enfrento a distintos dilemas para enfrentar el control social, principalmente de las fuerzas sociales. Park había logrado mantener gran parte de su apoyo desde sectores rurales (Davis, 2004) por lo que su desafío

pasaba por mantener el apoyo de las fuerzas laborales post industrialización ante una creciente fuerza social industrial. Por otra parte se necesitaba mantener la cohesión de la clase trabajadora, con el fin de mantener la supervivencia del régimen y evitar cualquier forma de organización que pudiera oponerse al régimen, además de responder a las nuevas necesidades médicas que trae consigo la industrialización (Kim, 2008; Valencia, 2008).

A los factores internos se sumaban dos factores externos como el desarrollado bienestar que había adquirido Corea del Norte (Davis, 2004; Vu, 2010) y las presiones internacionales que habían por una mejora en el sistema de salud, acorde a los niveles de desarrollo que había adquirido el país (Valencia, 2008). De esta forma el gobierno opto por crear un seguro médico obligatorio focalizado en los trabajadores de la industria, el cual les garantizara el acceso a la salud de manera universal. La manera de ejercer el control de las bases sociales no paso por la represión, sobre todo si se trataba de las fuerzas laborales. El mecanismo que utilizó la dictadura de Park para desarticular cualquier forma de organización que pudiera desestabilizar el régimen fue extender los beneficios sociales, principalmente el seguro de salud.

Un segundo factor para entender este universalismo limitado en materia de salud paso por preservar los intereses que habían adquirido en la industria la naciente clase empresarial Sur Coreana, representada en los conglomerados o Cheabol. De esta forma no se ponía en riesgo la producción industrial, controlando la posibilidad que las fuerzas laborales pudieran organizarse en post de conseguir mayores beneficios, sobre todo si existía el factor externo de un gran estado benefactor como lo era el de Corea del Norte. De esta forma el estado Surcoreano fomento la producción y protección interna a medida que se liberalizaba, sobre todo en el sector agrario en un principio y posteriormente en el sector industrial.

Durante la dictadura de Pinochet sus principales asesores vinieron desde la sociedad civil. Por una parte fue destacada la participación de los *Chicago Boys*, economistas formados en la Universidad de Chicago, liderados por Milton Friedman, quienes fueron los principales ideólogos de las reformas económicas que llevo acabo Chile. Por otra parte gran parte de los técnicos y miembros de los *Chicago Boys* venían desde el *Movimiento Gremialista* conformada en la Universidad Católica de Chile bajo el liderazgo de Jaime Guzmán. El movimiento tenía una orientación conservadora y anti partidistas, resaltando el rol de los rubros por sobre la orientación de clase (Huneus, 1998; Rubio, 2011).

Dado que los intereses de Chile pasaban por abrir la economía a inversiones extranjeras y limitar el rol que ejercía el estado se opto por dar soluciones privadas a problemas públicos. La lógica obedecía a la forma en que Pinochet enfrento los dilemas de control autoritarios y de poder. Si bien se ejerció una fuerte represión a grupos y partidarios de izquierda, la mayor institución discursiva (Reichard, 1996; Larner, 2000; Schmidt, 2008) que movió al control de clases fue el gremialismo. Al exaltar las organizaciones por rubros en vez de clases se privilegió los intereses colectivos agrupados en actividades económicas por sobre la organización de clases sociales. Estas organizaciones gremiales, al estar vaciadas de discurso político, se movilizaron en torno a sus intereses económicos en su conjunto.

Dado que gran parte del círculo interno de Pinochet estuvo compuesto por economistas de formados en la Universidad de Chicago no fue extraño que gran parte de las políticas sociales del gobierno de Pinochet fueran focalizadas y con una orientación de solución de mercado (Homedes y Ugalde, 2000; Labra, 2002). La política de salud se caracterizó por recortar parte de la seguridad social que entregaba el estado y abrir el paso a aseguradoras externas que atrajeran capital de inversión nuevo y diera respuesta a la demanda por salud. De esta manera se crearon dos fondos de salud, por una parte un fondo público a cargo del Ministerio de Salud llamado Fondo Nacional de Salud (FONASA) y una contraparte privada a cargo de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).

Con esta nueva forma de acceso a la salud se abrió en Chile un nuevo mercado de la salud, en la que instituciones privadas jugarían un importante rol. A pesar de el ingreso de nuevos actores los usuarios del sistema de salud siguieron privilegiando el uso de un sistema público, tanto en el aseguramiento con FONASA como en la atención en establecimientos públicos (Urriola, 2006). Sin embargo, el hecho más importante es la focalización del gasto en salud. Dado que existía un interés por reducir la capacidad del estado se privilegio enfocar el gasto público en materias de mejoramiento de asistencia sanitaria, principalmente a recién nacidos, como también el aseguramiento de asistencia primaria.

La razón de optar por este tipo de políticas de salud en ambos casos no representa un fenómeno exclusivo de cada caso, sino más bien da respuesta a dilemas que todos los regímenes autoritarios enfrentan. Sin embargo, son las características de cada caso las que terminan por divergir en la orientación que tomaran las políticas. Dado que Corea del Sur opta por focalizar su desarrollo en la generación de industria, el control autoritario no debía pasar por reprimir a la fuerza laboral, sobre todo en el contexto externo que enfrentaba, sino más bien generar incentivos para la cohesión y sustento de las políticas de industrialización.

Por otra parte, Chile al optar por liberalizar su economía se enfocó en establecer un sistema que no tuviera trabas al momento de privatizar diferentes servicios. De esta forma el control autoritario paso más bien por vaciar de política a las organizaciones, exaltando más bien su organización en torno a funciones económicas por sobre de clase. Al no contar con resistencias fue mucho más sencillo iniciar un proceso de privatización de distintos servicios sociales, sin embargo, el sector salud contó con una mayor resistencia, principalmente proveniente del sector de funcionarios médicos (Castiglioni, 2001). La focalización también fue un elemento clave. Dado que lo ideal era achicar el estado se privilegió el introducir políticas focalizadas que tuvieron gran éxito, sobre todo en reducir la mortalidad infantil (McGuire, 2010; Molina, 2012). También vale la pena destacar la continua existencia de un sistema de atención pública, que paso a mano de los municipios. Gran parte de la labor de atención primaria se concentró en los servicios públicos, como también gran parte de los asegurados continuó en el sistema público por sobre el privado (Castiglioni, 2001; 2005).

La transformación en un régimen democrático

Posterior a la muerte de Park Chung Hee en 1979 Corea iniciaría un lento proceso de transición que contaría con una turbulenta dictadura de 7 años conducida por Chung Doo-Hwan, jefe del servicio de seguridad Surcoreano que se haría con el poder tras un golpe de estado en agosto de 1980. A diferencia del régimen de Park, la dictadura de Doo-Hwan contó con una serie de movilizaciones que desestabilizaron el régimen y lo volvió mucho más represivo, lo cual contrastaba con el acelerado crecimiento económico que vivía el país. Las movilizaciones demandaban el aumento de libertades políticas y sociales, las cuales estuvieron en un principio representadas por la movilización estudiantil, a las que posteriormente se le sumarían los trabajadores (Koo, 2001).

La activación de movilizaciones y, específicamente, la incorporación de las fuerzas laborales al movimiento es fundamental para comprender la transformación del sistema de salud. Dado que en el régimen de Park la clases trabajadora fueron las mayor beneficiarias con el sistema de protección se conformaron como una potente fuerza. Su inclusión en el movimiento que demandaba mejoras termina por ejercer la suficiente presión desde abajo para que se realicen distintas transformaciones (Teichman, 2012). Finalmente en 1987 el sistema terminó por colapsar, por lo que se acordó que se celebrarían elecciones libres para 1988 (Kim, 2011). El hecho puntual que termina con el régimen es la designación como candidato a Roh Tae-Woo, miembro del partido de Doo-Hwan esto masifico las protestas a nivel nacional hasta que se acordó celebrar elecciones verdaderamente libres.

Finalmente Roh Tae-Woo terminó siendo electo por vías democráticas, sin embargo, dada la inclusión de fuerzas de izquierda y ante la presión social, Tae-Woo termino por anunciar una serie de reformas (Kim, 2003). De esta forma en 1989 termina por extender el seguro obligatorio para trabajadores a un sistema de carácter universal. La medida terminó por agrupar a una serie de aseguradoras privadas en un solo gran fondo nacional que se haría cargo de cubrir la salud a lo largo del territorio (Kwon, 2008).

Después de enfrentar una cruda recesión económica en 1982, el régimen de Pinochet logró conducir a la economía en un prolongado periodo de crecimiento y progreso. Las mejoras en la condiciones de la sociedad y el auge económico incrementaron las demandas por la apertura del régimen. El proceso se concretó finalmente con el plebiscito de 1988 en el que se rechazó por la continuidad de Pinochet al gobierno, lo que generó que se celebraran elecciones transparentes en 1989. Con el retorno a la democracia se inició un periodo de consolidación del régimen democrático que estuvo acompañado por la consolidación económica (Ffrench-Davis, 2002).

La transformación en el sistema de salud, a diferencia del caso de Corea del Norte, fue más bien focalizada y mucho más lenta. Durante los gobiernos socialistas de la Concertación (2000-2010) se experimento una política de salud que apuntaba mucho más al aseguramiento de la cobertura, pero mucho más focalizada. El plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE) garantizaba la protección y acceso a la salud a todos quienes

estuvieran cubiertos por un sistema de seguro, tanto público como privado, sin embargo, este programa solo cubría cierto número de patologías de manera progresiva¹.

Existen dos situaciones que permiten explicar porque un sistema transito al universalismo y el otro privilegió focalizar la cobertura. Para ambos casos los movimientos sociales tienen un rol importante para comprender la transición a la democracia, sin embargo, solo en un caso logran ejercer suficiente presión para lograr producir cambios profundos, principalmente en salud. Dado que el ganador de las elecciones en Corea, Roh Tae-Woo, mismo que había sido designado como nuevo presidente por Doo-Hwan, los incentivos para mostrar que no era una continuación del régimen autoritario eran más alto. A lo anterior se sumaba la organizada presión social por cambios, por lo que las reformas tuvieron un mejor ambiente. En el caso de Chile, si bien los movimientos sociales jugaron un rol fundamental, la transición finalmente es un pacto entre élites (Moulian, 1994). Una vez en democracia, y dada la desarticulación de las bases en dictadura, no existió una fuerza social lo suficientemente fuerte para impulsar cambios, como también existía los riesgos de volver a un régimen autoritario.

Por otro lado, existe un hecho institucional que juega un papel fundamental para entender la transformación de la salud en ambos casos, el rol de las constituciones. Antes de asumir Tae-Woo y dada las condiciones en que se gestó la transición, se prosiguió a cambiar la constitución formulada durante la dictadura de Doo-Hwan en 1980. De esta forma se eliminaban los amplios poderes con los que contaba el presidente y se formulaba una nueva constitución en un régimen democrático que ampliaría los derechos sociales y las libertades políticas (Kim, 2003).

Para el caso de Chile la lógica es inversa. Una vez transitada a la democracia la constitución jamás cambió. Si bien durante los gobiernos de la concertación fue reformulada, en origen nunca se pudo contar con una constitución democrática. Si bien las reformas eliminaban los enclaves autoritarios (Siavelis, 2009), esto no es suficiente, dado que aún es muy improbable que se puedan conseguir las supermayorías que permitirían una profunda reforma estructural (Baldez y Carey, 2001). De esta forma los principales avances en materia de salud fueron de manera focalizada y siempre siendo influenciada por lo intereses de grupos de presión, principalmente las ISAPRES y prestadores de salud privada.

Detrás de estas lógicas existe un mecanismo mucho más profundo y es el rol discursivo que se presentó luego de las transiciones. Si bien los dos casos son nombrados ejemplos de crecimiento económico y mejora en los indicadores de salud, los resultados no son vistos de la misma manera al momento de la transición. Para el caso de Chile, existió una gran defensa del legado del régimen de Pinochet, principalmente en los indicadores económicos, como también el hecho que jamás se enjuició a Pinochet por sus crímenes. Este hecho puntual nos permite explicar como, de manera discursiva, se logra instaurar el logro del mercado en los buenos resultados del país. Caso contrario, luego de la transición en Corea, Chung Doo- Hwan pidió disculpas por la forma en que condujo el país bajo su régimen y posteriormente fue enjuiciado y condenado por sus crímenes.

¹ 40 patologías en 2006, 57 en 2007, 69 en 2010 y 80 en 2013

A través del estado y el mercado

Los sistemas de salud en Corea del Sur y Chile durante los periodos autoritarios pueden ser descritos por tipologías. Walt, 1994; Buse, Mays y Walt, 2005 distinguen que sistemas autoritarios que focalizan su acceso a la salud pueden ser considerados como sistemas *autoritarios- desiguales*. Si bien se distingue que estos sistemas toman esta orientación dado sus características de debilidad tanto económica o institucional siendo difícil lograr dar cobertura a la salud, por lo que se prioriza focalizar.

Aunque esta clasificación permite dar cuentas de las características de cada sistema, fue necesario explicar las políticas de la política de salud para cada y como estas evolucionan en perspectiva histórica para comprender el porque adoptan esta clasificación y como transitan a otras en el tiempo. Sin duda en procesos de desarrollo como los de ambos casos es fundamental evaluar la relación del estado y el mercado, en este caso enfocado en la política de salud. Ambos casos clasificados como autoritarios desiguales presentan diferencias en esta relación y posterior transformación.

Corea necesitaba generar una industria interna que le permitiera desarrollarse como una economía competitiva, en donde el sector salud podía jugar un rol fundamental como mercado (Kwon, 2008; Murillo y Sung, 2013) donde era necesario mantener el apoyo de la fuerza laboral con el fin de promover y lograr la industrialización. Gran parte de la oferta del sector salud vino desde el mercado, principalmente por la gran capacidad que tenía. El estado durante los regímenes autoritarios financio, mediante un seguro obligatorio, la salud de la fuerza laboral, que fue absorbida por el mercado. Esta relación permitió crear un mercado interno, como también promover el desarrollo de la industria médica. Es en base a esta relación en que Corea logra no solo mejorar sus indicadores de salud a bajo costo, sino que desarrollar tecnología e industria de salud.

Por otro lado, Chile buscó liberalizar su economía mediante el ingreso de nuevas inversiones, por lo que inició un proceso de privatización de varios servicios públicos. Esta política obedecía principalmente a motivos económicos, pero tenía una fuerte fundamentación política de achicar las funciones del estado. Se creó un sistema de seguros privado el cual, mediante competencia, permitiría mejorar la oferta de los planes de salud y por ende la salud. La focalización del gobierno estuvo destinada a mejorar la cobertura pública en infancia y atención primaria, tanto en el acceso del Fondo Nacional de Salud y la cobertura por medio de hospitales públicos.

El caso de Corea presenta una buena relación de soluciones privadas a problemas públicos, principalmente porque es el estado es el que utiliza al sector privado para dar cobertura a un seguro que es público. El estado tuvo la capacidad de generar una excelente industria de salud a través de incentivos y un limitado financiamiento. A través de impuestos, en primera instancia, de empleados industriales y posteriormente de impuestos generales y específicos al tabaco, se logró financiar de manera eficiente tanto cobertura como prestación de servicios. El punto es que Corea logra crear la industria y posteriormente le genera la demanda a través del seguro general público, de esta manera, la gente tiene cubierto el acceso y puede optar por el servicio de salud que mejor le parezca.

Para el caso de Chile la relación entre el estado y el mercado pareciera ser más desfavorable. Dado que luego de la privatización no existió una gran migración hacia las aseguradoras el estado siguió absorbiendo la cobertura de salud, sin embargo, existe una gran diferencia entre la capacidad pública de atención y la privada. El estado finalmente termina dando una solución pública a un problema privado, dado que las personas optaron principalmente por cubrirse y atenderse en un sistema público. El AUGE es precisamente una representación de este dilema. Dado que el sistema público no puede dar abasto a la demanda por cubrir las patologías aseguradas en el plan, éstas son traspasada mediante subsidio al sistema privado, representando un gran gasto para el sistema público (CIPER, 2013).

Corea, mediante su evolución histórica, logro combinar una relación cooperativa entre el estado y el mercado, privilegiando a su fuerza social. El gran mérito es haber podido transitar desde un régimen autoritario desigual a uno liberal igualitario. A pesar de tener muchas tareas pendientes, los avances de Corea del Sur son más que destacables. Por otro lado la evolución histórica de Chile, a pesar de tener grandes avances en sus indicadores solo le permitió transitar a un sistema democrático desigual, donde las brechas de cobertura entre el sector público y privado siguen siendo muy grandes.

Conclusión

Comprender los resultados en salud no es solo mérito de mejorar indicadores a lo largo del tiempo, sino más bien dar cuenta de cómo los procesos logran cambiar estos indicadores. En el presente trabajo se ha dado cuenta de las políticas que movieron la política de salud en Chile y Corea en perspectiva histórica. La gran virtud de este ejercicio es mostrar como estrategias distintas lograron resultados parecidos, sin embargo, no debemos ignorar que lo importante de estos resultado es la forma y los motivos que llevaron a tomar estas decisiones y sus implicancias futuras.

Existen notorias diferencias en la manera que ambos países consideran el desarrollo. Por un lado Corea del Sur al privilegiar el desarrollo hacia adentro instauro un sistema de protección social que le permita contar con una clase media y trabajadora óptima y leal, con el fin de conducir el transito desde la agricultura a la industria, mientras que en el caso chileno, el sistema de privatización parcial del sistema de salud permitía liberalizar la economía buscando fomentar la decisión individual de cada trabajador, reducir el gasto público y ampliar el mercado.

En segundo lugar, el rol y la forma en que se desarrollan los actores del círculo interno de los regímenes también varía. Por un lado los conglomerados en el caso de Corea del Norte tuvieron una fuerte influencia en el desarrollo de el país, no hubiera sido posible sin que estos hubieran tenido incentivos por parte del gobierno mismo, mientras que en el caso de Chile, los círculos internos conformados por tecnócratas son los que dirigen las principales reformas, teniendo un rol más proactivo que en el caso coreano.

Para el caso de la relación con las bases también se presentan diferencias. En el caso chileno la represión tuvo mucha más fuerza y se enfocó en desarticular las organizaciones de base, principalmente leales al gobierno socialista, sin embargo, el gremio médico juega

un papel importante en torno a la conformación de la reforma al sistema de salud. Para el caso de Corea el control fue en base a incentivos. Dado de la necesidad de pasar de la agricultura a la industria, era necesario contar con el apoyo de las bases, por lo que la entrega de beneficios y reformas, principalmente en salud, fue determinante para comprender la menara en que se empieza a extender el acceso a la salud a lo largo del régimen.

Finalmente hay que considerar que para la posterior transformación en un gobierno democrático, hay un factor ideológico de fondo. Mientras en el caso de Corea existe un proceso en el cual se logra romper con las lógicas autoritarias y los legados del régimen, principalmente por el cambio de la constitución, esto no pasa en el caso chileno, donde la transición es un acuerdo entre élites y jamás se realiza un cambio de las reglas del juego.

Los desafíos para ambas democracias pasan por enfrentar los nuevos dilemas que han surgido en torno a la salud. Mientras que Corea debe luchar por cubrir las necesidades patológicas que generan una democracia industrializada, principalmente en materia de salud mental o relacionadas con el medio ambiente (Bambra, 2007), Chile debe luchar por dar solución a la gran brecha que tiene entre la salud pública y la salud privada (Castro, 2008). En estos procesos es necesario considerar la historia que involucra la transformación de sus sistemas de salud y los efectos que produjo cada coyuntura. Pareciera que Corea debe poner énfasis en el liderazgo estatal que tuvo para dirigir su proceso de industrialización sin descuidar su relación con las fuerzas laborales, mientras que Chile debe buscar la manera en que se puedan canalizar las demandas de una sociedad que hoy en día se encuentra mucho más movilizada que en épocas anteriores.

Referencias

Baldez, Lisa y John Carey 2001. Budget Procedure and Fiscal Restraint in Posttransition Chile. In S. Haggard and M McCubbins (eds.) Presidents, Parliaments, and Policy. Cambridge University Press

Bambra, Carlos, 2007. Going beyond The three worlds of welfare capitalism: regime theory and public health research. Epidemiological Community Health

Blank, Robert y Viola Burau. 2007. Comparative Health Policy. MacMillan

Brañas, Josep Manuel. 2007. La metamorfosis de Corea del Sur. Anuario Asia-Pacífico

Castiglioni, Rossana. 2001. The Politics of Retrenchment: The Quandaries of Social Protection under Military Rule in Chile, 1973-1990. Latin American Politics and Society, Vol. 43, No. 4

Castiglioni, Rossana. 2005. The Politics of Social Policy Change in Chile and Uruguay: Retrenchment versus Maintenance, 1973-1998. Routledge

Castro, Rodrigo. 2008. Midiendo la eficiencia de los hospitales públicos en Chile. Expansiva Documento de trabajo 108

Chang, Dae-Oup. 2009. Capitalist Development in Korea Labour, capital and the myth of the developmental state. Routledge Press

Cho, Sungnam. 1989. The Emergence of a Health Insurance System in a Developing Country: The Case of South Korea. *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 30, No. 4

Centro de Investigación Periodística CIPER. 2013. Cómo se ha desmantelado la salud pública. Disponible en <http://ciperchile.cl/2013/05/27/como-se-ha-desmantelado-la-salud-publica/>

Davis, Diane. 2010. Discipline and Development Middle Classes and Prosperity in East Asia and Latin America. Cambridge University Press

Dirk, Messner. Corea del Sur y el Estado. De la omnipotencia desarrollista estatal a la crisis del modelo de conducción jerárquica. *Nueva Sociedad* N° 126

Ffrench-Davis, Ricardo. 2002. Economic Reforms in Chile: From Dictatorship to Democracy. MacMillan

Haggard, Stephan y Robert Kaufman. 2008. Development, Democracy and Welfare States: Latin America, East Asia and Eastern Europe. Princeton University Press

Hahn, Sung Deuk y Christopher Plein. 1995. Institutions and Technological Development in Korea: The Role of the Presidency. *Comparative Politics*, Vol. 28, No. 1

Homedes, Nuria y Antonio Ugalde. 2000. Privatización de los servicios de salud: las experiencias de Chile y Costa Rica. *Gaceta Sanitaria* V.16 N°.1

Huber, Evelyne y John Stephens. 2001. Development and Crisis in Welfare States: Parties and Policy in Global Markets. Chicago University Press

Huneus, Carlos. 1998. Tecócratas y Políticos en un régimen autoritario. Los ODEPLAN boys y los gremialistas en el Chile de Pinochet. *Revista de Ciencia Política*

Huneus, Carlos. 2000. El régimen de Pinochet. Editorial Sudamericana

Kent, Buse; Nicolas Mays y Gill Walt. 2005. Making Health Policy. Open University Press
Kim, Soon Yang. 2008. The East Asian Developmental State and Its Economic and Social Policies: The Case of Korea. *International Review of Public Administration* Vol. 12, No. 2

Kim, Samuel. 2003. Korea's Democratization. Cambridge University Press

Kim, Byung-Kook y Ezra Vogel. 2011. The Park Chung Hee Era The Transformation of South Korea. Harvard University Press

Koo, Hagen, 2001. *Korean Workers: The Culture and Politics of Class Formation*. Cornell University Press

Kwon, Soonman. 2008. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy and Planning*

Labra, Maria. 2002. La reinvencción neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cadernos Saúde Pública*. Vol. 18 N° 4

Larner, Wendy. 2000. Neo-Liberalism: Policy, Ideology and Governmentality. *Studies in Political Economy* N° 63

Mouillan, Tomas. 1994. Limitaciones de la transición a la democracia en Chile. *Proposiciones* vol. 25

MacGuire, James. 2010. *Wealth, Health and Democracy in East Asia and Latin America*. Cambridge University Press

Mahoney, James y Kethleen Thelen. 2009. *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*. Cambridge University Press

Ministerio de Salud. 2014. Estadísticas de Salud. Disponible en http://web.minsal.cl/ESTADISTICAS_DE_SALUD

Molina, Carlos. 2012. *Institucionalidad Sanitaria Chilena 1889-1989*. LOM ediciones

Murillo, David y Yun-dal Sung, 2013. Understanding Korean Capitalism: *Chaebols* and their Corporate Governance. ESADEgeo Position Paper 33

OCDE, 2013. Health at a Glance 2013 OECD Indicators. Disponible en http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312

Pierson, Paul. 1995. *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the politics of retrenchment*. Cambridge University Press

Pierson, Paul. 2004. *Politics in Time: History, Institutions and Social Analysis*. Princeton University Press.

Pirie, Iain. 2008. *The Korean Developmental State: From dirigisme to neo-liberalism*. Routledge Pres

Reichard, Stephen, 1996. Ideology Drives Health Care Reforms in Chile. *Journal of Public Health Policy*, Vol. 17, No. 1

Rubio, Pablo. 2011. Régimen autoritario y derecha civil : el caso de Chile, 1973-1983. Documentos de trabajo. IELAT-Instituto de Estudios Norteamericanos, Universidad de Alcalá, N°29

Song, Young Joo. 2009. The South Korean Health Care System. International Medical Community

Teichman, Judith. 2012. Social Forces and States: Poverty and Distributional Outcomes in South Korea, Chile, and Mexico. Stanford University Press

Siavelis, Peter. 2009. Enclaves de la transición y democracia chilena. Revista de ciencia política

Schmidt, Vivien. 2008. Discursive Institutionalism: The Explanatory Power of Ideas and Discourse. Annual Review of Political Science Vol. 1

Svolik, Milan. 2012. The Politics of Authoritarian Rule. Cambridge University Press

Valencia, Enrique. 2008. Crecimiento, política social y pobreza en Corea del Sur y México. Clacso

Urriola, Rafael. 2006. Chile: protección social de la salud. Revista Panamericana de Salud Publica Vol4 N° 20

Vu, Toung. 2010. Paths to Development in Asia South Korea, Vietnam, China, and Indonesia. Cambridge University Press.

Walt, Gill. 1994. Health Policy: An Introduction to Process and Power. Zed Books London

Weyland, Kurt. 2006. Bounded Rationality and Policy Diffusion. Social Sector Reform in Latin America. Princeton University Press