

**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES  
ESCUELA DE POSTGRADO  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS HISTÓRICAS

**“UNA MIRADA HISTORIOGRÁFICA  
ACERCA DEL DESARROLLO DE LA  
INSTITUCIONALIDAD SANITARIA  
CHILENA: 1889-1989”**

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN HISTORIA CON MENCIÓN EN HISTORIA DE  
CHILE

[Alumno]:

**Carlos Antonio Molina Bustos**

Profesor Guía: Dr. José Luis Martínez Cereceda

**Santiago de Chile Diciembre de 2007**



..	1
<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN . .</b>	<b>3</b>
<b>CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL PROBLEMATIZADOR . .</b>	<b>9</b>
1. El Marco Latinoamericano de la formación de las instituciones sanitarias modernas . .	10
2. Los médicos y la genealogía de la Cuestión Social en Chile . .	12
3. Algunas consideraciones sobre La Cuestión Social y los Sujetos Sociales. . .	15
<b>CAPÍTULO III. UN PERFIL DEL SIGLO XIX HASTA 1920 . .</b>	<b>31</b>
1. Desde el Consejo Superior de Higiene Pública a la Dirección de Sanidad. . .	33
2. Las Sociedades de Socorros Mutuos . .	41
3. La Beneficencia Pública y su influencia en el desarrollo sanitario chileno. . .	44
<b>CAPÍTULO IV. EL ESTADO ASISTENCIAL Y SUS CONTRADICCIONES . .</b>	<b>51</b>
1. Un Perfil de la Ley del Seguro Obrero Obligatorio. . .	53
2. El Escenario Político luego de las Leyes del 24 y 25. .	57
<b>CAPÍTULO V. UN PERFIL DE LA PROFESIÓN MÉDICA ORGANIZADA .</b>	<b>63</b>
1. El Sindicato de los Médicos de Chile. . .	64
2. La formación y el carácter de la Asociación Médica de Chile (AMECH) .	69
3. El escenario político y sanitario en que se desarrolló la Asociación Médica de Chile .	76
4. Las Definiciones de Doctrina Sanitaria de la AMECH . .	79
<b>CAPÍTULO VI. HACIA LA CREACIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD: 1932-1952 .</b>	<b>85</b>
1. El contexto político y sectorial en el período. . .	87
2. La Medicina Social chilena. El Rol de sus debates en la creación del Servicio Nacional de Salud. .	96
a) El Proyecto Conservador. . .	99
b) El Pensamiento Socialista. . .	100
c) El Planteamiento del Partido Radical. . .	102
d) El Rol de la Falange Nacional. .	105

3. Las consecuencias de las contradicciones en el resultado de la reforma de las leyes previsionales y sanitarias de 1924. . .	108
<b>CAPÍTULO VII. DE LA CREACIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD AL PROYECTO DE LEY DE MEDICINA CURATIVA: 1953-1964. .</b>	<b>113</b>
1. El contexto político del nuevo escenario .	114
2. El Servicio Nacional de Salud en el período: Una historia de debates y contradicciones. .	116
<b>CAPÍTULO VIII. EL PROYECTO DE LEY DE MEDICINA CURATIVA. .</b>	<b>129</b>
1. Los avatares políticos y sectoriales de la compleja tramitación y discusión parlamentaria del proyecto de ley de Medicina Curativa. . .	132
2. El escenario después de la promulgación de la ley. . .	145
<b>CAPÍTULO IX. EL GOBIERNO DE LA UNIDAD POPULAR. . .</b>	<b>149</b>
1. Un perfil de los años anteriores a 1970. .	149
2. Una mirada al primer escenario político de la Unidad Popular. . .	151
3. Vanos esfuerzos hacia el Colegio Médico. . .	154
4. La Política de Salud de la Unidad Popular. .	155
<b>CAPÍTULO X. EL PERÍODO DE LA DICTADURA MILITAR: 1973-1989. .</b>	<b>161</b>
1. Antecedentes del experimento neoliberal en Chile. .	162
2. Las políticas sociales al servicio del modelo económico. .	163
3. Las transformaciones de la institucionalidad sanitaria de la dictadura. . .	168
<b>REFLEXIONES FINALES. . .</b>	<b>175</b>
<b>REFERENCIAS .</b>	<b>181</b>
<b>FUENTES INEDITAS .</b>	<b>181</b>
ACTAS, BOLETINES Y DIARIOS DE SESIONES DEL CONGRESO NACIONAL .	181
ARCHIVO NACIONAL . .	182
DOCUMENTOS INSTITUCIONALES .	183
MANUSCRITOS .	183
<b>EDITADAS .</b>	<b>183</b>
BOLETINES . .	184
PERIODICOS .	184

REVISTAS . .	185
TESIS Y MEMORIAS .	188
ELECTRONICAS . .	189
ESTUDIOS .	189



---

*A Marcela Santis, sin cuya presencia esta investigación no habría existido.*





# CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El trabajo de investigación que se presenta ha tenido por propósito estudiar el desarrollo y la evolución de la institucionalidad sanitaria chilena durante el siglo veinte, desde una perspectiva situada en el presente histórico.

La finalidad que la anima ha sido poder comprender el curso general del desarrollo de las instituciones sanitarias que la sociedad chilena ha creado en el período estudiado, para responder a las necesidades y problemas de salud que han vivido y planteado los diversos segmentos de la población nacional.

Más allá de los detalles y particularidades de cada momento de la vida nacional y de cada una de esas instituciones, se trata de develar y hacer inteligible los trazos fundamentales que las han caracterizado, sus alcances y significados mayores, así como los factores políticos y sociales que han concurrido a su existencia, particularmente la forma y modo como los actores sociales, los sujetos sociales protagonistas, han actuado e interactuado en torno a la generación de esas instituciones.

Se trata, en consecuencia, de un vuelo historiográfico a mediana altura que no pretende ingresar a la percepción detallada que proporcionan los lentes de mayor aumento, sino de una mirada que permita dar cuenta de las características estratégicas que adquieren los espacios públicos de la vida nacional en sus diversos períodos o etapas, de cómo se han situado y desplazado los diversos actores sociales en los procesos que han generado las instituciones sanitarias y de los perfiles gruesos que presentaron esas instituciones, como resultado de la dialéctica de los procesos sociales que las generaron.

Sin perjuicio de considerar algunas instituciones que durante el siglo XIX crearon las organizaciones de los artesanos y las primeras expresiones del movimiento obrero, esencialmente la investigación se refiere a la fisonomía sanitaria que nos presenta la evolución histórica del Estado chileno moderno, a los diseños fundamentales del ropaje sanitario con el que el Estado chileno se vistió de modernidad.

Conciente de la presencia inobjetable del hilo de continuidad histórica de los procesos sociales y políticos, siempre resultará parcialmente arbitrario y discutible asumir fechas de inicio o de término de una investigación como la que se presenta en estas páginas. No obstante, he decidido señalar el año de 1889 como punto de partida, por el carácter emblemático que puede adquirir la creación, por decisión del Presidente José Manuel Balmaceda, del Consejo Superior de Higiene Pública en ese año, como una expresión señera de una nueva concepción del rol del Estado chileno moderno en materias de salud pública. Del mismo modo, he señalado el año de 1989 como año de cierre de esta investigación por corresponder al término formal de la dictadura militar presidida por Augusto Pinochet, habida cuenta que su institucionalidad sanitaria permanece vigente, en lo principal, hasta nuestros días.

Parece de toda pertinencia puntualizar que por “Institucionalidad Sanitaria” he querido significar al conjunto de instituciones jurídicas, legales y administrativas creadas, esencialmente por el Estado, emergidas como una respuesta orgánica y social a las necesidades y problemas de salud-enfermedad vividas, experimentadas y reclamadas por los segmentos mayoritarios de la sociedad chilena, en las diversas etapas del período estudiado, ciertamente más allá de que hayan desaparecido o se hayan modificado sustancialmente y por cierto, más allá de la eficacia y del sentido en que hayan orientado su dirección política y técnica. He incluido también en esta categoría de análisis, las instituciones creadas por el mutualismo y el movimiento de las mancomunales obreras del siglo XIX, al margen del Estado.

Resulta también pertinente señalar los motivos de esta investigación. Ellos aparecen fuertemente vinculados a mi percepción de que resulta muy difícil e insuficiente la inteligencia y la comprensión del presente histórico de la institucionalidad sanitaria chilena, a partir de lo que es posible concluir de la mayoría de los trabajos publicados en la bibliografía disponible sobre la materia, lo que me hace entender como necesario, insistir en profundizar el desarrollo de estudios historiográficos sobre el curso de esas instituciones durante el siglo XX.

En efecto, una primera mirada panorámica de los trabajos aludidos puede ofrecer la imagen que, desde fines del siglo XIX, la evolución de las instituciones sanitarias, ha sido el resultado de un largo proceso marcado centralmente por un trazo de continuidad histórica, producto de grandes e implícitos consensos sucesivos entre todos los sectores políticos y sociales protagonistas, como expresión de una serena madurez de la conciencia cívica colectiva.<sup>1 2 3 4 5 6</sup>

Por otra parte, puede percibirse en las fuentes bibliográficas y en la literatura

---

<sup>1</sup> Cruz-Coke, Ricardo: “Reseña histórica, política y social de la medicina chilena”. Revista Médica de Chile (116): 55-60; 1988.

<sup>2</sup> Cruz-Coke, Ricardo: “Historia de la Medicina Chilena”. Editorial Andrés Bello; Santiago, Chile; 1995.

sanitaria citada, que la mayor parte de los antecedentes ha sido generada desde el interior del sector de profesionales y trabajadores de la salud, especialmente de los médicos, con una perspectiva que percibo, en general, coyuntural en lo temático y en lo temporal y que son pocos los trabajos de investigación, que han provenido de historiadores o científicos sociales, situados en una perspectiva epistemológica de carácter histórico-estratégico de mayores alcances. Es el caso de los trabajos de María Angélica Illanes a los que aludo reiteradamente en este texto y a los trabajos de María Eliana Labra, también varias veces citados.

Así, el transcurso histórico de la institucionalidad sanitaria nacional aparece más bien como una cronología insuficientemente explicada, como una secuencia de decisiones estructurales a nivel del Estado que, tácita o explícitamente, se presentan como la lógica arquitectura lineal del progreso, de modo tal que, según la información disponible, parece un esfuerzo descriptivo de estructuras sucesivas y complementarias en una perspectiva de progreso contínuo, en cuyo seno poco se advierte la presencia histórica de los conflictos, tensiones y contradicciones que han caracterizado la vida social y política de Chile.

En consecuencia y de algún modo, este carácter de crónica descriptiva, de rasgos lineales, que ha prevalecido en los estudios desarrollados especialmente por los médicos, parece haber ocultado el trasfondo de profundas disputas históricas entre los diversos segmentos sociales, con intereses contrapuestos y/o antagónicos. Ello, parece haber operado como una omisión hermenéutica, eventualmente responsable de un grado suficiente de obscurecimiento del conocimiento de cómo ocurrieron los hechos y por qué se produjeron de ese modo, de manera tal que resulta poco comprensible la dinámica entrelazada de avances y retrocesos que permitan comprender la historia reciente y actual de la institucionalidad sanitaria nacional.

Sin duda que mi reiterada percepción en el sentido descrito, ha constituido el motivo central de la investigación que se presenta en este texto y a partir de ella me es posible formular dos hipótesis básicas de trabajo.

La primera de ellas plantea que, una mirada historiográfica más atenta de las diversas etapas del acontecer sanitario, muestra que los procesos a través de los cuales se han desarrollado las instituciones sanitarias en Chile, han sido el producto de profundas contradicciones entre los diversos intereses de clases y grupos sociales que se han confrontado en los escenarios políticos y en los espacios públicos de la vida nacional.

<sup>3</sup> Mardones Restat, Jorge: "Origen del Servicio Nacional de Salud". Revista Médica de Chile 105; 654; 1977:

<sup>4</sup> Rosselot, Jorge: "Origen, desarrollo y perspectivas de las instituciones de salud pública en Chile". Revista Médica de Chile (121): 1075-1085; 1993.

<sup>5</sup> Rosselot, Jorge y Mardones, Francisco: "Colegio Médico y salud en Chile". Pediatría al Día, 13 (4); 1997.

<sup>6</sup> Mardones R., Francisco: "Planes y Programas de Salud en Chile". Cuadernos Médico-Sociales. Vol 46, N° 1; Santiago, Chile; 2006.

Consecuentemente, esta mirada más atenta que intenta historizar los hechos, permite identificar los procesos generales y sectoriales que se desarrollaron en las diversas etapas del período estudiado, con lo que se logra visualizar los diversos sujetos sociales que, desde la conciencia vívida de los grandes problemas de salud-enfermedad, han luchado por la transformación o la conservación del orden social y político vigente, contienda principal que parece haber determinado el carácter central que tuvo, en cada etapa, la respuesta estructural y social que el Estado dio a esos problemas.

Desde esta perspectiva, la aparentemente serena linealidad progresiva de las instituciones sanitarias creadas por el Estado, se transforma en agitados conjuntos sucesivos y simultáneos de luchas y movimientos sociales, en cuya temporalidad se imponen ciertas tendencias, sin que desaparezcan las otras, en confrontaciones de creciente elaboración ideológica, que se expresan en avances y retrocesos, en una dialéctica permanente que parece alcanzar al siglo XXI, entre la salud entendida como un derecho humano colectivo e individual inalienable y una responsabilidad indelegable del Estado por un lado y por otro, como una mercancía que se compra y se vende en el mercado y con una responsabilidad subsidiaria, distanciada, secundaria y en disminución, del Estado.

Esta contradicción principal que se expresa con rasgos cada vez más nítidos en el devenir de las instituciones sanitarias durante el siglo XX, también está presente en las últimas dos décadas del siglo XIX, aún cuando se expresa y verbaliza en otros términos, particularmente entre la obligatoriedad de las medidas sanitarias impulsadas por el Estado y los derechos individuales, así como entre el alegato a favor de la medicina estatal promovido por la Sociedad Médica de Santiago en momentos en que se vivía un proceso sostenido de privatización de los cuidados médicos, como parte de la consolidación de la concepción liberal de la organización social.<sup>7</sup>

De esta hipótesis primera se desprende como indispensable para conocer el desarrollo de la institucionalidad sanitaria del siglo XX, estudiar

***“las relaciones que se construyeron entre el Estado, los actores político-sociales y la crisis social de principios de siglo, que surgió como efectos del proceso de cambios, desde una sociedad tradicional hacia una moderna, o que por lo menos presentaba signos de modernización”<sup>8</sup>.***

La segunda hipótesis de esta investigación plantea que el surgimiento de las instituciones sanitarias nacionales, particularmente durante la coyuntura crítica de 1920, puede encontrar sus raíces en la década de los ochenta del siglo XIX en la que, como expresión del desarrollo del capitalismo como modo de producción dominante, emerge al escenario social, al espacio público de la política, el movimiento popular organizado con conciencia creciente de historicidad y que, con rapidez, comienza a constituirse en sujeto social enarbolando proyectos de transformación social, es decir, en protagonista de los acontecimientos políticos y sociales.

---

<sup>7</sup> Salinas, René: “Salud, Ideología y Desarrollo Social en Chile 1830-1950”. Cuadernos de Historia. Universidad de Chile; 1983 (3)

<sup>8</sup> Yáñez Andrade, Juan Carlos: “Estado, consenso y crisis social. El espacio público en Chile 1900-1920”. Santiago; DIBAM; 2003; pág. 17.

No obstante que importantes personeros de la elite a comienzos del siglo veinte, como don Enrique Maclver, negaban la irrupción política de los conflictos sociales, *“la cuestión social no existe”*<sup>9</sup>, la trascendencia del movimiento obrero era percibida por las organizaciones políticas de esa elite, particularmente en el plano de las condiciones de vida y de salud de las masas obreras. Anticipándose a la emergencia de un conflicto social mayor y desarrollando contenidos de protección social y sanitaria,

***“El Partido Nacional, por ejemplo, en la Convención de 1910 discutía el problema y consideraba que si aspiraba a preservar el porvenir había que preocuparse de las condiciones higiénicas de los talleres. Uno de los convencionales es alérgico para atacar a quienes amparados en el principio de la libertad se niegan a aceptar una reglamentación adecuada con estos elevados fines. El Estado no puede, ni debe mirar indiferente e impasible... que el obrero caiga abandonado como un perro en la lucha del trabajo, bajo el golpe de accidentes, hijos de la casualidad o de la imprevisión, perdiendo la vida o la salud, que es todo su capital y quedando ellos y sus familias entregados al hambre, a la desesperación y al vicio, sin que los patrones estén civilmente obligados a indemnizarlos o sin que un seguro obligatorio de previsión social llene inmediatamente las exigencias de tan dolorosa situación, sostiene en la convención don Enrique Montt”***<sup>10</sup>.

Parece pues evidente que el movimiento obrero, erigido en sujeto social protagonista, politizando el origen social de su organización le confirió a la interpelación, con que se enfrentó a la elite, significados y alcances que marcaron la época. Es lo que se desprende de la reflexión de Julio Pinto Vallejos, cuando se pregunta, *“¿el pueblo se politiza?”*, contestándose,

***“¿Qué era exactamente lo que se temía? Las desigualdades sociales y el descontento popular eran realidades demasiado antiguas como para que su sola presencia hubiese justificado tal alarma. Más bien, lo que llamaba la atención oligárquica parecía ser la manifestación inusual de problemas con los que, en su aspecto tradicional, ya se había acostumbrado a convivir. En un contexto así, el término cuestión social servía para denotar nuevas modalidades de existencia popular, asociadas al hacinamiento urbano, el trabajo industrial, o la despersonalización de las relaciones laborales. Pero también, y tal vez más determinadamente, para dar cuenta de nuevas formas de interpelación popular, más organizadas y discursivas, más explícitamente políticas”***<sup>11</sup>.

Es decir, el movimiento social, erigido en sujeto social, parece haber percibido que la ***“la distancia entre ricos y pobres, que tantos autores reconocieron al cambiar el siglo, se fue tensando, confrontando, reconociendo, haciéndose más evidente y expresándose en diversos campos de la vida social. En una palabra, la distancia entre ricos y pobres se fue politizando”***<sup>12</sup>.

A partir de estas hipótesis y del análisis historiográfico de las fuentes primarias,

<sup>9</sup> Ortiz Letelier, Fernando: “El Movimiento Obrero en Chile: 1891-1919”. Ediciones Michay SA.; Madrid, España; 1985; pág. 256.

<sup>10</sup> Ortiz Letelier, Fernando: *Ibid*; 1985; pág. 239.

<sup>11</sup> Pinto Vallejos, Julio: “¿Cuestión Social o Cuestión Política? La lenta politización de la sociedad popular tarapaqueña hacia el fin de siglo (1889-1900)” *HISTORIA*. Vol. 30; 1997; pág. 212.

secundarias y de las referencias bibliográficas consultadas, en la perspectiva de su validación, es posible adentrarse en la comprensión del complejo proceso de construcción y deconstrucción del edificio sanitario nacional, de sus avances y retrocesos, que siempre parecen expresar la dialéctica de las contradicciones y de su resolución por la vía de las síntesis, en cada una de las etapas del período estudiado.

Acercarnos más al conocimiento de la historia de nuestra institucionalidad sanitaria, avanzar en la comprensión de cómo ocurrieron los hechos y por qué ocurrieron de ese modo, puede constituirse en instrumento de una mejor y científica comprensión del presente de nuestras instituciones de salud.

Debemos tener presente que el proceso Salud-Enfermedad de los conjuntos sociales es un proceso de carácter permanente, ligado indisolublemente a la reproducción social, a las formas como los colectivos humanos y los individuos desarrollan, en sus tiempos y espacios históricos, los procesos de transformación de la naturaleza y de las relaciones sociales. Por ello, es un proceso histórico. La tarea, en consecuencia, está en curso.

A la hora de recoger las crecientes necesidades, demandas y desafíos que hoy plantea la ciudadanía, en momentos de repliegue y debilidad de las organizaciones sociales capaces de erigirse en nuevos sujetos sociales protagonistas, que politicen en propiedad todos los espacios públicos de la vida nacional, vuelven a aparecer las antiguas cuestiones no resueltas y agravadas de desequilibrios, inequidades y discriminaciones, en materia de derechos sociales civilizatorios fundamentales como la salud.

Animado de la convicción de la capacidad operativa del conocimiento histórico y del significado que puede tener para la construcción de la institucionalidad sanitaria de hoy y de mañana, me parece necesario pensar la historia desde lo político para, al decir de Zemelman,

***“dejar de ver la historia como una serie de situaciones lineales que se suceden progresivamente con algunas disrupciones, para entenderla como un proceso complejo de construcción de voluntades sociales, como un horizonte abierto de posibilidades hacia el futuro...y comprender la política, más allá de la esfera del poder, como conciencia de la historicidad del momento, como construcción de proyectos resolutivos en el plano de las contradicciones inmediatas”<sup>13</sup>.***

---

<sup>12</sup> Garcés Durán, Mario: *“Crisis Social y Motines Populares en el 1900”*; Santiago; 1991; pág. 235.

<sup>13</sup> Zemelman, Hugo: *“De la historia a la política. La experiencia de América Latina”*. Siglo XXI Editores; Universidad de las Naciones Unidas; México; 1989; págs. 13-24.

## CAPÍTULO II. MARCO CONCEPTUAL PROBLEMATIZADOR

Teniendo perfectamente claro que no es el propósito de este trabajo extenderse en consideraciones teóricas de carácter sociológico y propiamente político, ni en otros objetos de estudio historiográfico ajenos a las instituciones sanitarias chilenas, para lo cual además el autor carece de las competencias requeridas, sí me parece necesario hacer referencia a algunas categorías de análisis que pueden constituir un marco situacional o epocal, en el cual puedan ser históricamente inscritos los hechos y procesos que este trabajo estudia.

Respecto de cada uno de los temas que se abordan en este capítulo, que constituyen de suyo grandes y diversos objetos de estudio, las fuentes y la bibliografía son muy extensas y son importantes y diversos los historiadores, científicos sociales e investigadores que se han preocupado de ellos.

Al dedicar algunas páginas a estas consideraciones que problematizan mi objeto de estudio, la intención ha sido incluir a modo de un denominador, un marco de análisis que le proponga un contexto más general a los hechos y procesos que se sitúan sobre él y que se estudian en este trabajo.

## **1. El Marco Latinoamericano de la formación de las instituciones sanitarias modernas**

Desde una perspectiva general el desarrollo histórico de las instituciones sanitarias en Chile, aparece como congruente con el desarrollo de la medicina estatal, es decir, con el complejo proceso dialéctico de construcción del Estado moderno, que tuvo lugar entre las últimas décadas del siglo XIX y las tres primeras del siglo XX.

Al examinar brevemente, en términos de historia comparada, lo que ocurrió en el conjunto de América Latina entre 1880 y 1930, es posible verificar que los procesos que tuvieron lugar en la estructura del Estado, que se hizo cargo de la respuesta social a los problemas y necesidades de salud de las poblaciones nacionales, son comunes en sus rasgos principales. Es decir, en ese período, la creación de instituciones sanitarias en toda América Latina presentó un grado importante de similitud esencial, que hace indispensable, en mi opinión, dar cuenta de ese marco referencial para poder comprender las causas profundas de lo que ocurrió con la institucionalidad sanitaria en Chile, tanto en el plano de los rasgos comunes con la región como en el plano de las diferencias y particularidades de nuestra propia historia.<sup>14</sup>

En este sentido, resulta pertinente anotar que Argentina fue el primer país de la región latinoamericana que organizó una unidad a nivel del Estado nacional, al crear en 1880 el Departamento Nacional de Higiene<sup>15</sup>, antecedente que debe compararse con la creación en Chile del Consejo Superior de Higiene Pública en 1889 y del Instituto de Higiene en 1892, así como la creación en Brasil en 1897 de la Directoria Geral de Saúde Pública dependiente del Ministerio de Justicia y Negocios Interiores.<sup>16</sup>

Estos hechos descritos que se producen en la mayor parte de los países de la región, en años muy cercanos, lo que es propio de un mismo período histórico, expresan que la Sanidad, entendida como el conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del conjunto de los habitantes, se transforma en preocupación preferente de los gobiernos, desplazando a otros sectores de la medicina como la atención médica a través de las beneficencias caritativas, que tendrán que esperar el arribo de los años veinte del siglo XX para su incorporación como parte de la medicina estatal.

El Estado nacional surgido en América Latina con la Independencia, no intervino

---

<sup>14</sup> García, Juan César: “La Medicina Estatal en América Latina: 1880-1930”. Revista del Instituto Juan César García. Sumario. Vol N° 1; Quito, Ecuador; Enero de 1991.

<sup>15</sup> García, Juan César : Ibid;1991; pág. 11.

<sup>16</sup> Directoria Geral de Saúde Pública: “Os Serviços de Saúde Pública no Brasil”. Río de Janeiro, Brasil; 1909. Citado por Juan C. García; Ibid; 1991; pág. 25.



centralmente en el campo de la salud, salvo en aspectos normativos, dejando la ejecución de las acciones al nivel municipal, concebido desde la Colonia como órganos estatales territoriales. Las acciones del Estado central permanecieron, en general, poco desarrolladas, de modo tal que cuando este Estado incorporaba en sus actividades asuntos especializados como la salud, lo hacía a través de consejos consultivos.

Es el caso de los Consejos o Juntas Nacionales de Sanidad y Beneficencia, creados en la mayoría de los países de la región durante el siglo XIX, particularmente en Chile, que fueron cuerpos colegiados, consultivos de los Ministerios de Interior o Gobernación, con funciones normativas y de vigilancia.<sup>17</sup>

Es entonces a partir de las últimas dos décadas del siglo XIX que se registra en los países de América Latina la creación de instituciones de salud y sanidad de carácter y ámbito nacional, que se encargan de llevar a cabo actividades en el campo de la salud, lo que difiere notablemente de lo que se venía realizando antes.

Esta centralización de los servicios de salud y sanidad iniciada en los últimos lustros del siglo XIX, aparece como parte de un proceso más amplio de transformación de la superestructura jurídico-política del Estado, requerida para que correspondiera a esa fase de implantación y desarrollo hegemónico del capitalismo en los países de la región, transformación impulsada por la burguesía surgida de la producción capitalista de materias primas y de productos alimenticios destinados al mercado exterior, lo que en el caso de Chile muestra una asociación histórica, con la constitución de la nueva propiedad salitrera luego de la Guerra del Pacífico.<sup>18</sup>

La transformación de las instituciones y de la medicina ocurrida en ese período representó un cambio sustancial del papel que había jugado el Estado desde la Independencia. Se inició la creación de organizaciones institucionales con responsabilidades administrativas y burocráticas en lugar de los cuerpos colegiados, que comenzaron a disponer de funciones ejecutivas, en detrimento de las funciones consultivas y sólo normativas que en las décadas anteriores estaban bajo el ámbito del poder local.

El surgimiento de la medicina estatal bajo el alero de las instituciones del Estado nacional fue posible también por los cambios que se habían producido en el campo de las ciencias médicas, como resultado de su vinculación con el proceso de producción capitalista y que introdujo en ellas cambios fundamentales en sus conceptualizaciones, en su práctica y en la forma como organizó sus actividades.<sup>19</sup>

Las transformaciones sanitarias del Estado chileno finisecular parecen, en consecuencia, no corresponder en lo general a elementos idiosincrásicos de lo nacional, sino más bien se perciben inscritas en los marcos del desarrollo del capitalismo, como

---

<sup>17</sup> García, Juan César: *Ibid*; 1991; pág. 5.

<sup>18</sup> Ramírez Necochea, Hernán: "Balmaceda y la contrarrevolución de 1891". Obras Escogidas. LOM Ediciones. Santiago, Chile; 2007.

<sup>19</sup> García, Juan César: *Ibid*. 1991; Pág. 1.

parte de las formaciones económico-sociales que se dieron en los diversos países de la América Latina, asumiendo las particularidades observadas en el caso de Chile, el perfil del nivel de desarrollo político e ideológico que le confirió al Estado chileno, liberal-oligárquico, su proceso de crisis y término, hacia la década de los años veinte.

## **2. Los médicos y la genealogía de la Cuestión Social en Chile**

Pocas dudas validadas caben hoy día, en el sentido que la “cuestión social” que caracterizó los últimos lustros del siglo XIX y los primeros años del siglo XX, fue la expresión elocuente de una profunda crisis que marcó verticalmente a la sociedad chilena en todas sus capas y segmentos sociales y que abrió una transición definitiva hacia la modernidad nacional.

Resulta pertinente referirse en este espacio al origen concreto de la expresión “cuestión social” en Chile y a sus primeras significaciones conceptuales.

Fue el Dr. Augusto Orrego Luco, quien en un conjunto de artículos desarrolló el concepto por primera vez en Chile, como la categoría histórica que nos interesa. El Dr. Orrego Luco era Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, internista y psiquiatra formado en Francia en la clínica del Profesor Charcot, miembro del sector social dirigente del país, activo socio de la Sociedad Médica de Santiago, colaborador de la Revista Médica de Chile y miembro del Consejo de Instrucción Pública de 1885 a 1888.<sup>20</sup>

El hecho que la primera publicación que habla de una “cuestión social” haya sido el producto del pensamiento de un miembro de esa elite médica y de que en su conceptualización los elementos relacionados con la higiene y la salubridad públicas fueran propuestos como centrales, ha determinado que haya sido estudiada y demostrada la hipótesis de que la opinión de Orrego Luco no constituyó un relámpago en cielo azul, sino la expresión meditada y documentada de un proceso de percepción y conocimiento colectivo, desarrollado en el seno de la profesión médica organizada de entonces en la Sociedad Médica de Santiago, a partir de su propia praxis profesional, volcada desde sus inicios al ámbito de la trascendencia social.<sup>21</sup>

La preocupación original de Orrego Luco asoció los grandes problemas de la mortalidad de la niñez con los procesos migratorios de población, lo que les confería su gravedad y trascendencia sanitaria. La dependencia de esos fenómenos y procesos fundamentales de la salubridad de las condiciones materiales de existencia, se encuentra expresada, reiterada y sostenidamente, por la opinión médica colectiva de la época. Es

---

<sup>20</sup> Boletín de Instrucción Pública. Anales de la Universidad de Chile 1885 (Noviembre):920

<sup>21</sup> Molina Bustos, Carlos: “La Cuestión Social y la Opinión de la Elite Médica. Chile: 1880-1890. Un Análisis de la Revista Médica de Chile y de los Anales de la Universidad de Chile”. Anales Chilenos de Historia de la Medicina. Año (Vol.) 16 (1); Mayo de 2006.

más, las condiciones materiales de vida en la voz de la elite médica de la época, parecen alcanzar a determinar la superestructura moral, en las palabras del Dr. Adolfo Murillo.<sup>22</sup>

En efecto, la dureza de las transformaciones demográficas experimentadas por la ciudad de Santiago en la segunda mitad del siglo XIX y en menor grado, el puerto de Valparaíso, ciertamente está en la base de los grandes problemas de mortalidad de los párvulos asociados al importantísimo aumento de la población urbana, incapaz de absorber las demandas de vivienda e infraestructura urbana que esa población requería, con lo que el problema de las habitaciones obreras caracterizó estructuralmente a la “cuestión social” descrita por Orrego Luco. Al respecto, Torres consigna que,

**“Desde la segunda mitad del siglo XIX Santiago y en menor grado Valparaíso, experimentaron un aumento poblacional producto de importantes migraciones campo-ciudad. Entre 1865 y 1885 Santiago creció de 115.377 habitantes a 189.332, lo que significa un incremento espectacular para una época en que la sociedad chilena vivía en torno a la hacienda. Ese aumento del 60,94% fue el más alto para todo el período 1865-1930”.**<sup>23</sup>

Y continúa Isabel Torres:

**“Entre 1865 y 1920, que es la fecha en que más o menos termina nuestra exploración sobre los conventillos, el crecimiento de la ciudad llegó al 339,61%, en contraste con el de Valparaíso que alcanzó al 159%. La población rural de la zona central en cambio creció, entre 1865 y 1930, solamente un 7%”**<sup>24</sup>.

Para Orrego Luco, esto de que los fenómenos por él analizados se deban a la operación de leyes materiales, le permite afirmar la viabilidad de su control por la sociedad organizada en el Estado, lo que implica connotaciones políticas y éticas que se incorporan al concepto de cuestión social. Al respecto señalaba:

**“Desprender los hechos de esa atmósfera de la arbitrariedad caprichosa y presentarlos sujetos a leyes inflexibles que tienen una base material, que se derivan de condiciones económicas, es abrir un campo inmenso a la acción del estadista”**<sup>25</sup>.

Apuntaba la Revista Médica de Chile, en su sección Bibliografía, en Noviembre de 1881:

**“La mortalidad de los niños alcanza a una cifra asombrosa; las epidemias nos arrebatan periódicamente numerosos brazos; nuestro término medio de la vida humana marca una cifra dolorosa y muy poco o nada se hace para conjurar tamaños males... Parece que la vida humana debe ser, cuando más, un problema individual y que nada tiene que ver con el interés social”**<sup>26</sup>.

El desarrollo, por entonces, de la idea de la salud y la enfermedad como un fenómeno

<sup>22</sup> Murillo, A.: “Educación física i enseñanza de la higiene”. Revista Médica de Chile 1872; I: págs.124-130.

<sup>23</sup> Torres Dujisinj, Isabel: “Los Conventillos en Santiago (1900-1930)”. Cuadernos de Historia N° 6. Departamento de Ciencias Históricas. Universidad de Chile; Julio de 1986; pág. 67.

<sup>24</sup> Torres Dujisinj, Isabel: *Ibid.* 1986; pág.67.

<sup>25</sup> Orrego Luco, Augusto. “La Cuestión Social”. Imprenta Barcelona; Santiago; 1897 en Sergio Grez Toso: “La Cuestión Social en Chile. Ideas y Debates Precursores(1804-1902)”.Ediciones DIBAM; Santiago; 1995; pág.. 320.

colectivo, ligado indisolublemente a las condiciones de vida, que trasciende las dimensiones individuales y que da sustento a la primera conceptualización de la “cuestión social”, puede entenderse como una anticipación histórica, como un elemento precursor.

Siguiendo a Grez Toso, es posible afirmar que

***“el parámetro más importante, pero no el único, que permite tener una idea sobre las condiciones de vida de los sectores populares chilenos, tanto urbanos como rurales, durante el siglo XIX, es el de las tasas de mortalidad”<sup>27</sup>.***

En las páginas 184 y 185 de la referencia citada, se incluyen tablas con la evolución de las tasas de mortalidad en Chile entre 1848 y 1872 y entre 1876 y 1896 que muestran, entre otras cosas, que de 16,90 decesos por mil habitantes en 1848 se llegó a 28,78, en 1872 y que en el período entre 1892-1896, se alcanzó la tasa de 31,2 por mil habitantes, independientemente de las cifras absolutas de población total. Estas referencias también demuestran que las tasas aumentaron permanentemente entre 1848 y 1896 y que estas cifras son superiores en la época, a las cifras de las diversas regiones en que se agrupan los países de Europa, incluso superiores a la región meridional que presenta las peores cifras de ese continente.

Los elementos objetivos de carácter sanitario que parece haber tenido en cuenta Orrego Luco para caracterizar la “cuestión social” y sobre los que abundó la elite médica organizada en la Sociedad Médica de Santiago, se amplían al conocer lo señalado por María Angélica Illanes, en una tabla que muestra el número de cadáveres sepultados en el Cementerio General de Santiago entre 1897 y 1900.

En efecto, en 1897, las sepultaciones de párvulos correspondieron al 55,27% del total y en 1900, al 63,10%.<sup>28</sup> Debe tenerse en cuenta que la mortalidad de la niñez es un indicador más sensible y específico que la mortalidad general, para caracterizar el perfil de las condiciones de vida y de salud de los grupos poblacionales.

Pocas dudas pueden haber hoy, en consecuencia, que los grandes problemas sanitarios del Chile de fines del siglo XIX estuvieron en la raíz de la conceptualización de la “cuestión social”.

Ello, porque la percepción social de la salud parece haber evolucionado en esa época, desde una vinculación conceptual primaria con las enfermedades y la muerte, hacia una mayor vinculación con las posibilidades de realización personal y colectiva de las poblaciones.<sup>29</sup>

La “cuestión social” politizada, es decir, transformada en propuesta y bandera del cambio social, sentó las bases de las conceptualizaciones modernas y actuales de la

---

<sup>26</sup> Murillo, A.: *Bibliografía. Revista Médica de Chile 1881; X; págs. 180-184.*

<sup>27</sup> Grez Toso., Sergio: *“Les Movements D’Ouvriers et D’Artisans en Milieu Urbain Au Chili Au XIX Siecle (1818-1890) (Premiere Partie). Ecole des Hautes en Sciences Sociales; París; 1990; pag. 183.*

<sup>28</sup> Illanes, M.A. “En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia...”. Colectivo de Atención Primaria; Santiago; 1993; pág. 98.

<sup>29</sup> Samaja, J., “Dialéctica de la Investigación Científica”, Helguero Editores, Buenos Aires, Argentina, 1987.

salud y la enfermedad que han prevalecido en Chile.

La definición de la Organización Mundial de la Salud es un ejemplo de estas últimas, *salud como sinónimo de bienestar físico, mental y social*. Por lo tanto, salud como expresión de las condiciones de vida de la población.

La salud no puede ser entendida ya como la ausencia de enfermedad. Cada individuo, familia, comunidad y población, en cada momento de su existencia tiene necesidades y riesgos que les son característicos, sea por su edad, por el sexo u otros atributos individuales, sea por su localización geográfica y ecológica, por su cultura y nivel educativo, o sea por su ubicación económico-social, que se traducen en un perfil de problemas de salud-enfermedad peculiares, que favorecen o dificultan, en mayor o menor grado, su realización como individuo y como proyecto social.

Salud y enfermedad, son expresión de la vida. Sólo la muerte significa la negación absoluta de la salud y la enfermedad. Conforman un fenómeno originalmente biológico, que es parte constitutiva de la sociedad ligado con sus especificidades, al proceso general de reproducción social, es decir a la transformación de la naturaleza y de la sociedad producida para satisfacer las necesidades humanas. Tiene lugar en individuos, comunidades y grupos de población concretos y en espacios y tiempos concretos. Por ello es un proceso histórico.<sup>30</sup>

La inteligencia aceptada hoy día en Chile del proceso Salud-Enfermedad, parece haber sido adelantada, anticipada históricamente, por algunos representantes organizados de la elite médica de fines del siglo XIX y por los efectos políticos y sociales que caracterizaron la “cuestión social”, estudiada y perfilada originalmente por Orrego Luco y sus colegas de la Sociedad Médica de Santiago y protagonizada principalmente por el movimiento obrero, erigido en sujeto social.

### **3. Algunas consideraciones sobre La Cuestión Social y los Sujetos Sociales.**

El fenómeno social cuya emergencia, la historiografía chilena sitúa a partir de los años 1880, como consecuencia de la industrialización y la urbanización del país, colocó en el espacio público nacional el panorama nuevo de una sociedad urbana de masas, en el que el conjunto creciente de amplios sectores excluidos y marginados de los beneficios del crecimiento, asumió el carácter organizado del movimiento obrero y popular, con dimensiones y alcances de protagonista político. El nuevo perfil de esta forma de modernidad presentó, con sus aristas de polarización social y política, la fractura de la sociedad chilena de antaño y con ello, en un sentido amplio, los gérmenes de las desigualdades y exclusiones que se arrastraban desde tiempos muy pretéritos, abrieron el espacio social a la emergencia de una “moderna cuestión social”, cuyos orígenes no

---

<sup>30</sup> Castellanos, P.J., Sobre el Concepto de Salud/Enfermedad. Descripción y Explicación de la Situación de Salud, Boletín Epidemiológico OPS, Vol 10 N° 4, 1990.

sólo se vinculan a la transición económica y demográfica descrita a partir de los años 1860, sino al antiguo régimen de raíz colonial.<sup>31</sup>

Una de las definiciones sobre “cuestión social” más aceptada por la historiografía nacional, es la elaborada por James O. Morris, que con su estructura semántica amplia y proteiforme, se refiere a todos los ámbitos sociales y políticos del fenómeno, al describirla como el conjunto de:

**“consecuencias sociales, laborales e ideológicas de la industrialización y urbanización nacientes: una nueva forma dependiente del sistema de salarios, la aparición de problemas cada vez más complejos pertinentes a vivienda obrera, atención médica y salubridad; la constitución de organizaciones destinadas a defender los intereses de la nueva clase trabajadora; huelgas y demostraciones callejeras, tal vez choques armados entre los trabajadores y la policía o los militares, y cierta popularidad de las ideas extremistas, con una consiguiente influencia sobre los dirigentes de los trabajadores”<sup>32</sup>.**

A partir de la industrialización y de las transformaciones tecnológicas y de organización de los procesos del trabajo, surgió en los últimos lustros del siglo XIX, un asalariado ligado a la empresa en función de su capacidad productiva y sólo con derecho al salario. Lo social pareció evolucionar desde las solidaridades tradicionales al surgimiento del Estado Social moderno.<sup>33</sup>

Buena parte de las formas como la historiografía ha abordado la “cuestión social”, han hecho un énfasis marcado en los aspectos económico-sociales derivados de la industrialización y los procesos demográficos de migraciones del campo a la ciudad, con sus secuelas de marginación social de importantes sectores sociales.

Desde esos puntos de vista, la “cuestión social” ha sido la expresión elocuente de un conflicto social grave y profundo, respecto del que parecen coincidir autores de diversos signos ideológicos. Es el caso de Gonzalo Vial para quien la “cuestión social” fue la expresión de un quiebre del consenso político y social, de una ruptura de la unidad nacional que acompañó al país durante el siglo XIX,

**“Una enorme mayoría numérica, los trabajadores, perdió y con suficiente motivo, el concepto de solidaridad nacional y la confianza en el patrón, el cura y el cacique como consuelo y providencia de las desgracias”<sup>34</sup>.**

Y también es el caso de José Bengoa, para quien la sociedad oligárquica se había basado en el desarrollo de ciertas lealtades entre rotos y patrones, cuestión que se habría quebrado con la masacre de la Escuela Santa María de Iquique.<sup>35</sup>

---

<sup>31</sup> Grez Toso, Sergio: “La Cuestión Social en Chile. Ideas y debates precursores (1804-1902)”. Santiago, Chile; Dibam; 1995.

<sup>32</sup> Morris O., James: “Las élites, los intelectuales y el consenso. Estudio de la cuestión social y el sistema de relaciones industriales en Chile. Santiago; Editorial del Pacífico; 1967; pág.80.

<sup>33</sup> Castel, Robert: “Las Metamorfosis de la Cuestión Social: una crónica del salariado (Prólogo)”. Buenos Aires, Argentina; Paidós; 1997.

<sup>34</sup> Vial, Gonzalo: “Historia de Chile”. Editorial Portada. Santiago; 1981; pág. 867.

Gabriel Salazar al analizar la estabilidad en el parlamentarismo postportaliano entre 1891 y 1925, señala que la crisis social hacia 1910 alcanzó ribetes dramáticos, con expresiones renovadas del viejo miedo oligárquico del siglo XIX que adquirió el carácter de “miedo al alzamiento, al anarquismo, al socialismo o sea, miedo al peligro rojo”. No obstante, de ese miedo básico a la historia,

**“...surgieron dos típicas tácticas parlamentaristas: la represión draconiana de los “rotos alzados”(primera fase) y las propuestas de integración democrática a la ciudadanía nacional (segunda fase)...La táctica primera fase fue aplicada con éxito entre 1903-7 (masacres), lo que llevó a los “ rotos alzados” a reconocer, a regañadientes, cuál era el sitio que les correspondía en la estructura de la sociedad chilena. La táctica segunda fase fue aplicada en forma escalonada desde 1910 y consistió en difundir la metodología política “de los acuerdos”, haciéndola extensiva a los actores sociales. El sistema político nacional amplió su capacidad de debate, el parlamentarismo absorbió los desgarramientos y contradicciones que hasta entonces explotaban por las calles y minas y se constituyó así, un sentido cívico- formal de funcionamiento democrático”<sup>36</sup> .**

De este modo, Salazar analiza el gran conflicto social de la época desde una perspectiva que va más allá del conflicto, adjudicándole un carácter táctico más amplio a las fuerzas hegemónicas del sistema político, que le permiten finalmente, manteniendo lo que él llama la gobernabilidad, acceder a las soluciones de 1925.

Ello habría significado incorporar la “cuestión social” al discurso democrático impulsado por la elite, con lo cual la segunda fase táctica propuesta por Salazar, habría constituido el instrumento de la educación cívica de la ciudadanía, necesario para sostener la gobernabilidad del parlamentarismo postportaliano.

En la misma dirección de lo planteado por Salazar, se inscribe lo apuntado por Torres,

**“Llama la atención la conciencia que existía en los círculos políticos y en los medios de comunicación sobre la gravedad del problema de los conventillos. En general, puede decirse que el nuevo siglo hizo más perceptible a la elite política respecto de la “cuestión social” y especialmente, respecto de el problema de las habitaciones obreras.....El pauperismo extremo en que vivían esos grupos, especialmente la situación de insalubridad y de falta de higiene eran percibidos como factores contraproducentes para el funcionamiento de la sociedad global....Lo más significativo es que los sectores de la elite que se preocupaban del problema de los conventillos.....consiguieron involucrar al Estado en la búsqueda de soluciones, en el control sobre las condiciones de higiene y salubridad de los conventillos y, lo que es más importante, en el fomento de la habitación popular”<sup>37</sup> .**

A partir del análisis de Salazar, otros autores sostienen que el costo político de la

<sup>35</sup> Citado por Juan C. Yáñez; Ibid; 2003; pág. 19.

<sup>36</sup> Salazar, Gabriel: “La Violencia Política Popular en las Grandes Alamedas”. LOM Ediciones. Santiago; 2006; págs. 73-74.

<sup>37</sup> Torres Dujisin, Isabel: Ibid. 1986; pág. 84-85.

“cuestión social” que, en el curso del siglo XIX, pareció radicado sólo en los sectores populares, pasaba así a definirse como una realidad política propiamente nacional.<sup>38</sup>

La historiografía nacional da cuenta así de múltiples y diversos enfoques y modos de abordaje respecto de la “cuestión social”, de la emergencia y conformación de los actores y sujetos sociales que se definen en torno a ella y de sus eventuales alcances y connotaciones de conflicto y ruptura, junto a sus eventuales efectos de hegemonía, estabilidad democrática y gobernabilidad, que caracterizaron el período que parece culminar en el primer lustro de la década de los años 1920.

A partir de los perfiles que adquiere la “cuestión social”, desde los diversos estudios e interpretaciones historiográficas, me parece posible plantear la flexibilización de los límites de su término, señalado como ya se ha dicho, en la década de los años veinte del siglo XX.

Ello, con la intención de dejar planteada, para otras investigaciones, la hipótesis de una reedición de esa “cuestión social” hacia la mitad de aquel siglo o, en su defecto, la idea de una continuidad de aquel proceso, en la medida en que por una parte, el movimiento obrero continuó su proceso de maduración y desarrollo que se expresó en proyectos de transformación social profunda y por otra, en la medida en que desde los primeros años del siglo XX emergieron los sectores medios con su creciente presión reformista y transformadora del Estado,

***“los que como producto del gran esfuerzo educacional desplegado durante el parlamentarismo se consolidaron como la clase media chilena”.***<sup>39</sup>

La presencia de ambos sujetos sociales en los espacios públicos de la vida política y social del país, interpelando y modulando la estructura y la respuesta del Estado, parece generar la hostilidad represiva hacia los movimientos sociales por una parte y también, la construcción y edificación del edificio sanitario nacional como respuesta, por otra.

Esta relación contradictoria y ambivalente entre el Estado y los actores y sujetos sociales, claramente visible desde el espacio de las instituciones sanitarias, parece propio del proceso que ha sido historiográficamente caracterizado como “cuestión social”.

De la lectura del discurso historiográfico, Chile puede ser percibido en el período analizado como una sociedad escindida, polarizada y fracturada en términos de clases irreconciliables. Es decir, dos Chiles; uno frente al otro. El Chile de la oligarquía, vestido de frac, que inaugura monumentos donados por las potencias capitalistas europeas para conmemorar su primer centenario y el Chile de los campamentos mineros, de los conventillos, del pueblo pobre y miserable, acosado por el alcoholismo, las pestes y la represión sistemática de su protesta.

En ese escenario, los sectores medios emergentes son aún pequeños y poco influyentes y no pueden jugar el papel mediador entre las clases polares, que se les describe en sociedades europeas. Es decir, en ese Chile, polarizado y confrontado, no

---

<sup>38</sup> Yáñez, Juan Carlos: Ibid; 2003; pág.21.

<sup>39</sup> *Aylwin, Mariana; Bascañán, Carlos; Correa, Sofía; Gazmuri, Cristián; Serrano, Sol; Tagle, Matías: “Chile en el Siglo XX”. Santiago. Editorial Planeta; 1990; pág. 16.*



hubo acuerdo posible para concordar un sistema de relaciones laborales que abriera paso al consenso social. Incluso aquellos sectores que sostienen que el período entre 1900 y 1920, constituyó el período

**“del despertar de la clase media y de su consolidación como clase señalan que los sectores medios que adquirirían conciencia de clase y el proletariado que iniciaba su organización, chocaban en sus aspiraciones con las barreras infranqueables del sistema vigente, lo que determinó que cundiera un sentimiento antioligárquico compartido por las nuevas generaciones que, desde la arena política e intelectual, se convirtieron en los principales críticos de la clase social dirigente, del régimen político y del sistema económico”<sup>40</sup>**

Lo anterior se expresó en la confrontación crecientemente violenta de esos años, en que la respuesta oligárquica e institucional ante las cada vez más organizadas y masivas protestas y movilizaciones obreras, fue la represión.

**“El sistema político nacional experimentó a comienzos de siglo, un jaque social múltiple y a fondo que, por primera vez en la historia de Chile, dejó a la vista pública el hueso de su ilegitimidad y la necesidad social de actuar quirúrgicamente (historicistamente) sobre su estructura. De ello fueron graves advertencias los alzamientos de las masas urbanas que, en 1903 demostraron con hechos que podían saquear Valparaíso; en 1905, que podían al menor descuido militar, hacer lo propio en Santiago; y en 1907, que eran capaces de adueñarse de Iquique; y entre 1919 y 1920, que podían movilizar reivindicativamente a casi toda la masa ciudadana”<sup>41</sup>.**

Agregan Aylwin et als:

**“...ya se ve claramente cuál era el desajuste fundamental entre el movimiento obrero y el sistema: la relación se daba sobre la base de la dinámica protesta-represión y su saldo era la violencia. El Estado concebía como su deber el resguardo del orden público y el sector patronal así también lo entendía”<sup>42</sup>.**

Al verificar la magnitud, extensión y profundidad de las transformaciones sociales que se desarrollaron entre 1880 y 1920 en Chile, se percibe con claridad el carácter totalizador, de muy amplia cobertura, que tuvo la “cuestión social”, en el sentido que no dejó ningún espacio de la vida nacional fuera de sus efectos, con lo que abrió paso a una transformación de la vida social y política del país.

En cuarenta años, desde 1880 a 1920, el país cambió no sólo en sus peculiaridades estructurales, económicas y demográficas, sino también en sus comportamientos sociales y culturales y en la estructura y contenidos de los discursos políticos.

Al examinar, el discurso político de personajes provenientes de sectores sociales e ideológicos diversos y hasta antagónicos, como Valentín Letelier, Juan Enrique Concha, Enrique Maclver, Luis Emilio Recabarren, es posible verificar el reconocimiento de la existencia de la “cuestión social”, así como la jerarquía de lo ético en sus alcances y la

<sup>40</sup> Aylwin, Mariana et als: *Ibid*; 1990; pág. 21.

<sup>41</sup> Salazar, Gabriel: *Ibid*; 2006; pág.73.

<sup>42</sup> Aylwin, Mariana et als.: *Ibid.*; 1990; pág. 74.

presencia de las críticas a la moral social vigente

En 1896 Valentín Letelier, miembro del Partido Radical, reconocía el valor de la formación de partidos obreros, criticaba su actitud hostil y la elaboración de programas sólo referidos a los intereses del pueblo que decían representar, pero junto a ello les atribuía la especial importancia de modificar la actitud de los partidos tradicionales, hacia los problemas de los obreros:

***“Dondequiera que se ha constituido el partido de los pobres, los partidos reaccionarios se han sentido como desangrados....la política ha modificado su rumbo tradicional para interesarse en la suerte de los desheredados.....Indagar las causas del nacimiento de un nuevo partido es en sustancia formar el proceso de los antiguos y cuando un partido antiguo hace este estudio, en realidad hace un examen de conciencia”***<sup>43</sup> .

En 1898, Juan Enrique Concha Subercaseaux, abogado miembro del Partido Conservador, denunciaba el peligro de que la democracia deviniera en una práctica formal, incapaz de resolver los problemas sociales y a la cual la gente le reclamara violentamente sus derechos, haciendo a la elite dirigente responsable del proceso denunciado:

***“El pueblo de ahora no es el de antaño, el obrero y acaso el campesino, han llenado su cabeza con ideas que están muy lejos de propender al mejoramiento de su condición social, basándose en el respeto al orden establecido.....Es necesario aunque sea poco halagador decirlo, que a esto han contribuido las altas clases sociales que han olvidado mucho las obligaciones que como patrones tienen para con sus dependientes”***<sup>44</sup> .

Al criticar al liberalismo que consideraba el trabajo humano como una mercancía que separaba al trabajo y su producto del hombre que lo generaba, introducía una severa crítica moral al ordenamiento que había perturbado la armonía laboral, haciendo olvidar a los patrones su responsabilidad con sus trabajadores:

***“Si se les aconseja a los patrones velar por la moralidad, no lo hacen en consideración a un principio de orden social o de conciencia, sino en cuanto tal o cual procedimiento les redundará en beneficio propio: la utilidad puede ser un aliciente más o menos poderoso, pero jamás el fundamento de un régimen moral”***<sup>45</sup> .

Enrique Maclver, en torno a la tercera Convención del Partido Radical celebrada en 1906, al referirse a los planteamientos que exigían una mayor preocupación por la “cuestión social”, seguía negando la existencia de ese problema con los caracteres de una crisis. Al intentar situar la raíz de los problemas nacionales que dificultaban el desarrollo del país, Maclver parecía no identificarlos con la agitación popular, las huelgas, las enfermedades

---

<sup>43</sup> Letelier, Valentín: “Los pobres”, en Sergio Grez Toso, “La Cuestión Social en Chile. Ideas y Debates Precursores”. Santiago; Ediciones DIBAM; 1995; págs.426-427.

<sup>44</sup> Concha, Juan Enrique: “Cuestiones Obreras”, en Sergio Grez Toso, “La Cuestión Social en Chile. Ideas y Debates Precursores”. Santiago; Ediciones DIBAM; 1995; págs.458-459.

<sup>45</sup> Concha, Juan Enrique; Citado en S. Grez; Ibid; 1995; pág.461

o la mortalidad infantil, que le parecían consecuencias secundarias, sino con un mal de fondo que era urgente denunciar:

**“Señalar los vicios y los defectos sociales e institucionales para ponerse en situación de corregirlos y enmendarlos; que sin eso, el mal continúa su obra destructora y los que creen verlo, por su inacción y silencio, responsables son del que ocasiona”**<sup>46</sup> .

Para Maclver, la “cuestión social” era una “cuestión moral” por cuanto la falta de moralidad era la causa de la detención del progreso y de la decadencia,

**“Hablo de la moralidad que consiste en el cumplimiento de su deber y de sus obligaciones por los poderes públicos y los magistrados, en el leal y completo desempeño de la función que les atribuye la Carta Fundamental y las leyes, en el ejercicio de los cargos y empleos, teniendo en vista el bien general y no intereses y fines de otro género”**<sup>47</sup> .

Por su parte, Luis Emilio Recabarren, de gran significación en el desarrollo del movimiento obrero chileno, que ocupó un rol fundador en el ideario popular y en la creación del Partido Obrero Socialista en 1912, afirmaba el carácter de clase de la “cuestión social” y su amplitud internacional.

**“De esta situación nace una agitación de los de abajo que quieren desasirse de las garras de la miseria, sedientos de justicia y de vida contra los de arriba que en su egoísmo se creen con derecho a encarcelar los goces de los pobres”**<sup>48</sup> .

Para el autor citado, la “cuestión social” debe entenderse como el proceso completo de transformación del orden social injusto vigente, aún cuando reconoce la existencia de visiones diversas sobre el problema y el valor intermedio e instrumental de las mejoras del proletariado:

**“Si nos agitamos buscando mejoras de salarios, disminución de horas, buenas comodidades, ello es solamente para conquistar los primeros puntos, las primeras posiciones, para llegar más adelante, para llegar a la reforma completa del estado social lleno de injusticias, de crímenes, del cual ansiamos salir para ser felices y libres.....así se entiende (la cuestión social) como el cambio completo del régimen actual por medio de la abolición del dinero, del gobierno, leyes y demás cadenas que aprisionan las libertades individuales.....al estado de orden natural y libre es lo que se llama la cuestión social y no la miseria, la falta de trabajo y la mala calidad del salario y de los alimentos o vestidos”**<sup>49</sup> .

La cuestión social moderna se expresó también en los espacios de la cultura y en el rol

<sup>46</sup> Maclver, Enrique: “Discurso sobre la crisis moral de la República”, En Sergio Grez Toso, “La Cuestión Social en Chile. Ideas y Debates Precursores”. Ediciones DIBAM; 1995; pág. 519.

<sup>47</sup> Maclver, Enrique; “Discurso sobre la crisis moral de la República”; En Sergio Grez Toso, “La Cuestión Social en Chile. Ideas y Debates Precursores” ; Ediciones DIBAM; 1995; pág.524.

<sup>48</sup> Recabarren, Luis Emilio: “La Claridad del Día; La Unión, 27 de Noviembre de 1904. Citado Por Juan C. Yáñez; Ibid; 2003; pág.58.

<sup>49</sup> Recabarren, Luis Emilio: “La Claridad del Día”; La Unión, 4 de Diciembre de 1904. Citado por Juan C. Yáñez; Ibid; 2003; pág. 59.

que comenzó a jugar, en esos años, la participación de la mujer y del movimiento estudiantil en las luchas sociales. En este sentido es posible pensar que la aparición y desarrollo del movimiento estudiantil organizado, a partir de la fundación de la Federación de Estudiantes de Chile (FECH), hizo una contribución decisiva a la formación del sujeto popular, estableciendo relaciones de sincronía y alianzas estratégicas con el movimiento obrero que se mantendrían durante todo el siglo XX, marcando además, también de modo significativo, la orientación social y política de los sectores medios de los cuales provenía.

Los estudiantes organizados prestaron innumerables servicios a los sectores populares en materias educacionales, legales y de salud. A través de su órgano oficial de prensa Claridad, creado en 1911, la Federación de Estudiantes de Chile (FECH) expuso su pensamiento claramente antioligárquico, crítico del orden social establecido, definiendo a la juventud y su movimiento como motor de los cambios progresistas que estimaban indispensables. No debe ser omitido en este espacio, que la Federación de Estudiantes de Chile, junto a diversas organizaciones políticas y laborales, convocó a la Asamblea Obrera de Alimentación Nacional en 1918, que será tratada mas adelante.

Paralelamente, los modos y pautas de la sociabilidad chilena se vieron también profundamente influidos por la fractura social y por la existencia creciente de los sectores marginales urbanos, entre los que se desarrollaron peculiaridades de la sociabilidad popular, con fuertes elementos de solidaridad, emergiendo en la praxis social de esos sectores el valor concreto de lo colectivo y de la calle como nueva expresión del espacio público, en cuyas bases pueden encontrarse las características sociológicas del movimiento popular, así como la generación de contenidos morales de solidaridad que, de algún modo, tipifican al pueblo como sujeto social emergente y protagonista de los acontecimientos políticos de los años y décadas siguientes.

***“Las dificultades consustanciales a las condiciones de vida de los sectores populares radicados en las ciudades o en las regiones mineras, impusieron tipos y relaciones sociales particulares. El hacinamiento y el deterioro, la humedad y oscuridad de las habitaciones, obligaron a sus moradores a volcar en espacios públicos sus quehaceres, relaciones sociales y actividades cotidianas. Al verse a la calle, al pasaje, a los lavaderos, a las cocinas y a los servicios higiénicos, dieron vida a una abigarrada sociabilidad de corte comunitario, expresada en la generación de fuertes lazos de solidaridad. La preparación de los alimentos, el lavado de las ropas o el cuidado de los hijos se transformaron en tareas colectivas, sobre todo en el caso de las mujeres, dado que éstas permanecían en los hogares. Los espacios comunitarios se convirtieron en verdaderos centros de vida social no extraños al apoyo fraterno con miras a la solución de los problemas que a todos aquejaban”*<sup>50</sup>**

En el perfil apuntado por Sofía Correa y sus colaboradores es posible advertir la raíz de los comportamientos sociales del conjunto del movimiento de pobladores de las décadas de los cincuenta y los sesenta del siglo veinte. En estas transformaciones de la sociabilidad popular pueden encontrarse los orígenes de las ollas comunes y de la

---

<sup>50</sup> Correa Sofía, Figueroa, Consuelo, Jocelyin-Holt, Alfredo, Rolle, Claudio, Vicuña Manuel.: “Historia del Siglo XX Chileno” ; Editorial Sudamericana; Santiago, Chile; 2001; pág.54.

primera organización socio-sanitaria que habría de albergar los dispensarios médicos, las unidades sanitarias, los consultorios periféricos y los centros de salud que generaron la institucionalidad sanitaria del siglo XX.

Parece claro en consecuencia que ha existido una relación entre el desarrollo de la “cuestión social” y la conformación de los sujetos sociales que emergieron como sus protagonistas, en los marcos de los diversos enfoques con que la historiografía chilena ha dado cuenta de aquel proceso y de sus actores.

La mitad del siglo XX parece marcar un codo de significación cualitativa en el curso de la historiografía chilena, al inaugurarse una escuela que construyó sus objetos de estudio a partir de los sectores populares y de la dimensión económica y social de los procesos históricos.

**“1951 fue un año de ruptura para la historiografía chilena. Desafiando la hegemonía secular de obras consagradas al protagonismo histórico de los sectores de elite, dos jóvenes autores de militancia izquierdista (comunista uno, socialista el otro) inauguraron una escuela que la posteridad vendría a conocer como “marxista clásica”<sup>51</sup> .**

Se trata del “Ensayo Crítico del Desarrollo Económico-Social de Chile” de Julio César Jobet y de “La Guerra Civil de 1891. Antecedentes Económicos”, de Hernán Ramírez Necochea, ambos publicados en 1951.

Llamaron a re-escribir la historia de Chile, a partir del mundo de los trabajadores y de las concepciones del materialismo histórico.

Si bien en la primera obra publicada de Ramírez, este autor daba cuenta del imperialismo, es en la segunda obra, “Historia del Movimiento Obrero en Chile. Antecedentes Siglo XIX”, en la que pone en un primer plano historiográfico a la clase obrera, como el sujeto social determinante, artífice de la historia. En esta investigación publicada en 1956, Ramírez llama a “llenar el vacío” resultado de la omisión de ese trascendental protagonista por parte de la historiografía convencional, ratificando su convicción de que “*el proletariado es la clase a la que pertenece el porvenir*”, y que a través del conocimiento de su propia historia afianzaría la conciencia de “*su destino o su misión histórica*”, que claramente tendría por propósito encabezar un proyecto político de transformación social, lo que hace a la esencia sustancial de un sujeto social, como categoría histórica central de la modernidad:

**“a través del conocimiento de su historia, el proletariado chileno hará más fuerte y a la vez más profunda su conciencia de clase, podrá aprehender mejor la ideología que específicamente le corresponde y así seguirá con mayor certeza y confianza la ruta que la evolución histórica le tiene fijada”<sup>52</sup> .**

Por esos mismos años, otros autores de similar inspiración ideológica como Marcelo Segall,<sup>53</sup> Jorge Barría<sup>54</sup> y el propio Jobet<sup>55</sup> se sumaban al trabajo historiográfico

<sup>51</sup> Pinto Vallejos, Julio: “Obras Escogidas. Hernán Ramírez Necochea. Volumen I. Estudio Preliminar: La Historia y la Causa”. LOM Ediciones; Santiago; 2007; pág. 5.

<sup>52</sup> Ramírez Necochea, Hernán: “Historia del Movimiento Obrero en Chile. Antecedentes Siglo XIX”; Santiago; Austral; 1956; pág.16.

señalado, poniendo en el centro de los procesos sociales al movimiento obrero entendido como clase obrera, estudiando la influencia de las condiciones económico-sociales en la emergencia del proletariado urbano y su condición de actor y protagonista de la historia nacional, con el carácter de sujeto social.

A partir de la textualidad estudiada de la obra citada de Ramírez, parece quedar de manifiesto la intención del autor de relevar como actor, como sujeto social a la clase obrera en un sentido estricto y excluyente.

Lo anterior, ligado al hecho que la conciencia de historicidad de la clase obrera radicaría en su destino o misión histórica, ha sido entendido con posterioridad, particularmente desde 1980, como un vicio historiográfico y frente al cual,

***“una historiografía más reciente ha recuperado al conjunto de las capas populares como sujeto histórico tanto o más estratégico que aquella”*<sup>56</sup> .**

Para algunos autores, el hecho que Ramírez parece otorgar siempre preeminencia a los factores de orden estructural, a los procesos económicos, sobre todo aquello de orden subjetivo, en la determinación de la conciencia, lo que se expresaba en las etapas que debía observar la clase obrera como sujeto revolucionario, les ha parecido propio de un “sesgo vanguardista y teleológico”<sup>57</sup> .

Gabriel Salazar y Julio Pinto dedican un capítulo de su Historia Contemporánea de Chile a reflexionar críticamente sobre “El Sujeto Popular, de modo que a la hora de formularse la pregunta, razonan de acuerdo con Alain Touraine:

***“¿quiénes son los protagonistas en el acto de la vida? ¿quiénes son los que hacen la Historia? La modernidad respondió a estas preguntas señalando que éstos son los individuos que tienen conciencia de sí mismos, una conciencia que los lleva a tener la voluntad de influir sobre su yo y su circunstancia, asegurando por medio de sus actos, la protección y extensión de su libertad. A quien actúa en este sentido se le considera un sujeto, un actor social e histórico que constituye la figura central de la modernidad”*<sup>58</sup> .**

En un juicio crítico de la historiografía marxista recientemente citada, consideran que la lógica estructural de esas aproximaciones, no admitía cambios ni contradicciones en el concepto de sujeto popular, por cuanto en el marxismo clásico, el obrero era un ser

<sup>53</sup> Segall, Marcelo: “Desarrollo del Capitalismo en Chile”: Santiago, Editorial del Pacífico; 1953.

<sup>54</sup> Barría, Jorge: “Los Movimientos Sociales de Principios del Siglo XX (1900-1910)”. Santiago; Universidad de Chile; 1953.

<sup>55</sup> Jobet, Julio César: “Recabarren. Los Orígenes del Movimiento Obrero y del Socialismo Chileno”: Santiago. Prensa Latinoamericana; 1955.

<sup>56</sup> **Pinto Vallejos, Julio: “Obras Escogidas de Hernán Ramírez Necochea-Estudio Preliminar”; Santiago, 2007; pág. 10.**

<sup>57</sup> Rojas Flores, Jorge: “Los Trabajadores en la Historiografía Chilena: Balance y Proyecciones”. Revista de Economía y Trabajo. Nº. 10 Santiago, PET, 2000; pág. 53.

<sup>58</sup> **Salazar, Gabriel y Pinto, Julio: “Historia Contemporánea de Chile II. Actores, Identidad y Movimiento” Santiago; Ediciones LOM; Abril, 1999, pág. 93.**

destinado a hacer la revolución y cuya identidad se definía en la “clase obrera homogénea y ontológicamente revolucionaria”. Y por ello afirman:

**“Las ciencias sociales, en su afán de sistematizar, comenzaron analizando al sujeto social como una categoría fija y definible. Lo situaron dentro de la estructura socioeconómica, en torno a las relaciones sociales de producción. La inserción del sujeto en dicha estructura determinaba, a priori, sus intereses de clase, de los cuales se derivaban los objetivos y estrategias que movilizaban la acción social”**<sup>59</sup> .

Lo que parece claro de estas reflexiones, es que los procesos de identidad de los sujetos sociales, no tienen curso sólo en los marcos objetivos de los enfoques estructurales, sino que esta identidad aparece además definida en la acción y por lo tanto, desde un enfoque historicista, los sujetos no son, sino que están siendo. Por ello, estos autores afirman:

**“Esta visión reconoce la dialéctica del accionar social que diversifica las experiencias, percepciones y modos de representación de la vida social, todo lo cual influye en la constitución de identidades y culturas heterogéneas”**<sup>60</sup> .

Luis Alberto Romero,<sup>61</sup> a la hora de preguntarse ¿cómo se constituye la identidad popular, la identidad de los sujetos sociales?, formula cuatro aspectos fundamentales intervinientes, en los que se refiere a los elementos determinantes de la identidad y que son propios de la estructura social y al cómo éstos son modulados e influidos, en la constitución de la identidad de los sujetos, por la identidad atribuida por los otros segmentos sociales; por el Estado y por las agrupaciones políticas que se identifican ideológicamente con los sujetos populares.

Ciertamente, el punto de vista de Romero está formulado desde un promontorio epistemológico diverso y crítico de la historiografía marxista clásica, no obstante lo cual coloca en primer lugar de su esfuerzo de flexibilización, las determinaciones de la estructura social.

Algo similar parece ocurrir con lo planteado por Salazar y Pinto, cuando señalan:

**“En conclusión, la lógica histórica hace confluír pasado, presente y futuro en un mismo sujeto, éste es lo que es, lo que ha sido y lo que proyecta ser. Su accionar social se desarrolla bajo los signos de la permanencia y el cambio. Lo anterior no significa prescindir del enfoque estructural para caracterizar a los sujetos sociales (quiénes son y hacia donde orientan sus acciones), ya que éste devela las condiciones objetivas en las cuales los individuos se desenvuelven, condiciones que emanan de su emplazamiento en la estructura socioeconómica”**

<sup>62</sup> .

En consecuencia y más allá de los diversos enfoques con que se ha estudiado la

<sup>59</sup> Salazar y Pinto: *Ibid*; 1999; pág. 93.

<sup>60</sup> Salazar Y Pinto: *Ibid*; 1999; pág.94.

<sup>61</sup> Romero, Luis Alberto: “Los Sectores Populares en las Ciudades Latinoamericanas del Siglo XIX: La Cuestión de la Identidad”. *Desarrollo Económico*; Vol 27; N°. 106; Septiembre, 1987; págs.204-208.

<sup>62</sup> Salazar y Pinto: *Ibid*, 1999; pág. 94.

categoría de sujeto histórico, si los sujetos sociales pueden ser comprendidos como los protagonistas de la modernidad, particularmente en los espacios históricos en los que se instala la genealogía de la institucionalidad sanitaria chilena que motiva este estudio, debe ser relevado el rol de estos sujetos sociales en la construcción de nuestra realidad, como instrumento

En el caso del sujeto popular chileno, emergido con fuerza desde fines del siglo XIX, es posible advertir e identificar su voluntad individual y colectiva de construirse como sujeto social, a través de su propio proceso de concientización, en tanto concientizarse, puede ser entendido como

***“ser capaz de criticar y criticarse, preguntarse por el sentido de las cosas y de la propia existencia, tomar decisiones, informarse, buscar, no dejarse llevar sin consultas alternativas y sin decidir, buscar la verdad y el error, tener afán de conocer y de actuar eficiente y correctamente. En otras palabras, hacerse sujeto”.***<sup>63</sup>

La materialidad de la conciencia histórica del sujeto social popular parece radicar en el propio origen de su condición sustantiva, es decir en el hecho que su propia realidad de actor de los acontecimientos políticos concretos e inmediatos le abre

***“...su propia capacidad de transformarse en proyecto, esto es, de convertir a la utopía en historia”***<sup>64</sup> .

En consecuencia, la característica vertebral del sujeto social popular chileno que estamos examinando, es su conciencia de historicidad, es decir su posesión de

***“...una dialéctica entre identidad, saber y cuestionamiento, que es en consecuencia, una posición ante la realidad”***<sup>65</sup> .

Poco puede ser cuestionado hoy día el carácter complejo y dinámico de la categoría sujeto social, porque a partir de las propias transformaciones de las situaciones sociales, que les generan a los protagonistas experiencias acumuladas también cambiantes, se han sostenido en el decurso histórico de la sociedad chilena del siglo XX, los elementos fundamentales y básicos que parecen mantener la capacidad de estos sectores sociales, de transformar sus demandas y aspiraciones en proyecto político y social, desde su permanente y heterogéneo proceso de concientización, para trocar la utopía en historia, por cuanto no sólo mueven la historia sino que se mueven en ella.

Así lo señala María Angélica Illanes que considera que las movilizaciones populares han tenido lugar en torno a un proyecto de largo plazo, antítesis del proyecto oligárquico de exclusión y repliegue de la cultura popular a los márgenes del sistema de poder.<sup>66</sup>

---

<sup>63</sup> Devés, Eduardo: *“Los que van a morir te saludan. Historia de una masacre: Escuela Santa María de Iquique, 1907”*. LOM Ediciones; Santiago, Chile; Diciembre de 1997; pág. 26.

<sup>64</sup> Zemelman, Hugo; *Ibid*. Págs. 36-37

<sup>65</sup> Devés, Eduardo. *Ibid* . págs. 25-27

<sup>66</sup> Illanes, M.A. : “Marginación y desmarginación en el movimiento popular”. Propositiones N° 24; Ediciones Sur; Santiago, 1994.



Lo que me interesa destacar en consecuencia, es que más allá del debate acerca del carácter de la categoría sujeto social, lo central es la coincidencia de fondo en torno a la condición vertebral del sujeto popular referida a su conciencia de historicidad que arranca de la materialidad sustantiva de su quehacer empírico.

Este proceso marcó decisivamente el comienzo del siglo XX, iniciándose desde la confrontación social y el discurso político y ético, un nuevo modo dialéctico de relaciones entre la vieja elite y los sectores emergentes, que parecen haber actuado con capacidad motriz suficiente para determinar los cursos históricos de las décadas siguientes.

No obstante lo anterior, conviene hacer presente que el poder real del movimiento obrero para lograr las reivindicaciones que planteaban sus pliegos de peticiones era muy escaso aún, como se demuestra al comparar los petitorios de las dos grandes huelgas de Iquique de 1890 y 1907, cuya estructura de 10 y 9 puntos respectivamente es enteramente similar, luego de 17 años de lucha.<sup>67</sup>

Especial significado para el estudio de las instituciones sanitarias nacionales que se propone este trabajo, tienen las relaciones entre la formación de los sujetos sociales y el modo como los individuos que los integran, se articulan con los procesos macrosociales, puesto que esa relación parece determinar el mundo de las necesidades de los individuos y entre ellas se encuentran las necesidades de satisfacción de los problemas de salud y enfermedad.

El valor de las experiencias cotidianas en la formación de los sujetos sociales, permite comprender el valor político de la forma como se satisfacen o se frustran las necesidades populares de salud.

***“La constitución de los sujetos sociales está estrechamente relacionada con el modo en que los individuos forman parte de los procesos macrosociales;.....esto es de qué modo los individuos satisfacen sus necesidades y cómo resuelven su vida cotidiana. En el sistema de necesidades se encuentra el fundamento mismo de la dinámica económica y social en que se apoya la conciencia social de los hombres....Por ello, las necesidades constituyen el meollo en torno del cual se plasma el espacio de lo político”.***<sup>68</sup>

Estas reflexiones parecen reafirmar la observación empírica de que la insatisfacción de las necesidades de la vida cotidiana que se relacionan íntimamente con el proceso Salud-Enfermedad en la gran mayoría de la población chilena desde fines del siglo XIX, forman parte activa de la constitución del sujeto social organizado y de su capacidad de dinamizar la vida social y política del país, empujando al Estado y a la elite dominante a fraguar las instituciones sanitarias como respuestas necesarias ante esas presiones sociales que parecen amenazar el orden social vigente.

En esa dirección parece apuntar la información de que, en medio de la gran huelga de Tarapacá, el día lunes 16 de Diciembre de 1907, cinco días antes de la matanza de la Escuela Santa María de Iquique, el Comité de Huelga presentó el memorial que contenía

---

<sup>67</sup> González Miranda, Sergio: “Hombres y Mujeres de la Pampa: Tarapacá en el ciclo del salitre (Primera Parte)”. Taller de Estudios Regionales Camanchaca N° 2; Iquique; 1991.

<sup>68</sup> **Zemelman, Hugo: *Ibid*; pág. 54-55.**

el pliego de peticiones de los trabajadores, el que en su punto cuarto señalaba la necesidad de *“cubrir las bateas (cachuchos) en prevención de accidentes”*.<sup>69</sup>

Las condiciones de trabajo de los obreros salitreros amenazaban la vida y la salud de los trabajadores, lo que los impulsa a erigir la prevención de los accidentes del trabajo, en una demanda fundamental.

También en la misma dirección apunta el historiador Sergio Grez quien, a propósito de las demandas populares de legislación social, ha señalado que

***“la idea de dotar a Chile de un avanzado cuerpo de leyes sociales no surgió desde la elite sino del Partido Democrático, primer partido político de raigambre netamente popular”***,

anotando más adelante que en 1901 el diputado Malaquías Concha presentó ***“un proyecto de reglamentación del trabajo que contemplaba condiciones generales, seguridad, reglamentación laboral, inspección e indemnización por accidentes del trabajo, destacando entre sus disposiciones prohibición del trabajo a los niños menores de doce años en manufacturas, fábricas, minas, canteras y otras labores peligrosas; interdicción del trabajo femenino en el subsuelo minero; fijación de la semana laboral en diez horas; descanso dominical; indemnizaciones por accidentes del trabajo y el pago semanal en moneda de curso forzoso, con prohibición de multas, retenciones y embargos de salarios”***<sup>70</sup>.

El trabajo citado de Grez continúa haciendo referencia al impacto que tuvo en la opinión pública de la capital, el derrumbe que sepultó a decenas de obreros que trabajaban en la Casa Prá el día 10 de Octubre de 1904.

A propósito de ello, las organizaciones populares empezaron a plantear con mayor fuerza como reivindicación, una legislación para el control de los accidentes del trabajo y sus consecuencias, lo que fue calificado como “impostergable” por el periódico El Eco Obrero que además agregaba:

***“Leyes sobre accidentes del trabajo existen en todo el mundo. Fuerza es que se dicte también entre nosotros, pues son incontables los accidentes que entre nosotros ocurren, y que pueblan los hospitales de fracturados y el cementerio de muertos....”***<sup>71</sup>

Queda de manifiesto entonces, que las necesidades de salud de los trabajadores se combinan en un todo armónico con las demás demandas de protección social y de mejoría de sus condiciones de vida, a la hora de estructurar sus peticiones.

Los ejes principales del movimiento popular chileno finisecular, en su proceso de organización y concientización identitaria adquirieron la capacidad de preguntarse

---

<sup>69</sup> Devés, Eduardo: Ibid; 1997; pág. 87.

<sup>70</sup> Grez Toso, Sergio: *“El escarpado camino hacia la legislación social. Debates, contradicciones y encrucijadas en el movimiento obrero y popular (Chile: 1901-1924)”*. Revista Digital Sepiensa.Net; Abril del 2005.

<sup>71</sup> *“Una lei impostergable. Los accidentes del trabajo”*. El Eco Obrero, Concepción, 22 de Octubre de 1904. Citado por Sergio Grez Toso en *“El Escarpado camino hacia la legislación social...”*; Revista Digital Sepiensa.Net; 2005.

profundamente por el sentido de las regulaciones del orden establecido por el régimen oligárquico-liberal, así como por el sentido de su propia existencia, desarrollando la capacidad de informarse y tomar decisiones independientes, es decir de construirse como sujeto histórico.

Este sujeto social fue capaz en los años del cambio de siglo, más allá de otras consideraciones, de expresar su rebeldía y su descontento, exigiendo la transformación del sistema social e incluso la sustitución revolucionaria del orden establecido, convocando a la maduración de otros sujetos provenientes de las capas medias, transformando así el espacio público en escenario político.

La emergencia del sujeto popular hizo madurar la “cuestión social” de modo tal, que su presencia en el espacio político de la sociedad chilena produjo una crisis social que fue mucho más que una crisis económica, extendiéndose a todos los ámbitos de la vida nacional, incluido el orden cultural y la esfera aceptada de la moral social y la ética pública, como se acaba de comentar en los párrafos anteriores.

El sujeto histórico popular interpeló de tal manera a la elite del régimen oligárquico-liberal, que su rol histórico puede encontrarse en la raíz de su crisis terminal y en la génesis de la transformación del Estado que se inicia con el siglo XX y que habrá de expresarse a plenitud, desde 1920 en adelante.

El largo proceso histórico de constitución y maduración del pueblo expresado en sus diversos protagonistas como sujetos sociales e históricos, acaecido en Chile desde los últimos años del siglo XIX hasta avanzado el siglo XX, fue capaz de imponer una dirección al desenvolvimiento social general, lo que puede entenderse como una cualidad del movimiento obrero en tanto sujeto social, conquistada en un difícil proceso de experiencia y teoría que construyeron su conciencia histórica.

Sólo así es posible explicar la profundidad y extensión epocal de la interpelación que este sujeto popular opuso al Estado, forzando su transformación.

Frente al largo proceso de maduración de la conciencia del sujeto popular, puede llamar la atención la relativa rapidez o fluidez de la elite burguesa administradora del Estado para dar respuesta social al proyecto obrero, manteniendo sus intereses de clase, a pesar de los conflictos entre sus fracciones.

En efecto, la irrupción de los sectores medios y liberales en la hegemonía del Estado, con conciencia de historicidad, en los años veinte, produjo el desplazamiento de las fracciones oligárquicas agrarias y conservadoras, sin fracturas violentas entre esos sectores, bastando para ello en apariencia que el conjunto se comportara homogéneamente contra la clase obrera.

Analizar la capacidad de cada sujeto histórico de imponer direccionalidad a los procesos sociales, resulta del todo pertinente si se quiere estudiar la aparición tan significativa de los médicos y sus organizaciones desde el siglo XIX y, por cierto, como protagonistas centrales de la construcción que el Estado Asistencial a partir de los años veinte, organizó como respuesta social y política, a la profunda y radical interpelación que el movimiento obrero le formuló desde la moderna “cuestión social”.

En ello intervino de modo fundamental, a mi entender, la dimensión ideológica, la

fase subjetiva de la condición de clase en el sentido que como ésta fue parte de la ideología dominante, la capacidad de los nuevos sectores medios que controlaron el Estado de dar direccionalidad a los hechos sociales se hizo más fácil y fluída, que si se hubiera tenido que romper con esa ideología dominante, en cuyo caso ese sector habría requerido como sujeto social, madurar una autonomía ideológico-cultural necesaria para desplegar proyectos revolucionarios realmente alternativos al ordenamiento vigente.

## CAPÍTULO III. UN PERFIL DEL SIGLO XIX HASTA 1920

No es posible abordar el desarrollo de las instituciones sanitarias del siglo XIX que abrieron paso al Estado moderno en Chile, sin comprender el significado de la creación de la Universidad de Chile en 1842, en la generación de la elite dirigente del siglo XIX, en la compleja edificación de la modernidad en el ámbito del conocimiento en un país de la periferia del capitalismo.

A la Universidad recién creada se incorporó la Facultad de Medicina que había sido creada por el Dr. Guillermo Blest en 1832, según el modelo francés que significaba enseñanza gratuita.<sup>72</sup>

***“La Universidad de Chile fue el proyecto de un pequeño grupo que había asimilado las ideas de la Ilustración y del liberalismo, que se sentía plenamente partícipe de la “civilización” y que debía conducir una sociedad que, desde su perspectiva, habitaba todavía en la barbarie. Para emprender esa larga travesía debía no sólo reformar a los sectores populares sino también a muchos de la clase dirigente que todavía no cruzaban el umbral hacia el valor del conocimiento en el progreso de los pueblos. Sólo una nave podía iniciarla: el Estado”***<sup>73</sup> .

<sup>72</sup> Labra, M. E.: “Política, Saude e Interesses Médicos no Chile (1900-1990)” Tesis de Doctorado. Río de Janeiro, Brasil; 1997; pág 107.

<sup>73</sup> Serrano, Sol. “Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX”. Editorial Universitaria; Santiago; 1993; pág. 16.

La Universidad de Chile estableció que el deber cultural y el objetivo científico de la medicina estaban asociados al desarrollo de las ciencias médicas consagradas al bienestar del pueblo, como una tarea nacional que aseguraba el progreso del país. La medicina chilena entró así en un período de cambios profundos que transformaron su conceptualización y modificaron radicalmente su práctica, como se ha dicho en párrafos anteriores, lo que produjo variaciones progresivas en la forma como el saber médico moderno organizó sus actividades.

Estos cambios de la medicina estaban vinculados con la maduración del capitalismo como modo de producción dominante y así la medicina chilena inició su desplazamiento del espacio religioso y político donde se encontraba, para articularse con el proceso de producción económica.

Es el movimiento médico generado por la Universidad de Chile el que buscó y encontró al Estado oligárquico-liberal de la época dispuesto a jugar un rol sanitario asistencial distinto del tradicional. No parece casual que fuera durante el gobierno de Balmaceda cuando apareció un nuevo concepto acerca de la responsabilidad del Estado en materia de salud pública, materializado en la dictación y promulgación de las normas jurídicas que pueden entenderse como las más trascendentes de los últimos lustros del siglo XIX, en el desarrollo ulterior y moderno de la institucionalidad sanitaria.

Con rigor histórico, M. A. Illanes anota:

***“Desde la ventana del gobierno de Balmaceda, desde la mirada lúcida de los médicos y otros personeros, se inició entonces la conocida vía de las respuestas legales. A fines de la década de los años ochenta, comenzaba a gestarse la historia del siglo XX”***<sup>74</sup> .

Es el caso de la promulgación en 1886 de la Ley de Policía Sanitaria que facultaba al Presidente de la República y al Consejo de Estado para tomar drásticas medidas en casos de epidemias que, como el cólera, asolaran al país. La dictación del decreto de Reglamento de las Juntas de Beneficencia en el mismo año 1886, logró institucionalizar al Ministerio del Interior como la Secretaría de Estado que dio unidad e impulso a las organizaciones hospitalarias y de higiene pública, consiguiendo con ello resolver los sucesivos fracasos que se arrastraban desde 1820, por ordenar y centralizar la coordinación de estas instituciones de beneficencia y salud en el país.<sup>75</sup>

Ante el silencio del Congreso, según señala María Angélica Illanes, respecto de la creación de la Junta Central de Vacuna, el 8 de Agosto de 1887, *“teniendo presente que para asegurar la vacunación general de la población es necesario atender preferentemente a los recién nacidos”*, Balmaceda decretó la vacunación de todos los nacidos inscritos en el recientemente creado Registro Civil. Los vacunadores

***“buscarán en sus domicilios a cada individuo que figure en dicha lista, para practicar la vacunación dentro del 4<sup>a</sup> mes de nacimiento”***<sup>76</sup> .

<sup>74</sup> Illanes, M. A. *Ibid.* 1993; pág. 77.

<sup>75</sup> Labra, M.E. *Ibid.*; 1997; pág. 86.

<sup>76</sup> Illanes, M.A. *Ibid.*; 1993; pág. 79.

Se agregan, la creación de las profesiones paramédicas también en 1887 y la organización de la Junta General de Salubridad, a partir de la Ordenanza General de Salubridad, en el mismo año; la creación del Consejo Superior de Higiene Pública en 1889 y junto a ella la obligación que impuso el Estado, de la Estadística Médica Detallada en los hospitales y establecimientos de la beneficencia.

Posteriormente, en 1892 se promulgó la Ley Orgánica de Higiene Pública de Chile que creó el Instituto de Higiene, antecesor del Instituto Bacteriológico y del actual Instituto de Salud Pública.

Las primeras instituciones con que el Estado respondió, parecieron tener relación con las amenazas que las enfermedades infecciosas de carácter epidémico significaban para el conjunto de la población, amagando a grandes contingentes de masas productivas. Este fenómeno observado en Chile, ocurrió de modo similar en los otros países de América Latina porque...

***“La revolución que se opera en las condiciones generales del proceso social de producción, en particular de los medios de transporte y comunicación, como consecuencia del pasaje de la manufactura a la gran industria, da origen a un vínculo de la medicina con el capitalismo. La cuarentena se convierte en una traba al comercio internacional y su abolición crea un campo de intervención para la medicina. La lucha contra las enfermedades que justificaban la cuarentena y que constituían, por otra parte, un peligro real para las poblaciones y el comercio ha de ser para la medicina en América Latina el punto de partida de su transformación y desarrollo”.***<sup>77</sup>

## 1. Desde el Consejo Superior de Higiene Pública a la Dirección de Sanidad.

La creación en 1889 del Consejo Superior de Higiene Pública puede entenderse como el primer hito significativo del proceso de centralización de la institucionalidad sanitaria en Chile. No obstante estas primeras señales en esa dirección, en el resto del siglo XIX y la primera década del XX, las municipalidades siguieron desempeñando labores y tareas vinculadas a la higiene y la salud pública,

***“manteniéndose por bastante tiempo una suerte de pluralismo de funciones entre el municipio y el Consejo Superior de Higiene Pública, sin que efectivamente uno pretendiese anular al otro”.***<sup>78</sup>

A pesar de ello, el ocaso de la autonomía municipal, asociado a su creciente falta de recursos para hacerse cargo de la sanidad pública, terminaría cediendo el paso a la centralización de estas funciones y en esa dirección continuó el desarrollo de la institucionalidad sanitaria.

<sup>77</sup> García, Juan César: “La Medicina Estatal en América Latina: 1880-1930”; *Ibid*; 1991; págs. 2-3.

<sup>78</sup> Illanes, M. A.: *Ibid*; 1993; pág. 101.

Encendidas polémicas parlamentarias daban cuenta de las reservas de las autoridades centrales frente al rol de la organización municipal, advirtiéndose en ellas, las disputas políticas de poder entre el estado nacional de carácter central y el poder local, en el que participaban los representantes populares.

***“El Sr. Ministro del Interior se manifestó adversario de la Asamblea de Electores.....en la práctica esta institución ofrece graves dificultades por cuanto dan intervención en la marcha administrativa de las municipalidades, a individuos que no tienen preparación alguna para concurrir concientemente a esos actos”.***<sup>79</sup>

Con todo ello, el poder centralizador de la oligarquía dominante, se imponía sin contrapesos.

El conflicto entre el poder central y el poder municipal, al que le había correspondido desde larga data la responsabilidad de la salubridad pública y que había dividido al país desde los albores de la República, volvió a hacerse presente durante los gobiernos liberales de Santa María y Balmaceda.

No obstante haberse opuesto siempre a la libertad y a la autonomía municipal, los sectores conservadores al ceder el control del gobierno a los liberales, adoptaron las banderas de la autonomía municipal e intentaron debilitar al poder central. Más allá del carácter paradójico de esta pugna, el Presidente Balmaceda promulgó la ley de autonomía municipal el 15 de Septiembre de 1887.<sup>80</sup>

Citar aquí este problema resulta muy pertinente hoy día por cuanto las discusiones de políticas de salud, que se han dado históricamente a propósito de las relaciones entre la red de instituciones sanitarias y los poderes central y municipal, han perdurado hasta nuestros días.

No obstante los conflictos interelitarios que se desarrollaron en el seno del poder político, como el recién referido incidente citado por el Boletín del Congreso de Diputados del 20 de Agosto de 1896, en los sectores más lúcidos e ilustrados de la profesión médica estaba planteada la necesidad de comenzar a construir una respuesta a los problemas de salud, que diera cuenta de la necesidad de proteger el desarrollo de la formación económica nacional amenazada por la epidemias y, al mismo tiempo, que tuviera el germen de una respuesta social que atenuara la amenaza política que significaba el movimiento popular en formación.

Por otra parte, el fin de siglo era tiempo de transformaciones y en los países occidentales, en especial en Europa y Estados Unidos, florecía la idea de un órgano estatal centralizado, de cobertura nacional y comandado por un estado mayor, formado por especialistas en la nueva disciplina de la administración sanitaria.

En efecto, durante el siglo XIX en Estados Unidos se estructuró una compleja relación entre la Medicina y la Salud Pública, determinada por la estrecha relación entre los dos campos que frecuentemente se superponían y tenían intereses contradictorios.

---

<sup>79</sup> *Boletín Congreso de Diputados; Agosto 20, 1896.*

<sup>80</sup> Illanes, M. A. Ibid; 1993; pág.87.



Elizabeth Fee, Profesora de la Universidad de Johns Hopkins señala en un trabajo publicado en 1987 que

**“la salud pública se orientaba al análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad de una población, mientras que la medicina se orientaba hacia los pacientes individualmente considerados. Los profesionales de la salud pública, generalmente dependen de salarios proporcionados por el gobierno, mientras que los clínicos, al menos en el pasado, han sido profesionales independientes y empresarios dedicados a la práctica privada. La organización económica de los dos campos ha sido diferente, como así también sus métodos y perspectivas, a pesar de que ambos trabajan con los fundamentales problemas básicos del ser humano: la salud y la enfermedad” y agrega “allí donde ambas compiten por recursos, la medicina tiene ventajas”<sup>81</sup>.**

En este sentido, debe comentarse que la Oficina Sanitaria Panamericana fundada en 1902, junto a la Fundación Rockefeller y la Universidad de Johns Hopkins tuvieron un importante influencia en la formación de la doctrina sanitaria de varios de los fundadores de la institucionalidad sanitaria chilena particularmente en el período de los años treinta, así como en la creación del Servicio Nacional de Salud y su consolidación.

En 1903, a raíz de la epidemia de peste bubónica en Iquique, se produjo el primer conflicto entre el Consejo Superior de Higiene Pública y el Ministerio del Interior, del cual dependía. Se trató del primer conflicto importante al interior de las instituciones, entre lo sanitario y lo político, como expresión del impacto de lo sanitario en la agitación social y política. Las lamentables condiciones de higiene e insalubridad que afectaban a la capital salitrera, detonaron la epidemia. Las medidas de policía sanitaria orientadas al aislamiento del contagio que producía una alta mortalidad, agravaban las condiciones sociales de los grupos de población afectados, por la pérdida de viviendas que significaba la quema de las habitaciones populares. Se cernía la amenaza de la paralización de las actividades financieras y con ello, la revuelta obrera; el gobierno caía en contradicciones graves, entre la necesidad de bloquear sanitariamente el desarrollo de la peste propuesto por el Consejo Superior de Higiene Pública, presidido por el Dr. Alejandro del Río y los temores del Ministerio del Interior de suspender las actividades comerciales y financieras, que lo impulsaban a enviar refuerzos militares para contener las consecuencias políticas de la movilización popular esperada. El Ministro del Interior planteaba,

**“El Honorable Senado comprenderá, cuál sería la situación de una provincia como la de Tarapacá declarada infestada. Los trabajos tendrían que paralizarse, los vapores en camino rescindirían sus contratos, los que se encontraran en la bahía la abandonarían. Conozco aquellas localidades y me explico la situación que se produciría. La primera manifestación sería el desorden, el orden público comprometido. Y yo me pregunto si sería cuerdo precipitar una situación semejante”.**<sup>82</sup>

A tal opinión se opuso la del Dr. Puga Borne, médico y senador,

<sup>81</sup> Fee, Elizabeth: “Disease and Discovery. A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health: 1916-1939”. The Johns Hopkins University Press; 1987; pág. 2.

<sup>82</sup> Boletín Congreso de Senadores. 20 de Junio de 1903.

**“esto servirá para que el Consejo Superior de Higiene Pública llegue a formarse el convencimiento de que el carácter meramente consultivo que tiene en Chile la corporación encargada de velar por la salubridad pública no es suficientemente eficaz y, en consecuencia, puede proponerse la reforma de la ley con el objeto de que, en vez de estar la dirección de este servicio encomendada a un cuerpo consultivo, ella esté en manos de funcionarios facultados para la ejecución de las medidas y que tenga a la vez la responsabilidad de sus resultados”.**<sup>83</sup>

Este conflicto descrito puede entenderse emblemático de la situación que vivían en la época los distintos sujetos sociales, a propósito de la cuestión socio-sanitaria. Por una parte, la enorme significación política que implicaba para el orden establecido una grave epidemia regional en la capital del salitre, habida cuenta de la capacidad de movilización y rebeldía del movimiento obrero que llevaba al Ministerio del Interior, a privilegiar la preparación de medidas represivas antes que aquellas de orden sanitario. Por otra parte, el peso del movimiento médico que situado ya en el seno de la institucionalidad sanitaria, gravitaba decisivamente no sólo en la coyuntura, sino en el desarrollo futuro de la institucionalidad, a través de la necesidad de crear organismos de salud pública con capacidad ejecutiva que permitieran que la ciencia y el saber médico propios de la modernidad, fueran interlocutores alternativos de las razones políticas tradicionales.

Desde esta perspectiva es posible pensar que este conflicto, a pesar de que la autoridad política terminó imponiendo el cordón sanitario, marcó el inicio formal de las contradicciones de la elite, tanto con el movimiento médico como con el sujeto popular, que habrían de resolverse en los años veinte.

Como consecuencia de la epidemia de peste bubónica que amenazaba a la población de Santiago, en 1906 el gobierno presentó al Congreso un proyecto de ley que creaba un funcionario médico por sobre la autoridad del Consejo Superior de Higiene Pública y de las Juntas de Beneficencia, que controlaría los fondos destinados a epidemias y que vigilaría la conservación de los aparatos de desinfección.

En el mismo año 1906, la opinión médica a través del Dr. Roberto del Río proseguía en su intento de desarrollar la institucionalidad sanitaria nacional cuando, en una entrevista de un diario de la capital, publicada en el Boletín del Congreso de Diputados, de ese año, declaraba:

**“Ninguna ocasión más propicia que la actual para hacer sentir a los poderes públicos la necesidad absoluta de crear pronto una Subsecretaría de Higiene y Asistencia Pública, ampliando el proyecto del señor Ministro del Interior que se refiere a una sección”**<sup>84</sup>.

Parece de toda pertinencia reflexionar en este espacio, que el amanecer del siglo XX chileno está ligado al desarrollo de la clase obrera y su organización desde el siglo XIX, a la emergencia de las clases medias como nuevos actores sociales y a las particularidades como la oligarquía dominante enfrentó y resolvió sus propias contradicciones, concretamente, en la guerra civil de 1891.

---

<sup>83</sup> Boletín Congreso de Senadores. Senador Puga Borne. 2 de Julio de 1903.

<sup>84</sup> Boletín del Congreso de Diputados. Pág.. 2319; 1906.

**“Después de 1891, se observa un continuo crecimiento de la clase obrera; se puede calcular que en el año 1900 ella se componía de una cantidad que oscilaba entre los doscientos y los doscientos cincuenta mil trabajadores. Notable crecimiento experimentó también la clase media, que llegó a constituir un grupo apreciable en cantidad y más o menos influyente en la vida política y cultural”<sup>85</sup>.**

El nivel de violencia social que se expresó en la guerra civil de 1891 es unánime, más allá de toda interpretación acerca de sus significados y determinaciones históricas. Sorprendente e interesante puede resultar entonces, examinar brevemente algunas coincidencias interpretativas sobre la profundidad de la conflictividad social y política con que la elite dominante chilena enfrentó el cambio de siglo.

**“En esencia, la conflagración del 91 no fue otra cosa que el agudo conflicto entre elementos sociales dirigentes pero con intereses contrapuestos, que decidieron supremacía mediante el empleo de las armas.....La guerra civil fue desde todo punto de vista, profundamente perjudicial para Chile. Significó la pérdida de más o menos diez mil vidas, produjo daños materiales cuantiosos y una efectiva perturbación en la economía nacional. Males de distinta naturaleza que aún en el día de hoy padecemos, tienen su causa remota en la guerra del 91”<sup>86</sup>.**

Para otros autores, las cosas no son tan claras y se señala que

**“El quinquenio de Balmaceda coincide con...la enorme entrada de recursos provenientes del impuesto de exportación del salitre. Se ha planteado la tesis de que Balmaceda...habría tenido en mente la necesidad de refundar o incluso, postular un nuevo proyecto nacional....La posibilidad de que este proyecto tuviese además, un sentido expropiatorio de las posesiones salitreras....ha sido también aducida, aunque contrario sensu se ha planteado que ello no pudo estar más lejos de los propósitos de Balmaceda. En todo caso, no existen indicios que el orden señorial tradicional...estuviese en cuestión en el conflicto de 1891. Se trataba de una guerra civil, no de una revolución social”<sup>87</sup>.**

No obstante lo anterior, estos mismos autores plantean

**“Por último, los desbordes de violencia durante la guerra sólo son comparables a la oleada violentista y represiva que años después se observaría en jornadas de huelgas seguidas por matanzas. De modo que durante la Guerra Civil de 1891 hacen su entrada nuevos factores que durante el siglo XX van a adquirir creciente protagonismo, sin por ello constituirse aún en ejes configuradores de un nuevo panorama social. Si bien la guerra no significó una transformación de los pilares básicos que venían estructurando a la sociedad desde muy atrás el tiempo, igual puso de manifiesto que algo no estaba funcionando del todo bien en la sociedad chilena”<sup>88</sup>.**

<sup>85</sup> Ramírez Necochea, Hernán: *“Historia del Movimiento Obrero en Chile. Antecedentes. Siglo XIX”*. Obras Completas. Vol I. LOM Ediciones; Santiago; 2007; págs. 416-417.

<sup>86</sup> Ramírez Necochea, Hernán: *Ibid*; 2007; págs. 414-415.

<sup>87</sup> Correa Sutil, Sofía et als.: *Ibid*. 2001; pág. 19.

<sup>88</sup> Correa Sutil, Sofía et als.: *Ibid*. 2001; pág. 19.

Este análisis permite, al menos, suponer con fundamento que la represión del movimiento obrero que se inicia en Chile con el siglo XX tiene una honda profundidad social de clase, que lleva al Estado a hacerla una permanente acompañante de la respuesta social de salud que tuvo necesidad de elaborar, para contener la interpelación que el sujeto social popular formuló al statu quo.

En efecto, entre 1903 y 1907 el movimiento obrero expresó su franca voluntad de movilización frente a su situación de pestes, mortandad, miseria y deterioro creciente de las condiciones de vida y de trabajo, incrementando su organización y su protesta elocuente en los espacios públicos transformados en escenarios políticos, sufriendo terriblemente la respuesta represiva de la elite oligárquica en el poder.

Ya a partir de 1902, las Sociedades de Resistencia estuvieron en condiciones de generar movilizaciones de protesta popular de trascendencia desconocida hasta esos años, e modo tal que

***“en Santiago y Valparaíso, entre 1902 y 1908 se verificaron un total de 84 huelgas, con predominio de ideas ácratas”<sup>89</sup>.***

El 3 de Mayo de 1903, los obreros portuarios de Valparaíso iniciaron una huelga luego de haber presentado un conjunto de demandas desde el mes anterior, en las que reclamaban mejores condiciones de vida y de trabajo en los muelles, ante la empresa británica Pacific Steam Navigation Company, que se transformó en una huelga general en el puerto.

***“En respuesta a la represión gubernamental, los trabajadores prendieron fuego a la Compañía. El Ejército y la Marina, mataron a cerca de 100 trabajadores e hiriendo a varios centenares”<sup>90</sup>.***

Durante el gobierno de Riesco, entre el 22 y el 24 de Octubre de 1905, los trabajadores convocaron en Santiago a un gran mitin para reclamar contra el impuesto a la importación de ganado argentino, que alcanzó cifras de 25.000 a 30.000 personas.

***“Ante la negativa presidencial de recibir a una comisión, el pueblo enfurecido se retiró de La Moneda, pero se desparramó iracundo por las calles, apoderándose de las calles durante 48 horas. El gobierno llamó a varios regimientos militares, comenzando la matanza que según algunos cobró entre 200 y 500 muertos”<sup>91</sup>.***

En Febrero de 1906 los trabajadores ferrocarrileros de Antofagasta, agrupados en sus Mancomunales, iniciaron una huelga por mejoras en sus condiciones laborales. La empresa se negó a aceptar tales peticiones que habían sido aceptadas por otras empresas. Las autoridades decidieron desembarcar tropas del Ejército para mantener el orden.

***“Un grupo de civiles armados se apostó para defender el Club Social de un eventual ataque. A poco de comenzar el acto de los trabajadores, hubo disparos,***

---

<sup>89</sup> Correa Sutil, Sofía et als.: *Ibid.* 2001; pág.. 60.

<sup>90</sup> Vitale Luis: “Génesis y Evolución del Movimiento Obrero Chileno hasta el Frente Popular”. Universidad Central de Caracas, Venezuela; 1979; pág. 34.

<sup>91</sup> Vitale, Luis: *Ibid.* 1979; pág. 34.

**cundiendo el pánico entre la multitud. Como resultado, una verdadera matanza: el número de de víctimas sobrepasó el centenar. Pese a que no se logró determinar la responsabilidad sobre las muertes, la actitud represora de las tropas se instaló en la memoria de la mayoría de los trabajadores y de sus familias”<sup>92</sup>.**

En Diciembre de 1907 culmina esta secuencia de matanzas obreras con la masacre de la Escuela Santa María de Iquique. Este movimiento huelguístico logró convocar a 30 oficinas salitreras y cerca de 15.000 obreros. La historiografía chilena ha logrado demostrar que se trató de una matanza deliberada y según señala el historiador Julio Pinto, citado por Sofía Correa,

**“la desmesura entre estímulo y respuesta reflejaría el indesmentible temor que las conductas más racionales y pacíficas del movimiento obrero lograron engendrar entre las clases dirigentes”<sup>93</sup>. “Sobre el número de muertos, varios autores estiman que llegaron a una cifra aproximada de dos mil”<sup>94</sup>.**

Esta conducta de la elite instalada en el poder del estado oligárquico, parece obedecer de modo general, como en el conjunto de América Latina, a las necesidades propias de la evolución de la formación económico-social capitalista que dominaba en el Chile de la época sin contrapesos significativos, a pesar de los llamados y convocatorias hechas por los médicos y otros sectores lúcidos emergentes. Ello puede explicar el discurso de un diputado al Congreso Nacional, el 11 de julio de 1908:

**“Respecto de los sucesos de Iquique, que todos lamentamos, los diputados que deliberamos en esta Cámara, casa de vidrios a través de los cuales nos contempla el país entero, debemos trabajar por que más bien caiga sobre aquellos acontecimientos el manto del olvido, evitando de ese modo que se fomente la división de clases”.**<sup>95</sup>

No obstante este discurso de la elite parlamentaria, la conciencia sanitaria de la época en cuya gestación ya participaban los médicos, proporcionó los elementos básicos para una transformación del Estado que permitiera la estabilidad central del ordenamiento social.

**“La preocupación sanitaria llegaba al seno de la sociedad política a partir de la revuelta obrera”.**<sup>96</sup>

En este marco, se crea la Dirección General de Sanidad en 1918, que resolvió la inoperancia ejecutiva del Consejo Superior de Higiene Pública. Esta decisión estructural, fundamental en la historia sanitaria del país, que formó parte de la propuesta del Código Sanitario fue la única disposición del Código propuesto que logró ser aplicada. Su principal inspirador, el Dr. Corvalán Melgarejo, argumentaba que estaría destinada a concentrar *“todas las atribuciones necesarias para que sea una autoridad fuerte y*

<sup>92</sup> Correa Sutil, Sofía et als.. *Ibid.* 2001; pág. 62.

<sup>93</sup> Pinto, Julio. Citado por Correa Sutil, Sofía et als. *Ibid.*; 2001; pág. 62.

<sup>94</sup> Vitale, Luis: *Ibid.* 1979; pág. 36.

<sup>95</sup> Congreso de Diputados. 11 de julio de 1908.

<sup>96</sup> Illanes, M.A.; *Ibid.*; 1993; pág. 107.

vigorosa” y que mientras el Consejo Superior de Higiene Pública mantenía su rol consultivo y normativo, *“la Dirección General de Sanidad dirige, ejecuta y vigila”*<sup>97</sup>.

En efecto, el conjunto de ese Código fue rechazado categóricamente por la mayoría conservadora del Senado y permaneció casi veinte años entrapado en el parlamento, por cuanto planteaba disposiciones estrictas que sometían los intereses individuales, como la privacidad y el derecho de propiedad, al bien común, cuya administración se proponía en manos del Estado. Es pertinente comentar aquí que en la discusión parlamentaria de 1917, en la que el Código propuesto fue rechazado, el conjunto de los médicos parlamentarios lo votó favorablemente.<sup>98</sup>

Las disputas parlamentarias que, como hemos examinado se extendían a las propias instituciones creadas por el Estado y en las que los médicos ocupaban lugares importantes, se transformaron de hecho en factor del avance y el perfeccionamiento de esas mismas instituciones.

La primera de estas polémicas, ya había tenido lugar en 1900 con la creación del Patronato Nacional de la Infancia, dirigido por el Dr. Luis Calvo Mackenna y don Ismael Valdés, dirigente de la Beneficencia. Esta iniciativa de carácter privado, amparada en la filantropía y en la caridad, dio lugar a un intento de transformación de la caridad tradicional, concurriendo con actividades preventivas hacia la madre y el niño, hacia los domicilios y habitaciones populares, posibilitando los contactos directos de los sectores más altos de la sociedad chilena con la más extrema pobreza.

La creación de estas sociedades privadas, sustentadas en el principio de la caridad, fueron duramente impugnadas por los sectores populares, quienes las estigmatizaron como *“falsas sociedades”* y en tal sentido,

***“...diremos a nuestros compañeros que nada podemos esperar en pro de nuestro verdadero bienestar sino aquello que nosotros mismos llevemos a la práctica por medios legales”,***

continuando

***“...debemos aunar nuestras débiles fuerzas para convertirnos en propagandistas de la verdadera sociabilidad sin extraños directores....no está lejano el día en que tal institución dirigida por los mismos interesados, produzca sabrosos frutos que sólo a nuestros propios esfuerzos deberemos”***<sup>99</sup>.

La modificación conceptual de la caridad y su convergencia con la ciencia y el derecho, estuvo presente años más tarde en las transformaciones que se operarían en la antigua Beneficencia.<sup>100</sup>

Al finalizar el siglo XIX como resultado de la emergencia de la “cuestión social” y no

---

<sup>97</sup> Corvalán Megarejo: Actas Cámara de Diputados, 26 de Enero de 1917.

<sup>98</sup> Labra, M E. Ibid; 1997; pág. 83.

<sup>99</sup> ***“La Igualdad”, 9 de Febrero de 1895: L. B. Díaz, dirigente del Partido Demócrata y de la Confederación Obrera de Sociedades Mutualistas. Citado por M. A. Illanes: Ibid; 1993; pág. 99.***

<sup>100</sup> Illanes, M. A. Ibid; 1993; págs. 98-99.

obstante las contradicciones al interior de la elite, las políticas conservadoras basadas en la caridad fueron confrontadas por el movimiento que sostenía las exigencias de la medicina científica y esta contradicción terminaba por imponer la secularización de la atención de salud y la protección social.

## 2. Las Sociedades de Socorros Mutuos

En Chile se desarrollaron algunas iniciativas e instituciones sanitarias no estatales durante el siglo XIX que tuvieron un significado muy importante, no sólo en los segmentos sociales que las generaron, sino en el conjunto de lo que hoy conocemos como la respuesta social de salud. Fue el caso de las Sociedades de Socorros Mutuos, que influyeron profundamente en el desarrollo de la conciencia sanitaria del movimiento obrero y del Patronato Nacional de la Infancia, creado en 1900, que puede interpretarse como una interfase que pretendió hacer convergentes la caridad decimonónica con el derecho al saber médico moderno.

La primera demanda social y sanitaria de los artesanos y los trabajadores de la incipiente industria nacional fue satisfecha con sus propias fuerzas, a través de las Sociedades de Socorros Mutuos. Este esfuerzo de los trabajadores merece una consideración especial en este trabajo por cuanto estas sociedades constituyeron un antecedente gravitante en la formación del movimiento obrero moderno y de su conciencia sanitaria. A fines de la década de 1840, no sólo en el mundo de la oligarquía parecía existir cierta agitación política, sino que

***“parece que se estaba produciendo un despertar del mundo laboral representado por el que, en la época, era su sector más consciente: el artesanado de Santiago el que por entonces realizaba sus primeras huelgas y comenzaba a participar en la vida política”<sup>101</sup>.***

A propósito de la influencia que habría tenido la Sociedad de Igualdad creada en 1850, en la formación y desarrollo del mundo artesanal y en sus Sociedades de Socorros Mutuos, debe ser destacada la relación entre los habitantes de la ciudad de Santiago en la época, con el número registrado de miembros masculinos del artesanado,

***“ya que sólo varones son los artesanos que hemos encontrado interviniendo en lo que hemos llamado el “48” chileno, en particular como miembros de la Sociedad de la Igualdad”<sup>102</sup>.***

Un análisis demográfico de la época anota:

***“sí sabemos que en 1854 existían 31.498 artesanos en la Provincia de Santiago para una población adulta de 142. 204, vale decir, un 22,1%; siguiendo la misma***

<sup>101</sup> Gazmuri, Cristián: *“El 48 chileno. Igualitarios, Reformistas Radicales, Masones y Bomberos”*; Editorial Universitaria; Santiago; 1992; pág.45.

<sup>102</sup> Gazmuri, Cristián: *Ibid.*; 1992; pág. 49.

***proporción, tenemos que para esa fecha la cantidad de artesanos de la ciudad, sobre 51.500 adultos, debe haber sido de 11.330 y 4 años antes, en 1850, que es el año que nos interesa, unos 10.800 aproximadamente”***<sup>103</sup>

Para María Angélica Illanes, la relación entre la Sociedad de la Igualdad y el mundo de los artesanos es evidente

***“... puesto que los artesanos abandonados a su propia suerte, no tardarán en organizar la Sociedad Tipográfica de Socorros Mutuos en 1853, la primera forma de ruptura del pueblo con el Estado. Los trabajadores debían confiar sólo en sus propias fuerzas e iniciativa. Nada había que esperar de un sistema que no tenía para el pueblo sino un proyecto de esclavitud en librecambio”.***<sup>104</sup>

Más allá de esta discusión parece aceptado que

***“.....la Sociedad de la Igualdad tuvo un doble significado histórico: por una parte fue la primera asociación política moderna en el país de la que nació en 1862 el Partido Radical y por otra, marcó el ingreso al mundo político de un sector social (los trabajadores manuales) no perteneciente a la oligarquía, quebrando así su monopolio”.***<sup>105</sup>

Después de la fundación de la primera de estas sociedades en 1853, ya citada y luego de la promulgación del Código Civil en 1855 que dio reconocimiento legal a la forma mutualista de asociación, surgieron muchas otras. Entre ellas debe destacarse la Sociedad de Artesanos La Unión en 1862 que aún existe. Así en 1912 se extendían por todo el país, sumando 547 entidades que afiliaban a un universo de casi 100.000 trabajadores.<sup>106</sup>

Se financiaban con cotizaciones de los propios trabajadores, a los que prestaban protección solidaria ante la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar, contribuyendo a la elevación del nivel intelectual y moral de los afiliados y facilitándoles el acceso a medios baratos de subsistencia a través de cooperativas de consumo, prohibiendo sus estatutos la discusión de asuntos políticos y religiosos para mantener la cohesión interna.

En cuanto a la atención de salud, las sociedades contrataban los servicios de médicos y practicantes, establecían convenios con boticas y organizaban visitas domiciliarias a los socios enfermos, fijando los pagos a los profesionales y estableciendo procedimientos que permitían el cambio del médico.

Es relevante señalar que en 1894, las sociedades tenían dividida la ciudad de Santiago por sectores, con el propósito de organizar las visitas domiciliarias. Estas formas de sectorización que se desarrollarían a plenitud con el Servicio Nacional de Salud casi un siglo después, fueron anticipadas por estas sociedades creadas por los propios trabajadores.

---

<sup>103</sup> Gazmuri, Cristián: *Ibid*; 1992; pág. 49.

<sup>104</sup> Illanes, M.A.: *Ibid*; 1993, págs. 35-36.

<sup>105</sup> Labra, María Eliana: *Ibid*; 1997; pág.91.

<sup>106</sup> Labra, M. E.: *Ibid*; 1997; pág.92.



La expansión de las coberturas de estas asociaciones solidarias generó insuficiencia de los recursos por lo cual solicitaron subsidios del Estado y en 1895, el proyecto de ley fue rechazado por el Congreso Nacional, lo que expresaba la conducta concreta de la oligarquía mayoritaria ante las necesidades populares. Ello, a pesar de que el Estado subvencionaba desde hacía años a la Beneficencia también de carácter privado.

Ante la situación de crisis de sobrevivencia de estas sociedades, las entidades correspondientes a Santiago, intentaron formar la Confederación Obrera de las Sociedades Unidas, celebrando su reunión de constitución en Septiembre de 1894 en la que se planteó la creación de una Caja de Ahorros propia de la confederación, aspirando a la independencia económica de los trabajadores. La situación de crisis financiera continuó, la masa proletaria desarrolló elementos de politización creciente y

***“un viraje izquierdizante de los líderes del movimiento obrero junto a la adopción del sindicato como forma de organización y estrategia de lucha, llevó a superar la concepción asistencialista y al repudio del auxilio mutualista a la salud, que pasó a ser considerado contrarrevolucionario”.***<sup>107</sup>

Las Sociedades de Socorros Mutuos y el mutualismo en general tuvieron un profundo significado en el desarrollo del movimiento popular y en su maduración histórica como sujeto social. Sin duda, constituyó la primera forma de organización obrera que se apartó de la caridad y del Estado para levantar un sistema de protección social con alcances de integralidad, financiado y administrado por ellos mismos sin intermediaciones.

En tal medida contribuyó significativamente a la construcción de la identidad popular y la dignidad obrera, a la confianza en su capacidad de gestión, a la conciencia de sus derechos ciudadanos, al desarrollo de su propia cultura.

***“Las mutuales crearon escuelas, fundaron diarios, publicaron periódicos, construyeron sedes, construyeron teatros, contrataron profesores, médicos, técnicos, pero ellos ponían los programas, ellos ponían los objetivos. Este fondo social fue creciendo. Recordemos que en 1920 había 120.000 trabajadores que estaban dentro de estas sociedades mutuales”***<sup>108</sup>.

Continúa Gabriel Salazar,

***“...pero las sociedades mutuales lograron constituir sus fondos sociales y entre 1830 y 1930, durante un siglo, las sociedades mutuales formaron, manejaron y administraron su fondo social, crearon políticas de salud”.***

El profundo significado de las sociedades mutuales permite comprender por qué importantísimos sectores de trabajadores, como los nucleados en torno a la Federación Obrera de Chile en los años veinte, se opusieron y rechazaron la legislación previsional creada por el Estado Asistencial, porque, a juicio de Gabriel Salazar expresado en la misma Conferencia ya citada, *“el Estado Asistencial se construyó en Chile sobre la base de la estatización del fondo social”*.

<sup>107</sup> Labra, María Eliana: *Ibid.* 1997; pág.93.

<sup>108</sup> Salazar, Gabriel: *Conferencia. Salón Azul Intendencia: “Perspectiva Histórica de la Salud Social en Chile”*; Puerto Montt. Agosto de 2003.

### 3. La Beneficencia Pública y su influencia en el desarrollo sanitario chileno.

Paralelamente al desarrollo de la institucionalidad sanitaria desde fines del siglo XIX que hemos comentado, debe ser relevado el rol jugado en la salud pública chilena por la Beneficencia Pública, cuyos orígenes se remontan a los albores de nuestra vida independiente.

Lo anterior porque la Beneficencia chilena tuvo y mantuvo el control de todos los hospitales del país, prácticamente desde la fundación de la República hasta la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 y porque según señala el Profesor Hernán Romero,

***“los hospitales constituyen la espina dorsal de la profesión médica y de todos los sistemas de salud modernos, de modo que la propiedad original de los hospitales es determinante para entender, las vías más o menos estatizantes, que asumen los sistemas asistenciales y el tipo de relación laboral que la profesión médica establece con esas instituciones”***<sup>109</sup> .

En efecto, los primeros intentos de crear la Junta Central de Beneficencia y Salud Pública datan de la década de 1820, intentos que fracasaron por las divisiones de la elite entre los centralistas y federativos. Como ya se ha señalado, sólo en 1886 se consiguió institucionalizar al Ministerio del Interior, como la Secretaría de Estado que dio incipiente unidad e impulso a la organización hospitalaria y a la higiene pública.

A partir de ese año sus Juntas Locales, administradoras de los hospitales y asilos, quedaron bajo la autoridad suprema de la Junta Directora de Beneficencia para decidir sobre asuntos financieros, administrativos y médicos. Tales Juntas Locales eran presididas por la autoridad máxima local que era nombrada por el gobierno central con criterios políticos y estaban integradas por notabilidades también locales y por médicos de ciudad.

Como estas Juntas constituían verdaderas redes de control político-partidario y representaban a los terratenientes locales, la necesidad de su extinción apurada por la modernización del Estado como producto del desarrollo del capitalismo, fue duramente resistida por estos poderes locales y este conflicto se prolongó hasta la década de los años treinta del siglo XX.<sup>110</sup>

Esta particularidad de la Beneficencia, propietaria original de la estructura de los hospitales chilenos, constituye un factor fundamental y necesario para comprender las distintas formas que adquirió el proceso chileno de traspaso de los hospitales, de manos

---

<sup>109</sup> Romero, Hernán: “Desarrollo de la medicina y la salubridad en Chile”. *Revista Médica de Chile* (100); 1972; págs. 853-903.

<sup>110</sup> Labra, M. E.. *Ibid*; 1997; pág. 86.

de la oligarquía filantrópica, al Estado.

Por otra parte y puesto que los hospitales constituyeron el centro de gravedad de la profesión médica, es posible entender este tránsito como la base concreta en que se asentó el poder médico de la modernidad en Chile.

Plenamente incorporada la Beneficencia, junto a las demás instituciones sanitarias, al Servicio Nacional de Salud en 1952, resulta interesante destacar que esta nueva institución, adjudicó el comando estratégico de la red institucional de servicios a los centros ambulatorios de salud, como la expresión estructural de la voluntad de los fundadores de privilegiar la protección y el fomento de la salud, por sobre la enfermedad. Algunos años después en 1959, el gobierno de entonces, al crear las áreas hospitalarias de salud, trasladó el comando estratégico de las redes de servicios, a los hospitales principales. Este cambio sustantivo, de hondas repercusiones teóricas e institucionales, puede ser comprendido como la herencia del antiguo conflicto entre los poderes locales y el poder central que se disputaron el poder en la Beneficencia y que parece permanecer hasta hoy no resuelto en el debate intrasectorial de nuestras instituciones de salud, entre el hospital y el centro de salud ambulatorio.

Estaba planteado el conflicto entre los poderosos terratenientes locales que controlaban la Junta y eran ignorantes en medicina y los médicos; entre los poderes políticos locales propios de formas precapitalistas de producción y el poder central del Estado, como expresión de la nueva modernidad industrial. La reivindicación de los médicos no se escuchó a cabalidad hasta la década de 1930.

La creciente confianza en el arte de curar de los médicos, la miseria y la desatención de la población aumentaron la demanda popular por los cuidados gratuitos en los hospitales, lo que contribuyó a la inflación de los costos, hecho que tornó insustentable la situación financiera de la Beneficencia que se sumaba así a la grave crisis económica del país generada por los problemas del salitre.

En la práctica era el Estado el que sustentaba a la Beneficencia, puesto que los aportes fiscales cubrían en 1917, dos tercios de los gastos.<sup>111</sup> Con el propósito de resolver estos problemas, el gobierno convocó al Primer Congreso de la Beneficencia en 1917. En ese Congreso tuvo lugar un debate de fondo que, teniendo por propósito superar *“los últimos treinta años de estancamiento de la Beneficencia”*<sup>112</sup>, abordó los dilemas básicos del momento: si la salud era un deber de la caridad privada o del Estado y si los médicos debían dirigir los hospitales. Las posiciones debatidas fueron contradictorias entre la defensa irrestricta del statu quo a cargo de los filántropos de la Beneficencia y la denuncia de la caridad

***“como un producto putrefacto del régimen imperante, del robo amparado por las leyes, de la explotación del hombre por el hombre, debemos rechazarla por ser un atentado contra la dignidad de los humanos, sustituirla por la solidaridad que es lazo fraternal.....”***<sup>113</sup>

<sup>111</sup> Revista de la Beneficencia Pública N° 2; 1917.

<sup>112</sup> Revista de la Beneficencia Pública N° 1 ; 1917.

Al interior de la propia Beneficencia surgió un movimiento reformador importante que propuso, como consenso, la necesidad de hacer convergentes la caridad y la ciencia. Como consecuencia de estos acuerdos, se estableció que el servicio de la Beneficencia era un deber del Estado y se propuso la conformación de un Directorio General para toda la República, dando participación en dicho directorio a

**“los facultativos por los conocimientos técnicos y prácticos que tienen en los servicios hospitalarios, materia de primordial importancia en la beneficencia”.**<sup>114</sup>

Este debate, de profundo contenido ideológico que puede ser entendido como uno de los signos más evidentes de la modernidad nacional, se dio en un marco no sólo de bancarrota de la Beneficencia Pública, sino de activa movilización popular. Los trabajadores paralizaban el país con la huelga de los ferrocarriles. A su vez, los trabajadores de la salud amenazaban con cerrar las puertas de los hospitales. Illanes afirma:

**“Había olor a huelga general cuando el Partido Socialista era ya una realidad en Chile”**<sup>115</sup>.

En ese contexto el gobierno enviaba al Congreso un proyecto de ley de reorganización y financiamiento permanente de la Beneficencia a través de contribuciones que gravaban a las sociedades anónimas y los impuestos aduaneros, que se estancó en las comisiones por la obstrucción de los sectores conservadores.

**“Los gremios de los ferrocarrileros, maestranzas, zapateros, gentes de mar y principalmente los mineros del salitre y del carbón, manifestaban su decisión de presionar por el mejoramiento de sus condiciones de trabajo y salariales a través de la huelga y el conflicto antipatronal”**<sup>116</sup>.

Ante la actitud de los trabajadores organizados, el Congreso aprobaba aceleradamente, el 13 de Febrero de 1917, la Ley de Salas Cunas y el 3 de Noviembre de 1917 la reforma a la Ley de Descanso Dominical que amplió sus beneficios a todos los trabajadores.

Así, en el mismo año 1917 y como producto del Primer Congreso, se creó el Consejo Superior de la Beneficencia, que aparentemente funcionó con debilidad por la carencia de poderes, atribuciones y recursos.<sup>117</sup>

**“Todo esto formaba parte también de una decidida iniciativa de los sectores políticos y del Estado liberal por salir al paso de la convulsión social que se anunciaba.....la beneficencia y la cuestión sanitaria como base fundamental de la política social, se van ligando al poder con un concepto que cambiaría radicalmente el rol del Estado moderno: el Estado Asistencial.”**<sup>118</sup>

<sup>113</sup> “El Productor”; Santiago, 1919; Marcel. Citado por M. A. Illanes; Ibid; 1993; pág. 128.

<sup>114</sup> Bannen, Pedro: “Estudio de la reorganización definitiva de la Beneficencia Pública”; Primer Congreso de la Beneficencia; Santiago; 1917.

<sup>115</sup> Illanes, M. A. Ibid; 1993; pág. 126.

<sup>116</sup> Illanes, M. A. Ibid; 1993; pág. 131.

<sup>117</sup> Labra, M. E. Ibid; 1997; pág.89.

La efervescencia popular y la agitación social en curso en las calles de Santiago, dieron lugar en 1918 a una de las iniciativas más trascendentes de la historia de la salud pública chilena. En efecto, en la segunda mitad de ese año el movimiento popular, representado por la Federación Obrera de Chile (FOCH), la Federación de Sociedades Católicas, el Partido Obrero Socialista, el Congreso Social Obrero y la Federación de Estudiantes de Chile, creó la **Asamblea Obrera de Alimentación Nacional**. Respecto de su llamamiento de Noviembre de 1918, ha señalado Illanes:

**“uno de los más importantes documentos de la historia social de Chile de principios de siglo;” “.....he aquí la palabra unida de los trabajadores escrita ante la faz de la omnipotente figura del Estado chileno.....he aquí el planteamiento de su ideario a conseguirse resueltamente por la lucha, entendida como la fuerza compacta del pueblo reunido, exigiendo justicia, la cual habría de cristalizar en las medidas legislativas requeridas a los poderes públicos y deliberadas democráticamente por el pueblo....he aquí pues un proyecto político, económico y social popular, hecho fuerza e historia en la voluntad organizativa de los trabajadores y su capacidad de convocatoria”<sup>119</sup>.**

Aún cuando esta Asamblea Obrera no constituyó una institución sanitaria con propiedad, el amplio arco de organizaciones convocantes de diversos y hasta contradictorios significados ideológicos y de clase, así como la profundidad y extensión de sus exigencias que lo erigen en un nuevo proyecto político para el país, con un carácter unitario desconocido hasta ese momento y expresado en un lenguaje de atrevida interpelación a toda la institucionalidad del Estado, hacen que deba ser considerado como un hito fundamental en la historia del sujeto popular chileno de la época y con ello, como parte destacada de la historia de la institucionalidad sanitaria nacional.

El Boletín de la Federación de Obreros de Imprenta, publicó la proclama y convocatoria dirigida a todo el país:

**“Conciudadanos: En esta asamblea que la forman todas las sociedades de alguna importancia de Santiago y en la que se ha dejado de lado el eterno doctrinarismo, se ve hermanado el obrero laico y religioso para defender el sustento del pueblo, pueblo en que se han dado en llamar soberano, porque se le permite el derecho de pedir y pedir, sin que jamás se atiende su ruego. A un pueblo que se considera, se atiende; pero al pueblo de Chile nuestros dirigentes no sólo no lo atienden, sino que no lo oyen; lo desprecian y le ponen epítetos que lo denigran y rebajan en su nivel moral. El Gobierno, las Cámaras Legislativas y autoridades que emanan de este pueblo, que son sostenidas por el pueblo, enseñoreadas en su solio crean y dictan leyes en beneficio de ellos, piensan y creen que son ellos los únicos que tienen derecho a la vida; sin embargo sin este pueblo que labora, que lucha y trabaja por el engrandecimiento nacional, el Gobierno, Cámaras Legislativas y autoridades nada serían, ni la república misma existiría, sin el elemento primordial de vida y progreso: el pueblo. La Constitución Nacional establece el derecho de petición y garantiza el derecho de reunión, pero esta Constitución no señala los medios para que el**

<sup>118</sup> Illanes, M.A.: *Ibid*; 1993; págs.127-131.

<sup>119</sup> Illanes, M.A.: *Ibid*; 1993; pág. 135.

**pueblo pueda hacer respetar el derecho a la vida, que potentados, industriales y comerciantes atacan a diario usando los medios que el pueblo ha creado para beneficio general, cuales son los ferrocarriles y transportes nacionales, carreteras y puentes y que se toman hoy como armas para hambrearlo. ¿Es posible que esto siga sucediendo? ¿Somos el pueblo llamado a defender la integridad nacional? La integridad nacional reside en la Nación y ésta se apoya en la soberanía de su pueblo. Para defender la integridad de la nación y la soberanía el pueblo, atacada por los agiotistas, se reúnen los obreros todos, a deliberar qué medios debe emplearse para que los que viven de un trabajo, de un sueldo, no se mueran de hambre con familia e hijos. Si no permitimos que extranjeros atenten contra nuestra vida; si tenemos la obligación de defendernos de los de afuera, ¿con cuánta mayor razón no habremos de ir contra los falsos hombres que diciéndose chilenos y patriotas, amigos o hermanos, quieren matarnos por medio de privaciones? ¿Qué razones hay para que los artículos alimenticios de primera necesidad como la papa, el trigo, el maíz, el frejol, hayan subido al doble de precio? ¿Acaso la tierra que los produce ha habido que importarla? ¿Acaso los jornales han subido al doble? No ha habido tal. La tierra ha sido pródiga y los jornales, en vez de subir, han bajado. Con el pretexto de la guerra han bajado los jornales; con el pretexto de la guerra han subido los artículos alimenticios y ni siquiera hemos tenido quien proteste de esto, quien haga caudal de nuestra situación de explotados; somos los pobres, somos los parias en la tierra que conquistaron nuestros abuelos con sus vidas, a la que dieron libertad nuestros padres con su sangre y la hemos engrandecido con el sudor de nuestras frentes en las lides del trabajo. El pueblo está solo y debe defenderse, debe ir contra sus esquilmadores, llámense estos senadores, diputados, ministros, hacendados, banqueros o comerciantes y para ello debemos usar los mismos medios que ellos nos proporcionan en las leyes, ejerciendo el derecho de reunión y deliberando en asamblea pública las medidas a tomar contra los que, abusando de nuestro leal patriotismo, prefieren a la vitalidad de la república, la talega de oro arrancada al dolor inmenso de la madre que ve morir a su hijo de necesidad, o al gesto heroico de los trabajadores que los rinde la fatiga al pie del yunque. La Asamblea Obrera de Alimentación Nacional llama al pueblo de Chile, y en especial al de Santiago, a prepararse para la gran jornada de reivindicar su soberanía y establecer que, así como comprende los deberes de ciudadano respetuoso de las leyes y autoridades sabrá también, como lo hicieron sus abuelos y sus padres, arrojar del suelo nacional y castigar a los que del patriotismo hacen un negocio y de las leyes un escarnio. Este Comité delibera en este instante sobre las siguientes materias: 1. Liberación de derechos a la internación de ganado argentino. 2. Privación de la exportación de cereales y artículos alimenticios. 3. Liberación de los derechos aduaneros de los azúcares, arroz y otros del extranjero. 4. Un estudio sobre legumbres. 5. Reglamentación de Mercados. 6. Medios de transportes por los ferrocarriles. 7. Cooperativas. 8. Pesca libre y abolición de las concesiones pesqueras. 9. Modificar el régimen tributario durante la época de guerra. 10. Impedir el beneficio de hembras menores de seis años y hembras preñadas, proyecto presentado por el Ejecutivo. 11. Abaratamiento de los arriendos. 12. Ferias libres. 13. Moneda a un tipo de cambio fijo. 14. Tarifa de tranvías. 15. Colonización con nacionales. 16. Implantación de la jornada de 8 horas de labor.**

**17. Salario mínimo. Concluído este estudio, hará un memorial que presentará al poder Ejecutivo y elaborará un proyecto de ley que enviará al Congreso, y la resolución que estos cuerpos den a dichos documentos, los someterá a discusión del pueblo que sabrá aplicar el verdadero veredicto a unos y otros. Para esto necesitamos que todos los hogares, el día de la manifestación queden vacíos y acudan al sitio que se señalará a manifestar o un aplauso o una censura para aquellos que, diciéndose representantes del pueblo, resultaren agiotistas o representantes de grandes comerciantes. Que nuestras ancianas madres, que nuestras esposas, que nuestros hijos, salgan a combatir al lado de los hombres por el engrandecimiento nacional, defendiendo su vida, pues ella está sintetizada en alimentación sana y barata. A las sociedades de provincias pedimos formen Cuerpo al igual que el nuestro y en el mismo día y a una misma hora, que se oiga el clamoreo en todo Chile, a ver si así los dirigentes quieren oír el dolorido grito de los que todo lo producen y ni siquiera tienen que comer. Carlos Alberto Martínez, presidente; M. Montoya, vicepresidente; Evaristo Ríos, M.F.Galaz, Aurora Rojas, secretarios; Luis Ramírez, tesorero.”<sup>120</sup>**

Las expresiones políticas y sociales del sujeto popular chileno parecían haber asumido a plenitud el lenguaje profundo de la salud como bandera de lucha y movilización. Sus reivindicaciones se referían a su derecho a defender su vida por medio de una alimentación sana y barata, solución a los problemas de la carestía, pesca libre y abolición de las concesiones pesqueras, estabilidad monetaria, implantación de la jornada de trabajo de ocho horas y salario mínimo, imponiéndole al Estado plazos concretos para su satisfacción.

En efecto, el 22 de Noviembre de 1918, salieron a la calle 50.000 obreros y pueblo en general, en demanda de sus reivindicaciones. “*Se mostró la fuerza y el rostro alzado*”<sup>121</sup>.

No obstante las repercusiones que tuvo esta convocatoria en las salas del Congreso, no hubo respuesta concreta alguna. La cuestión se postergaba por algunos años más.

Entretanto, como en la Beneficencia subsistieron los problemas de financiamiento y organización del trabajo médico y el Consejo Superior no funcionó por carecer de poderes reales, fue necesario convocar al segundo Congreso de la Beneficencia en 1922.

Estos eran ya otros tiempos políticos, los tiempos de la Alianza Liberal, más favorables a las transformaciones que producirían el advenimiento del Estado Asistencial. Se trataba ahora de superar, con el pueblo en movimiento, la “*decadencia moral de la raza*”<sup>122</sup> inducida por el alcoholismo, la pobreza y el abandono, reafirmandose la idea de que esta empresa de salvación nacional era una cuestión central del Estado.

Este encargo debía ser asumido por un Ministerio ad hoc que emprendiese una verdadera campaña de higiene social para la defensa de las madres y de los niños del pueblo, que se complementaría con la fijación de un salario mínimo y de educación

<sup>120</sup> “*La Federación de Obreros de Imprenta*”; N° 8; Noviembre, 1918. Citado por M. A. Illanes. *Ibid*; 1993; págs. 132-134.

<sup>121</sup> Illanes, M. A. *Ibid*; 1993; pág.135.

<sup>122</sup> Labra, M. E. *Ibid*; 1997; pág. 89.

básica obligatoria, siguiendo el ejemplo de los países de Europa, para enfrentar la cuestión social.

Sobre estas bases generales se presentó al Congreso Nacional un proyecto que creaba un Ministerio para la defensa de la Salud Pública como función del Estado, porque *“la caridad es humillante”*.<sup>123</sup> En este proyecto se argumentó que como la Beneficencia era casi enteramente financiada por los fondos nacionales, los servicios debían pertenecer a todos los ciudadanos.

El tema central entonces de este Segundo Congreso de la Beneficencia fue el financiamiento de la Beneficencia, para cuya solución definitiva fueron presentadas las propuestas del Seguro Social, entre ellas las del seguro contra la enfermedad y los accidentes del trabajo, que habían sido debatidas en Suiza en 1919, con la presencia de los Drs. Gregorio Amunátegui y Exequiel González Cortés. En tales términos, en 1922 se presentó al parlamento el proyecto del Seguro Social Obligatorio contra la enfermedad y la invalidez, argumentándose que los fondos generados por la contribución de los obreros, de los patronos y del Estado, salvarían a los hospitales de su crisis, permitiendo a la Beneficencia Pública su desarrollo.

---

<sup>123</sup> Cámara de Diputados. Boletín de Sesiones; Sesión N° 19; 17 de junio de 1924.



## CAPÍTULO IV. EL ESTADO ASISTENCIAL Y SUS CONTRADICCIONES

La segunda década del siglo XX representa para los países de América Latina, en el campo de la sanidad, una intensificación de las presiones de Estados Unidos por la limpieza de los puertos, que se ve interrumpida por la primera guerra mundial. La fundación Rockefeller comienza sus actividades en América Latina orientada a la sanidad terrestre en las zonas productivas primario-exportadoras. Cede la resistencia de los países del sur a medida que se afianza la hegemonía de Estados Unidos en el continente, que se consolidará después de la primera guerra mundial. En esta década un número considerable de países crean órganos estatales de sanidad. Es el caso de Venezuela, México, Honduras, Chile, Haití y Colombia.<sup>124</sup>

Las profundas y cualitativas transformaciones experimentadas por la medicina y las formas como los médicos articularon su trabajo profesional con el desarrollo del capitalismo en Chile, que ya se han comentado, permiten darle contexto histórico al rol protagónico desarrollado por la salud pública, en la construcción de relaciones entre el Estado y el sujeto popular, conducido por la organización de los médicos que, en nombre de la modernidad, de la ciencia y del conocimiento, pretendieron sustituir a la vieja clase

---

<sup>124</sup> García, J. C. Ibid; 1991; pág 14.

política.

No debe ser olvidado que en 1869 se había fundado la Sociedad Médica de Santiago, cuya capacidad editorial contribuyó de modo significativo a que, para las capas dirigentes del país, la medicina dejara de ser asunto de sangrías y pócimas o preocupación de barberos. Se demostró así que era posible salvar vidas y prevenir la extensión de las epidemias; las pestes podían ser controladas. El saber médico moderno se legitimó socialmente, de modo que a fines del siglo XIX, ya se había consolidado en la medicina la relación entre la formación científica, el monopolio del conocimiento y el prestigio social, lo que les permitió a los médicos crear su imagen corporativa de “salvadores de la humanidad doliente”<sup>125</sup>.

En las primeras dos décadas del siglo XX, la profesión médica corporativizada ya había emergido como protagonista, con la condición de sujeto activo en la generación del Estado Asistencial. Romero afirma que en este tiempo

**“...la Escuela de Medicina se había convertido en un centro de atracción de lo más selecto de la juventud estudiosa del país y del extranjero, a partir de la selección de los postulantes, exclusivamente en función del mérito y la capacidad comprobada de los candidatos y del hecho que esa imparcialidad del proceso de selección y el carácter gratuito de la enseñanza permitía el acceso a la Universidad de los hijos de obreros y campesinos, con lo cual la composición social de los alumnos se relacionaba con los sectores medios y de escasos recursos”.**<sup>126</sup>

Más allá de que esta afirmación es calificada como una exageración criticable por la investigadora María Eliana Labra<sup>127</sup>, el juicio anterior constituye un intento de explicación del rol jugado por el cuerpo médico, como un protagonista en el advenimiento del Estado Asistencial desde la segunda década del siglo XX.

En los marcos de este análisis es posible situar el carácter del Estado Asistencial chileno cuyas preocupaciones por las respuestas a la Cuestión Social habrían de generar decisivos impulsos socializantes a la medicina chilena en las tres décadas siguientes.

Los nuevos sectores sociales, que asumieron el control del Estado, pretendieron dejar de constituir sólo una respuesta ante la amenaza social y transformarse en anticipadores de las demandas populares. Al decir de Illanes,

**“el Estado se configura siguiendo los pasos al Pueblo, saliendo al camino de su protesta poniéndosele por delante, tomando sus banderas, asistencialmente, encausándole su marcha”**<sup>128</sup>.

Todo ello especialmente en la asistencialidad, particularmente en el campo de las necesidades sanitarias, previsionales y de las condiciones del trabajo.

---

<sup>125</sup> Serrano, Sol. Ibid; 1993; pág.186.

<sup>126</sup> Romero, Hernán: Ibid. 1972; págs. 832-836.

<sup>127</sup> Labra, M. E. Ibid. 1997; pág. 108.

<sup>128</sup> Illanes, M. A. Ibid; 1993; pág. 15.

No obstante, este Estado Asistencial protector, pareció establecer con el sujeto popular una relación contradictoria y ambivalente. Mantuvo y desarrolló una vocación permanentemente represora similar a la del estado oligárquico y, al mismo tiempo, se preocupó de recoger y atender al mismo pueblo que reprimía y golpeaba. Esta actitud ambivalente y contradictoria queda de manifiesto en la conducta represiva que asumió el gobierno de Alessandri, no obstante su encendido discurso, como se demuestra en el conflicto salitrero que culminó en la matanza de San Gregorio en Febrero de 1921, la represión de la huelga del carbón en las zonas de Lota y Coronel en Marzo de 1922, la masacre salitrera de La Coruña en Junio de 1925, a pesar de todo lo cual el movimiento obrero se hacía cada vez más poderoso, alcanzando en 1925 a constituir 214 sindicatos con cerca de 204.000 trabajadores en su mayoría afiliados a la Federación Obrera de Chile (FOCH).<sup>129</sup>

Los médicos y sus organizaciones, consagrados entre los sectores más lúcidos de la época, asumieron progresivamente la mediación de la compleja y contradictoria relación entre el Estado y el movimiento popular, imponiéndole al Estado una nueva direccionalidad, propia del Estado Asistencial.

Por todo ello, el lenguaje de la salud pública, los estigmas de la enfermedad y la miseria del pueblo adquirieron el carácter emblemático del principal ropaje con que se vistió el Estado, para contener las potencialidades revolucionarias del sujeto popular que atentaban contra el orden establecido.

Este es el perfil general que caracterizó el desarrollo de la salud pública desde 1920 hasta muy avanzado el siglo XX, para converger en nuevos desarrollos, entre 1938 y 1952 con la formación del Servicio Nacional de Salud.

En todo este proceso los médicos y sus organizaciones se transformaron, junto a los representantes del movimiento popular y desde el seno mismo del Estado, en sujetos sociales y con ello en protagonistas centrales del desarrollo de la institucionalidad sanitaria en Chile.

## 1. Un Perfil de la Ley del Seguro Obrero Obligatorio.

A partir del segundo Congreso de Beneficencia Pública celebrado en 1922, como ya se ha comentado, surgió el establecimiento de las bases para la reorganización de aquella institución sobre la base de un proyecto nacional de previsión social. Este proyecto concebido fundamentalmente por el Dr. Exequiel González Cortés, miembro del Partido Conservador, inspirado en la seguridad social alemana, se sostenía en la idea de que los mismos beneficiarios financiaran su atención hospitalaria, así como los aspectos previsionales como la pensión de vejez, los seguros sociales contra las enfermedades y los accidentes del trabajo, de modo que no constituyeran una carga para la Beneficencia Pública, crónicamente en bancarota. Continuaba argumentando el Dr. González en el

---

<sup>129</sup> Vitale, Luis. Ibid; 1979; págs. 44-45-47.

sentido que

**“...la forma trágica ideada por Marx como generadora del movimiento de transformación del Estado, la lucha de clases, se ha resuelto en realidades de paz y armonía, mediante una política social....¿cuál es el instrumento más eficaz de aplicación de esa política salvadora?: El seguro”<sup>130</sup> .**

Es decir, la inspiración fundamental del proyecto de previsión social era proteger al sector de obreros industriales que constituían el núcleo social organizado en el movimiento popular y erigido en sujeto social, perturbador del orden establecido. María Angélica Illanes anota que la política social previsional suponía un nuevo ordenamiento social, una nueva diferenciación conceptual del pueblo entre trabajadores e indigentes. A pesar de que el proyecto contemplaba nominalmente a todo el pueblo en todas sus manifestaciones laborales,

**“la historia sabe que esos sectores no asalariados, van quedando fuera, pasando a esa categoría de indigentes”<sup>131</sup> .**

Este nuevo ordenamiento social generado por el proyecto previsional, que separó a los trabajadores asalariados de los demás ciudadanos para efectos de la legislación sobre protección social, marcará decisivamente toda la historia futura del país en materia de salud y seguridad social.

Concretamente en las mismas fechas que se presentó la ley de previsión social para los asalariados, se presentaba otro proyecto de ley que creaba la Caja de Empleados Particulares sobre la base de un régimen de capitalización individual, distinto en su concepción e inspiración al primero<sup>132</sup> .

El debate parlamentario del proyecto de previsión presentado a la Cámara de Diputados por el Dr. González Cortés en 1922, se arrastró durante dos años, a pesar de los efectos previstos de salvación y conservación del orden establecido que la asistencialidad se proponía, en orden a contribuir a la armonía social tan amenazada.

La transformación del rol del Estado planteaba un proyecto de inclusión, de todas las clases sociales en pugna, en su propio aparato y por ello, todas las clases debían costear su financiamiento. Este parece haber sido el problema central que dificultó su aprobación más rápida, En los hechos, llevar a las organizaciones obreras al estado central prefiguró problemas de fondo en los sectores dominantes del Congreso Nacional y hubo de idearse una figura jurídica que manteniendo lo central del proyecto, generara un organismo público adyacente al estado central, fuertemente controlado por los médicos y que dependiera de un fuerte ministerio.

**“Una de las claves importantes para comprender este fenómeno, es decir, para entender todo el proceso de contradictoria construcción y crítica consolidación del Estado Asistencial en Chile, reside en la famosa Ley 4054, Ley de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Vejez. Ella creó la Caja del Seguro Obligatorio que**

---

<sup>130</sup> Revista Beneficencia. Marzo de 1923; pág. 120.

<sup>131</sup> Illanes, M. A. Ibid; 1993; pág. 197.

<sup>132</sup> Labra, M. E. Ibid. 1997; pág.94.

**condujo de hecho a la histórica y combatida incorporación de la clase obrera nacional al Estado, en tanto Caja Social, administradora de una parte de la plusvalía capitalista y del salario, a quien la clase obrera debió arrendar su seguridad vital.”**<sup>133</sup>

La alianza de los sectores médicos y de los militares de esa época situados en abierta ruptura con la elite oligárquica y como expresión de los sectores medios emergentes, se constituyó en factor decisivo del triunfo del nuevo Estado, haciéndose eco de la necesidad de neutralizar al movimiento obrero, encarnado en sujeto popular con proyecciones revolucionarias por una parte, y de consolidar el imperio de la ciencia y de la técnica como factores de desarrollo estable, por otra.

Resulta muy tentador visualizar cómo el nuevo Estado, en pugna con el viejo orden oligárquico y como parte de su nueva función general, utilizó también la medicina como herramienta política para disminuir las tensiones sociales en ciertos sectores de la población.

El fenómeno del Estado Asistencial, no obstante las particularidades del caso chileno, no puede ser considerado como una singularidad en América Latina, como lo he planteado en los primeros segmentos de este trabajo. Por el contrario, la influencia importante de la llamada región económica, propia en este caso del modo de producción capitalista puede explicar que el fenómeno de los Estados Asistenciales como respuesta estatal, fuera común en la mayoría de los países de la región, aunque con sus particularidades. Hay autores que señalan que

**“...la necesidad de disminuir el trabajo necesario para reproducir la fuerza de trabajo, independientemente de la duración de la jornada de trabajo, revoluciona y transforma a la medicina, por cuanto ésta es llamada a hacerse cargo de las consecuencias del aumento de la intensidad y del gasto del trabajo, que claramente es pernicioso para la salud de los trabajadores.”**<sup>134</sup>

La necesidad del aumento de la productividad a igualdad de jornada de trabajo, se transforma en productora de enfermedad. El marco teórico propuesto por el autor citado, para comprender la transformación conceptual de la salud y la enfermedad en un orden cuantitativo, al consolidarse históricamente el modo de producción capitalista, debe ser situado en la base de la inteligencia histórica acerca del nacimiento del sujeto histórico popular, así como de la propia necesidad de que el Estado asumiera el nuevo rol asistencial, a partir de las transformaciones operadas también en la medicina.

El 3 de Septiembre de 1924, horas después de que las Fuerzas Armadas depusieran al Presidente Alessandri el Congreso con la presencia física de la oficialidad del ejército aprobó, sin discusión las leyes sociales. Con ello nacieron, por la fuerza de las armas, la Ley N° 4054 del Seguro Obrero Obligatorio, la Ley 4055 de Accidentes del Trabajo y el Código del Trabajo, transformados en las bases jurídicas de la nueva institucionalidad.

Finalmente, en octubre de 1924, la Junta Militar decretó que el Estado Asistencial fuera comandado por un ambicioso Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y

<sup>133</sup> Illanes, M.A.: *Ibid.*; 1993; pág. 144.

<sup>134</sup> García, Juan César: *Ibid.*; 1991; pág.4.

Trabajo, bajo cuya dependencia quedaron la Dirección General de Sanidad, el Departamento de Higiene y Beneficencia del Ministerio del Interior, la Inspección General del Trabajo, la Junta de Beneficencia, el Consejo de la Habitación Popular y las Cajas del Seguro Obrero, de los Empleados Particulares y luego, la Caja de Empleados Públicos y Periodistas.<sup>135</sup>

Para operacionalizar el Seguro Obligatorio, la Ley dispuso la creación de una Caja Central, con dependencias locales, encargada de otorgar los beneficios a todos los trabajadores asalariados, así como a los aprendices y trabajadores autónomos urbanos y agrícolas, que se estimaban en la época en un millón de personas, destacándose que el seguro era obligatorio hasta determinado techo salarial y que las Fuerzas Armadas, la policía, los mercantes, los ferroviarios y los empleados particulares tenían regímenes propios.

***“La Caja del Seguro Obrero sería financiada en forma tripartita con el 2% del salario semanal a cargo del obrero, el 4% (rebajado poco después al 3%) del salario, de cargo del patrón y con el 1,5% de cargo del Estado, que luego subió al 2%. Los principales beneficios que contempló la ley eran los siguientes: -asistencia médica gratuita y provisión de los medios terapéuticos necesarios. -atención médica otorgada por personal idóneo contratado por la Caja, teniendo el asegurado el derecho a escoger al facultativo y de ser reembolsado por los gastos con profesionales autorizados. -asistencia profesional a las aseguradas por embarazo, parto y puerperio, además de auxilio de maternidad durante tres semanas. -subsidio en dinero mientras dure la incapacidad del asegurado con familia dependiente. -auxilio mortuario para la familia del asegurado fallecido. -pensión de invalidez por enfermedades distintas de los accidentes del trabajo. -pensión de vejez para aquellos que lleguen a la edad de 65 años (o 55 como opción alternativa) y que tengan 15 años, como mínimo, la condición de asegurados”***<sup>136</sup> .

No obstante haber incluido el derecho de los beneficiarios a escoger al médico tratante, durante el primer gobierno del general Carlos Ibáñez, la Caja del Seguro eliminó el régimen de libre elección y honorarios, a partir de denuncias de hechos de corrupción, clientelismo, nepotismo, nominaciones arbitrarias, ejercicio ilegal y otros fenómenos ligados a las disputas por los honorarios.<sup>137</sup>

Como se analizará más adelante, una parte muy significativa de las organizaciones obreras, en especial las nucleadas en torno a la Federación Obrera de Chile, se opusieron y rechazaron tenazmente las disposiciones de estas leyes.

Más allá de otras consideraciones, la construcción tripartita del financiamiento del Seguro Social, entre obreros, patrones y el Estado, marcó decisivamente el inicio de la solidaridad institucionalizada que se prolongó posteriormente en el Servicio Nacional de Salud, hasta su término en 1979, estableciendo el modo principal como discurriría el

---

<sup>135</sup> Illanes, M. A. Ibid. 1993; págs. 203-207.

<sup>136</sup> Labra, M. E. Ibid. 1997; pág. 95.

<sup>137</sup> Boletín del Sindicato de Médicos: N° 29 y 256; 1929-1932.

sistema chileno de salud. Sin duda, estaban así señalados los elementos centrales que inspirarían más tarde la formación del Servicio Nacional de Salud, incluso los gérmenes de sus propias insuficiencias y exclusiones.

## 2. El Escenario Político luego de las Leyes del 24 y 25.

En 1925 fue aprobada, en un controvertido plebiscito, la nueva Constitución Política del Estado que consagraba en su artículo 10, el deber del Estado de velar por la salud pública debiendo destinar los recursos necesarios para mantener un Servicio Nacional de Salubridad. Junto a ello, el gobierno de facto aprobó un nuevo Código Sanitario que dio una organización más uniforme y distrital a los servicios sanitarios.

El nuevo Estado emergido de estos procesos se enriqueció con la construcción de su segmento asistencialista, pero mantuvo su condición de estado represor del movimiento popular como ya lo he comentado. A partir de su consolidación en los años veinte se comienza a configurar la relación contradictoria y problemática que ha inspirado este trabajo. Por una parte, pretendió neutralizar y reprimir los desarrollos del sujeto popular transformador y por otra, se comenzó a encargar de la asistencia de los principales problemas sociales y económicos que lo afectaban.

La ley 4054 comenzó a regir a fines de 1925 y su implementación atravesó por innumerables dificultades, encontrando oposiciones en todos los sectores. Además del abierto boicot de los empresarios a las contribuciones que les imponía la ley y de amenazar con el cierre de las fábricas, algunos juristas atribuían los conflictos a

***“las resistencias de nuestro pueblo, que como todos los pueblos, necesitan ser incluidos a la fuerza”.***<sup>138</sup>

Por otra parte, de hecho los trabajadores eran contrarios al seguro y sus razones eran otras. En el ambiente de agobiante miseria y de agitación social revolucionaria, parecía lógico pensar que las leyes en general y la del seguro social en particular, fueran percibidas como un robo legal del salario obrero o como un engaño. Los trabajadores argumentaban por ejemplo, que nunca alcanzarían la edad de 65 años necesaria para obtener su pensión de vejez y en ello tenían razón, si se piensa que, en la época, la expectativa de vida al nacer era de 43 años.

***“Desconfiados, argumentaban que no había garantías de que sus descuentos fuesen complementados por el fisco y por los patrones; que todo recaería igualmente sobre los trabajadores a través de la carestía de los consumos y que los fondos acumulados serían para pagar la empleomanía fiscal.”***<sup>139</sup>

En 1926, la oposición de los trabajadores al seguro social adquirió caracteres de movilización y la Federación Obrera de Chile y gremios de los empleados organizaron importantes protestas nacionales exigiendo la inmediata derogación de la ley 4054 y la

<sup>138</sup> Gaete A. y cols. : *“La Seguridad Social”*; Santiago; Editorial Jurídica; 1946

<sup>139</sup> Illanes, M.A.: *Ibid*; 1993; pág. 226.

eliminación del flamante Ministerio de Higiene. En ese mismo tiempo una nueva epidemia de viruela apareció en el país y como el Código Sanitario era inequívoco, los trabajadores acuñaron la consigna

**“o morimos con la epidemia dentro del régimen capitalista o suprimimos ese régimen para sanear el ambiente”.**

Parecía demasiado tarde para revoluciones proletarias. Por su parte, los médicos también reaccionaban contra el seguro.

**“Los militares entretanto, tenían asumido el proyecto de control social encarnado en el Estado Protector y lo impondrían a cualquier precio.”<sup>140</sup>**

El período comprendido entre 1920 y 1932 junto consagrar la instalación del Estado Asistencial ha sido motivo de debate, en lo que se refiere a su perfil político general. Para algunos la elección de Arturo Alessandri en 1920 constituyó el inicio de una etapa muy significativa de la historia nacional, de gran agitación social, con un movimiento obrero y estudiantil con capacidades de protagonismo político, pero que no constituyó un cambio profundo de las estructuras centrales del poder político dominante.<sup>141</sup>

Para otros, como Salazar y Pinto, ya citados,

**“entre 1920 y 1932 se sucedieron una serie de intentos frustrados de reforma, como el reformismo alessandrista y el militar, pero que finalmente no constituyeron una revolución social”<sup>142</sup>.**

Para Luis Vitale, “el gobierno de Arturo Alessandri Palma (1920-1925) fue el primer gobierno populista de Chile”.<sup>143</sup>

Los elementos del conservadurismo, al contrario, siempre temieron entre los años veinte y los cuarenta, la decadencia de su clase y su sustitución en el poder por los sectores medios y el movimiento popular.

Lo que si parece claro es que el movimiento obrero había adquirido una fuerza y significación considerables, que se había resuelto a actuar con independencia de clase y que incluso resistió las medidas de la asistencialidad que se han analizado. Esta presencia del sujeto popular hizo comprender a los sectores más lúcidos de la burguesía que lo central era detener el ascenso del movimiento obrero.

En Febrero de 1921 se produjo la matanza de obreros salitreros en San Gregorio. El periódico el Despertar del 10 de Febrero denunció la muerte de sesenta y cinco obreros y de 34 heridos. La organización continuaba y entre el 24 y el 30 de Diciembre de 1921, la Federación Obrera de Chile (FOCH) celebraba en Rancagua su cuarta Convención Nacional a la que asistieron 102 Consejos Federales en representación de 60.000 afiliados. En esa convención se resolvió la adhesión de la Federación a la Internacional Sindical Roja y se publicó una proclama en la que se establecía el compromiso de la

<sup>140</sup> Labra, María Eliana: *Ibid.* 1997; págs. 97-98.

<sup>141</sup> Ovalle, Jorge: “Visión de Chile”. Citado por Salazar y Pinto: *Ibid*; Tomo II; pág. 41.

<sup>142</sup> Salazar, G Pinto, J.: “*Historia Contemporánea de Chile. Tomo II; LOM Ed. 1999; pág. 41*

<sup>143</sup> Vitale, Luis: *Ibid.* 1979; pág. 43.



organización con la supresión total de la explotación del hombre por el hombre, aboliendo la propiedad privada.<sup>144</sup>

La FOCH dirigió la mayor parte de las huelgas y movilizaciones, en particular la de Lota y Coronel en Marzo de 1922 que duró varias semanas.<sup>145</sup>

La aprobación por el Congreso Nacional, en Septiembre de 1924, del Código del Trabajo y de Previsión Social constituyó un hito importante en los esfuerzos del gobierno por intervenir el movimiento obrero, reglamentando sus organizaciones, induciendo a las organizaciones populares a institucionalizarse, lo que fue evaluado por ellas, como intentos de atomizar y neutralizar al movimiento obrero.

***“Con la aprobación del Código del Trabajo en 1925, comienza el período del sindicalismo legal. La FOCH y los anarquistas resistieron durante varios años el proceso de institucionalización de los sindicatos. Sin embargo, en la década de 1930 el sindicalismo legal había logrado imponerse en casi todos los gremios”***<sup>146</sup>

El 3 de Junio de 1925, poco antes de terminar su mandato el gobierno de Alessandri a raíz de una huelga obrera, consumó una nueva masacre en la oficina salitrera de La Coruña, la que fue bombardeada con artillería, reportándose varias decenas o centenares de muertes.<sup>147</sup>

Este período, lleno de agitación social auténtica e independiente y cargado de medidas represivas, parece llegar a su cima en los meses siguientes a la caída del General Ibáñez, durante 1932.

La agitación social y la crisis económica llegaron a expresarse en una nueva crisis política que agudizó las contradicciones al interior de los sectores dominantes del Estado, alcanzando a las filas de las Fuerzas Armadas. El 1° de septiembre de 1931 la Marinería se tomó la Escuadra Nacional, movimiento militar que sólo pudo sostenerse hasta el 8 de ese mes.

***“No era para tomarse a la ligera la sublevación de la marinería y los suboficiales de la Escuadra Nacional, ocurrida en Septiembre de 1931, a la cual adhirió el Partido Comunista y la FOCH, que exigieron además de mejorías en sus sueldos y ascensos, la subdivisión de la tierra y el cambio de régimen social. Este episodio se asemejaba demasiado a la experiencia de los soviets de soldados y obreros de la Revolución Rusa. Lo mismo sucedía con el intento conducente a apoderarse de un regimiento en Copiapó efectuado a fines de ese mismo año. Quizá porque estos movimientos insurreccionales tuvieron su origen en suboficiales y soldados el gobierno, en ambos casos, contó con las Fuerzas Armadas para aplastarlos. Sin embargo, la institucionalidad política tuvo sus días***

<sup>144</sup> Vitale, Luis: Ibid; 1979; pág. 45.

<sup>145</sup> Vitale, Luis: Ibid; 1979; pág. 45.

<sup>146</sup> Vitale, Luis: Ibid; 1979; pág.47.

<sup>147</sup> Vitale, Luis: Ibid; 1979; pág. 47

***contados cuando el complot surgió, no ya desde los rangos inferiores, sino desde los oficiales activos del Ejército.”***<sup>148</sup>

El 4 de Junio de 1932, al decir de Correa y colaboradores,

***“una extraña confluencia de alessandristas, ibañistas y socialistas, respondiendo al liderazgo del comandante de la Escuela de Aviación, coronel Marmaduke Grove, se tomó La Moneda con el apoyo del Ejército”***<sup>149</sup> .

Esta mal llamada, a juicio de Vitale, “República Socialista” enarbó un programa antioligárquico y antiimperialista, no obstante proclamarse anticomunista, cuyos contenidos merecen un estudio aparte. Es sí, de especial importancia comentar que este proceso expresó el grado de politización creciente de las fuerzas armadas, que se venía produciendo desde Septiembre de 1924 y que los sectores dominantes se resolvieron a corregir.

Los dos acontecimientos recién anotados corresponden a una respuesta insurreccional contra el estado de cosas y el régimen institucional vigente, de parte de sectores tanto de las clases y soldados como de la oficialidad de las fuerzas armadas.

Algunas de las consecuencias de estos acontecimientos históricos perduraron como realidades institucionales hasta 1973. La elite dominante de la época pareció haber tomado muy en cuenta estas señales en la consolidación del cambio del carácter del Estado y en el desarrollo ulterior del movimiento obrero y popular de los años siguientes, que culminaron en el Frente Popular y en el curso que asumió la década larga de los sesentas (1960-1973).

Estos niveles de agitación social y las expresiones en la superestructura política del país acaecidos desde 1920 a los comienzos de la década de los treinta, continuaron produciendo contradicciones en la elite dominante lo que parece haber determinado un proceso de reajuste clasista de las fuerzas políticas que se manifestó en la conformación progresiva de los bloques de derecha e izquierda, que gravitaron en la política nacional hasta 1973.

Los partidos liberal y conservador se afianzaron en posiciones conjuntas que expresaron el miedo a la transformación revolucionaria; el Partido Comunista hizo lo propio en el sector obrero, lo que se expresó progresivamente en el movimiento sindical y las contradicciones se situaron en especial en el Partido Radical y en las organizaciones de pensamiento socialista.

Merece ser especialmente analizado el hecho que, poco antes de dejar el poder, el gobierno promulgó la Ley de Seguridad Interior del Estado, cuerpo legal que impuso un nuevo Código Sanitario, que finalmente logró perdurar. Este Código reorganizó las instituciones sanitarias, dio poderes omnímodos al Director de Sanidad y asentó el imperio de la ley sobre el derecho de propiedad en lo que se refería a las obligaciones de los servicios de utilidad pública en favor de los intereses generales del Estado, la salud de los ciudadanos y la salud pública.

---

<sup>148</sup> Correa, Sofia et als.: *Ibid*; 2001; págs. 107-108.

<sup>149</sup> Correa, Sofia et als. : *Ibid*; 2001; pág. 108.

La vieja disputa entre los intereses individuales y la salud del conjunto de la población, que entrabó por años las atribuciones de regulación y control sanitario, requirió de un poder militar de facto para consagrarse. Así, la Dirección General de Sanidad creada en 1918 y que había resultado muy inoperante por falta de atribuciones ejecutivas, adquirió su plenitud en 1931.

Este fenómeno de latencia en la eficacia y efectividad real de las instituciones sanitarias que va creando el Estado, puede entenderse como un fenómeno común a casi todas ellas, en la primera mitad del siglo XX. Resulta muy interesante y simbólico dar cuenta que, en 1932, durante la breve República Socialista se crea por primera vez en la historia de Chile, un Ministerio de Salubridad Pública, que tuvo vigor sólo hasta 1936.



## CAPÍTULO V. UN PERFIL DE LA PROFESIÓN MÉDICA ORGANIZADA

La profesión médica organizada se constituyó en protagonista principal de las transformaciones que experimentó la sociedad chilena en la construcción de la respuesta social de salud, pudiendo ser caracterizada como un sujeto social, particularmente en la primera mitad del siglo XX.

Ya ha sido destacado el papel jugado por la elite médica organizada en la Sociedad Médica de Santiago, en la conceptualización de la Cuestión Social y en las formas que esta elite propugnó para su afrontamiento social y político, entre 1880 y 1890<sup>150</sup>.

En el estudio citado, quedó de manifiesto la importancia de la organización de la profesión médica desde la creación de la Sociedad Médica de Santiago en 1869, con participación principal de los estudiantes de Medicina, la Revista Médica de Chile en 1872, el Primer Congreso Médico Chileno celebrado en 1889 en la inauguración de la nueva sede de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, el rol del Centro de Estudiantes de Medicina como formador de la Federación de Estudiantes de la misma Universidad y los Congresos de la Beneficencia de 1917 y 1922.<sup>151</sup>

<sup>150</sup> Molina, Carlos : "La Cuestión Social y la Opinión de la Elite Médica. Chile: 1880-1890. Un Análisis de la Revista Médica de Chile y de los Anales de la Universidad de Chile". Anales Chilenos de Historia de la Medicina, 2006; (16): 17-31.

<sup>151</sup> Labra, M. E. : Ibid. 1997; págs. 109-110.

Con posterioridad a 1891, la Sociedad Médica de Santiago, originalmente creada por los estudiantes, parece haber experimentado un cambio en sus normas corporativas, de modo tal que en 1901 cambió sus criterios de afiliación aceptando como socios activos sólo a los médicos-cirujanos titulados, lo que determinó que los estudiantes buscaran formas propias de organización en las que expresaron sus diferencias con la Sociedad, adhiriendo a las demandas populares y ofreciendo servicios gratuitos en policlínicas públicas.<sup>152</sup>

Por su parte, el Centro de Estudiantes de Medicina, que lideró la formación de la Federación de Estudiantes (FECH) en 1906, alentó las definiciones de la FECH en el sentido de avanzar en la unidad del mundo obrero con el estudiantil.<sup>153</sup>

En 1919, se constituyó un grupo profesional llamado Cuerpo Médico orientado a discutir sobre aspectos éticos de la profesión médica y a defender los aspectos sociales de su actividad. Conocidos en la época como los “jóvenes turcos”, defendían la medicina pública como un deber del Estado y demandaban de éste que se organizaran nacionalmente todos los servicios y se creara la carrera de los especialistas sanitarios, en consonancia con los preceptos de la naciente Oficina Sanitaria Panamericana.<sup>154</sup>

Como consecuencia de la apertura de caminos diversos, la Sociedad Médica de Santiago optó por dedicarse a las cuestiones científicas, manteniendo la Revista Médica de Chile. Con ello, las luchas gremiales encontraron caminos propios y distintos, lo que abrió el paso a la organización sindical de los médicos.<sup>155</sup>

## **1. El Sindicato de los Médicos de Chile.**

El Sindicato de Médicos de Chile fue fundado en Valparaíso en Octubre de 1924 en momentos que sus propios creadores estimaron como

***“días de intranquilidad política, de perturbaciones que nos privan a todos de una serena consideración de los intereses personales y colectivos”***<sup>156</sup> .

La bibliografía consultada da cuenta de la influencia que tuvo, en la creación de este Sindicato, el movimiento de los médicos de todos los países occidentales hacia la expansión del Estado en salud, directamente o a través de los seguros de enfermedad o lo que se llamó la medicina social. Las publicaciones chilenas daban cuenta de modo

<sup>152</sup> Labra, M. E. : Ibid. 1997; pág. 110.

<sup>153</sup> Aylwin, Mariana y cols.: “Chile en el Siglo XX”; Santiago, Ed. Planeta; 2º edición; 1987.

<sup>154</sup> Vargas Salcedo, Luis: “La Sociedad Médica en el sexagésimo aniversario de su fundación(1869-1929)”; Santiago. Publicación del Autor; 1939.

<sup>155</sup> Labra, M. E. : Ibid. 1997; pág. 112.

<sup>156</sup> ***Boletín del Sindicato de Médicos de Chile Nº 1; 1925.***

especial lo que ocurría en los países vecinos, particularmente el Sindicato de Médicos de la República Argentina, que se consideró un ejemplo de acción colectiva en estas materias.<sup>157</sup>

La importancia de este Sindicato chileno pareció estar determinada por el hecho que, por primera vez en la historia de la salud nacional, los asuntos referidos a la asistencia médica, así como el rol de los profesionales, alcanzaron claros niveles de politización que se expresó a través del Boletín Sindical, que divulgaba el pensamiento corporativista y el ideario socialista, transcribiendo parte de las obras de Durkheim, Marx, Engels, Lenin y Trotsky, lo que determinó que sus directores fueran perseguidos y encarcelados. En Agosto de 1932, fueron detenidos en Valparaíso sus principales dirigentes junto con el joven estudiante Salvador Allende, de quien se *“admiraba su facilidad de expresión, la alegría de vivir y su gran energía”*<sup>158</sup>.

Los contenidos doctrinarios del Sindicato, hacían énfasis en la importancia de los médicos chilenos porque

***“son factores primordiales de la conciencia pública”, por su entrega “con una fe apostólica a una propaganda cultural de los pueblos”***<sup>159</sup>.

Sentían la urgencia de enfrentar a través de *“la unidad por la base”* a la *“explotación filantrópica”*, afirmando que la *“sociedad caminaba claramente hacia la solidaridad de intereses, apartándose progresivamente de la caridad”*. Constatában que el *“egoísmo individual”* estaba siendo sustituido por el *“egoísmo colectivo”* de la asociación, considerado como el único medio *“para luchar contra los poderosos”*<sup>160</sup>.

Desde su inicio el Sindicato representó la primera expresión del corporativismo médico en Chile, en el sentido de fundamentar la necesidad de organizarse para enfrentar, desde sus intereses, las transformaciones históricas ocurridas en el ejercicio profesional generadas por la nueva institucionalidad, que cambiaba el ordenamiento del trabajo médico.<sup>161</sup>

En este sentido, las opiniones de los dirigentes eran claras:

***“a pesar de ser muy superiores, de tener más inteligencia y estar más capacitados para apreciar los movimientos sociales”,***

los médicos

***“permanecen aislados trabajando, sin percibir la enorme fuerza moral que tienen, tan menospreciada por el público justamente porque los ven divididos; por eso son objeto de todo tipo de atropellos, críticas e injusticias”***<sup>162</sup>.

A partir de las conclusiones del IV Congreso Médico Latinoamericano, el Sindicato de

<sup>157</sup> Labra, M. E. : Ibid. 1997; pág. 112.

<sup>158</sup> Boletín del Sindicato de Médicos N° 249; 1932.

<sup>159</sup> *Boletín del Sindicato de Médicos N° 2; 1925.*

<sup>160</sup> Boletín del Sindicato de Médicos N° 7 y 8; 1925.

<sup>161</sup> Boletín del Sindicato de Médicos: N° 3; 1925.

Médicos de Chile elaboró un Estatuto cuyas normas y definiciones expresan claramente y por primera vez en Chile,

**“los elementos que guiarán toda la política de los intereses de los médicos chilenos”<sup>163</sup>.**

La masiva y creciente incorporación de los médicos a la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, creada por la ley 4054 en 1925, pareció obligar a la organización médica a priorizar la defensa de los intereses de sus asociados, facilitando su crecimiento. La organización médica pareció tener una conducta contradictoria frente al nuevo régimen de seguridad social. En un primer momento, algunos sectores se sumaron a las críticas de la Federación Obrera de Chile y a los intentos por la derogación de esa ley, en tanto que también se hacían evaluaciones positivas, *“puesto que crea una nueva conciencia acerca de la manera de entender las relaciones justas entre los hombres”*<sup>164</sup>.

Finalmente, los médicos del Sindicato llegaron a la conclusión que

**“a pesar de que la Ley del Seguro ha fracasado en todas partes, en Chile debe cuidársela por ser buena para las masas proletarias, porque eleva la cultura y el bienestar de la Nación, es positiva para los médicos porque crea campos de trabajo profesional, además de socializar la medicina entre una clientela hoy abandonada”<sup>165</sup>.**

Debe ser tenido en consideración que en la formación y desarrollo de estas actividades y planteamientos del Sindicato Médico, parecen haber influido favorablemente, la participación que le cupo a don Marmaduke Grove en las intervenciones militares de 1924 y 1925, así como el levantamiento de la candidatura presidencial para la elección de 1925, del Dr. José Santos Salas, médico del Ejército, que tuvo el apoyo de los comunistas, habida cuenta que desde 1924 en adelante todos los gobiernos de facto y también los electos, asumieron la determinación de transformar al país a partir del Estado higienizador, *protector y salvador de la raza*, para lo cual contaron con la ayuda del Sindicato, a través de una campaña destinada a persuadir tanto a los médicos como a los trabajadores de las bondades del Seguro Obligatorio.<sup>166</sup>

Estas posturas del Sindicato estuvieron principalmente inspiradas en la defensa de los intereses concretos de la mayoría de los médicos, como queda claramente evidenciado por una declaración del Presidente del I Congreso Médico Sindical celebrado en Octubre de 1926:

**“Participé con el Dr. Exequiel González Cortés en la preparación de la ley 4.054 e hice todo por disuadirlo.....nunca fui partidario de esa ley, porque todas las sociedades modernas son amigas de practicar el altruismo y la filantropía**

<sup>162</sup> Boletín del Sindicato de Médicos: N° 7; 1925.

<sup>163</sup> Labra, M. E. : *Ibid*; 1997; pág. 115.

<sup>164</sup> Boletín del Sindicato de Médicos: N° 3; 1925.

<sup>165</sup> Boletín del Sindicato de Médicos: N° 3; 1925.

<sup>166</sup> Labra, M.E.: *Ibid*. 1997; pág. 117.



**abusando y atropellando los intereses médicos....alerté a la Sociedad Médica, pero mis palabras cayeron en el vacío;....pienso que ahora no se debe abolir....con los millones de pesos de las Cajas de los enfermos, se podrá hacer algo por la clase menesterosa; la ley debe ser aprovechada por los médicos, imponiendo el siguiente principio: todo acto médico debe ser remunerado”**<sup>167</sup> .

De acuerdo con lo que ocurría en Europa, cuyas asociaciones médicas crearon la Asociación Médica Internacional, donde se propugnaba el avance y desarrollo de los seguros sociales con importante participación de las organizaciones médicas en la administración de esas instituciones, el Sindicato en Chile luchaba por la necesidad de orientar a la profesión en el sentido de que el médico debía ser un consejero técnico en todo lo que se refería a la medicina socializada.<sup>168</sup>

No obstante esos esfuerzos, el Sindicato de los Médicos de Chile pareció fracasar en sus intentos de monopolizar la representación del cuerpo médico en las estructuras de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio y constituirse en mediador de las relaciones entre los profesionales y aquella institución. Ello, porque el gobierno de Ibáñez extinguió el sistema de libre elección y pago de honorarios que señalaba originalmente la ley, contratando en su lugar médicos asesores pagados por hora de trabajo, a partir de los profesionales que trabajaban como clínicos en los servicios médicos de la propia institución.<sup>169</sup>

La libre elección y el pago de honorarios por acto médico, que estaban en los planteamientos desarrollados por el Sindicato, fueron definitivamente abandonados cuando el propio gobierno de Ibáñez al fusionar los servicios de salud en el Ministerio de Bienestar y concretar la reforma administrativa, transformó a los médicos en funcionarios asalariados, equiparando a los asegurados con los indigentes en la asistencia médica gratuita y con un carnet único. Los representantes del gobierno explicaron

**“que estas medidas, que podían ser lesivas para el cuerpo médico, obedecían al hecho de que Chile era un Estado republicano donde todos debían ser iguales”**

<sup>170</sup> .

A partir de estos hechos, la Sociedad Médica de Chile, que se oponía al Sindicato, insistió con fuerza en su propuesta de creación del Colegio Médico, que por el ministerio de la ley, debía ser de afiliación obligatoria y con jurisdicción sobre todos los profesionales, a la que el Sindicato se había opuesto desde el principio:

**“el médico nada quiere con la ley porque por naturaleza es libertario; además no quiere que se le haga funcionario, atado a los papeles y formularios burocráticos”**<sup>171</sup> .

Las pugnas entre la Sociedad Médica y el Sindicato dividieron claramente a la profesión

<sup>167</sup> Boletín del Sindicato de Médicos: N° 15; 1926.

<sup>168</sup> Boletín del Sindicato Médico: N° 9; 1925.

<sup>169</sup> Labra, M.E.: Ibid. 1997; pág. 120.

<sup>170</sup> Boletín del Sindicato de Médicos: N° 60; 1928.

<sup>171</sup> Boletín del Sindicato de Médicos: N° 2; 1925

médica. El Sindicato se opuso tenazmente a la idea de una institución que forzara a los profesionales, utilizando la coerción legal. Ya lo había señalado explícitamente el Dr. Grove en 1925:

***“Es inaceptable y extremadamente peligroso para la profesión liberal. Debemos unirnos por nosotros mismos. Unidad forzada no es unidad. El Colegio es un golpe mortal para la unidad médica”***<sup>172</sup> .

Puesto que el Sindicato se definía como una organización libre, el Colegio al ser creado por ley sería una institución integrada por personas partidarias del gobierno. Se trataba de un conflicto político. El fondo de esta extensa polémica se encuentra publicado en todos los Boletines del Sindicato de Médicos publicados en 1929.

El gobierno de Ibáñez apoyó la idea del Colegio, sustentada por la Sociedad Médica porque ésta representaba una alternativa para enfrentar al Sindicato, cuyos miembros correspondían al sector político opositor más radicalizado. La Sociedad Médica redactó un proyecto para la creación del Colegio, que el gobierno acogió nombrando una comisión de juristas para su estudio.<sup>173</sup>

Durante la *República Socialista* que el Sindicato respaldó, el órgano oficial de esta entidad señalaba:

***“No podemos aceptar una organización que lleva desde su nacimiento el sello de la jerarquía de clases, porque no cabe, en una sociedad que tiende a la socialización, un instrumento típico del capitalismo liberal”***<sup>174</sup> .

El 16 de Septiembre de 1932, el Sindicato anunció que el movimiento social adecuado para ese momento histórico, era la Federación de Trabajadores de la Medicina que congregaría a médicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras, practicantes, visitadoras sociales y demás estamentos,

***“con representación proporcional a su número e inversa a su situación en la escala social”***<sup>175</sup> .

Terminada la efímera experiencia socialista, los intentos de democratización de las organizaciones sindicales de la profesión médica, habían terminado.

En todo caso, parece verosímil plantear que durante la experiencia del Sindicato de Médicos de Chile, afloraron a la superficie las bases constitutivas de las contradicciones de la profesión médica chilena y que, aparentemente, esa organización no logró resolver ni manejar porque dependen de los profundos problemas sociales y políticos que han sacudido a la sociedad chilena en su conjunto.

Tales contradicciones continuaron y continúan aún, en mi opinión, operando sobre el desarrollo de las instituciones sanitarias nacionales, demostrando el anclaje del proceso salud-enfermedad a las corrientes profundas del acontecer político, económico y social

---

<sup>172</sup> Boletín del Sindicato de Médicos: N° 6; 1925.

<sup>173</sup> Boletín del Sindicato de Médicos: N° 86; 1929.

<sup>174</sup> Boletín del Sindicato de Médicos: N° 254; 1932.

<sup>175</sup> Boletín del Sindicato de Médicos: N° 254-255; 1932.

de la sociedad.

## 2. La formación y el carácter de la Asociación Médica de Chile (AMECH)

En este capítulo parece de toda pertinencia incluir una referencia especial a la Asociación Médica de Chile (AMECH), organización existente entre 1931 y 1949, antecesora del Colegio Médico de Chile, por cuanto su influencia en el desarrollo de las instituciones sanitarias del siglo XX puede entenderse como la expresión de la profesión médica erigida en protagonista, en actor determinante del curso histórico de las instituciones que me ha interesado estudiar.

Se agrega a lo anterior, la imagen de que las visiones tecnocráticas de los años treinta, que discurrieron en el seno de la propia AMECH y que parecen corresponder a la síntesis de las contradicciones emergidas en la década anterior, construyeron las bases del proyecto sanitario que perduró hasta 1973, siendo posible formular como una hipótesis agregada, que el modo como la profesión médica solucionó sus contradicciones en la época, puede encontrarse en la raíz de las contradicciones que la institucionalidad sanitaria y las políticas públicas, arrastraron hasta 1973 y se proyectan al escenario del presente.

Más allá de la viabilidad de que este breve capítulo pueda verificar en profundidad la hipótesis agregada que aquí se formula, la idea de avanzar en el conocimiento crítico del rol de las organizaciones médicas en una historia sanitaria que durante años se nos ha presentado como expresión de un consenso técnico y despolitizado, puede contribuir a develar lo que los enfoques funcionalistas parecen ocultar. Es decir, las causas de fondo de lo que ha ocurrido en la salud pública chilena en las décadas siguientes, hasta hoy.

La evolución y las luchas de la AMECH constituyen un capítulo principal de la trayectoria del corporativismo médico, profundamente relacionado con el período de la historia nacional que se inicia con la recuperación de la estabilidad política a fines de 1932, con la formación de los Frentes Populares y con la historia de la institucionalidad sanitaria nacional del siglo XX.

La AMECH nació en 1931 y se definió como un sindicato científico que aspiró a coordinar la labor de los médicos así como a propiciar la formación de técnicos especializados en funciones sociales, organizados en su trabajo en un plano unitario, con autonomía exclusiva en la administración de los servicios y en cuyas manos, en tanto colectividad médica, debían fijarse la dirección y el control de la atención preventiva o curativa de los enfermos y de la ética profesional<sup>176</sup>.

Se trató de una trasmutación de los médicos que de abnegados sacerdotes, se erigieron en un estamento técnico que aspiró al monopolio del saber y de la práctica médica, asumido plenamente, sin dejar de establecer una clara equidistancia entre la

---

<sup>176</sup> Boletín de la AMECH: "Declaración de Principios de la AMECH"; 1933.

Asociación y los partidos políticos. Al decir de Illanes, sus miembros poseían un profundo sentido de responsabilidad ciudadana, abandonaron sus laboratorios de trabajo y asumieron un compromiso con el diseño del porvenir nacional.<sup>177</sup>

El delicado momento aludido era la insurrección civil contra Ibáñez en Julio de 1931, materializada en el Frente Cívico liderado por los abogados, los médicos y los ingenieros. A fines de ese mes de Julio,

***“tanto la Sociedad Médica, organismo netamente profesional y científico, como el Colegio de Abogados, acordaron el cese indefinido de sus actividades, la renuncia a sus cargos docentes en la Universidad, en los hospitales-en el caso de los médicos- y en los Tribunales de Justicia los segundos, como una forma de presionar a Ibáñez para que renunciara”***<sup>178</sup> .

A juicio de los médicos,

***“los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile no podían seguir soportando “...los atropellos a las libertades públicas...y los vejámenes cometidos en las personas de nuestros colegas y de los estudiantes de medicina”, decisión en la que sin duda jugó un papel fundamental la muerte del estudiante Jaime Pinto Riesco, que determinó el rompimiento definitivo con el líder militar”***<sup>179</sup> .

Ibáñez sirvió de catalizador de la unidad de los médicos. Para los sectores profesionales señalados, el camino político para Chile no estaba en otro militar ni tampoco en un gobierno partidista. Sus objetivos se vinculaban con la aspiración de un gobierno civil que representara aquellos valores, del desapego hacia la política y el poder y una total adhesión a la legalidad.

***“Esa convicción llevó a la Asociación Médica de Chile, al Instituto de Ingenieros de Chile y al Colegio de Abogados a proponer la candidatura de don Juan Esteban Montero, como una forma de movilizarse más allá de la política tradicional”***<sup>180</sup> .

Luego de su caída del poder, en Junio de 1932 con la República Socialista, afloraron en la AMECH las divergencias ideológicas y políticas. Ante la caída del Presidente constitucional, los médicos civilistas o legalistas de la AMECH pretendieron asumir una actitud similar a la de Julio de 1931 contra Ibáñez,

***“lo que provocó un quiebre en la entidad gremial porque otro grupo, que consideró que la lucha contra Matte y Grove constituía la defensa de un gobierno oligárquico, reaccionario, anacrónico, totalmente ajeno a las aspiraciones del pueblo. Tal división dio lugar el 6 de Junio de 1932 a la creación de la Vanguardia Médica, una organización política que agrupó a los médicos jóvenes con ideas reformistas”***<sup>181</sup> .

<sup>177</sup> Illanes, M. A. Ibid. 1993; págs. 262-265.

<sup>178</sup> Valdivia, Verónica: “La Milicia Republicana. Los civiles en armas”; Dibam; Santiago; 1992; pág.52.

<sup>179</sup> El Mercurio (Valparaíso) 27 de Julio de 1931; pág.8. Citado por Valdivia, Verónica: Ibid; 1992; pág. 53.

<sup>180</sup> Valdivia, Verónica: Ibid; 1992; pág. 53.

La Asamblea de la AMECH en que se enfrentaron las posiciones reseñadas, constituyó un hito significativo en la historia de la organización gremial de los médicos, por cuanto en ella se expresaron las profundas disensiones que dividirían para siempre a la organización. Un grupo, de “civilistas” o “legalistas”, quería enfrentar decididamente a la República Socialista. Otros, los “abstencionistas” que preferían no hacer intervenir a la AMECH y que adherían a los socialistas revolucionarios <sup>182</sup> .

Estas fracciones seguirían rumbos diametralmente opuestos. Los médicos que siguieron creyendo en la alternativa nacionalista formaron un estado mayor que lideró las Milicias Republicanas que se orientaron hacia la búsqueda de un camino independiente y apolítico, pero de carácter nacionalista. El grueso de los otros profesionales, los abogados y los ingenieros, tuvieron una respuesta negativa al gobierno socialista. Los ingenieros en particular, rechazaban todo gobierno que estuviera imbuído de doctrinas sociales y políticas.

***“En síntesis, hacia mediados de 1932, estos sectores profesionales que dominaban la jefatura miliciana, estaban ya completamente decepcionados de los mecanismos ordinarios de la política tradicional, por su clara ineficacia y buscaban aún vagamente una vía nueva, distinta y nacionalista que tendiera a la recuperación del prestigio internacional de Chile y a su progreso material.....El grupo que trazó los caracteres de la Milicia Republicana era un sector ilustrado, antisocialista, que se autoconsideraba apolítico y adoctrinario, pero a la vez profundamente chileno y nacionalista, que sólo decía velar por los intereses de la patria. Aquello, a su juicio, legitimaba el camino armado escogido por ellos”*** <sup>183</sup>

Pocas dudas caben hoy que esta agrupación acabó adhiriéndose a las clases dominantes porque,

***“si bien no es empíricamente demostrable una conexión clara entre la Milicia Republicana y las altas instituciones empresariales y financieras, es posible afirmar que ellas de alguna forma colaboraron al financiamiento de la agrupación, lo que le dio la solvencia que la caracterizó”*** <sup>184</sup> .

A partir de la elección de Arturo Alessandri a la Presidencia de la República a fines de 1932, los sectores dominantes de la sociedad chilena parecían decididos a dejar atrás el período anterior e iniciar un proceso de transición hacia una promesa de democracia representativa que pusiera en vigencia plena el orden constitucional de 1925.

***“El término del régimen oligárquico y parlamentario había implicado, la crisis de las instituciones que habían hecho de Chile un país estable. La sucesión de golpes militares, la interrupción en la independencia que había caracterizado al Poder Legislativo y al Poder Judicial, hicieron que el período 1924-1932 fuera calificado como la segunda anarquía”*** <sup>185</sup> .

<sup>181</sup> Valdivia, Verónica: *Ibid*; 1992; pág.53.

<sup>182</sup> Boletín del Sindicato de los Médicos de Chile; N° 256; 1932

<sup>183</sup> Valdivia, Verónica. *Ibid*; 1992; págs. 54-55.

<sup>184</sup> Valdivia, Verónica. *Ibid*; 1992; pág. 56..

Las Milicias Republicanas entraron en su ocaso y el 3 de Julio de 1936, se publicó la última orden del día de la organización, señalándose su retiro del escenario nacional, afirmado en su decisión de evitar la formación en el país de grupos armados antagónicos a ella, lo que abrió el camino para la formación de varias organizaciones políticas, como la Legión Cívica, Acción Libertadora, Acción Nacional, que tuvieron en común sólo su anticomunismo.<sup>186</sup>

La vida gremial de la AMECH, que a pesar de todas sus fracciones nunca se fracturó formalmente y terminó en 1948 dando lugar al Colegio Médico de Chile, fue especialmente rica para ilustrar acerca de la forma como la profesión médica fue capaz de erigirse y desarrollarse como un sujeto social protagonista de la historia de la institucionalidad sanitaria chilena, del desarrollo de su propia historia de contradicciones ideológicas y sus luchas internas que permiten comprender el rol y el significado del Colegio Médico en la segunda mitad del siglo XX y en estos primeros años de este siglo XXI.

No es un hecho menor que las fracturas políticas sufridas por la AMECH en la década de los años treinta, de profundo significado ideológico, hayan generado las primeras expresiones de los grupos armados de extrema derecha y al mismo tiempo, el pensamiento más avanzado de la medicina social chilena y del cambio revolucionario de la sociedad chilena, en una transición hacia el socialismo. En estos procesos figuraron importantes y conocidos médicos que ocuparon importantes cargos en la AMECH, en la Sociedad Médica y en los gobiernos de la república. Entre los más importantes oficiales de las Milicias Republicanas, varios de ellos Generales aparecen Italo Alessandrini Iturriaga,, Aníbal Aristía, Oscar Avendaño Montt, Waldemar Coutts, Alberto Covarrubias, Gustavo Fricke, Roberto Infante Yávar, Enrique Laval, Héctor Orrego Puelma, Sótero del Río Gundián, Julio Schwarzenberg y muchos más.<sup>187</sup>

El segundo grupo de médicos de AMECH, el de los médicos jóvenes, Allende, Molina, Vidal Oltra y otros, en abierto antagonismo político con los que integraron las Milicias, que apoyaron claramente la experiencia de la República Socialista, formó la “Vanguardia Médica” cuya declaración de principios es autoexplicativa de las posiciones que defendía:

**1. Es inevitable el derrumbe del actual sistema social por la acción de la mayoría oprimida, para dar origen a una sociedad científicamente organizada; 2. Los fundamentos del nuevo orden social constituyen un problema de organización de los grupos técnicos; 3. El gremio médico debe transformarse en un sindicato que reúna las características técnicas, económicas y políticas de una organización moderna”<sup>188</sup> .**

Gustavo Molina, uno de los líderes de la combativa Vanguardia y correligionario de

<sup>185</sup> Valdivia, Verónica. *Ibid*; 1992; pág.61.

<sup>186</sup> Valdivia, Verónica. *Ibid.*; 1992; pág.112.

<sup>187</sup> Valdivia, Verónica. *Ibid*; 1992; Anexo Oficiales de la Milicia; pág.121.

<sup>188</sup> *AMECH N° 1; 1939*

Allende, recuerda que su objetivo era doble. Por un lado, sacar al gremio de la tutela de los grupos políticos vinculados a la derecha y por otra parte, encarar el problema de la salud y la enfermedad con un criterio colectivo, en estrecha relación con la práctica y no en la teoría, como lo hacía la AMECH. Esta posición de Molina tuvo el mérito de obligar a los médicos a definirse en un momento de álgido reaccionarismo conservador-radical, frente al nuevo proyecto de medicina social basado en la relación científicamente establecida entre salud y condiciones de vida, salario, vivienda, alimentación, educación, etc.<sup>189</sup>

Pasados los tumultos de la República Socialista, los ánimos encontraron en la AMECH un lugar de conciliación y expresión. Afianzada en 1934, representó formalmente un ideal de organización profesional, en la medida que se eximía del reivindicacionismo belicoso e ideologizado del Sindicato Médico de la década anterior y se apartaba de la pomposidad de la Sociedad Médica. Bajo el lema “Libre, Fuerte y Capaz”, la Asociación se fortaleció y disciplinó.

**“Asentó su estructura en tres organizaciones claves para la formulación de un proyecto organizacional que abarcaba prácticamente a todos los profesionales del país: la FEMECH (Federación de Médicos de Hospital; la FEMECHSO (Federación de Médicos del Seguro Social) y la FESAN (Federación de Médicos de Sanidad). En 1936 se intentó formar la Federación de Médicos Libres, que no prosperó por falta de socios”<sup>190</sup> .**

La AMECH se consolidó nacionalmente en 1938 y sus convenciones anuales se convirtieron en foros representativos y democráticos donde fue posible acoger diversas corrientes de opinión, marcar posiciones políticas y ventilar numerosos problemas de categoría, ahora muy diferentes de los vislumbrados por el Sindicato de los Médicos de la década de los años veinte. La desorganización y pobreza de los servicios de salud, la falta de una carrera funcionaria, la inestabilidad de las coaliciones políticas, la inflación, se correspondían con las precarias condiciones de trabajo, la falta de horizontes y las bajas remuneraciones. Todo ello y los nuevos problemas del mundo moderno obligaron a los médicos a profesionalizar sus asociaciones.<sup>191</sup>

La Milicia y la Vanguardia fueron el comienzo de una serie de grupos que caracterizaron políticamente a los médicos. En el ámbito del Frente Popular surgieron, la Organización Médica Radical (Ormera) y la Brigada Médica Socialista, terminando por reproducirse, en el seno de la AMECH, el espectro tripartito del propio sistema partidario, con predominio del Partido Radical. La Vanguardia Médica y similares de izquierda, fueron muy importantes porque legitimaron en la salud, un discurso progresista que se reflejó en los tres grandes campos que conformaron el proyecto profesional:

1. Fundar el Colegio Médico, de afiliación obligatoria por ley para velar por la ética entre los pares, intervenir en los conflictos entre los médicos y los empresarios y

<sup>189</sup> AMECH N° 1; 1939

<sup>190</sup> Labra, M. E. : *Ibid.* 1997; pág. 126

<sup>191</sup> Labra, M. E. : *Ibid.* 1997; págs. 126-127.

representar a los médicos ante las autoridades.

2. Estudiar los problemas derivados de la proletarización y de la plétora de médicos, el mercado de trabajo, la distribución geográfica, las rentas, la formación universitaria, la funcionarización de los profesionales en el sector público en materia de equivalencias de horario, funciones y remuneraciones.

3. Socialización de la medicina con unificación de los servicios de salud, de acuerdo a la necesidad histórica que le cabe al gremio hacer efectiva, “*para bien de la colectividad y el suyo propio*”<sup>192</sup>.

En estos tres puntos comunicados por la Vanguardia Médica, puede encontrarse la síntesis del proyecto de medicina socializada que recorrerá la vida del país hasta 1973.

Como lo señala el mismo Boletín de la AMECH de 1937, la Asociación Médica de Chile defenderá la posición de que ese proyecto fuera “*una misión conjunta del Estado, de la Universidad y de los médicos*”. Siguiendo el lema de los médicos franceses “*Todo el poder a los médicos*”, aspirará a ocupar los cargos altos y medios de la burocracia de salud, desalojando así a los políticos y a los apadrinados extraños a la profesión.

Esta grandiosa empresa vislumbrada desde los inicios de la década de los treinta y que puede extenderse legítimamente hasta 1973, sufrirá enormes dificultades debido a las divergencias político-ideológicas que cruzaron los distintos proyectos transformadores definidos por cada corriente partidaria y sus médicos adherentes.

Este modo contradictorio y dinámico de analizar el desarrollo del sistema público de salud chileno, construido entre 1932 y 1973 que M. Eliana Labra caracteriza como “*monumental edificio*”, puede encontrarse en la base real de lo que en 1952 se conoció como el acuerdo histórico que habría acompañado la fundación del Servicio Nacional de Salud.

Este enfoque que apunta al conflicto y a la controversia, permite aproximarse a la explicación e inteligencia del rechazo que los sectores obreros organizados manifestaron frente al Seguro Obligatorio y frente a las cotizaciones obligatorias que significó la financiación tripartita del Servicio Nacional de Salud. Conveniente es recordar aquí la interpretación ya citada de G. Salazar sobre el carácter expropiatorio de los recursos ciudadanos y populares, que habría tenido la creación del sistema previsional y sanitario chileno moderno.<sup>193</sup>

La Asociación Médica de Chile gestó su nacimiento en el seno de la Universidad, de los hospitales y las sociedades científicas y apareció en la escena política en el momento en que, como resultado de la crisis económica y social, las fuerzas armadas demostraban su incapacidad política.

Parece válido referirse a la forma como algunos historiadores analizan el significado del primer gobierno del General Carlos Ibáñez del Campo, toda vez que la consolidación de las transformaciones del Estado gestadas en el primer lustro de los años veinte

---

<sup>192</sup> AMECH N° 5; 1937

<sup>193</sup> Salazar, Gabriel : Conferencia: “Perspectiva Histórica de la Salud Social en Chile”; Puerto Montt; 2003; Sin editar.



correspondieron a la época de 1924 a 1931, particularmente aquellas referidas a la institucionalidad sanitaria ya analizadas. En este sentido, Sergio Villalobos et als. señalan que las reformas emprendidas en el plano de la economía, en el orden social y en el desarrollo de la burocracia estatal fueron sustantivas y de alcance histórico y que,

**“aunque es verdad que parte importante de la labor del gobierno se hizo por medio de decretos y de decretos con fuerza de ley, no lo es menos que el parlamento colaboró por medio del veloz despacho y aprobación de las leyes respectivas, a iniciativas tales como la Superintendencia de Salitre y Yodo, la política sobre tierras indígenas, la constitución de la propiedad austral, la política de protección de menores, la reforma tributaria, etc.”...Y que, “Bajo esta sacudida, bajo esta profunda revolución causada por la labor del gobierno, subyace un hecho poco advertido y que constituye, sin duda, el de mayor envergadura en la institucionalidad chilena de este siglo: la transformación del Estado en agente activo del desarrollo económico social”<sup>194</sup> .**

Este análisis resulta atractivo si consideramos que fue

**“justamente la iniciativa del gobierno de Ibáñez de unificar, sin consulta y por decreto, todos los servicios asistenciales y de salud en un nuevo gran Ministerio de Bienestar Social, el hecho que desencadenó la furia de los profesionales, profesores y estudiantes del área médica”<sup>195</sup> .**

Los apoyos y las resistencias a la consolidación de las instituciones del Estado Asistencial, no obstante distribuirse en lo principal de modo vertical, también tuvieron expresiones horizontales que tocaron a todos los sectores, por cuanto implicaban en el caso de los médicos, cambios en las condiciones del mercado de trabajo profesional, que también fueron resistidos.

Al interior de las profesiones de la medicina durante la primera mitad de los años treinta, se produjeron importantes disensiones que tuvieron carácter de clase y que se generaron a partir de las contradicciones expresadas entre el Sindicato de Médicos de Chile y la Asociación Médica de Chile. Tal vez la más significativa de esa década fue la creación de la Federación de Trabajadores de la Medicina, alentada por el Sindicato de Médicos, parte de cuyo discurso señalaba:

**“Dentro del elemento profesional que se relaciona con la medicina, se ha producido en forma bien marcada una diferenciación en dos capas, que tiene ya todas las características de clase, enfrentada una a la otra por diversidad de intereses y de anhelos. Por un lado, una porción numéricamente menor con todas las taras burguesas de poderío, suficiencia, vanidad y reacción, cerrada a las nuevas ideas niveladoras y bien dotada de dinero que dirige y usufructúa de esa dirección. Por otro lado, la porción digamos proletaria, compuesta en su mayor parte de asalariados, personas no vinculadas socialmente a los aristócratas del gobierno o por obreros independientes que, por desempeñar un trabajo considerado de categoría inferior (matronas, practicantes, técnicos) están**

<sup>194</sup> Villalobos, Sergio; Silva Osvaldo; Silva Fernando; Estelle, Patricio: “Historia de Chile”; Tomo 4. Santiago, Editorial Universitaria; 1994; págs. 822-823.

<sup>195</sup> Labra, María Eliana. Ibid. 1997; pág. 76.

***más cerca del proletariado, que sufren como él los desdenes de la clase adinerada”***<sup>196</sup> .

Esta misma organización en un número aproximado de 25 mil trabajadores criticaba abiertamente la estructura de la AMECH, señalando que: *“la organización funcional era jerárquica y aristocrática”,* lo que de hecho impedía que allí se desarrollasen las *“ideas que envuelven una mayor justicia social o que propician reformas más o menos revolucionarias del trabajo y de la distribución de este trabajo”*<sup>197</sup> .

Continuaba la mencionada Federación, en su mismo órgano oficial, enarbolando una crítica de fondo a las propuestas tecnocráticas surgidas en el seno de la AMECH, que parecían no dar cuenta de la profundidad política del conflicto de clases vigente:

***“ya las banderas políticas han dejado de ser simples emblemas de postulados ideológicos sentimentales. La realidad de hoy está planteada en un terreno realmente económico. Hay cientos de miles de millones de hombres que defienden su derecho a vivir. Y actuar en esta lucha económico-social no es ya ir a defender postulados de románticas creencias o ir a quebrar lanzas por utópicas Dulcineas.....Como médicos y como trabajadores debemos estar en defensa de la vida humana, amenazada por el egoísmo de los poderosos. Debemos luchar por una verdadera igualdad por los derechos a la vida, es decir, por una nueva justicia”***<sup>198</sup> .

No obstante los conflictos al interior de los profesionales y trabajadores de la salud que se precipitaron con la existencia de las dos organizaciones citadas, la AMECH logró instalarse en el primer escenario político nacional y estuvo presente, desde su fundación, en los más importantes acontecimientos de la historia de la salud pública chilena.

Baste citar su proclama publicada en el diario El Mercurio del 27 de Julio de 1931:

***“La clase médica chilena se ha alzado en un solo haz compacto de ideales para campar por la defensa de la dignidad humana. Nuestra función de médicos que nos permite y nos obliga a ver de cerca el fenómeno humano en todas sus flaquezas y realidades, nos brindaba el triste espectáculo de un pueblo hambreado, enfermo y expoliado por todas las cargas y miseria derivadas de una desastrosa política económica. La Asociación Médica de Chile oyó el grito de alerta lanzado por la juventud desde los balcones de la vieja casa universitaria y sintió sobre sus hombros la responsabilidad de la hora histórica”***<sup>199</sup> .

### **3. El escenario político y sanitario en que se desarrolló la Asociación Médica de Chile**

<sup>196</sup> *Trabajadores de la Medicina. Organó Oficial de la Federación de Trabajadores de la Medicina: Enero N° 1, 1933.*

<sup>197</sup> *Trabajadores de la Medicina; Enero N° 1; 1933.*

<sup>198</sup> *Trabajadores de la Medicina; Enero N° 1; 1933.*

<sup>199</sup> *El Mercurio de Santiago: 27 de Julio de 1931; Manifiesto de la Amech.*

La década de los años treinta en Chile, puede entenderse como el período en que hicieron crisis las expresiones individuales para hacer frente a los hondos problemas sociales que la caracterizaron.

En el marco de la situación internacional, en particular con el desencadenamiento de la guerra civil española, se impuso el principio de organización de fuerzas sociales colectivas. De este modo, las federaciones y confederaciones obreras, las organizaciones de los sectores profesionales, en consonancia con los partidos políticos se erigieron en los organismos intermedios que mediaron las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, para enfrentar la pugna ya incontenible de las clases sociales, sus intereses e ideologías.

La situación sanitaria de la mayoría de la población nacional se tornaba pavorosa y a diez años de la creación del Ministerio de Higiene y de la Caja del Seguro Obligatorio, la percepción del fracaso rondaba las mentalidades de todos los sectores sociales.

**“ En 1933 la mortalidad infantil alcanzaba a 232 por mil nacidos vivos, hijos casi todos de padres enfermos, alcohólicos y malnutridos. La ciudad de Concepción tenía el triste privilegio de ser la ciudad con la más alta mortalidad infantil conocida en el mundo occidental: 238 por mil nacidos vivos. La tuberculosis mataba anualmente, según estadísticas del Seguro Obrero, a 18 mil personas, alcanzando una tasa anual de más de 308 por mil muertos. El consumo medio anual de vino por habitante era de sesenta y un litros y catorce litros de cerveza. En 1928, Carabineros había apresado a 109.114 ebrios en las calles de las ciudades del país, cometiéndose ese año 38.833 delitos en estado de ebriedad. De un censo realizado en Santiago por médicos inspectores y enfermeras sociales sanitarias se deducía que de los 1531 conventillos visitados, el 65% estaba en pésimas condiciones sanitarias por escasez de luz, agua y alcantarillado. En cada pieza de esos conventillos, vivía un término medio de cinco personas en estado de promiscuidad, aire viciado y desaseo. De un censo realizado en 106 poblaciones (en ciudades y aldeas) se encontró que en 321.318 viviendas (ranchos con piso de tierra y techados sin cielo raso) habitaban 1.719.000 personas, sin alcantarillado ni agua potable. Datos consignados por la Dirección General de Sanidad constataban en el país sólo 1.200.000 habitantes con servicio de agua potable, de manera que 2.700.000 no lo tenían. Únicamente 908.000 en todo el país gozaban de alcantarillado.....Después de haber sido erradicado de casi todo el planeta, el piojo exantemático se instaló nuevamente con pleno desparpajo en Chile”<sup>200</sup> .**

A pesar de las características autoritarias del segundo gobierno de Alessandri, durante la década de los treinta hubo una consolidación del sindicalismo legal.<sup>201</sup> El comportamiento de las organizaciones del movimiento obrero se vio afectado, de modo desigual y contradictorio por las grandes decisiones que marcaron su ámbito internacional. La decisión soviética de proclamar la política de los frentes populares<sup>202</sup> ,

<sup>200</sup> Illanes, María Angélica: *Ibid.* 1993; págs. 259-260

<sup>201</sup> Vitale, Luis: *Ibid.* 1979; pág.52.

<sup>202</sup> Vitale, Luis: *Ibid.* 1979; pág. 53.

como modo de confrontarse exitosamente con los movimientos fascistas, afectó la unidad del movimiento obrero organizado y a sus expresiones políticas. De algún modo, este proceso estuvo en la raíz de la desintegración de la Federación Obrera de Chile, ocurrida en esa década.

A partir de 1934, los militantes comunistas comenzaron a ingresar a los sindicatos legales y, no obstante lo anterior, esta década se inició con un fuerte impulso de reunificación sindical que culminó en 1936 con la fundación de la segunda central sindical nacional, la Confederación de Trabajadores de Chile. Un año después, en 1937, la Confederación ingresó al Frente Popular.<sup>203</sup>

El movimiento obrero organizado, en tanto sujeto social determinante del curso de las transformaciones históricas, entraba así a formar parte de una alianza política de centro-izquierda que marcaría decisivamente, la historia de Chile de las décadas siguientes hasta 1973.

Parece posible pensar que en la década de los treinta, el conflicto político se estructuró en dos grandes campos contrapuestos, izquierda y derecha, muy marcado por la separación de la sociedad en clases antagónicas y que en el caso de la izquierda, dio cuenta de la existencia creciente del movimiento obrero y popular, actuando como el agente principal de la estructuración política señalada de la sociedad.

La presencia del sujeto popular como organización y conciencia histórica, había colocado ya en la superficie de la política su vocación transformadora de la sociedad y había expresado su fuerza de modo tal, que la elite dominante y que tan bien expresaron los voceros de los partidos liberal y conservador, pareció haber tomado debida nota de la potencialidad del movimiento popular.

***“Tenemos que apelar a todas nuestras fuerzas, -señalaban los dirigentes liberales en la convención de 1933-, hacer los sacrificios que sean necesarios, penetrar las masas, acercarnos a la clase media y dar lo que tengamos que dar para que después no se nos quite todo....Vamos a cumplir este pacto solemne que el liberalismo ha contraído con el país...el pacto es este: o salvamos el país o perecemos”***<sup>204</sup> .

Preocupaciones similares manifestaba don Rafael Luis Gumucio, destacado dirigente conservador

***“La triste verdad es que no contamos con qué hacer un movimiento popular. Esta es la desoladora realidad: estamos en absoluta impotencia para impedir una legislación persecuidora que quiera imponerse. Para impedir o aplazar, necesitamos vivir negociando, haciendo combinaciones, cediendo constantemente, para salvar lo principal, soportando inconveniencias, reprimiendo impulsos, sujetando y ahogando generosos arranques de quienes desconocen la triste realidad. Necesitamos realizar tan penosa labor porque dar hoy la batalla, sin fuerzas para vencer, sería una locura culpable”***<sup>205</sup> .

Las dos últimas citas pueden entenderse como una expresión concreta del grado de

---

<sup>203</sup> Vitale, Luis: Ibid; 1979; pág.52.

<sup>204</sup> Correa, Sofía et als: Ibid. 2001; pág. 117.

desarrollo del sujeto popular transformador, que se generó en los años previos y que situó a la oligarquía dominante en un tránsito histórico que la obligó a negociar y a acordar las transformaciones institucionales, que vendrían en los años siguientes y que tuvieron al Estado como el gestor fundamental del desarrollo económico-social de las décadas posteriores. Ello debe encontrarse tal vez, en la raíz de las negociaciones que izquierdas y derechas protagonizaron en 1952 para la formación del Servicio Nacional de Salud, así como en 1939 para la fundación de la CORFO y toda su trayectoria hasta 1973.

En estos marcos parecieron transcurrir los primeros años de la vida de la AMECH en que, no obstante la fuerza de las contradicciones reales de clase que se enfrentaban al interior de la profesión médica organizada, se argumentaba con mucha fuerza que

***“la unidad de pensamiento en la interpretación de los problemas sociales y en la búsqueda de sus posibles soluciones, se ha verificado con muchísima mayor rapidez en el campo de la técnica que en el campo de la política”***<sup>206</sup> .

## 4. Las Definiciones de Doctrina Sanitaria de la AMECH

En la década de los treinta, los sectores más avanzados de la profesión médica organizada, sobre todo aquellos vinculados a la Vanguardia Médica, frente a la inevitabilidad del ocaso del orden social vigente, opusieron lo que ellos entendían como la manifestación clara de la superioridad médica. Así, el Dr. Leonardo Guzmán decía:

***“Nos encontramos aquí nuevamente, con una manifestación clara de la conciencia superior médica, que busca explícitamente situarse más allá de los partidos y de la pugna política. A diferencia de los años veinticinco esta conciencia superior no arrancará desde el saber absoluto de la ciencia y de la moral, sino que ella se fundamentará ahora en su contacto con lo primigenio, con el descarnado dolor humano, con las capas primordiales de la sociedad; desde aquí arranca su sabiduría, como fenomenología. Su autoridad emana de su misión de guardiana de la Vida, sobre las fuerzas que arrastran a la muerte”***<sup>207</sup> .

No obstante los esfuerzos, el ideario técnico-sanitario que impregnó a la clase médica y que dio fundamento a sus nuevas responsabilidades, adquirió, como ya lo analizamos, distintas características y connotaciones que dividieron las posiciones al interior de la AMECH. Un sector que lideraba la organización y que adquirió los rasgos de una tecnocracia liberal y un segundo sector, el de los médicos jóvenes, la vanguardia médica, que desarrolló un planteamiento integrador de lo técnico y lo social, imponiéndole a la técnica un rol y capacidad generadora de justicia y equidad.

Desde aquel discurso, la vía para cumplir con su tarea médico-social, aglutinando

<sup>205</sup> Correa, Sofía et als.: *Ibid.* 2001; pág. 117.

<sup>206</sup> Dr. Castro Oliveira, ExMinistro de Salud. Citado por M.A. Illanes; *Ibid.* 1993; pág. 259.

<sup>207</sup> Dr. Leonardo Guzmán. Citado por M.A. Illanes; *Ibid.* 1993; pág. 262.

sus propias fuerzas y tratando de evitar entrar en la arena del conflicto político-social, la ofrecía la técnica.

*“La Técnica es Vida pura”*<sup>208</sup>. Ilustrativa sentencia incluida en un artículo llamado “La Política Intervencionista”, expresa con mucha nitidez el contenido central del discurso de los médicos jóvenes de la época.

El proyecto sanitario original enarbolado por la AMECH tuvo claramente un carácter tecnocrático, según el cual cada pieza es parte de una función vital de una máquina-todo, proyectándose a través de la instauración de un sistema central y unificado que, desde la lógica de la máquina, pusiese en funcionamiento las partes que la conformasen., asegurando su acción eficaz.

Al respecto, la AMECH declaraba que

***“la primera orientación profesional es la protección física y mental del hombre, dentro de los conceptos biológicos; que es enfermo todo individuo que ha salido o ha sido sacado de sus condiciones fisiológicas; que todo enfermo tiene derecho a recibir el beneficio total de los progresos de la ciencia y la técnica; que la mejor forma de atender al hombre enfermo es poniéndolo en contacto con centros de atención médica provistos de todos los elementos que los progresos científicos proporcionan.....y que fuera del aporte técnico, se requiere que el hombre se encuentre ante la enfermedad con un máximo de defensas naturales, lo que entraña la conveniencia de que alcance el beneficio de una buena alimentación, una buena habitación y una vida exterior compatible con lo señalado por la higiene personal”***<sup>209</sup>.

En esa perspectiva, en Octubre de 1932 se había conformado una comisión integrada sólo por médicos, para presentar al gobierno un proyecto de unificación de los servicios de Sanidad y Beneficencia y Asistencia Social del país<sup>210</sup>.

Los llamados “médicos jóvenes” concientes de su irrenunciable función social se mostraron abiertos, sensibles, capaces de asumir un rol activo y transformador en la vida del pueblo. Intentaron retomar la palabra y verbalizar el histórico enlace médico con la realidad del pueblo y la justicia. Sin abandonar las filas de la AMECH, la juventud médica formó tienda aparte, en la Vanguardia Médica, nacida al calor del golpe de Estado socializante del 4 de Junio de 1932. Sus principios y su pensamiento nos hablarán claramente del advenimiento de una nueva conciencia: la conciencia social-técnica.<sup>211</sup>

Con el principio de la Vida y de la Técnica y con su irradiación a toda la sociedad, se planteaba audazmente la nueva utopía: Se trataba de *“la tecnificación sin explotación”*<sup>212</sup>

---

<sup>208</sup> Boletín Médico de la Caja del Seguro Obligatorio, Enero de 1936

<sup>209</sup> ***Declaración de Principios de la AMECH; Ibid; 1933.***

<sup>210</sup> Boletín de Leyes y Decretos; Octubre 14; 1931.

<sup>211</sup> Illanes, M.A.: Ibid. 1993; pag. 265.

<sup>212</sup> Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio; Septiembre, 1936

A diferencia de un puro tecnocratismo, la nueva generación de médicos que buscaba, a todo nivel, salvar la vida del hombre como individuo y como especie, habló de *medicina social*. En este concepto, que comienza a vulgarizarse después de la crisis, se incorpora de lleno el medio social y las condiciones de vida del pueblo a los problemas de salud. La medicina no era enteramente una ciencia biológica, sino también una ciencia social.

Puesto que los grandes problemas de la medicina social, más que médicos son sociales, se planteaba que su solución eficaz sólo sería posible a través de la acción sinérgica, es decir,

***“planeada, con finalidades y objetivos concretos por parte de los organismos del Estado y de la nación toda, poniendo en juego todos los recursos para la defensa de la vida del hombre”***<sup>213</sup> .

La propuesta de avanzada significaba entonces que todas las actividades de la sociedad, económicas, políticas, médicas, educacionales, religiosas, culturales, etc., convergiesen en planes armónicos y prácticos, a la defensa de la vida del hombre, célula básica de la sociedad y del Estado.

Ello se expresaba concretamente en el enunciado de algunos *“principios básicos*:

***a ) El principio de integralidad , que básicamente consideraba los problemas médico-sociales en su conjunto y dirigía la acción hacia todas las etapas de la vida del hombre y en todos sus aspectos: físico, moral e intelectual. b ) El principio de planeamiento , encuadraba la acción integral en planes, períodos anuales, bienales o trienales. c ) El principio de concentración del esfuerzo , que acumula el máximo de recursos económicos, medios técnicos y personal en los problemas más deficitarios de la vida. d ) El principio de comando técnico con autoridad legal , que concibe una dirección técnica única de la acción integral, planeada, pública y privada del problema médico-social. e) El principio de estatización , que plantea que es función primordial del Estado la defensa de la vida de los ciudadanos proveyendo el máximo de recursos económicos en esa dirección, dictando las medidas legislativas necesarias y delegando su autoridad en organismos de supervigilancia y control de la iniciativa pública y privada”***<sup>214</sup>

Es éste el clima de intensa politización en el que se encuentra el país a fines de 1932, luego de la vuelta a la normalidad institucional, el que facilita y alienta la formulación de alternativas reformistas de la seguridad social, las más avanzadas e izquierdistas centrándose en el monopolio estatal de la salud, cuyo ejemplo paradigmático es la propuesta de la Vanguardia Médica de la AMECH o bien, la propuesta de racionalización del Seguro Obrero e incluso algunas propuestas privatizadoras.

Estas corrientes de reformismo sanitario y de la seguridad social, cuya base objetiva en Chile se asentaba en la crisis en que se debatía la aplicación concreta de las leyes de

---

<sup>213</sup> *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio; Noviembre, 1935.*

<sup>214</sup> *Boletín Médico-Social de la Caja del Seguro Obligatorio; Octubre de 1935; Editorial : “La Medicina Social y sus Problemas”.*

1925, se vio reforzada por la influencia de las corrientes mundiales de transformación sanitaria y previsional impulsadas por el progreso de la medicina, los efectos de la primera guerra mundial y el consenso creciente respecto del nuevo rol que la cabía al Estado en la protección del proletariado.

En estos marcos de análisis, le cupo a los médicos chilenos organizados debido a su condición de parte de la elite oligárquica dominante, tal vez a una ausencia de un acervo social relevante de conocimientos científico-tecnológicos y al tan significativo peso de la intelectualidad en general en el acontecer nacional, ejercer el rol de *intelligentsia médica* que le ha sido concedido por el trabajo historiográfico de María Angélica Illanes, en tanto **“la clase médica fue quien supo finalmente abrir un cauce dándole un contenido específico a la movilización social. En efecto, dicha intelligentsia médica, situándose más allá de la contienda política militante que obstaculizó el proceso de reforma, apoyó, dio dirección y conducción a dos proyectos institucionales que estarían llamados a realizar la “salvación nacional”: aquel organismo institucional privado, el Patronato Nacional de la Infancia y un organismo público: el Estado Asistencial”**<sup>215</sup>.

Más allá de estar de acuerdo o no con Illanes respecto de la categoría de intelligentsia con que se refiere a esa época de la organización médica, ciertamente los médicos organizados, constituían en la época el único segmento social con contactos directos con las esferas del poder y, al mismo tiempo, con las necesidades concretas del proletariado.

En ejercicio de esta mediación social, le cupo a los médicos de izquierda un papel crucial en la difusión del ideario socializante que rompía con la pomposidad de las oligarquías médica y secular del paternalismo católico.

La quimérica República Socialista de 1932, llevó a sus impetuosos reformadores izquierdistas, reunidos en la Vanguardia Médica, a preconizar la implantación de una “*dictadura sanitaria*”, que diseminase “*industrias de salud*” a través de todo el país, siguiendo la idea de la administración planificada y la integralidad de los cuidados médicos, al estilo de lo que ya ocurría en la Rusia revolucionaria. Luego de ello, se inició una amplia discusión de los problemas de salud nacional a la luz de las experiencias internacionales y de la situación del país, utilizando la comparación como el método por excelencia para entender los agobiantes problemas nacionales, a partir de los grandes progresos observados en los países europeos y también en Argentina.

En medio de esos aires de renovación intelectual y política, los debates desnudaron el caos en el sector salud, denunciando las condiciones de miseria e insalubridad del pueblo.

En ese contexto se realizó por un lado, el maridaje entre las cuestiones médicas y las sociales y, por otro, la diferenciación entre la causalidad social y ambiental de la enfermedad y la limitación de la intervención clínica en la superación de los problemas de salud de la población. Así en una implícita asociación con las ideas de los reformadores europeos del siglo XIX, los analistas chilenos de la década de 1930, comenzaron a destacar los determinantes del nivel de salud: vivienda, saneamiento, salario, vestuario, alimentación, educación, etc. elaborados para las condiciones europeas en el propio siglo

---

<sup>215</sup> Illanes, M. A. : *Ibid.* 1993; pág. 141.



XIX.

Esta perspectiva de análisis crítico del movimiento transformador de la década de 1930 de la profesión médica chilena, abre espacio epistemológico al planteamiento de M. E. Labra, cuando señala que los reformadores de esa década en Chile, enfatizaron una racionalización tecnocrática de los servicios de salud, sin comprometerse con una dimensión política y social de la salud y de la asistencia médica <sup>216</sup>.

Lo que está planteando la autora citada se refiere a que, no obstante todos los alcances sociales de la medicina social chilena enunciada en la década y que ciertamente la alejan de un puro tecnocratismo, los reformadores avanzados parecieron haber olvidado que sus planteamientos fueron posibles en el seno de una praxis política de inspiración revolucionaria que se hizo hegemónica o altamente influyente en la década adjudicándole, con este olvido, al saber médico y a la técnica poderes, efectos y alcances, que corresponden al ámbito de las relaciones sociales propias de esa época. Afirmar que la unidad de pensamiento en la interpretación de los problemas sociales y en la búsqueda de sus soluciones, se haya obtenido mucho antes en el mundo de la técnica que en la política, significa a juicio de Labra, que nuestros reformadores habrían enfatizado una racionalización tecnocrática de los servicios de salud, sin comprometerse con la dimensión política de la salud.

A modo de síntesis, al cerrar este capítulo, parece válido pensar que cualquier intento de estudiar una etapa tan crucial de lo que se ha llamado el asociativismo médico debiera, necesariamente, implicar investigar simultáneamente las características de la formación económico-social del capitalismo en el Chile de esos años, apreciar y dimensionar sus debilidades de dependencia, que no permitieron nunca ni los progresos científicos y tecnológicos autónomos ni las transformaciones verdaderas y profundas en el campo social y en la remuneración de la fuerza de trabajo.

Así es posible comprender que el proyecto de la profesión médica, formulado en esos años, se vio permanentemente acosado entre la política y la economía, entre sus formulaciones doctrinarias y sus expectativas de remuneraciones.

La profesión médica no logró llegar corporativamente, a las profundidades de la claridad política en la visión futura del sector, manteniendo como no resueltas las profundas contradicciones que habían emergido en la década de los veinte y que visualizaron los sectores más avanzados de la AMECH, que también verbalizó la Federación de Trabajadores de la Medicina y que se habrían de mantener en los años siguientes de desarrollo del capitalismo en Chile.

Por ello, la visión sanitaria adoptada por la corporación médica puede ser entendida como tecnocrática mirada desde hoy día, en tanto parece haber concordado con el modelo de desarrollo liberal capitalista que presionaba por derribar los obstáculos interpuestos por la injerencia del Estado en materias relacionadas con las condiciones de producción y trabajo, sin una consideración crítica, profunda y explicitada, de los condicionamientos que, en el proceso salud-enfermedad, genera la formación económico

---

<sup>216</sup> Labra, M. Eliana: "El Movimiento Sanitarista en los años 20. De la Conexión Sanitaria Internacional a la Especialización en Salud Pública en Brasil". Tesis de Maestría en Administración Pública; FGV/EBAP; 1985.

social lo que habría obligado a ligar el devenir de las condiciones de salud a la transformación sustitutiva de esa formación económico social.

Conviene reiterar aquí que lo característico del concepto técnico-funcional no es la falta de un ideario o de una ideología, sino el rechazo a su explicitación. Intenta el enmudecimiento de la historia como principio, como lucha y como proyecto, en el silencioso accionar de la mano: con la máquina, con la tarjeta, con el estómago del enfermo, levantando exitosas figuras de técnica-excelencia.

No obstante todas las consideraciones críticas anteriores, del análisis realizado parece quedar de manifiesto que la profesión médica que culminó su organización en la Asociación Médica de Chile se erigió efectivamente en un sujeto social, capaz de proporcionar la energía y el rumbo que adquirieron los procesos de transformación de la institucionalidad sanitaria en las décadas siguientes.

El proyecto social de la profesión médica organizada, aún con sus contradicciones y sus limitaciones funcionalistas y tecnocráticas, logró teorizar en la incorporación de todos los individuos al derecho a la salud, la ciencia y la técnica, en la construcción de una democracia técnico-sanitaria, llamada a profundizar la igualdad de oportunidades y a interpelar en profundidad, la salud de clases propia de una sociedad de clases.

Las contradicciones que vivió la profesión médica organizada de la época estudiada en el proceso de edificación de las bases de la medicina social chilena, nos permitirán entender lo principal de las etapas siguientes del desarrollo de la institucionalidad sanitaria nacional, particularmente, la creación retardada del Servicio Nacional de Salud, en tanto reforma del régimen previsional de los años veinte, así como las antiguas exclusiones que arrastró desde sus orígenes a pesar de la iniciativa original, los intentos privatizadores de los años sesenta, particularmente la Ley de Medicina Curativa, la política del Servicio Único de Salud de la Unidad Popular y la irrupción del capital financiero en salud, luego del golpe militar de 1973, como expresiones elocuentes y directas de las luchas y confrontaciones políticas que de modo creciente, vivió la sociedad chilena.

Desde este punto de vista, las visiones técnico-sanitarias de la década de los treinta pueden visualizarse hoy como candorosas expresiones de un discurso político no construido, por la insuficiencia de desarrollo del capitalismo y de una ideología crítica históricamente eficaz.

A partir de estos enfoques críticos, será más fructífero enfrentar las próximas etapas de este estudio.

## CAPÍTULO VI. HACIA LA CREACIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD: 1932-1952

El período de la historia de Chile que se inicia en 1932, cuando el país deja atrás las convulsiones generadas a partir de la caída de la dictadura de Ibáñez y se restablece la estabilidad institucional, puede configurar el comienzo de un ciclo histórico, en el que el Estado emprende transformaciones muy importantes en los planos económico, industrial, de los servicios públicos, la agricultura, los programas sociales, todo lo cual genera una expansión de la democracia política y social, en especial desde la década de los sesentas, período de intensa politización y movilización popular.<sup>217</sup>

En los años del período señalado, la democracia chilena habría resuelto cuatro problemas fundamentales, a juicio de Manuel Antonio Garretón<sup>218</sup> :

***A. La Estabilidad, debido en gran parte a la correlación generada entre el régimen político, el modelo de desarrollo y la democratización, no obstante la postergación de la integración de los sectores populares urbanos organizados hasta mediados de los años sesenta y la exclusión de los sectores marginales***

<sup>217</sup> Labra, M.E.: Ibid; 1997; pág. 139.

<sup>218</sup> Garretón, M.A. : "El Proceso Político Chileno"; FLACSO; Santiago; Chile; 1983.

**urbanos y del campesinado. B. La Representatividad, es decir, el pluralismo de representación política, a pesar de la exclusión legal del Partido Comunista entre 1948 y 1958 y la consecuente incorporación tardía de la participación de masas. C. La Efectividad del Gobierno que, sin embargo, no impedía la inestabilidad de las políticas públicas, la existencia de gobiernos minoritarios y la creciente polarización ideológica. D. La Resolución Institucional de los conflictos políticos, a pesar de no existir mecanismos institucionales de creación de mayorías políticas.**

No obstante el alto grado de legitimidad social del régimen democrático planteado por el autor citado, es posible postular que tal legitimidad era más bien instrumental y formal y estaba sometida a las erosiones generadas por los propios factores antagónicos, lo que le dio un carácter vulnerable frente a las percepciones de que otros métodos eran viables para satisfacer las demandas e intereses contrapuestos.

En este sentido, han sido formuladas otras hipótesis, desde la conocida interpretación de la inviabilidad de la democracia en el capitalismo periférico que señalaba que la democracia chilena había tenido un carácter formal y mítico hasta otras, que la han visto como un proceso lento, gradual y continuo<sup>219</sup>.

Para escapar tanto de lo que él llama la visión estática del mito falsificador como de la idea del progreso lineal, Moulian<sup>220</sup> propone la desagregación del análisis en unidades históricas menores que lo llevan a considerar hechos que, de otro modo, pasan desapercibidos, demostrando así que no hay que buscar en los factores de largo plazo la determinación de la crisis política, sino en la forma histórica, específica y particular, de constitución de los sujetos políticos.

Este planteamiento de Moulian resulta fundamental para los propósitos de este capítulo, por cuanto permite entender las relaciones entre las coyunturas políticas nacionales y las transformaciones estructurales ocurridas en la salud, como crisis generadas en lo sectorial por las contradicciones no resueltas en el plano político, en cada momento o coyuntura.

En el panorama internacional debemos recordar que las naciones europeas en general, propiciaron en la postguerra el advenimiento de corrientes políticas progresistas que ayudaron a la evolución armónica del Estado de Bienestar, responsable de la idea del progreso continuado, en la expansión de la ciudadanía social y la estructuración cooperativa de las relaciones entre el Estado y los intereses de los distintos segmentos de la sociedad civil. Así, el sello ideológico de los creadores de las reformas de salud en la Europa de postguerra, pareció no tener tanta importancia como el partido o combinación política que las implementara, destacándose en este sentido el papel jugado por los trabajadores ingleses organizados, en el suceso de creación del Servicio Nacional de Salud en 1948 (National Health Service).

En este sentido, el Servicio Nacional de Salud chileno puede entenderse como

---

<sup>219</sup> Tagle, Matías: “La Crisis de la Democracia en Chile. Antecedentes y Causas”; Editorial Andrés Bello; Santiago, 1993.

<sup>220</sup> Moulian, Tomás: “Desarrollo Político y Estado de Compromiso. Desajustes y Crisis Estatal en Chile”; Estudios Cieplan (8): 105-158; Santiago, 1982.

resultado de un largo devenir social y sanitario que discurrió en los márgenes del contexto político nacional e internacional que marcaron la historia social y política de Chile, animado y conducido por los sujetos y actores sociales y caracterizado por sus formas de relación y de articulación históricas.

Pocas dudas pueden haber hoy, en el sentido que la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), por medio de la promulgación de la ley 10.383 en 1952, fue el resultado de un trascendental proyecto fundacional de una nueva institucionalidad sanitaria en Chile, cuyos orígenes formales se remontan a la década precedente y cuyas raíces historiográficas y sus antecedentes pueden encontrarse en el curso complejo de la historia de Chile de las primeras tres décadas del siglo XX.

En efecto y no obstante que, desde la vigencia política de las leyes previsionales de 1925, se había claramente expresado la necesidad de su reforma, el proyecto de ley original que la proponía fue presentado en 1941 por el Ministro de Salubridad del Frente Popular Salvador Allende y durmió sin tratamiento en las comisiones parlamentarias, durante casi una década.

Desde el enfoque epistemológico que inspira este trabajo, válido es entonces preguntarse:

¿Por qué el gobierno del Frente Popular presentó su emblemático proyecto de reforma previsional y sanitaria sólo en 1941?

¿Por qué transcurrió casi toda una década sin que el proyecto fuera examinado por el Congreso Nacional?

¿Qué ocurrió para explicarse que en 1950 se iniciara su discusión parlamentaria?

Avanzar en el estudio de las respuestas a las preguntas formuladas, constituye uno de los motivos fundamentales de esta investigación en la perspectiva, no sólo de avanzar en el conocimiento de la contradicción hermenéutica entre consenso y disputa por la hegemonía, sino también de contribuir a develar las peculiaridades y determinaciones de las transformaciones actuales de nuestra institucionalidad sanitaria.

## 1. El contexto político y sectorial en el período.

Se ha afirmado que la década de los cincuentas del siglo XX expresa, de algún modo, la culminación de la tolerancia del sistema político chileno a la presión y el empuje de las organizaciones populares, tanto de los sectores obreros como de los sectores medios que, por diversos y múltiples medios legales e ilegales, forzaron una respuesta transformadora de la institucionalidad, en relación al régimen previsional y sanitario.

María Angélica Illanes señala,

***“con la década de los cincuentas entró en escena en Chile la reforma de la Ley 4054, retomándose históricamente el proyecto de Estado Asistencial como la vía chilena de la política social, destinada a calmar y encauzar la histórica angustia existencial y revolucionaria de la clase trabajadora”***<sup>221</sup> .

No obstante las características autoritarias con que se describe el segundo gobierno de Alessandri, ya ha sido analizado que durante la década de los años treinta hubo una consolidación del sindicalismo legal y a pesar de sus conflictos internos, se desarrolló un fuerte impulso de reunificación sindical que culminó en 1936 con la fundación de la segunda central sindical nacional, la Confederación de Trabajadores de Chile y su casi inmediato ingreso al Frente Popular.

Ciertamente, el apoyo de la organización sindical al gobierno del Frente Popular que se expresó en las negociaciones con el sector empresarial y en el campo político y electoral, contribuyó a una disminución o morigeración de los movimientos huelguísticos, a lo menos hasta fines de la década de los años cuarenta. En lo concreto, la mayoría de ellos en ese período, discurrió de acuerdo a las normas establecidas en el Código del Trabajo, habida cuenta que el sindicalismo legal favoreció la relación entre los trabajadores y los partidos políticos de izquierda que formaban parte de la alianza política que gobernaba.

El poder de las organizaciones obreras crecía además, sustentado en su expansión demográfica si consideramos que de acuerdo a lo señalado por la Dirección General de Estadística e Industrias, el proletariado industrial experimentó un aumento de 84.991 en 1926, a 287.872 en 1940 y a 389.700 en 1949.<sup>222</sup>

A ello debe agregarse el vigoroso ascenso social y político de los médicos desde 1925 y la década de los años treinta, que estructuró un estamento organizado, con representación política importante en el Parlamento, con legitimidad intelectual y científica en las universidades y con prestigio social en la opinión pública.

A pesar de todo ello, la bibliografía explorada revela pocos trabajos preocupados por investigar la extraña cronología de la construcción de la reforma del régimen previsional y sanitario de la década de los años veinte, hecho que puede hacerse extensivo a los problemas políticos surgidos entre las fuerzas políticas protagonistas de la época y particularmente, al interior del Frente Popular, en estas materias.

La antigua disputa historiográfica chilena sobre el consenso o el antagonismo, ilustra sobre la importancia de conocer, en el período 1932-1952, los conflictos señalados en el párrafo anterior, para explicar la forma en que ocurrieron los procesos y las características fundamentales que adquirió el SNS, como producto de tales contradicciones, particularidades que aún influyen en el presente de la institucionalidad sanitaria nacional.

Situados en el marco de referencia sectorial, es pertinente plantear tres cuestiones básicas en relación a los procesos decisorios que llevaron a la creación del Servicio Nacional de Salud.

La primera de ellas se refiere al tiempo de retención excesivamente largo en el Congreso Nacional, del proyecto de ley, desde 1941 hasta 1952, precisamente cuando todas las circunstancias hacían suponer que la iniciativa sería exitosa, en el período de

---

<sup>221</sup> Illanes, M.A.: *Ibid.* 1993; pág. 378.

<sup>222</sup> Correa, S. et als. *Ibid.* 2001; pág. 162.

vigencia de un gobierno de centro-izquierda, del que la reforma social era una bandera.

Las explicaciones para este hecho deben buscarse en el contexto político de las decisiones, en especial en las modificaciones del campo de las fuerzas políticas que sustentaron a los gobiernos del Frente Popular, particularmente en el gobierno de González Videla, durante el cual se trató y aprobó la reforma. Debe anotarse que el proyecto entró en discusión parlamentaria después que el gobierno de González Videla, rompió con la izquierda e incorporó a los sectores de la derecha socialcristiana a su gobierno<sup>223</sup>.

La segunda se refiere a la naturaleza del proyecto de ley aprobado finalmente en el Congreso Nacional que, en términos de cobertura aunque incorporó al grupo familiar del asegurado, mantuvo las mismas exclusiones sociales que la ley del Seguro Social de 1924, a pesar de que la propuesta tuviese un sentido universalizante y claros contenidos de medicina social. Ello, porque el nuevo servicio de salud creado, en vez de ser tratado como un proyecto autónomo, nació insertado en la ley principal que creó el Servicio del Seguro Social, referido sólo a los obreros.

Las explicaciones para ese formato aprobado deben buscarse en las especificidades del pacto político-corporativo que viabilizó el proyecto, en particular, el predominio de las fuerzas conservadoras en la coyuntura 1950-1952. En ese sentido es posible afirmar que la derecha, que había ayudado a desempantanar el proyecto, no estuvo dispuesta a asumir una reforma que significaba entender que sus costos correspondían a todos los ciudadanos y que esto permaneciera en el ámbito de las normas jurídico-institucionales, más allá de su objetivo que era el régimen de pensiones para los obreros y que, por extensión, afectaba el área de la asistencia médica<sup>224</sup>.

La tercera cuestión se refiere a las leyes colaterales aprobadas en el camino de las discusiones sobre la reforma de salud, también relacionadas con el viraje a la derecha de González Videla. Se trataba de

***“...proyectos destinados a atender las reivindicaciones específicas de la corporación profesional a través de la creación del Colegio Médico en 1948 y el establecimiento del Estatuto del Médico Funcionario en 1951”<sup>225</sup>***.

El análisis de la cronología de la aprobación de estos cuerpos legales, permite observar que la larga espera de 11 años para sancionar la reforma previsional y el viraje a la derecha de la coalición de gobierno, permitieron aprobar las leyes que beneficiaron a la corporación médica. Ello comprueba que las transformaciones en salud fueron el momento adecuado para incluir también las demandas de la corporación médica, largamente pendientes, que pueden entenderse como concesiones facilitadoras de la reforma social.

La ruptura del gobierno de González Videla con el partido Comunista y las principales organizaciones del movimiento obrero a partir de 1947, utilizando como

---

<sup>223</sup> Labra, M.E.: Ibid. 1997; pág. 162.

<sup>224</sup> Labra, M.E.: Ibid. 1997; pág. 160.

<sup>225</sup> Labra, M. E. ; Ibid. 1997; págs. 160-161.

pretexto la gran huelga del carbón de ese año, marcó un punto de inflexión y el quiebre de las relaciones de colaboración que se habían generado en 1937, con la incorporación de la Confederación de Trabajadores de Chile al Frente Popular. Se desató la represión contra los dirigentes comunistas a todos los niveles y en Septiembre de 1948 se promulgó la llamada Ley de Defensa Permanente de la Democracia, que privaba a los comunistas de sus derechos ciudadanos y les impedía ejercer cargos sindicales.

***“Dado que también sancionaba actos que pudiesen atentarse contra el régimen político y el desarrollo normal de la economía, tanto González Videla como su sucesor Carlos Ibáñez, utilizaron esta legislación para evitar la realización de huelgas en áreas sensibles”***<sup>226</sup> .

Las dificultades económicas del período de los gobiernos radicales se tradujeron en una persistente inflación que golpeó a los sectores populares.

***“Ésta alcanzó a un 8% anual entre 1936 y 1940; entre 1941 y 1945 subió a un 16%, alzándose a un 20% entre 1946 y 1950.....la inflación se volvió un problema cada vez más apremiante al punto de que a fines del gobierno de González se estimó que podía arriesgar la estabilidad política y social del país, producto de la intensificación de la actividad huelguística que desafiaba incluso la amenaza de la Ley de Defensa Permanente de la Democracia”***<sup>227</sup> .

En los años del gobierno del Presidente Ríos, se crearon organizaciones populares, con participación obrera y de sectores medios que iniciaron procesos de movilización en defensa de los precios de los artículos de primera necesidad, formas de organización que parecían no tener precedente en el país. En Julio de 1943,

***“.....en el teatro Caupolicán y por las calles de Santiago se reunieron y desfilaron 15.000 personas que acudieron al llamado del Comité Nacional de Abaratamiento de las Subsistencias. Consumidores y comerciantes minoristas denunciaron a viva voz las especulaciones de los grandes productores y comerciantes.....en su petitorio al gobierno el Comité expresaba las reivindicaciones más urgentes y sentidas por el pueblo: supresión de los monopolios privados de los artículos alimenticios, control y distribución de la producción con fijación de precios y limitación de utilidades, baja del precio de la carne y de la locomoción...”***<sup>228</sup>

El gobierno de González terminó entrando en guerra con el movimiento obrero.

***“Chile entraba a apoyar la guerra fría internacional con una guerra muy caliente en su interior. Recrudescieron las huelgas. Los soldados salieron a reemplazar a los obreros: en los ferrocarriles, en los tranvías, en correos y telégrafos. Al anochecer Santiago quedaba a oscuras: era el racionamiento en los fríos inviernos del fin de los cuarenta. Imágenes bélicas de nuestra guerra propia.....Nuestros movimientos sociales entraron a la arena huelguística. Se agitaba el personal de los hospitales de la Beneficencia ante el atraso reiterado del pago de sus sueldos. La Confederación de los Sindicatos de la Beneficencia fue a la huelga”***<sup>229</sup> . ***“Durante el primer semestre de 1952 hubo huelgas por***

---

<sup>226</sup> Correa, S. et als. *Ibid*, 2001; págs. 182-183.

<sup>227</sup> Correa, S. et als. *Ibid*. 2001; pág. 184.

<sup>228</sup> Illanes, M.A. *Ibid*. 1993; pag. 362.



**demandas salariales convocadas por los obreros del salitre, del carbón, del cobre y de las industrias textiles. Los empleados de aduanas, los trabajadores de Chilectra en Curicó, San Javier, Linares y Molina y aún los funcionarios del Hospital Psiquiátrico, fueron a huelga. Por entonces, amenazaron con paros inminentes la Asociación de Empleados Fiscales (ANEF), los empleados de la Municipalidad de Santiago, los trabajadores de los hospitales públicos y los choferes de la locomoción colectiva.....se empezaba a hablar de una crisis orgánica que embargaba a todas del dimensiones del acontecer nacional”<sup>230</sup> .**

Queda claro entonces que tanto la reforma previsional y de salud como las demandas médicas operaron después que González Videla rompió con los comunistas, lo que facilitó al Presidente recomponer acuerdos con las fuerzas conservadoras. También se desprende de esta cronología que la legislación social avanzó cuando el ala social-cristiana del conservadurismo y la Falange Nacional, se incorporaron al gabinete de sensibilidad social entre 1950 y 1952.

La demora en la aprobación de la que fue la Ley 10.383 exige analizar además otros elementos que parecen haber intervenido en ella. Uno de ellos estaría relacionado con la política económica del Frente Popular y de los radicales en particular, cuyo eje era el programa nacional de industrialización sustitutiva.

**“Si el gobierno quería el éxito de la industrialización, debía evitar las alzas en los precios de los alimentos que a su vez generarían demandas salariales, por lo tanto debía impedir alteraciones en la producción agrícola, las que inevitablemente se producirían en caso de formarse sindicatos rurales y permitirse la organización de huelgas en el campo”<sup>231</sup> .**

Los dirigentes del Partido Radical tuvieron vinculaciones importantes con las asociaciones de productores agrícolas, que parecieron facilitar los entendimientos entre el gobierno del Frente Popular y la oposición de derecha.

**“Por de pronto, Pedro Aguirre Cerda nombró como Ministro de Agricultura a Fernando Moller, terrateniente del sur e importante productor de trigo, cuyos hermanos eran miembros del Consejo Directivo de la Sociedad Nacional de Agricultura. Simultáneamente, Cristóbal Sáenz otro de los grandes trigueros del sur, detentaba la cartera de Relaciones Exteriores y Comercio”<sup>232</sup> .**

La creación de la CORFO en 1939 y el proceso de industrialización ligado a ella, que constituía un pilar fundamental de la política del Frente Popular, ciertamente se asoció históricamente con la paralización, de hecho, de la sindicalización campesina lograda a través de la creación

**“....de una comisión tripartita, con participación del gobierno, la Sociedad Nacional de Agricultura y la Confederación de Trabajadores de Chile generada**

<sup>229</sup> Illanes, M. A. *Ibid.* 1993; pág. 374.

<sup>230</sup> Correa, S. et als. *Ibid.* 2001; págs. 184-185.

<sup>231</sup> Correa, Sofía et als.. *Ibid.*; 2001; pág. 131.

<sup>232</sup> Correa, Sofía et als. *Ibid.*; 2001; pág. 132.

***para estudiar un proyecto de ley de sindicalización que se adecuara a la realidad rural..... Dicho proyecto durmió largo tiempo en el Congreso”***<sup>233</sup> .

Como en el Congreso, la derecha conservaba poder obstructivo, las negociaciones en torno a la directriz de mayor prioridad para el Frente Popular afectaron los avances sociales, en especial de aquellos sectores populares distintos del estamento obrero, porque tales avances habrían gravado al capital, en una medida inaceptable para sus representantes.

Otra de las razones que pueden invocarse para la larga espera de la reforma previsional, es el rompimiento entre los comunistas y los socialistas y de los socialistas con los radicales, que afectaron las posibilidades de presión conjunta. Por el apoyo del Partido Comunista a la Unión Soviética, el Partido Socialista recomendó sin éxito, la salida de los comunistas del Frente Popular, lo que junto con la derechización del gobierno de Ríos, llevó a los socialistas de la corriente de Allende a abandonar el Frente Popular<sup>234</sup> .

A pesar que las resoluciones del XII Congreso del Partido Comunista de 1941 señalaban que era indispensable la unidad de todas las fuerzas democráticas, que ***“era nítida la emergencia de un sentimiento anticomunista, tanto entre los radicales partidarios de Ríos como también en el Partido Socialista”***<sup>235</sup> .

También parecen haber gravitado en la demora analizada, las filiaciones partidarias de los médicos parlamentarios, los controles ejercidos por los radicales sobre la máquina estatal y las ambigüedades de los médicos frente a la reforma de la salud.<sup>236</sup>

Lo anterior parece contradecir lo señalado por Cruz-Coke y Rosselot, en el sentido que la creación del SNS fue producto del esfuerzo de los médicos a través de su gran número de miembros del poder legislativo en los años cuarenta, lo que habría facilitado la aprobación del proyecto de ley.<sup>237</sup>

A partir de un levantamiento hecho en las fuentes primarias del Congreso Nacional que contiene una estadística detallada del número de médicos diputados y senadores en el período comprendido entre 1932 y 1973, en distintos años y períodos cortos, citado por Labra<sup>238</sup> , puede concluirse que la media de médicos que tuvo representación en ambas

---

<sup>233</sup> Correa, Sofía et als; *Ibid*; 2001; pág. 132.

<sup>234</sup> Furci, Carmelo: “The Chilean Communist Party and the Road to Socialism”; Zed Books; London; 1984.

<sup>235</sup> Moulian, Tomás y Torres, Isabel: *“Discusiones entre Honorables. Las candidaturas presidenciales de la derecha 1938-1946”*. FLACSO. Santiago, Chile; 1987; págs. 166.

<sup>236</sup> Labra, M. E. : *Ibid*; 1997; págs. 163-164.

<sup>237</sup> Cruz-Coke, Ricardo: “Reseña histórica, política y social de la Medicina Chilena”; Rev. Médica de Chile (116); 1988; págs. 55-60. Rosselot, Jorge: “Origen, desarrollo y perspectivas de las instituciones de salud pública en Chile”; Rev. Médica de Chile (121) : 1075-1085; 1993.

<sup>238</sup> Labra, M. Eliana: *Ibid*; 1997; pág. 163.

cámaras fue de 7,4 parlamentarios, obteniendo el máximo en la legislatura de 1937 con 12 médicos y la mínima en 1957, con sólo tres.

Con esos datos, se puede concluir que el número de médicos parlamentarios, no hizo ninguna diferencia en la aprobación de la legislación referida.

A ello debemos agregar que el primer proyecto parlamentario de creación del Colegio Médico fue presentado por el diputado radical Dr. Isauro Torres Cereceda en 1933 y fue replanteado en el Mensaje Presidencial de 1940, siendo aprobado sólo en 1948. Es decir el proyecto atravesó el período de mayor representación médica radical en el Congreso Nacional, sin que prosperara y en circunstancias que, en 1942, se aprobaron las leyes relativas a los Colegios de Arquitectos y de Químico-Farmacéuticos.

Apreciaciones semejantes pueden ser hechas en relación a los mensajes de 1941 del Presidente Aguirre Cerda y su Ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Salvador Allende que proponían modificar el Seguro Social e instalar un Consejo Coordinador de los Servicios Médicos, sólo como un primer paso para su integración y sin alcanzar a proponer la creación de una institución nacional de salud de cobertura total.<sup>239</sup>

Los datos del número de médicos en las cámaras legislativas muestran que en las legislaturas de 1941-1945 y de 1945-1949, prácticamente todos los médicos parlamentarios pertenecían a los partidos integrantes del Frente Popular. Más aún, el médico y senador Eduardo Cruz-Coke, de la corriente social-cristiana del Partido Conservador, era partidario de la reforma social y de salud y gozaba de gran prestigio. Aún así, hasta 1950 no hubo progreso alguno ni en la previsión ni en la salud.

Me parece pertinente y válido para comprender la larga demora que sufrió el proyecto de reforma del Seguro Social, no dejar de invocar un conjunto de otras razones ligadas al comportamiento de los diversos sectores y actores políticos, en especial del propio Frente Popular, en lo que se refiere a sus diferencias doctrinarias que se expresaron a la hora de discutir el modelo de protección social y médica que se quería implantar. En esa línea se situaban también las divisiones al interior del estamento médico, que se manifestaron contradictoriamente con las decisiones de los partidos políticos en la defensa de una determinada doctrina social, no necesariamente de acuerdo con las directrices partidarias o unanimidades eventuales en torno a un proyecto profesional que atendiese las reivindicaciones económicas y del trabajo de los profesionales.

El crecimiento de la burocracia estatal de los años treinta en adelante, mostró una expansión inorgánica, en particular en el área social que pareció reflejar más arreglos políticos circunstanciales que exigencias técnicas propias de la división del trabajo institucional.

En el área de la previsión social, esto se expresaba en el acceso diferenciado de diversos grupos sociales minoritarios a Cajas y esquemas de jubilación y pensiones, lo que contrariaba la lógica universalizante proclamada por las políticas sociales de la coalición gobernante. Variados grupos de trabajadores que habían sido calificados por la

---

<sup>239</sup> Mensaje Presidencial del Presidente Aguirre Cerda: 10 de Junio de 1941. Archivo Nacional. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos. Santiago. Chile

legislación de 1924 como pertenecientes al sector obrero por ejercer actividades predominantemente manuales, exigían ser encasillados como empleados, tanto durante la tramitación de la reforma del Seguro Social, como después de su implementación.

Como expresión de este fenómeno es posible citar que entre 1938 y 1958 les fue conferida la condición de empleados particulares a diversas categorías de trabajadores, como choferes de casas de familia y del transporte colectivo, vendedores de carnicerías, frigoríficos y almacenes, maquinistas de tranvías de remolque y otros. La reclasificación era el paso previo para afiliarse a un régimen diferente del Seguro Social, como quedó ilustrado por la aprobación legislativa en 1950 de la incorporación a la Caja de Empleados Particulares de peluqueros, barberos, manicures y otros oficios afines.<sup>240</sup>

El problema político-administrativo que vivía la clase política en el período y que condicionaba sus contradicciones, debe ser evaluado como considerable si se tiene en cuenta que uno de los argumentos centrales para la reforma previsional debatida en 1950, era la necesidad de unificar los 40 regímenes existentes, administrados por 30 instituciones, siendo la Caja del Seguro Obrero la mayor de todas que gastaba doce veces menos por beneficiario, que las cajas de los empleados, funcionarios públicos y militares.<sup>241</sup>

En lugar de modificar el Código del Trabajo para hacerse cargo de las demandas de los asalariados urbanos, los partidos políticos apoyaron la incorporación de obreros a las cajas de empleados cuyo régimen, basado en la capitalización individual y en el derecho del asegurado de retirar sus fondos al momento de jubilar, era una alternativa más atractiva que las escasas pensiones del Seguro Obrero. A ello debe agregarse que el beneficio adicional de la asistencia médica, parecía no compensar la permanencia en un sistema que, socialmente, ya comenzaba a percibirse como estigmatizante.

Este crecimiento inorgánico del sistema previsional, que la reforma de 1952, finalmente no modificó, fue calificado por el Dr. Hernán Romero como

***“el hilo de Ariadna” que era necesario reformular y que este autor atribuyó a “la ignorancia y rapacidad de los políticos que querían congraciarse con los electores”***<sup>242</sup>.

Varios otros factores conspiraron contra el curso y resultados de la reforma social y sanitaria. Uno de ellos se refiere a las distintas posiciones de los partidos políticos frente a la cuestión social. Aparentemente esta cuestión había sido superada con la implementación de las leyes de 1924, pero la discusión legislativa entre 1940 y 1952, demostró que permanecía vigente, porque se encontraba estrechamente vinculada a la disputa mayor, en torno al proyecto de desarrollo económico que se quería para el país: librecambismo o desarrollo estatal. Por lo tanto, para atender las crecientes demandas

---

<sup>240</sup> Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales: “Repertorio de Legislación y Jurisprudencia Chilenas”; Santiago; Editorial Jurídica de Chile; 1959.

<sup>241</sup> Senado de la República. Diario de Sesiones. 6ª sesión extraordinaria: 21 de Noviembre de 1950.

<sup>242</sup> **Romero, Hernán: “La Crisis del Seguro Social y la Reforma de la Salubridad” . Santiago; Ed. Universidad de Chile; 1958.**

sociales se adoptaban medidas paliativas que solucionaban algunos problemas, pero generaban otros, manteniéndose así la tensión entre el avance en el plano político, un asistencialismo desordenado en la concesión de beneficios sociales y un modelo de desarrollo económico que las clases proletarias no ubicaban en los caminos de una verdadera modernización capitalista.

Debe tenerse en cuenta que en 1941, el Partido Socialista se dividió por la formación del Partido Socialista de los Trabajadores, liderado por César Godoy Urrutia, lo que influyó en la decisión de la Confederación General de Trabajadores de Chile de marginarse del gobierno del Frente Popular, como una forma de evitar que las discrepancias políticas señaladas terminaran fracturando la organización de los trabajadores.<sup>243</sup>

No obstante los conflictos planteados entre los partidos políticos que integraban la coalición del Frente Popular, en especial la competencia entre socialistas y comunistas por la voluntad electoral de las izquierdas,

***“para las elecciones parlamentarias de 1941 se logró una alianza electoral de centro-izquierda, entre radicales, comunistas y el sector mayoritario del Partido Socialista, que alcanzó el 59,25% de los votos, porcentaje electoral que no se había obtenido antes ni volvió a repetirse nunca. De este modo, a pesar de las discrepancias....el gobierno seguía logrando un importante apoyo de masas”<sup>244</sup> .***

A pesar de lo anterior, el fallecimiento de don Pedro Aguirre Cerdapareció precipitar una agudización de las pugnas intestinas frente a la necesidad de reemplazar a la autoridad presidencial,

***“de modo tal que cada partido procedió de manera independiente, apareciendo la coalición gobernante destruída”<sup>245</sup> .***

Al parecer, el sentimiento popular de respaldo a lo obrado por el Frente Popular entre 1938 y 1941, expresado en la altísima votación lograda en la elección parlamentaria de ese año, no se expresó en las conductas de los partidos políticos, luego de la desaparición de Aguirre Cerda.

En 1946, González Videla obtuvo el 40,1% de los sufragios y para ser ratificado por el Congreso Pleno, redefinió sus alianzas políticas, haciendo pacto con los liberales. Ello significó una importante restricción a la coalición de centro-izquierda original, que propició el hecho inédito en el país de que tres comunistas asumieran carteras ministeriales.

Como hemos visto, el gobierno de González decidió ingresar a la guerra fría desencadenando un proceso represivo, continuo y permanente, extendido al conjunto del movimiento obrero y a todas las latitudes del país. A ello se agregó una profundización de las condiciones de inequidad económica y social

***“En Chile, entre 1940 y 1953, el ingreso nacional aumentó en un 40%, pero éste se repartió en forma inequitativa; si el de clase alta creció en un 60%, el de la***

<sup>243</sup> Moulian, Tomás y Torres, Isabel: *Ibid.* 1987; pág. 154.

<sup>244</sup> *Moulian, T. y Torres, I.: Ibid. 1987; pág. 155.*

<sup>245</sup> *Moulian, T. y Torres, I. ; Ibid. 1987; pág. 155.*

***clase media lo hizo en un 46% y el de los trabajadores en apenas un 7%, para colmo mal distribuído en este segmento social de por sí desfavorecido, pues los ingresos de los campesinos, en idéntico período, descendieron en un 18%. De modo que no debe sorprendernos que a fines de la década de 1950, el 9% de la población activa percibiera alrededor del 43% del ingreso nacional”***<sup>246</sup> .

La respuesta movilizadora del movimiento obrero se incrementó como hemos analizado, alcanzando a protagonizar el factor subjetivo de lo que se planteó como una crisis orgánica que se extendía a todos los ámbitos del acontecer nacional, según he anotado en párrafos anteriores.

La movilización social y las protestas populares, potenciadas por una ley que los sectores populares llamaron Ley Maldita, resquebrajaron la estructura y solidez de los propios partidos políticos que se involucraron en ella, contribuyendo a la configuración de la situación de crisis que terminó con los gobiernos radicales.<sup>247</sup>

## **2. La Medicina Social chilena. El Rol de sus debates en la creación del Servicio Nacional de Salud.**

En el clima político generado a partir de 1932, emergieron distintas alternativas transformadoras del Seguro Social, con la esperanza puesta en un monopolio estatal de la salud o de una racionalización del Seguro Social o cuando menos, en el olvido de de las propuestas privatizadoras.

Estas iniciativas eran parte de la nueva era del reformismo previsional y sanitario que se expandía por el mundo, por los progresos de la medicina y los efectos de la primera guerra mundial que lograba un consenso internacional en torno al nuevo papel que le correspondía al Estado en la protección del proletariado.

Importante resulta entonces reconocer que la evolución del pensamiento médico-social y sanitario en Chile, no se configuró como una particularidad, sino como reflejo y efecto de los movimientos mundiales, en el panorama de las condiciones políticas y sociales chilenas.<sup>248</sup>

Ya ha sido señalado en este texto que en el Chile de aquellos años, debido al dominio oligárquico, a la ausencia de un acervo relevante de conocimientos científico-tecnológicos y al tímido y bisoño papel jugado por la intelectualidad, cupo a los médicos cumplir con el papel de *intelligentzia*, porque componían el único segmento en contacto directo con las esferas del poder y con las necesidades sanitarias del proletariado.

---

<sup>246</sup> Correa, S. et als.: *Ibid.* 2001; pág. 186.

<sup>247</sup> Senado de la República. Diario de Sesiones: 39ª Sesión Ordinaria; 31 de Agosto de 1948.

<sup>248</sup> Labra, M.E. : *Ibid.* 1997; pág. 171.

Como ya se ha dicho, la quimérica República Socialista de 1932 había llevado a los reformadores socialistas a preconizar la implantación en Chile de una “*dictadura sanitaria*” que diseminase por el país “*usinas de salud*”, junto a la idea de una administración planificada e integral de los cuidados, según ya ocurría en la URSS.

A partir de entonces, se inició en el país un amplio debate de los problemas de salud nacional que denunció las condiciones aberrantes de miseria e insalubridad del pueblo, condujo a la relación epistemológica entre las cuestiones médicas y las sociales, así como a la confrontación entre las causas sociales y ambientales de las enfermedades y las limitaciones de la intervención clínica en la superación de los problemas de salud de la población.

Así, en clara asociación con las ideas de los reformadores europeos que a partir de 1848, en la mitad del siglo XIX, ya habían planteado que la “*la medicina es una ciencia social y la política no es más que medicina en gran escala*” y que “*las condiciones sociales y económicas tienen un efecto importante en la salud y en la enfermedad y esas relaciones deben estar sujetas a la investigación científica*”<sup>249</sup>, los especialistas chilenos de la década de 1930 comenzaron a relevar el rol de los determinantes sociales de la salud de la población.

Haciendo un análisis comparado entre Chile y Brasil, ha sido señalado que esto último constituyó una particularidad importante del proceso chileno que no se dio en otros ámbitos latinoamericanos, por cuanto los reformadores brasileños de esa misma década, pusieron énfasis en la racionalización tecnocrática de los servicios de salud y no se comprometieron con la dimensión política y social de la salud y la asistencia médica.<sup>250</sup>

La adopción del binomio “médico-social” permitió la formulación de un conjunto de principios de organización de los servicios que establecieron las líneas técnicas que orientarían, a partir de los años cincuenta, la estructura y gestión del SNS.

Tales fundamentos constituyeron una verdadera filosofía de acción que puede resumirse en los siguientes principios<sup>251</sup>:

- Integralidad de las acciones, abarcando todas las etapas de la vida en sus aspectos físico, moral e intelectual, con utilización de los recursos necesarios para modificar las condiciones sociales desfavorables al desarrollo individual y colectivo.
- Planificación de los objetivos y metas a lograr en cada etapa, responsabilizando a los encargados y corrigiendo los cursos de acción.
- Concentración de la integralidad, la planificación y los recursos en el control de los problemas y etapas más vulnerables de la vida humana.

---

<sup>249</sup> Virchow, Rudolf. Citado por George Rosen: “De la Policía Médica a la Medicina Social”. Siglo XXI Editores. México. 1985; págs. 79-81.

<sup>250</sup> Labra, M.E.: “O Movimento Sanitarista nos Anos 20. Da Conexão Sanitária Internacional a Especialização em Saúde Pública no Brasil”; Tese de Mestrado em Administração Pública. Fundação Getúlio Vargas. EBAP; Rio de Janeiro; Brasil; 1985.

<sup>251</sup> Durán, Hernán: Boletín Médico-Social: N° 17; 1935.

- Comando técnico único de las acciones públicas y privadas, subordinándolas a la autoridad técnica superior determinada por la ley.

- Estatización u obligación del Estado de cumplir la función primordial de defensa de los ciudadanos, proveyendo todos los recursos y dictando las medidas necesarias para la realización de las acciones integrales, planificadas y respaldadas por la autoridad.

Antecedente importantes de las bases doctrinarias de la medicina social chilena fue la Reunión de Los Maitenes de 1935 en que se juntaron los médicos de la Caja del Seguro Obrero, para denunciar la baja cobertura del Seguro, el nulo impacto de las acciones médicas en la mayoría de los indicadores biodemográficos de los asegurados y la importancia de los factores de la morbilidad.

La literatura menciona también como muy importante, la Primera Convención Médica de Chile, celebrada en Enero de 1936 en la ciudad de Valparaíso, cuyas conclusiones principales se refirieron a que

***“el Estado debe reunir a los servicios asistenciales, médicos, sanitarios y previsionales en un Ministerio único asesorado por un Consejo Técnico; estudiar la creación de un Seguro Social Único; orientar la enseñanza médica en un sentido social y centralizar la lucha contra los males de proyección social como la tuberculosis, la lúes, el alcoholismo y otros. Y a que el gremio médico debe defender el justo equilibrio en la distribución de los productos del trabajo, así como la influencia del Estado en la producción, en la distribución y en los precios de los productos de subsistencia y su intervención en la mejoría de las condiciones de vida del pueblo”***<sup>252</sup> .

A partir de notas personales que el Dr. Hernán Durán Morales proporcionó, ha sido posible construir un cuadro de conceptos básicos que sintetizan la transformación que experimentó la medicina social chilena, decantada en la Primera Convención Médica referida y que constituyó la pauta de la actuación política de la AMECH hasta la llegada del Frente Popular en 1938<sup>253</sup> :

Las cinco ideas fundamentales eran:

-La concepción social de los problemas médicos o medicina social.

-La socialización de la medicina en tanto obligación principal del Estado de Bienestar para toda la colectividad-

-La centralización de la función sanitaria en una sola institución de carácter técnico.

-El predominio del saber médico sobre la intervención legal y política en la planificación y comando de los servicios.

-Una visión corporativista de las relaciones entre profesionales y trabajadores de la salud y el Estado.

Estos principios fueron acogidos por los sectores vinculados con las ideas progresistas que avanzaron al Frente Popular.

<sup>252</sup> Durán, Hernán: *Revista de Previsión Social* N° 10; 1936.

<sup>253</sup> Labra, M.E.: *Ibid*: 1997; pág. 174.



A partir de estos antecedentes, en el desarrollo de la medicina social chilena es posible identificar cuatro posiciones doctrinarias que influyeron en la época estudiada, dada la jerarquía que tenía la opinión del gremio médico en las políticas de gobierno.

Elas condicionaron de modo muy importante el debate previsional y sanitario del período analizado, tanto al interior del Frente Popular como en el escenario general de las fuerzas políticas y pueden encontrarse en la base explicativa primaria, de las contradicciones y pugnas que lentificaron el proceso de reforma, cuya síntesis hegemónica y negociada generó el perfil de la reforma aprobada en 1952.

Debo dejar explícito que tres de ellas, el pensamiento conservador, la visión de los socialistas y los planteamientos de los radicales, fueron históricamente anteriores, tanto a la expansión del Estado de Bienestar posterior a la segunda guerra mundial cuando era hegemónico internacionalmente el modelo del Seguro Social centrado en la recuperación de la fuerza de trabajo industrial, como a la aparición de la terapéutica moderna que significó la Penicilina en 1948.

La cuarta posición, que representó la Falange Nacional, correspondió a reelaboraciones políticas y doctrinarias de protección social posteriores a la segunda guerra mundial, englobadas en el concepto de Seguridad Social referido al conjunto de los derechos sociales inherentes a la ciudadanía.

La existencia de distintas visiones y opiniones políticas confrontadas en el campo de la salud, de carácter ideológico-doctrinario, se contraponen claramente con la tesis de la unanimidad de las opiniones médicas respecto de la medicina, el Estado y la sociedad, que ya ha sido citada.

### a) El Proyecto Conservador.

---

El Dr. Eduardo Cruz-Coke en su libro “Medicina preventiva y medicina dirigida” publicado en 1938, plantea su tesis del círculo enfermedad-pobreza, interesándose por el individuo concreto que produce y consume riqueza. Desde este punto de vista considera que la salubridad de un pueblo es función de la economía privada ya que

**“los fenómenos de inadaptación del individuo al medio en que se desarrolla, gobiernan toda la patología social”<sup>254</sup>.**

En su raciocinio, la insuficiencia económica individual se traduce en morbilidad creciente y, dado que las enfermedades como la tuberculosis dependen en gran parte del salario, la enfermedad influye posteriormente en el mismo salario. Así plantea que el aumento de los salarios no es una solución porque no ataca el fondo del problema y vulnera el principio de “no dar a un individuo más de lo que produce”. En este sentido se extiende señalando que

**“el obrero chileno no siempre responde al aumento de salario con trabajo más intenso y hasta trabaja menos”.**

De este modo, Cruz-Coke plantea que este hecho, de consecuencias graves para la economía del país, abre el problema de la “pasividad transitoria” o ausentismo, cuya

---

<sup>254</sup> Cruz-Coke, Eduardo: “Medicina Preventiva y Medicina Dirigida”. Editorial Nascimento; Santiago; 1938, pág. 12.

corrección había ya sido señalada en el texto de la Ley de Medicina Preventiva de 1938. Y continúa,

**“se trata de aplicar una política de salubridad que impida que el individuo reaccione con reposo siempre que le sea posible, sino cuando éste tenga un sentido preventivo, como verdadera medicina social, regulada sobre bases técnicas de epidemiología y saneamiento y a través de la pesquisa oportuna en el hombre supuestamente sano”<sup>255</sup>.**

Cruz-Coke afirma que “la medicina social con caracteres demagógicos, basada en lamentaciones y consideraciones económicas vagas, no es válida”.

En oposición a esa medicina demagógica, señala que la Ley de Medicina Preventiva establece una previsión biológica verdadera, disminuyendo la pasividad transitoria y organizando al hombre consumidor. Con esta Ley pretende que el Estado, por medio de la Medicina Dirigida, actúe sobre la “máquina” que debe ser urgentemente reparada, es decir, el hombre-trabajador,

**“aún sano, es recuperable de una afección que recién comienza y cuya salud es el principal elemento positivo de la riqueza que podemos esperar”<sup>256</sup>.**

Para ello señala tres medidas básicas, examen sistemático, periódico y obligatorio de salud; reposo para el tratamiento de la enfermedad incipiente y remuneración de ese reposo, garantizando el retorno al trabajo, que es el objeto de la Ley de Medicina Preventiva. Esto se debía acompañar de incentivos para la construcción de sanatorios, de una visión preventiva en el mundo obrero de la tuberculosis, la sífilis, las enfermedades cardiovasculares y más tarde del cáncer.

La Ley de Medicina Preventiva se puso en práctica a través de una contribución de los empleadores a las cajas previsionales, del 1% del valor del salario, lo que constituyó un triunfo de Cruz-Coke ante las clases patronales.

No obstante, el autor citado responsable teórico y técnico de las propuestas conservadoras, no presentó propuestas de reorganización de los servicios de salud que fuesen más allá de su metáfora de Medicina Dirigida y que permitieran justificar la coerción del poder estatal a aquellos que se rehusaran al imperio de la ley.

## **b) El Pensamiento Socialista.**

---

En 1939 Salvador Allende, en su obra “*La Realidad Médico-Social Chilena*” planteó un conjunto de análisis, inspirados en el materialismo histórico, que abarcaron todas las dimensiones de la vida nacional, desde la dependencia económica hasta el atraso cultural. Contiene referencias conceptuales, antecedentes geográficos y demográficos, una exposición de las condiciones de vida de las clases trabajadoras, de los problemas médicos, de las enfermedades más frecuentes y de los accidentes del trabajo, así como una crítica a la organización de los servicios médicos y sanitarios y a la previsión social.

<sup>255</sup> Cruz-Coke: *Ibid*; 1938; págs. 13-16.

<sup>256</sup> Cruz-Coke, Eduardo: *Ibid*; 1938; pág. 17.

Contrariamente a la tesis de la unanimidad de las opiniones<sup>257</sup>, Salvador Allende critica fuertemente y en toda su extensión a la Ley de Medicina Preventiva del Dr. Cruz-Coke, Ministro de Salubridad del gobierno de Alessandri, anterior al de Aguirre Cerda. Desarrolla para ello la tesis que se debe invertir el círculo vicioso “enfermedad-pobreza” sostenido por Cruz-Coke como la base de la Ley de Medicina Preventiva, señalando que son los factores socioeconómicos y del medio ambiente los que inciden directamente en la salud, debiendo el Estado actuar sobre ellos. Dice claramente que

**“esa Ley no hace justicia a su nombre por cuanto ese concepto científico incluye la atención integral de la salud, comprende a todos los individuos desde su gestación hasta su fallecimiento”<sup>258</sup>.**

Allende dice además, polemizando, que esa ley es estrecha, reducida, porque apenas cubre a los asegurados activos, no considera el salario ni la higiene ambiental, no incluye muchas otras enfermedades igualmente importantes, como las enfermedades profesionales, no contempla el núcleo familiar como un foco de enfermedades, descuida los aspectos curativos y no integra a los hospitales y demás servicios asistenciales. Agrega Allende,

**“...por último los patrones utilizan la ley como un arma para eliminar al candidato a enfermo en el momento que éste busca trabajo, agravando así el desempleo”<sup>259</sup>**

En síntesis, para Allende, la política de Medicina Preventiva “tal como está proyectada e implementada es un fracaso completo”<sup>260</sup>.

En relación a las condiciones de vida del “capital humano”, Allende se extiende considerando que

**“las masas populares deben reivindicar su derecho a vivir como un pueblo culto y la Nación debe movilizarse, con todas sus fuerzas para sanear el país, luchar contra los flagelos y los vicios y llevar la ingeniería sanitaria y la medicina social a los lugares más recónditos y distantes del país. El capital humano, base fundamental de la prosperidad económica, ha sido abandonado a su propia suerte, impidiendo que la población sea compacta, sólida y sana, capaz de producir y de hacer florecer el desarrollo industrial y económico. Los gobiernos anteriores al Frente Popular estimaban postergables los gastos en salud pública sin pensar jamás que la preservación del capital humano constituye la más alta responsabilidad del Estado moderno”<sup>261</sup>.**

Por último, Allende presenta un Programa de Acción Médico-Social que propone una

<sup>257</sup> Cruz-Coke, Ricardo. Ibid. 1988, págs. 55-60.

<sup>258</sup> Allende, Salvador: “La Realidad Médico-Social Chilena”. Ministerio de Salubridad. Santiago; 1939; pág. 179.

<sup>259</sup> Allende, Salvador: Ibid 1939 ; págs. 180-181.

<sup>260</sup> Allende, Salvador : Ibid ; 1939; pág. 182.

<sup>261</sup> Allende, Salvador : Ibid ; 1939; págs 195-197.

***“Gran Caja de Previsión Nacional Única, la reestructuración total del Ministerio, así como la instalación de un Consejo Nacional de Salubridad, encargado de unificar y regular todos los servicios y programas médicos y asistenciales, hacia la creación de un Servicio Nacional de Salubridad, que el Estado financiaría en un 80%, destinado a atender a toda la población asalariada y a sus familias”.***

El Consejo Nacional se encargaría también de la creación de una Escuela de Higiene destinada a formar sanitaristas, administradores hospitalarios, enfermeras, visitadoras sociales y otros técnicos.

La unificación de los servicios, decía Allende,  
***“traerá paralelamente la escala única para los médicos y la creación del Colegio Médico centrado en la actividad sindical del gremio”***<sup>262</sup>.

### **c) El Planteamiento del Partido Radical.**

---

Esta corriente política pareció inspirarse en las propuestas de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) para las políticas sociales. Su vocero más importante, por aquellos años, era el Dr. Julio Bustos, durante muchos años Director General de Previsión Social.

Su pensamiento sobre materias médicas, sanitarias y de previsión social fue ampliamente difundido. La categoría central de los planteamientos radicales era el trabajo. Por lo tanto la preocupación en este sentido, estaba reducida a las fuerzas productivas insertadas en el mercado formal del trabajo. En consecuencia, el sistema de seguro social era entendido como una política destinada a mantener la salud y la capacidad de trabajo del asegurado, proteger a su familia y asegurarles existencia económica. El Seguro era entonces una institución económico-sanitaria que cumplía su objetivo a través de la prevención de riesgos, la recuperación de los afectados y la indemnización pecuniaria de los daños ocasionados. Su financiamiento debía ser tripartito de modo que el aporte de los trabajadores fortaleciera el reconocimiento de sus derechos, el aporte del empleador lo interesara por disponer de mano de obra de calidad y el aporte del Estado, promoviera la solidaridad social y la cohesión de los diversos componentes de la sociedad.<sup>263</sup>

Estos planteamientos se adscribieron a la postura de Cruz-Coke en el sentido de considerar a la medicina social o colectiva como una acción de vigilancia sobre el individuo sano y su familia, en tanto valor económico a preservar. Esto debía ser social porque la enfermedad se estimaba como la causa primera de las incapacidades que convertían a elementos activos del proceso económico, en cargas pasivas para la colectividad y en factores de degeneración de la raza. Como tal política no se podía realizar a través de la medicina liberal, se requería de la Medicina Dirigida, concebida por

<sup>262</sup> Allende, Salvador : *Ibid*; 1939; págs. 207-208.

<sup>263</sup> Bustos, J. y de Viado, M.: “La Protección de la Salud a través del Seguro Social y sus Relaciones con la Sanidad y la Asistencia Pública”. Informe presentado al Congreso Interamericano de Previsión Social. Santiago, Septiembre de 1942. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. 1942.

Cruz-Coke, que incluía la idea de un Plan destinado a combatir la generación de los factores mórbidos que hostigaban a la población.

En 1939, el Dr. Bustos planteó distinciones conceptuales importantes entre asistencia, previsión social y sanidad, que resulta muy importante conocer hoy día, por cuanto tuvieron directa influencia en las propuestas de reforma de la salud defendidas por el Partido Radical en los años siguientes en el Parlamento. En este sentido:

-La asistencia era realizada gratuitamente por el Estado para satisfacer las necesidades elementales de los indigentes y correspondía, según este planteamiento, a una etapa ya superada a través de la Beneficencia por el Estado chileno individualista y librecambista desde el siglo XIX.

-La previsión social, en cambio, se encuadraba en la nueva corriente ideológica que propiciaba la intervención del Estado, por medio de una institución autónoma, destinada a una organización más normal de la vida de los trabajadores en los aspectos sanitarios, económicos, financieros, jurídicos y morales. Había sido introducida en Chile en 1924 con el Seguro Obrero, con el objetivo de eliminar los factores que determinaban la existencia de los indigentes, constituyendo un instrumento de redistribución de la riqueza, que permitía a los trabajadores alcanzar su derecho inalienable a vivir y procrear en forma sana.

-La sanidad, salubridad o salud pública, se trataba de una función sanitaria pura, o sea la necesidad de la protección o profilaxis nacional e internacional contra las enfermedades infectocontagiosas, el saneamiento urbano y rural, la higiene industrial, la educación sanitaria, la demografía y la bioestadística, la producción de vacunas y sueros, la policía sanitaria, entendida como la fiscalización de los productos medicinales, los alimentos, la prostitución y su ejercicio profesional.<sup>264</sup>

A partir de estos conceptos el Dr. Bustos planteaba en consecuencia, que esas tres lógicas descritas eran totalmente distintas y no podían ser confundidas.

El problema con las tesis socialistas de unificar todos los servicios médicos en una sola institución, estaba así planteado. Se abría además la disputa respecto de la definición de cuál sería esa superorganización y a qué autoridad estaría supeditada.

La historiografía de este conflicto permite develar que en la Convención de la Asociación Médica de Chile celebrada en 1937 se había planteado un Plan Racional e Integrado para el Cuidado de la Salud Pública, afinado con los fundamentos de la medicina social. En esa Convención, los médicos radicales propusieron postergar su discusión hasta que apareciera otra alternativa.

No obstante, en la Convención Médica de 1938, se decidió enviar al parlamento un proyecto de ley que, en la misma línea del Plan anterior, contemplaba la fusión de los servicios médicos de la Caja del Seguro Obrero y de la Beneficencia, dando origen a un Servicio Nacional de Salubridad que, de acuerdo a la propuesta de Allende refrendada por el Presidente Aguirre Cerda, sería implementado por un Consejo.<sup>265</sup>

---

<sup>264</sup> Bustos, Julio : "Salud Pública y Previsión Social" ; Santiago. Superintendencia de Seguridad Social; 1939.

<sup>265</sup> Labra, M. E. : Ibid; 1997; pág. 180.

Los radicales impugnaron ese proyecto de ley porque significaba *“un paso atrás”* en relación a los progresos médico-sociales alcanzados en el país y en Europa. Para Bustos era inaceptable la idea de fundir la Beneficencia, entendida como la asistencia médica caritativa, con el Seguro que significaba la previsión y con la Salubridad o policía sanitaria, en una sola entidad. En síntesis, la iniciativa, calificada como un *“grave retroceso”* se destruía con argumentos doctrinarios, técnicos, sociales y morales.<sup>266</sup>

Estas disputas en el seno del Frente Popular, proyectadas a la gestión de gobierno de Aguirre Cerda, permiten demostrar la existencia de profundas contradicciones en el seno de la coalición gobernante, alrededor de los elementos fundacionales de la proyectada reforma del Seguro Social que habría de ser propuesta en 1941 y finalmente resuelta en 1952 con el Servicio Nacional de Salud.

Este escenario inicial de la idea de la reforma ofrecida por el Frente Popular, está a mucha distancia de la idea tan difundida del consenso y la unanimidad, en el desarrollo de la moderna institucionalidad sanitaria chilena.

Bustos presentó su propia propuesta a la Convención de la Asociación Médica de Chile de 1939 que fue la que se impuso en la Comisión de Estudios de 1940, que se formó con el objeto de elaborar el proyecto de modificación de la ley 4.054 de 1924 y que Allende debió presidir como Ministro de Salubridad de ese gobierno.

El proyecto de Bustos preveía un Programa Unificado de Protección a la Salud, basado en un Seguro Social Unitario, para cubrir todos los riesgos de vida y trabajo y Total porque cubría tanto a los trabajadores manuales como intelectuales, además de incluir a la familia, entendida como piedra angular de las sociedades humanas.

En el plano de su implementación, la propuesta separaba a la Salubridad del resto y transfería los hospitales de la Beneficencia al Seguro Social, definiendo así, dos grandes funciones técnicas para el sector salud: la sanitaria o salud pública y la de asistencia médica, enfatizando la creación de

***“carreras de médico sanitario y de médico prestador de servicios asistenciales”.***  
***Bustos y de Viado agregaban: “Sólo una medicina social y dirigida puede elevar el nivel biológico del país”***<sup>267</sup>.

En relación a las ideas presentadas por Bustos y de Viado a nombre de los radicales, faltó poder acrecentar la medicina dirigida por el propio Seguro Social y no por una institución distinta y separada, como sugerían Allende y otras corrientes de izquierda.

Resulta tremendamente importante, para comprender la larga latencia de la reforma de la ley 4.054 de los años veinte, entender la gravitación que tuvo esta discrepancia de fondo en el seno de la coalición gobernante y que se refería a aspectos doctrinarios y técnicos serios.

Parece posible plantear que, tanto la presentación del proyecto de ley de reforma de la previsión de 1924 sólo en 1941 como la paralización de la reforma durante una década en el Congreso Nacional, encuentran sus raíces en la profunda división de los técnicos,

---

<sup>266</sup> Bustos, Julio. *Ibid* ; 1939; págs. 29-31.

<sup>267</sup> *Bustos y de Viado : Ibid 1942 ; págs. 21-22.*

de los médicos y de los políticos que se generó frente a los dos planteamientos doctrinarios descritos que fueron los que finalmente se contrapusieron.

Si recurrimos a un análisis comparado de la historia nacional de este proceso de transformación y evolución institucional, con lo ocurrido en otros países de la región de las Américas, es posible constatar que esta disputa se resolvió en la mayoría de ellos con la adscripción de los servicios asistenciales al ámbito de la seguridad social.

#### **d) El Rol de la Falange Nacional.**

---

Las discusiones doctrinarias referidas, cambiaron de tono cuando en 1950 el poder legislativo retomó los proyectos de reforma social. Había cambiado el contexto político nacional e internacional; eran los tiempos de la guerra fría, de la hegemonía de Estados Unidos y de la expansión del concepto de Seguridad Social que dio fundamento al Estado de Bienestar en los países avanzados, con excepción de Estados Unidos.

En este sentido apuntaban Pinto y Viel<sup>268</sup> cuando señalaban que el primer uso de esa expresión ocurrió en Estados Unidos, con el mensaje de Roosevelt de 1935 que propuso el Acta de la Seguridad Social, que fue profundizado en Gran Bretaña en 1941 con los estudios de la Comisión Beveridge y al que se agregó el proyecto de reforma tratado por la Asamblea Nacional francesa en 1945.

En Europa, las experiencias de ampliación de los derechos sociales crearon raíces y Gran Bretaña montó un complejo de protección social inédito en el mundo capitalista, del cual formó parte el National Health Service. Este modelo de Seguridad Social inglés despertó gran interés en todo el mundo y, por cierto, también en Chile, de donde partieron a conocer la experiencia el abogado Francisco Pinto y el médico sanitarista Benjamín Viel, cuya obra citada fue dada a conocer en el momento en que la representación parlamentaria obtenida en 1949 por los falangistas, se preparaba para intervenir en las políticas del gabinete de “sensibilidad social” de González Videla.

El trabajo de Pinto y Viel pareció ser decisivo en las indicaciones de los diputados falangistas, durante la discusión de la reforma del Seguro Obrero, especialmente en la fundamentación doctrinaria, jurídica e institucional de la indicación que propuso la idea del Servicio Nacional de Salud en el proyecto que se discutía.

Pinto y Viel en su trabajo, introdujeron el concepto del “*deber ser*” de la Seguridad Social, ilustrándolo con el caso de Gran Bretaña comparado con el caso chileno. Demostraron que en el país era posible alcanzar ese estadio superior de conciencia sobre los derechos sociales, porque ya existían los necesarios elementos legales, institucionales y técnicos. La fórmula para transformar gradualmente el sistema de protección social imperante consistía en considerar los principios generales del modelo inglés, tomando en cuenta las limitaciones nacionales, los derechos adquiridos por determinados grupos y la necesidad de realizar una amplia campaña de convencimiento acerca de los beneficios del nuevo sistema.

Aunque la Seguridad Social constituye en rigor, una política que abarcaba lo

---

<sup>268</sup> Pinto, Francisco y Viel, Benjamín: “Seguridad Social Chilena. Puntos para una Reforma”; Editorial del Pacífico; Santiago; 1950.

económico y lo social, incluyendo el pleno empleo y una distribución equitativa de los salarios y de la renta nacional, los autores citados adoptan una definición más ajustada a la realidad chilena, entendiéndola como

**“el conjunto de medidas que primero resguardan la capacidad de los individuos de desarrollarse en comunidad y luego, aseguran los medios de subsistencia frente a los acontecimientos inevitables como la enfermedad, la invalidez y la vejez”<sup>269</sup>.**

Señalan Pinto y Viel, que para estos efectos, la Seguridad Social debía desarrollar tres líneas: en primer lugar, la prevención de riesgos que afectaban la capacidad productiva de los individuos (epidemiología, saneamiento, seguridad en el trabajo, salubridad) en coordinación con un Plan de Construcción de Viviendas Higiénicas; en segundo lugar, la asistencia y curación del enfermo, incluyendo exámenes periódicos generales, diagnóstico precoz, tratamiento clínico y rehabilitación y en tercer lugar, subsidios pecuniarios al ciudadano, cuando esté privado de su renta por enfermedad, invalidez, desempleo y otras causas.

El desarrollo de estas tres líneas planteadas por los autores, significaba la creación de una organización doble que cuidara la Seguridad Económica y la Seguridad Física o Biológica, en la doble perspectiva de mantener el poder de compra estable y la distribución equitativa de la renta y, por otro lado, mantener la productividad de la población.

Lo anterior debía, para expresar el concepto de solidaridad social, articularse con otras medidas, como la elevación de los salarios bajos e integrarse en un Plan General de Seguridad Social que contemplara los principios de unidad, uniformidad, continuidad y universalidad en la protección legal de toda la población, en todas las etapas de la vida, independientemente de la actividad que desarrollaran los ciudadanos.

En relación a la administración del sistema, los autores citados propusieron la separación de lo que ellos llamaron, los servicios pecuniarios y los servicios personales, comprendiendo estos últimos,

**“los servicios médicos que atendieran a todos los miembros de la comunidad no como caridad, sino como derecho específico organizado en un Servicio Nacional de Salud”<sup>270</sup>.**

María Eliana Labra destaca la gran contribución de Pinto y Viel a la reconceptualización de las funciones sociales del Estado de Bienestar moderno, de modo de abarcar a partir de un principio común, instituciones relacionadas pero diferentes que cumpliesen los mismos objetivos y funciones que se venían realizando en el país de forma irracional.<sup>271</sup>

Las formulaciones de Pinto configuraron un conjunto coherente que le permitió al Dr. Viel sustentar su propuesta específica para la salud. Así, el Plan General que los autores propusieron incorporaba la seguridad económica (subsidios, indemnizaciones, pensiones,

---

<sup>269</sup> Pinto, F. y Viel, B.: *Ibid.* 1950; pág.40.

<sup>270</sup> Pinto, Francisco y Viel, Benjamín: *Ibid.* 1950; pág. 40.

<sup>271</sup> Labra, M.E.: *Ibid.* 1997; pág. 183.



etc.) en el Servicio de Seguro Social y la seguridad física o biológica (prevención de riesgos, asistencia médica) en el Servicio Nacional de Salud.

En la obra de estos autores que estamos examinando, se incluye lo que llamaron una Propuesta de Organización de la Seguridad Social. En ella se establece un paralelo entre el Servicio de Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud, definidas como entidades autónomas con dirección y administración propias.

En este paralelo se comparan ambas instituciones propuestas, desde los siguientes puntos de vista:

-La fuente de sus recursos, señalándose para el SSS las contribuciones tripartitas (cotizaciones obreras, aportes patronales y aporte estatal) y un régimen financiero de repartición y para el Servicio Nacional de Salud, un financiamiento desde el erario nacional. La administración de estos recursos se haría a través de un Fondo Único Nacional.

-Los principios o el “deber ser”, señalándose para el SSS que debía incluir a toda la población con una protección uniforme y continua en cuanto a edad, riesgos, actividad, etc. y en relación al SNS, se precisaba que debía servir a toda la población sin ninguna distinción, considerar al grupo familiar y no sólo al individuo enfermo, debía desarrollar acciones selectivas sobre los problemas más frecuentes y su administración debía ser de dirección centralizada y de ejecución descentralizada

-La cobertura, a partir de los principios, señalaba para el SSS su ampliación gradual a partir del ámbito de acción del Seguro Obrero, incluyendo primero a los propios obreros asegurados, para que luego se integraran, mediante la persuasión, todas las categorías de empleados, profesionales, civiles y militares.

Para el SNS se señalaba la inclusión de la Dirección General de Sanidad (o Salubridad Pública), la Dirección General de Beneficencia, el Servicio Médico del Seguro Obrero, la Dirección de Protección de la Infancia y Adolescencia, el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena), los Servicios de las otras Cajas de Previsión, los Servicios Médicos de las Policías y de las Fuerzas Armadas, los Servicios Médicos Municipales, el Instituto Bacteriológico y la Sección Biodemográfica.

En relación a la administración del SNS los autores proponían una Dirección Superior unipersonal con un Director General asesorado por un Consejo Técnico, un Consejo Asesor integrado por representantes de la comunidad, de los sindicatos y de los profesionales y Consejos Regionales.

Proponía además para el SNS, una organización territorial en zonas o regiones de salud, con niveles de asistencia integrados por hospitales generales, centros de salud y postas rurales y para el personal médico proponía un régimen con relaciones contractuales definidas con participación del Colegio Médico.

Este cuadro propuesto por Pinto y Viel, culmina, en consecuencia, la proposición de un Plan General de Seguridad Social, de alcances efectivamente nacionales, único y sin exclusiones, destacándose la incorporación de todos los empleados y de las Fuerzas Armadas.

En tal propuesta no se advierte ninguna exclusión y se destaca que el financiamiento

de este servicio único de salud, se obtendrá a partir del tesoro nacional, reservándose el financiamiento tripartito para el Servicio del Seguro Social.

A partir de este estudio de Pinto y Viel, los diputados falangistas Rogers, Carmona y Reyes hicieron las indicaciones parlamentarias que permitieron la introducción del Servicio Nacional de Salud, por medio del agregado de un conjunto de artículos que unificaban los servicios de salud pública y asistencia médica del país en una nueva institución que denominaron Servicio Nacional de Salud, a semejanza del National Health Service de Gran Bretaña.

### **3. Las consecuencias de las contradicciones en el resultado de la reforma de las leyes previsionales y sanitarias de 1924.**

Debe ser destacado que en el período que se analiza, no hubo ninguna propuesta referida al espacio legal de la medicina privada en el sector salud. Ésta había crecido lentamente a partir de pequeñas clínicas, en especial maternidades, consultas médicas y laboratorios, gracias a la demanda de los empleados, satisfecha mediante convenios de los servicios de bienestar de las reparticiones públicas, de las empresas y de las cajas, con esos establecimientos y profesionales, de manera que no constituían alternativa alguna frente al monopolio estatal de la atención médica, en especial en lo hospitalario.

Prevalció, no obstante, una disputa entre la universalización y la no cobertura respecto de las otras categorías de trabajadores, lo que puede ser atribuido en buena medida, al principio defendido intransigentemente por los conservadores y los liberales, en el sentido que la protección social del Estado debía destinarse sólo a los desamparados.<sup>272</sup>

La perseverancia de esa mentalidad se demostró posteriormente durante los innumerables debates sobre la reforma social y las demás leyes relativas al sector salud.

Cuando se discutió en el poder legislativo la cuestión del ejercicio liberal de la medicina versus la medicina asalariada, el senador Cruz-Coke y el ministro Jorge Mardones explicaron a los parlamentarios los objetivos y límites de la “medicina colectivizada”. Para Mardones, todo lo que constituía peligro para la colectividad, como las epidemias, las aguas contaminadas, los enfermos contagiosos, cabían en la medicina colectiva y también la atención

***“de los grupos social y económicamente maltratados, cuyas bajas rentas no les permiten recurrir a la medicina individual”, reafirmando que “no podemos generalizar una medicina de tipo individual a toda la población”<sup>273</sup>.***

---

<sup>272</sup> Labra, M.E. : Ibid. 1997; pág. 186.

<sup>273</sup> Senado de Chile. Diario de Sesiones. 7º Sesión extraordinaria; 22 de Noviembre de 1950.

La mención de esa doctrina conservadora y restrictiva es importante, porque la historia del sistema de salud chileno puede resumirse hasta nuestros días, en la articulación permanente de las alternativas contrapuestas y contradictorias, entre asumir el acceso a la medicina estatal como un derecho universal o sólo restringido a los más pobres.

A modo de síntesis de lo examinado en este capítulo, es posible y legítimo concluir que los antecedentes de la creación del Servicio Nacional de Salud, están marcados con claridad por la existencia de fuertes y profundas controversias que, desde el campo doctrinario e ideológico, determinaron la conducta de las fuerzas políticas y de los diversos protagonistas y actores sociales.

El dilema historiográfico enunciado en la Introducción de este trabajo, entre la teoría del consenso y la unanimidad y la hipótesis de la confrontación político-ideológica, parece haberse resuelto a favor de esta última.

A la hora de intentar contestar la primera pregunta formulada al principio de este capítulo en el sentido de explicar por qué el gobierno del Frente Popular presentó su emblemático proyecto de reforma previsual y sanitaria sólo en 1941, los elementos aportados en esta investigación permiten concluir que las diferencias mayores y de fondo entre el pensamiento mayoritario y hegemónico de los radicales y el pensamiento de los socialistas, están en la base de la respuesta.

En efecto, la magnitud de las diferencias que se expresaron entre estas dos fuerzas políticas constituyentes del Frente Popular y que se hicieron explícitas en las Convenciones Médicas de 1936, 1937, 1938 y 1939, parecen haber determinado que, para ir adelante con la reforma del Seguro Obrero de 1924, hubo necesidad política de trabajar un acuerdo en el seno de la alianza de gobierno.

A mayor abundamiento, examinando la fundamentación y el contenido del articulado del proyecto de ley enviado en Junio de 1941 al Congreso Nacional, a la luz de los planteamientos doctrinarios y de los discursos de los representantes del Partido Radical y del Partido Socialista, los Drs. Bustos y Allende respectivamente, es posible colegir que el pensamiento radical hegemonizó el contenido específico del articulado del proyecto, encontrándose sólo en sus fundamentos la intención socialista de abrir los espacios para un régimen orgánico único para la previsión social chilena.

Un análisis comparado entre los contenidos doctrinarios y del Programa de Acción Social propuestos por el Ministro Allende, en su trabajo *La Realidad Médico-Social Chilena* y el proyecto de ley citado, demuestra que las contradicciones principales entre los socialistas y los radicales se resolvieron a favor de estos últimos.

El análisis de contenidos de las posiciones de Julio Bustos y Salvador Allende, nos lleva a diferencias mucho más profundas que las anotadas en los párrafos precedentes. El planteamiento socialista, inaugurador de la emergente Medicina Social Chilena, habla de las condiciones de vida del “*capital humano*” y señala que

***“las masas populares deben reivindicar su derecho a vivir como un pueblo culto y la Nación debe movilizarse con todas sus fuerzas para sanear el país, luchar contra los flagelos y los vicios y llevar la ingeniería sanitaria y la medicina social a los lugares más recónditos y distantes del país...El capital humano, base fundamental de la prosperidad económica ha sido abandonado a su propia***

***suerte, impidiendo que la población sea compacta, sólida y sana, capaz de producir y de hacer florecer el desarrollo industrial y económico”<sup>274</sup>.***

Subyace en esa formulación una nueva conceptualización de la salud como el derecho del pueblo a una vida digna, propia de un pueblo culto, mucho más allá del concepto de salud entendido a partir de la necesidad de preservar la continuidad, la eficiencia y efectividad productiva y la rentabilidad de los procesos ligados al trabajo, en los marcos del capitalismo, desde el cual se orienta el pensamiento del Dr. Julio Bustos y sus colaboradores.

El discurso socialista centraba su visión de la reforma del Seguro Social, mucho más en la salud, formulando la idea de una Gran Caja de Previsión Nacional Única y de un Consejo Nacional de Salubridad que abriera el camino a un Servicio Nacional de Salubridad. Polemizaban así, duramente, con el concepto conservador del ciclo “*enfermedad-pobreza*”, que sostenía el Dr. Cruz-Coke, a cuya precisión epistemológica se acercaba más el pensamiento de Bustos y sus colaboradores, en el sentido de entender la medicina social como una acción de vigilancia sobre el individuo sano y su familia, como un valor económico a preservar.

En efecto, constituye una conclusión justa señalar que la categoría central de los planteamientos radicales era el trabajo y por ello, la preocupación en este sentido, estaba reducida a las fuerzas productivas insertadas en el mercado formal del trabajo, entendiéndose el sistema de seguro social como una política destinada a mantener la salud y la capacidad de trabajo del asegurado, proteger a su familia y asegurarles existencia económica.

Es posible también que tales contradicciones, observadas al interior del Frente Popular y que provenían desde los años anteriores a su creación, nos permitan entender la coexistencia concreta en las decisiones del Estado, de fuertes antinomias entre la tendencia a la medicina social universalizada y la introducción permanente de mecanismos de la medicina liberal en el propio régimen estatizado, fenómeno que se prolongó finalmente mucho más allá de 1952 y que visto desde hoy, acompañó el trayecto histórico de la institucionalidad sanitaria nacional hasta el colapso democrático de 1973, lo que le dio preexistencia a las condiciones para el desmantelamiento privatizador del edificio sanitario nacional iniciado por la dictadura militar.

Puede concluirse también que, no obstante estas diferencias y contradicciones, los discursos en pugna compartieron en estas materias que la reforma del Seguro Social sólo podía ser enfrentada a partir de una responsabilidad fundamental del Estado y del conjunto de la sociedad, en formas y grados variables, de modo que el discurso y las iniciativas de las políticas públicas, no dejaron espacio alguno para la medicina individual de carácter privado.

No me parece dudable que este acuerdo respecto de la preeminencia de lo colectivo y de lo público, marcó también de modo decisivo el curso de los hechos políticos sectoriales desde la década de los años treinta hasta 1952 y, aún más, que acompañó el curso histórico institucional hasta 1973, como ya he comentado.

---

<sup>274</sup> Allende, S. *Ibid*; 1939; págs. 195-197.

Los antecedentes entregados en este capítulo, permiten observar que la profundidad de las diferencias que se plantearon en el campo de lo sanitario y previsional en la época, en el seno del Frente Popular, en el resto de las fuerzas políticas y en la relación entre ellas, formaron parte del escenario general de las contradicciones y antagonismos sociales y de clase que se dieron en los espacios públicos en que actuaron los sujetos sociales, marcados centralmente por el protagonismo de la movilización obrera y popular. En efecto, en párrafos anteriores de este capítulo he analizado la asociación del deterioro progresivo de las condiciones económicas de subsistencia de la gran mayoría nacional, la represión sistemática y corporativa de las expresiones sociales y políticas de las organizaciones obreras, con el ambiente recrudescido de huelgas en los ferrocarriles, la locomoción colectiva, la Beneficencia, el salitre, el carbón, la minería del cobre, el Hospital Psiquiátrico y las amenazas de la ANEF, que ya he citado.

No obstante y en este sentido, la reorganización del mundo sindical en la Confederación de Trabajadores de Chile en 1936, luego del proceso de disolución de la Federación Obrera de Chile por los conflictos políticos entre sus fuerzas determinantes, significó la emergencia al escenario social y político del sindicalismo legalizado, sin precedentes en Chile.

Creo que es posible concluir además, que la Confederación de Trabajadores de Chile que canalizaba la fuerza obrera y popular urbana, en especial de los comunistas y socialistas, junto a los sectores medios en organización, en particular la Asociación Médica de Chile, contribuyeron a generar un clima político que marcó, de algún modo, la culminación de la tolerancia del sistema político chileno a la presión y el empuje de las organizaciones populares que forzaron una respuesta transformadora de la institucionalidad, en relación al régimen previsional y sanitario.

Cabe aquí proponer como una conclusión de este capítulo, lo que ha señalado María Angélica Illanes, en el sentido que había llegado la hora de avanzar en el proyecto de desarrollo del proceso de industrialización y modernización de la sociedad chilena que encauzara la *“histórica angustia existencial y revolucionaria de la clase trabajadora”*<sup>275</sup> y se retomara el proyecto de Estado Asistencial como la vía chilena de la política social.

Es posible concluir también que la larga espera del proyecto de transformación de la legislación del Seguro Social proveniente del año 1924, desde 1941 hasta 1952, aparece claramente influida, por las condiciones políticas y sociales que se generaron en el país en ese período a partir del término de la segunda guerra mundial y el surgimiento inmediato de la guerra fría, por el juego muy variable de la correlación de fuerzas políticas que dividió al Frente Popular y a los sectores conservadores y por la política errática y zigzagante del gobierno de González Videla que luego de su origen en la izquierda, viró a la derecha aliándose con los sectores más conservadores abriéndose paso finalmente en 1950, al llamado gabinete de “sensibilidad social”, con los sectores social-cristianos y de la naciente Falange Nacional.

Tales reflexiones conclusivas, formuladas a partir de los fenómenos y procesos estudiados en este trabajo permiten explicar por qué, importantes aportes de la medicina

---

<sup>275</sup> Illanes, M. A.: Ibid. 1993; pág.378.

social chilena emergida en el período analizado a partir de las organizaciones médicas, como el elaborado pensamiento socialista cercano a 1940 y el señero estudio realizado por Pinto y Viel en 1950, no lograron adquirir la condición legal en 1952.

Si bien las indicaciones parlamentarias que crearon el Servicio Nacional de Salud, recogieron una gran y buena parte de las contribuciones hechas por la doctrina y las precisiones hechas por la medicina social citada, debe ser concluído que no hubo condiciones políticas para crear un Servicio de Salud efectivamente nacional como norma legal, que superara las viejas y originales exclusiones del Seguro Social de 1924 y que le otorgara a ese nuevo servicio la autonomía financiera desde la solidaridad del conjunto de la Nación, a través de un Fondo Único Nacional generado desde el presupuesto nacional por la totalidad de la ciudadanía.

Conveniente me parece anotar que las políticas de salud y su materialización jurídico-institucional, no pueden ser reducidas al voluntarismo de los actores ni a determinismos históricos. Al contrario, tomando en consideración las bases del funcionamiento del régimen político chileno de la época, queda claro que las transformaciones del sistema de salud fueron, necesariamente, el resultado de complejas negociaciones sujetas a la hegemonía del statu quo y al freno de la guerra fría, que produjeron acuerdos siempre imperfectos, debido a la multiplicidad de intereses políticos, ideológicos, doctrinarios y corporativos que estuvieron en juego en cada coyuntura.

Más aún, las transformaciones fueron el producto de todo un contexto de decisiones y situaciones anteriores, no previstas ni calculadas, que condicionaron los resultados que pronto se apartaron, de la imagen-objetivo de los reformadores más convencidos de las necesidades de la población.

Me asiste la convicción que sólo así es posible entender las condiciones en que se realizaron las transformaciones del sistema de salud que culminaron en 1952, caracterizadas como estructurales porque afectaron al edificio jurídico-institucional, sus bases financieras, la dinámica sistémica de los servicios, la calificación del derecho a la asistencia médica y al poder sectorial.

En suma, el régimen político chileno de la época no estaba maduro para realizar transformaciones profundas, sino para favorecer cambios graduales y negociados, bajo la hegemonía de la ideología, doctrinas e intereses mayores de los sectores conservadores del espectro político.

## CAPÍTULO VII. DE LA CREACIÓN DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD AL PROYECTO DE LEY DE MEDICINA CURATIVA: 1953-1964.

De acuerdo a lo ya analizado, la transformación de la previsión social y del edificio sanitario chileno culminada en 1952, aparece como un resultado político-institucional de las formas de relación entre el movimiento popular en todas sus expresiones y el Estado, en cuyo seno predominaron las tendencias conservadoras, pero fuertemente influido por los sectores medios ilustrados, en especial las organizaciones médicas.

Durante muy buena parte del período que se pretende estudiar en este capítulo, el Estado de Bienestar y sus dos importantes instituciones creadas por la Ley 10.383, el Servicio del Seguro Social y el Servicio Nacional de Salud, sufrieron turbulencias, vaivenes y exclusiones fundamentales que contradecían las conquistas democráticas.

El Servicio de Seguro Social fue considerado una institución muy por debajo de las expectativas de los trabajadores organizados y el Servicio Nacional de Salud fue objeto de políticas contradictorias y antagónicas con su doctrina fundacional, a veces demolidoras como el subfinanciamiento, lo que se tradujo en una estructura perturbada, marcada por retrocesos y avances, por profundos pesimismo y exultantes euforias que parecen situar a las instituciones sanitarias del segundo tercio del siglo XX, alejadas de lo

que fue llamado por algunos autores, como la época de oro de la medicina chilena.<sup>276</sup>

## 1. El contexto político del nuevo escenario

Como producto de las especificidades de la cultura política y de la cultura médica chilenas, la estructura del Servicio Nacional de Salud, en los años siguientes a su creación hasta 1970 pareció apartarse paulatinamente de su modelo inspirador, debido a factores como las redefiniciones en el campo de las fuerzas políticas en cada elección presidencial o parlamentaria, con efectos en la continuidad del Servicio, tensiones entre la tendencia a la socialización de la medicina sostenida por la presión popular, la contención de los gastos crecientes en salud y la intensidad de las luchas corporativas por la apropiación de los beneficios sociales que el escaso desarrollo económico permitía distribuir.

Estas particularidades del escenario político-sectorial de ese tiempo, se sitúan y culminan en la década de los sesentas, asociada al término de una época y a la aparición, con rasgos dominantes, de un largo proceso de cambios que encuentra sus inicios, como ya apuntamos, en los años veinte.

Por ello, los límites cronológicos precisos ceden el paso al concepto de *década larga*, situada con mayor propiedad entre 1958 y 1973, que para los efectos de estudiar las transformaciones político-sanitarias, culmina con el golpe de Estado de 1973. En ella el país parece transitar a la consolidación del capitalismo en los marcos del Estado de Bienestar, en que se impone la búsqueda y defensa de un proyecto de nación autónoma y en que, consecuentemente, la ampliación creciente de la democracia abrió camino a la decisión de transformar institucionalmente los moldes del antiguo régimen que quedaba atrás.

Esta forma de pensar el Chile de los 60, que me parece enteramente funcional al objeto de estudio de este trabajo, se ubica por cierto, en el marco contextual del mundo de los 60, en el que el agotamiento estéril del ordenamiento político y económico para América Latina, determinaba la entrada en escena de la Revolución Cubana y de su enorme influencia en la región, en las concepciones político-teóricas, en la cultura y en la conciencia de viabilidad de las transformaciones en todo el mundo, a pesar de los equilibrios de la guerra fría.

Es la década del 68 francés, de la tragedia de Tlatelolco en México y, aún cuando puede no corresponder al mismo proceso, de la crisis que experimenta el mundo socialista en Praga. Estados Unidos vive toda su oposición liberal y cultural interna frente a su aventura imperial en Vietnam, que comienza a mostrar tempranamente su sello de catástrofe para la salud del pueblo compelido a ser agresor.

Es en esta década en Chile, cuando se formulan y desarrollan la "Vía no capitalista de desarrollo" de la democracia-cristiana y la "Vía Chilena al Socialismo", que finalmente

---

<sup>276</sup> Cruz-Coke, Ricardo: "Historia de la Medicina Chilena"; 1995; pág. 561.



triunfa en Septiembre de 1970. Es la década en que la sociedad, en su conjunto, percibe que es protagonista y que las personas y sus organizaciones son los motores de la acción.

Por todo esto, nos parece posible afirmar que todo este largo proceso tuvo un claro carácter emancipatorio, particularmente su período de la Unidad Popular entre 1970 y 1973, que encarnó su última etapa.<sup>277</sup> En la perspectiva de la transformación hacia el socialismo, en tanto modo integrado de producción que sustituyera al capitalismo, sus objetivos primordiales apuntaron a la invitación e inclusión del conjunto del pueblo, hasta esos momentos excluido, en el sistema político de las decisiones y los controles ciudadanos, en la cultura y en el logro disfrutado del acceso democrático a la capacidad de consumo y a una mejor calidad de vida.

Desde este punto de vista, el período 70-73 es enteramente fruto de los años 60, en tanto la sensibilidad latente criada desde los albores de esta década, resurge y aparece con su apelación a la fraternidad, al desafío a lo establecido, a la imaginación y al cambio.

278

Si los años 60 y de un modo especial su culminación entre 1970 y 1973, se caracterizaron básicamente por acoger un proceso emancipatorio, entonces podemos afirmar que tuvieron un carácter revolucionario. Es decir, esta polaridad entre la guerra y la revolución que constituyen los dos temas políticos centrales del siglo XX, es la que ha permitido a Hannah Arendt decir:

***“Es una constelación que plantea la amenaza de una aniquilación total mediante la guerra frente a la esperanza de una emancipación de toda la humanidad mediante la revolución, (haciendo que pueblo tras pueblo, en rápida sucesión, ocupe entre las potencias de la tierra, el puesto igual e independiente que le confieren las leyes de la naturaleza y de Dios), la única causa que ha sido abandonada ha sido la más antigua de todas, la única que en realidad ha determinado, desde el comienzo de nuestra historia, la propia existencia de la política, la causa de la libertad contra la tiranía.”***<sup>279</sup> .

Nuestra hipótesis de que la década de los 60 en Chile es una época cargada de decisiones, motivos e intenciones revolucionarias, se complementa con la percepción de que estos hechos y características se concentran, aceleran y profundizan entre los años 70 y 73. La velocidad de los acontecimientos, la polarización de las emociones, la ocupación de todos los espacios sociales e incluso familiares e individuales por parte del gran conflicto político, la conciencia verbalizada por parte de los protagonistas de la significación histórica de los momentos que vivía el país, la percepción creciente de que la institucionalidad tan respetada por el gobierno y los sectores populares ya no daba respuesta suficiente a los desafíos de la contingencia, así como la percepción de los adversarios del gobierno de que no era posible contener, con legitimidad institucional y

<sup>277</sup> Revista Encuentro XXI; Editorial: “La Dignidad de la Memoria”; N° 3; 1995.

<sup>278</sup> Soto, Hernán: “Cambiando a Chile de faz”; Revista Encuentro XXI; N° 3; 1995.

<sup>279</sup> Arendt, Hannah: “Sobre la Revolución”; Alianza Editorial; Madrid, España; 1963; pág.11.

democrática, los avances del proceso transformador, todo ello constituye sólido argumento histórico, a nuestro juicio, de que el trienio 70-73, condensa y concentra las características revolucionarias de la década de los 60.

Dicho de otro modo, la revolución chilena del siglo XX madura en la década de los 60 y con ello surgen, en el imaginario colectivo, en el inconsciente público de esos mismos años, con todas sus características explícitas e implícitas, calladas o vociferantes, autoreconocidas o negadas, democráticas o subversivas, las profundas motivaciones negativas, los grandes frenos y temores, las poderosas resistencias al cambio, todo esto en el campo de los adversarios al cambio transformador, pero también en el campo de los revolucionarios. A este gran conjunto lo he llamado el *Miedo a la Revolución*.

Es en este escenario de gran agitación social y política, cuyos contornos se comienzan a definir en la segunda mitad de los años cincuenta, en el que se desarrolló el Servicio Nacional de Salud y en el que se configuró el complejo cuadro de tendencias que explicarían el extraño proceso decisorio que llevó en 1968, a la tercera transformación estructural en la salud chilena, que podemos llamar el resurgimiento de la medicina liberal.

## **2. El Servicio Nacional de Salud en el período: Una historia de debates y contradicciones.**

Más allá que la creación del Servicio Nacional de Salud pueda conceptualizarse como una reforma sanitaria y previsional o como una creación nueva y original, lo cierto es que la Ley 10.383, al fundar la nueva institución fusionó en ella diferentes organismos, nacidos en momentos diversos de la vida nacional, que tenían funciones y atribuciones diferentes, cuyo conjunto ahora en el Servicio Nacional de Salud, suponía la integración bajo un comando único, descentralizado, autónomo y con financiamiento propio, que permitiría la ejecución armónica y coordinada de la prevención, fomento y recuperación, que caracterizaban la protección moderna e integral de la salud.

Las instituciones que concurrieron a la nueva organización fueron la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social; el Servicio Nacional de Salubridad (antigua Dirección General de Sanidad); el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez; la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia; la Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo; los Servicios Médicos y Sanitarios de las Municipalidades y el Instituto Bacteriológico.<sup>280</sup>

De este modo, el nuevo servicio cubría con las actividades de protección y fomento de la salud, es decir con las acciones sanitarias y de asistencia social al 100% de la población, reservando las actividades de recuperación, es decir aquellas que se refieren a la atención médica curativa, al 70% de la población, privilegiándose a los grupos más desposeídos de obreros e indigentes.<sup>281</sup>

---

<sup>280</sup> Mardones Restat, Jorge: “Origen del Servicio Nacional de Salud”; Rev. Médica de Chile. 1977; págs. 105: 654.

Pertinente y necesario es señalar que quedaron al margen de la incorporación a la nueva organización, el Servicio Médico Nacional de Empleados que tenía a su cargo la aplicación de la Ley 6.154 de Medicina Preventiva a los imponentes de las demás Cajas de Previsión y el Servicio Médico de la Caja de Accidentes del Trabajo, cuya incorporación fue rechazada por el Parlamento.<sup>282</sup>

Estas exclusiones que constituyeron parte de la agitada discusión del proyecto de la ley que, como ya hemos señalado, estuvo 10 años en el Congreso sin ser tratado, marcaron decisivamente el carácter restrictivo de la cobertura del Servicio que se pretendió, en su formulación doctrinaria, como un servicio de cobertura nacional y único para toda la población del país.

Desde la vigencia del Seguro Obrero en 1924, la asistencia médica ocupó definitivamente el espacio público y todo el tiempo posterior estuvo marcado por profundas discusiones acerca de la cuestión sanitaria, que hicieron que el tema de la salud adquiriera límites propios y autonomía conceptual crecientemente determinados por las diversas ideologías que se disputaban el campo de la política.

Cuando en 1950, a fines del gobierno de González Videla, el Parlamento retoma el viejo proyecto de Aguirre Cerda y Allende, el contexto histórico nacional e internacional había cambiado y se iniciaban los tiempos de la guerra fría. Las distintas visiones ideológicas que debatían en el escenario nacional, parecieron condicionar enfoques epistemológicos diversos y aún contradictorios, a la hora de discutir el proyecto presentado en 1941 como una reforma de la ley 4054. En efecto, estos enfoques se articulaban con las razones y discursos políticos que enfrentaban a los distintos sectores de clase en la sociedad chilena de la década de los cincuenta, que debían dar cuenta de la lucha que los actores y sujetos sociales protagonizaban en el espacio social del país, en franco proceso de expansión y movilización.

En medio de estos debates y como ya lo hemos tratado, un grupo de diputados propuso y fundamentó la propuesta de insertar en el proyecto, un conjunto de artículos que condujeron a la creación del Servicio Nacional de Salud. Se sostenía el principio de solidaridad que, para que fuese eficaz, debía acompañarse con la elevación de los salarios y su integración a un Plan General de Seguridad Social que incluyera los principios de unicidad, uniformidad, continuidad y universalidad en la protección legal de toda la población y en todas las etapas de la vida.<sup>283</sup>

En el plano del financiamiento, el Plan propuesto significaba la transformación progresiva del financiamiento tripartita, hacia el financiamiento total a través del presupuesto fiscal nutrido de los impuestos generales de la nación, a través de un Fondo Único Nacional.<sup>284</sup>

---

<sup>281</sup> Horwitz, Nina y cols.: "Salud y Estado en Chile. Organización Social de la Salud Pública"; Publicaciones Científicas; OPS; Chile; 1995.

<sup>282</sup> Horwitz, Nina et als.; Ibid, 1995; pág. 40.

<sup>283</sup> Pinto, Francisco y Viel, Benjamín: "Seguridad Social Chilena. Puntos para una Reforma"; Editorial del Pacífica; Santiago; 1950.

La propuesta parlamentaria basada en los contenidos de Viel y Pinto, fue desechada en lo relacionado con el Seguro Social y en lo que se refiere al Servicio Nacional de Salud, muchos de los contenidos propuestos fueron incluidos. Sin embargo, la coyuntura política que configuró las reglas del juego decisorio no resolvió el problema de la inserción del Servicio de Salud en el Seguro Social, de modo tal que

***“...el Servicio Nacional de Salud no pudo contar con la indispensable independencia financiera que habría tenido si se le hubiera dotado de fondos provenientes de los tributos generales. Así también, en la atención médica se mantuvo la exclusión de los trabajadores rurales, domésticos y por cuenta propia, de los empleados particulares y de los funcionarios públicos”<sup>285</sup>.***

Estos hechos fueron trascendentales en la determinación del curso de todos los principales debates posteriores de la historia de la institucionalidad sanitaria chilena. Las exclusiones anotadas, en particular la de los empleados públicos y particulares y el desfinanciamiento hecho crónico en el Servicio Nacional de Salud, impidieron que este servicio fuese, en efecto, un servicio nacional, lo que creó las bases sociales para que se plantearan las reivindicaciones de los empleados por una legislación especial para ellos, que devino en la Ley de Medicina Curativa de 1968.

El propio Dr. Benjamín Viel, en una entrevista concedida en Enero de 1995, señalaba:

***“El Sistema Único de Salud (SUS) impugnaba el supuesto básico de la segregación ocupacional entre empleados y obreros, que yacía a la base del sistema de seguridad social que le dio forma y sentido a la organización de la salud pública en Chile desde la década del veinte. Así nació el llamado Servicio Nacional de Salud, que nunca fue nacional porque el sector empleado quedó fuera; ello dejó al Servicio de empleados fuera de atención..... Yo pensaba en aquella época que todavía se manifestaba la expresión de la guerra de Arauco, los obreros estaban en la condición de los araucanos y los empleados en la condición de los españoles”<sup>286</sup>.***

A partir de la creación del Servicio Nacional de Salud, pareció prevalecer en el ámbito sectorial que las discusiones se restringirían al ámbito de la organización de ese servicio y a la aplicación de los programas de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, de modo que los temas de política se transformasen en asuntos puramente técnicos y administrativos, en virtud de la naturaleza de los procesos involucrados en la institucionalización de la reforma y de la propia ideología médica lo que, a mi juicio, generó en el ámbito de la doctrina de la salud pública, una tendencia tecnocrática hacia la despolitización de la salud.

Al contrario, en el período 1953-1973, habría una multiplicidad de discusiones, hacia adentro y hacia afuera del ámbito de la arena pública y política que pueden ser atribuidas

---

<sup>284</sup> Pinto y Viel: Ibid: 1950; pág. 93-98.

<sup>285</sup> Labra, M. Eliana: “Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950)”; Cuadernos Médico-Sociales 44; Chile; 2004; 207-219.

<sup>286</sup> Horwitz, Nina y cols.: Ibid; 1995; pág. 71.

a los factores políticos, económicos y sociales del período y al fenómeno que puede tipificarse como una progresiva y controvertida mercantilización de la mentalidad médica, que se confrontó, de modo creciente, con el vigoroso desarrollo de las organizaciones de los trabajadores de la salud nucleadas en torno a la Central Única de Trabajadores de Chile, creada en 1953.

Así, el Servicio Nacional de Salud funcionando desde Agosto de 1953, enfrentó por más de una década serios inconvenientes provocados en parte por sucesivas tentativas, de las autoridades y de los médicos, de modificar sus bases legales y las estructuras de poder que lo sostenían.

En este sentido puede señalarse que el período 1953-1970 se caracterizó por la concurrencia de factores negativos para la vida del Servicio Nacional de Salud, que se pueden ordenar en cuatro categorías:

**A) Una vacilante voluntad política del poder público de hacer cumplir la Ley 10.383 de 1952 en los términos de su promulgación; B) El carácter cíclico de la economía, la crisis fiscal y la espiral inflacionaria que impedían el traspaso regular de los recursos y corroía las remuneraciones; C) El desgaste de las relaciones de la corporación médica con el Estado, debido a los continuos conflictos por cuestiones salariales, a lo que se sumó entre 1970-1973, la confrontación ideológica abierta; D) La pérdida de la adhesión del grueso de los profesionales, al proyecto original de medicina socializada.**

En relación a los problemas vividos por el sistema de salud, es necesario hacer referencia a los efectos determinados por las discontinuidades de la dinámica político-económica general del período, en especial en el gobierno de Ibáñez en que el Índice de Precios al Consumidor subió en promedio 50% <sup>287</sup>, cifra inédita en el país. El gobierno intentó controlar el ciclo recesivo con la misión Klein-Saks, cuyos planes de estabilización con el congelamiento de precios y salarios y reducción de los funcionarios públicos, que afectó severamente el financiamiento del Servicio de Salud, fue estimado como uno de los más drásticos y ortodoxos de América Latina <sup>288</sup>. Expresión elocuente de la inestabilidad política en el sector salud, fue la sucesión de once Ministros de Salud durante esa administración, de los cuales cuatro de ellos tuvieron claramente una actitud contraria al estatuto jurídico que sostenía al Servicio Nacional de Salud.

En 1954 el Colegio Médico denunciaba los intentos del gobierno de Ibáñez de modificar la Ley 10.383 que dio vida al Servicio de Salud, por medio de Decretos-Leyes **“con el objeto de suprimir los principios técnicos y básicos del SNS. Uno de los intentos que se ha hecho ha sido el Decreto N° 310 actualmente vigente, que facilitaría el nombramiento de Directores de determinados hospitales a médicos que no cumplen con los requisitos establecidos en el Reglamento del Servicio Nacional de Salud”** <sup>289</sup>.

<sup>287</sup> Valenzuela, Arturo: “El quiebre de la democracia en Chile”; FLACSO; Santiago; 1989.

<sup>288</sup> Pinto, Aníbal: “Desarrollo económico y relaciones sociales”; Chile Hoy; Ed. Universitaria; Santiago; 1970.

<sup>289</sup> *Vida Médica: Vol. VI; N° 3; Julio de 1954; pág 36.*

Las condiciones de autonomía técnica y administrativa del SNS parecían molestar al Ejecutivo, lo que producía enfrentamientos frecuentes y sostenidos entre el gobierno y el Colegio Médico. La editorial de Vida Médica de Septiembre de 1954 señalaba:

**“El SNS despertó apetitos políticos; se pretendió desprestigiarlo, al exigir que en un año la marcha del nuevo sistema fuera absolutamente perfecta y lo que es peor, se entorpeció su labor al no proporcionarle el gobierno fondos que hasta hace poco superaban los dos mil millones, es decir, un tercio de su presupuesto anual. En los momentos de entrar en prensa, un proyecto del Ejecutivo llega al Congreso y en su parte medular, echa por tierra la autonomía técnica y administrativa y entrega a los vaivenes de la política un organismo de misión trascendental para el país. Como si esto fuera poco, se habla de reducir en un 50% su presupuesto”<sup>290</sup> .**

El texto denunciado de ese proyecto de ley consignaba en su articulado que

**“el SNS era una persona jurídica de Derecho Público que goza de autonomía sólo en cuanto al cumplimiento de las finalidades técnicas para que se crea”<sup>291</sup> y que su “Director General será nombrado por el Presidente de la República, será de su exclusiva confianza y se mantendrá en su cargo mientras cuente con ella”<sup>292</sup> .**

No obstante, con la ayuda del senador Allende, fue posible dar estabilidad al cargo de Director General de la institución hasta el fin del mandato de Ibáñez, rechazándose el proyecto de ley en el Congreso Nacional.

Estas querellas entre el poder político del Estado y el poder corporativo de la Orden Médica en torno al control del SNS, se mantuvieron hasta el final del gobierno de Ibáñez y perduraron en los años siguientes.

Frente a las afirmaciones de personeros de gobierno en el sentido que el nivel de desarrollo económico del país no permitía el esfuerzo de mantener el SNS y que éste no pasaba de ser una copia del National Health Service de Gran Bretaña, el Senador Allende contraargumentaba en el Senado, en defensa del Servicio de Salud:

**“El SNS no es un remedo de instituciones extranjeras; fue creado de acuerdo con nuestra configuración geográfica, nuestra patología social, en virtud de las condiciones de vida del chileno y a los conocimientos científicos de que disponemos....Por su estructura, por los 31 mil empleados y su labor de defender y reparar el capital humano, es el servicio más importante del país”<sup>293</sup> .**

Denunciaba además,

**“La responsabilidad de las fallas que pueda tener el servicio recae exclusivamente en el gobierno que nunca ha estado presente para discutir la orientación técnica”<sup>294</sup> .**

y agregaba,

<sup>290</sup> Vida Médica: Vol. VI; N° 5; Septiembre de 1954; pág. 1.

<sup>291</sup> Vida Médica: Vol. VI; N° 5; Septiembre de 1954; pág. 4.

<sup>292</sup> Vida Médica: Vol. VI; N° 5; Septiembre de 1954; pág. 5.

<sup>293</sup> Vida Médica: Vol. VII; N° 11; 1955; pág. 4.

**“...en cuanto al aporte fiscal, un estado de caja en Octubre del año pasado, señala una deuda de 4.600 millones de pesos. ¡El Senado juzgará si, en tales condiciones, puede exigirse un servicio que trabaje bien!”<sup>295</sup> .**

Respecto de las responsabilidades de los profesionales médicos, señalaba,

**“Nadie puede obligar a un profesional a prestar sus servicios especializados a cambio de una remuneración inconveniente para sus intereses.....Pues bien, no obstante las arraigadas convicciones ellos están dispuestos a renunciar a sus puestos si el gobierno persiste en negarles las reivindicaciones que alcanzaron mediante el Estatuto del Médico Funcionario”<sup>296</sup> .**

De este modo, a mediados de la década de los cincuenta, la salud vivió enormes problemas, suscitando críticas del gobierno al liderazgo del Colegio Médico, serias manifestaciones de los directivos del SNS de hacerlo funcionar a cualquier precio y una gran insatisfacción de los médicos en general, que comenzaban a expresar sus divisiones ideológicas.

En este cuadro se realizó la Convención Médica de 1956. Este acontecimiento que reflejó muy bien el momento político que vivía el país, tuvo una gran importancia por las redefiniciones que implicaron sus acuerdos. En la medida que se desintegraba el apoyo político que había sostenido al gobierno de Ibáñez, resurgieron con mucho vigor los partidos políticos. Los falangistas y social cristianos se preparaban para fundar la Democracia Cristiana y las izquierdas se reagrupaban en el Frente de Acción Popular. En el marco de este escenario nacional de movilización política y de las nuevas corrientes de pensamiento surgidas en el sector salud, la Convención de 1956 se erigió en un espacio de reanálisis de los problemas nacionales y de tratamiento en profundidad de los problemas del Servicio Nacional de Salud.

Con mucha perspicacia, Labra sostiene

**“que la relevancia de la Convención se debió al hecho de haber operado como un factor decisivo en la división de la unanimidad doctrinaria que había llevado a los médicos al compromiso de la socialización de la medicina, puesto que sus conclusiones contuvieron un embrión prematuro de los principios economicistas que la Orden Médica postularía en los años venideros”<sup>297</sup> .**

Al analizar los documentos que produjo esta Convención, sus debates y sus conclusiones y recomendaciones que se contuvieron en una agenda de trabajo ordenada en las áreas temáticas, Salud y Economía-Situación del Servicio Nacional de Salud-Medicina del Trabajo-Medicina Rural-Organización Interna del Colegio Médico y el Futuro de la Profesión Médica, es posible concluir que la Orden Médica organizada expresó de modo muy claro las dos grandes tendencias que atravesaban las políticas de salud y sus

<sup>294</sup> *Vida Médica: Vol. VII; N° 11; 1955; pág. 4.*

<sup>295</sup> *Vida Médica: Vol. VII; N° 11; 1955; pág. 5.*

<sup>296</sup> *Vida Médica: Vol. VII; N° 11; 1955; pág. 5.*

<sup>297</sup> *Labra, María Eliana: Ibid. 1997; págs. 223-228.*

propios intereses corporativos: una de inspiración socialista y otra de matiz liberal-conservador. Ambas tendencias se enfrentaron en la Convención, condicionando las recomendaciones finales en determinaciones contradictorias que habrían de marcar todos los debates posteriores hasta 1973.

En el primero de los temas, primó el abordaje político de inspiración marxista en el sentido que la salud de la población, la medicina y las instituciones asistenciales están determinadas en última instancia, por el desarrollo de las fuerzas productivas. Las soluciones propuestas afirmaban la planificación de la salud integrada al plano económico-social nacional, la distribución equitativa de la renta nacional, la corrección de la distorsión en la concesión de beneficios de la previsión, que establecía notorias ventajas para determinados sectores. Conforme a estas conclusiones, la Convención adhirió a la medicina socializada, precisándose que dada la estrecha relación entre la realidad económico-social y el alto costo de las técnicas médicas,

***“...un importante sector del país sólo podía ver protegida su salud gracias a la medicina funcionarizada y a los beneficios derivados de la Ley 10.383 que creó el Servicio Nacional de Salud”<sup>298</sup>.***

De este modo, en lugar de recomendarse la ampliación del acceso a la salud que resultaba consecuente con el acuerdo anterior, se reiteró la demarcación del universo poblacional restrictivo definido en 1924 y confirmado en 1952.

En relación a la situación del SNS, las conclusiones confirmaron la defensa de su autonomía técnica y administrativa y aportaron medidas innovadoras de mejoría financiera y organizacional. Se enfatizó la necesidad de cambiar la distribución de los médicos en el país y la modificación de los planes de estudios universitarios, orientándolos a la formación de médicos generales. No obstante, considerando que el no cumplimiento de la entrega de los recursos fiscales al SNS, contemplados en la ley, afectaba la eficacia y el rendimiento del SNS, la cobertura debía mantenerse limitada a sus beneficiarios legales, reiterando así la conclusión señalada en el tema anterior.<sup>299</sup>

En lo que se refiere a la discusión sobre el gremio médico y el futuro de la profesión, el examen de los debates permite verificar que se trató de demostrar que la medicina funcionaria ejercida en el Servicio Nacional de Salud, había producido efectos muy negativos. Para ilustrar estas afirmaciones fueron exhibidas como efectos, las mismas distorsiones que habían inspirado la promulgación de la ley del Estatuto Médico Funcionario para evitarlas, es decir, la burocratización del trabajo médico, la pérdida del espíritu de superación, la dignidad y la ética profesionales rebajadas por el diagnóstico superficial y la pérdida de confianza de los enfermos en los médicos. No es menor anotar en esta materia, que el Estatuto Médico impedía legalmente, el ejercicio de la medicina liberal mediante el procedimiento de la libre elección, en el ámbito del SNS.<sup>300</sup>

La emergencia de contradicciones de fondo con su propia historia, se hace evidente,

<sup>298</sup> *Vida Médica: Vol. VIII; N° 9; 1956; pág. 19.*

<sup>299</sup> *Vida Médica: Vol. VIII; N° 9; 1956; pág. 19.*

<sup>300</sup> *Vida Médica: Vol. VIII; N° 9; 1956; pág. 26.*



si, como se observó en la Convención el Estatuto pasó, de haber sido en 1951 tabla de salvación para el trabajo médico digno en el SNS, a ser execrado porque

***“fraccionaba el trabajo médico y desorganizaba el SNS, en la medida que los profesionales deben trasladarse de un hospital a otro consagrándose el problema de los médicos-taxis”***<sup>301</sup> .

Los números 9 y 10 de la Revista Médica de 1956, confirman que en este tema se concluyó que debían estudiarse nuevas formas de trabajo y remuneraciones médicas que desarrollaran la calidad de la profesión y recuperaran la dignidad y la ética perdidas. En esas mismas publicaciones consta que los votos de los convencionales aprobaron como directriz para la corporación, que la medicina del Estado, que por ley incluía al SNS, las Fuerzas Armadas, a las universidades e instituciones filantrópicas, debía ser ejercida por médicos funcionarios y que en los demás servicios, fueran fiscales, autónomos o privados, ya creados o por crearse, la atención debía realizarse por la modalidad mixta, es decir, funcionarización mínima y el resto, a base de la libre elección sin restricciones.

***“Se acordó en principio limitar la funcionarización del ejercicio profesional en sus prestaciones, a los sectores económicamente débiles y encomendar al Consejo General los fundamentos y redacción de este acuerdo.....En lo interno, se acordó la creación de Departamentos de Acción Gremial en los Consejos Regionales”***<sup>302</sup> .

La Convención de 1956 fue de crucial importancia puesto que mostró que un nuevo espíritu mercantilista se insinuaba en la corporación, reafirmado en un artículo de Vida Médica que concluía que

***“La medicina es una mercadería que, por paradoja, la necesitan preferentemente los que están en peor situación económica para comprarla...”***<sup>303</sup> .

Con esa afirmación, se planteaba abiertamente que, en el ejercicio de la medicina, el lucro es legítimo y deben propugnarse sistemas de remuneraciones que permitan su usufructo. En tal sentido, otro artículo de Vida Médica señala,

***“El sistema de remuneraciones más adecuado para los profesionales médicos funcionarios de medicina general, es el de remuneración a tarifa, que se adapta e identifica con el de libre ejercicio de la profesión o medicina liberal”***<sup>304</sup> .

Como corolario, la Convención que fue enfática en mantener el criterio de limitar el ejercicio profesional funcionario a los sectores económicamente débiles, propuso que el Colegio Médico estudiara la regulación y reglamentación de la libre elección y determinó que el Colegio creara un Departamento de Acción Gremial destinado a asumir las luchas propiamente sindicales de la corporación, que ahora contaba al Estado como un enemigo común.

En efecto, el Colegio Médico, a través de su Consejo General, aprobó el Reglamento

<sup>301</sup> Vida Médica: Vol. VIII; N° 9; 1956; pág. 26.

<sup>302</sup> Vida Médica: Vol. VIII; N° 10; 1956; pág. 10.

<sup>303</sup> Vida Médica: Vol. IX; N° 9; Septiembre de 1957; pág. 16.

<sup>304</sup> Vida Médica: Vol. IX; N° 10; Octubre de 1957; pág. 20.

de Libre Elección que fue publicado en su Revista Médica en Diciembre de 1957, en cuyo texto se precisa que sólo se acepta el trabajo médico funcionarizado en las instituciones públicas que señala la ley del SNS; se define la libre elección como la *“facultad del paciente para elegir su médico, sin intervención directa o indirecta de las instituciones o sus funcionarios y la libertad del médico para proporcionar sus servicios profesionales a un enfermo determinado”* y se consagra, por primera vez, la aparición del *“bono en blanco”* como expresión del pago por acto médico.<sup>305</sup>

Estos antecedentes fueron extremadamente importantes porque en la medida en que el SNS no conseguía universalizar la asistencia médica y la medicina privada no se expandía, estaba colocado en un punto crítico, cuya resolución sería parte de las actitudes zigzagueantes de los médicos en pro de una u otra dirección: más Estado o más mercado.

Como ya lo examinamos, la mayoría de los médicos se inclinó por la segunda alternativa y aunque en ese momento histórico no hubo claridad para promoverla e impulsarla, la creciente adscripción de la opinión médica en esa dirección abriría el camino del resurgimiento de la medicina liberal que se consagraría durante la dictadura militar.

El escenario político de fines de los años cincuenta y comienzos de los sesenta, puede caracterizarse como dominado por los aires del reformismo y la transformación.

Desde el punto de vista político-económico la gestión del gobierno de Jorge Alessandri tuvo situaciones iniciales favorables. A la apertura y expansión del sector externo de la economía, pivote de la estructura económica, los buenos precios del cobre levantaron a la economía y permitieron aumentar el gasto público en los sectores sociales. Entre 1959 y 1962 hubo una sensible elevación de la tasa de crecimiento y estabilidad de los precios. Con todo, esa favorable evolución, fue interrumpida drásticamente, abriéndose otro ciclo igual al anterior, con el consiguiente endeudamiento público, inflación e intranquilidad social.<sup>306</sup> Consecuentemente las bases políticas del gobierno se erosionaron y Alessandri tuvo que volverse hacia los partidos y hacer una alianza de la derecha con los radicales.

A estos desafíos se agregaron las presiones provenientes de los sectores marginales urbanos y de los empleados, que demandaban solución urgente a la falta de asistencia médica hospitalaria que los afectaba. El primer sector, por su total desarticulación social, recibiría asistencia a través del filtro de la indigencia, en tanto que los empleados, agrupados en combativas organizaciones, pugnaban porque el Presidente de la República ejerciera las atribuciones que le confería expresamente la Ley 10383 para crear oportunamente servicios para ellos.

En este sentido debe recordarse que la Ley 10383 facultaba expresamente al Presidente de la República para incorporar a la estructura del SNS, según las circunstancias, a otros servicios fiscales, semifiscales o municipales de carácter médico y

---

<sup>305</sup> Vida Médica: Vol. IX: N° 12; Diciembre de 1957; pág. 9.

<sup>306</sup> Pinto, Aníbal: “Desarrollo económico y relaciones sociales”; Chile Hoy; Santiago; Editorial Universitaria, 2 edición; 1970.

asistencial.<sup>307</sup>

En su primer mensaje presidencial, el Presidente Jorge Alessandri junto con reconocer el enorme significado de la reforma social de 1952, estimó indispensable modificar los fundamentos del SNS y su confusa relación con el Servicio del Seguro Social, porque afirmó que no respondía a las exigencias de los asegurados, no guardaba relación con el elevado costo que significaba su mantención ni estaba contribuyendo a mejorar los pésimos indicadores de salud de la población.<sup>308</sup>

El gobierno de Alessandri tomó varias medidas usando el expediente de los decretos del Ministerio de Salud que fueron rechazadas por la Orden Médica, abriéndose los conflictos del período. Una de esas medidas, en 1959, tuvo gran importancia en el ordenamiento del SNS porque formalizó la centralización normativa y la descentralización ejecutiva de las acciones de salud, creando las áreas de salud, centradas en los hospitales base y cambiando el eje de comando, de los centros de salud a los hospitales. Esta determinación que parece haber tenido como inspiración una mayor y mejor integración de las acciones de protección y fomento con las de recuperación de la salud que se entendían centradas en el hospital, fue y ha sido muy criticada por algunos salubristas, porque habría desplazado el comando y la jerarquía técnico-institucional desde la Salud, representada por los Centros de Salud, a la Enfermedad, representada por el Hospital. Esta polémica técnica subsiste hoy día.

De estos incidentes surgieron algunas consecuencias importantes en lo que tenía que ver con las formas de tomar decisiones en las políticas de salud.

Una de ellas tuvo que ver con la práctica de introducir alteraciones en la estructura sectorial por la vía administrativa, o sea, a partir de decisiones del Director General del SNS, refrendadas por el Consejo Nacional de Salud, prescindiendo del poder legislativo. Algunas de ellas pretendieron acercar el SNS a las poblaciones interiores del país, como la creación de los cargos de Médicos Generales de Zona, abriéndose nuevas oportunidades de trabajo a los profesionales recién formados.

Como ese modo de operar por decreto implicaba marginación corporativa, el Colegio pasó a defender las modificaciones por ley, para así garantizar su influencia en la tramitación parlamentaria. Ello configuró un nuevo frente de oposición a las reformas que los gobiernos intentarían introducir administrativamente en el SNS, pasando el Colegio Médico, a asumir la defensa de esa vía legal siempre que se sintió amenazado, lo que aumentó las confrontaciones que culminaron durante la Unidad Popular.

Otra consecuencia fue que el Colegio Médico vio incrementada su influencia en las decisiones sectoriales, porque sus representantes integraron las múltiples comisiones y grupos de trabajo creadas para resolver los conflictos, a partir de aquella comisión sugerida en el Senado por Salvador Allende a nombre del Colegio Médico.<sup>309</sup>

Se sostiene en la literatura revisada que, en el período analizado

---

<sup>307</sup> Horwitz, Nina et als: Ibid; 1995; pág.42.

<sup>308</sup> Jorge Alessandri Rodríguez, Presidente de la República. Mensaje Presidencial 21 de Mayo de 1959. Archivo Nacional. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.

**“las experiencias de acercamiento de la Orden Médica con las bien organizadas asociaciones de empleados del sector privado y de los funcionarios públicos, le permitieron al Colegio Médico acumular fuerzas para imponer sus demandas a los gobiernos, en la medida que consiguió convencer a los empleados de que, con los recursos e infraestructura de que disponía, el SNS era incapaz de proporcionarles atención, siendo necesario optar por regímenes propios de medicina liberal, a cuyo financiamiento debían concurrir”<sup>310</sup> .**

No obstante, lo anterior, trabajos publicados en la revista Cuadernos Médico Sociales editada por el Departamento de Salud Pública del propio Colegio Médico, revelan que lo sostenido por la organización médica y argumentado a los gremios de los empleados, no era técnicamente sustentable. En efecto, en 1960 Chile tenía 7.375.000 habitantes, la mayoría en precaria situación, puesto que el 72% de la población económicamente activa ganaba menos de un sueldo vital o salario mínimo. Al SNS recurría el 70% de los chilenos y sólo el resto (20% de trabajadores y 10% de patrones), usaba la asistencia médica privada.<sup>311</sup> Además de lo anterior, se constataba que en 1959, el 68,9% de los individuos que se hospitalizaron lo hicieron en establecimientos del SNS y sólo el 18% lo hizo en hospitales particulares, que la infraestructura hospitalaria era casi toda pública puesto que el SNS contaba con 28.500 camas y el sector privado tenía apenas 1.284 camas.<sup>312</sup>

Esos datos demuestran que, por los bajos salarios, la medicina socializada prestada por el SNS se estaba universalizando en el país, a pesar de sus reales limitaciones y de las drásticas determinaciones en contra, adoptadas por los médicos en su Convención de 1956.

La situación de los empleados efectivamente era aflictiva. Cada vez más se imponía la necesidad de igualar derechos, extendiendo la medicina gratuita al 20% de asalariados (1.5 millones de personas) que ese sector social representaba y que estaba dispuesto a contribuir al financiamiento por medio de sus Cajas.

Pero, como esa población era la que

**“recorría las consultas privadas mediante convenios a precios controlados por el Colegio Médico, éste presionó por el acceso de ese contingente al SNS, manteniendo el mismo esquema de libre elección de la medicina liberal”<sup>313</sup> .**

En esta situación el gobierno de Alessandri asumió dos decisiones:

### **1. En 1960 mediante un decreto autorizó al Servicio Médico Nacional de**

<sup>309</sup> Vida Médica: Vol. XI; N° 9; 1959; págs. 5 y 7.

<sup>310</sup> Labra, María Eliana: *Ibid.* 1997; pág. 233.

<sup>311</sup> Dr. Jiménez Pinochet, Oscar: “Organización de la Atención Médica. ¿Cuáles son los beneficiarios del SNS?”; Cuadernos Médico Sociales; N° 2; Chile; 1962.

<sup>312</sup> Sepúlveda, Orlando: “Hospitalización en el área metropolitana del Gran Santiago”; Cuadernos Médico Sociales; Vol. II; N° 1; Chile; 1961.

<sup>313</sup> Labra, M.E.: *Ibid.*; 1997; pág. 234.

***Empleados para prestar servicios médicos y odontológicos por el régimen de libre elección a los afiliados de las cajas de esa categoría.***<sup>314</sup> 2. En 1961 envió al Parlamento el primer proyecto de la Ley de Medicina Curativa, intentando regular el acceso de los empleados al SNS, mediante el mismo esquema.

En ese momento, el Colegio Médico expresó su clara prioridad por la necesidad y el compromiso del gobierno de resolver el problema de las remuneraciones médicas deterioradas desde la dictación del Estatuto del Médico Funcionario, colocando el eventual apoyo a toda otra iniciativa del gobierno, condicionado a la solución de sus reivindicaciones económicas.<sup>315</sup>

Como resultado del rechazo del Colegio Médico al proyecto de ley presentado, así como por las disputas de los partidos políticos que conformaban la mayoría opositora del parlamento por la captación política de las capas medias, el proyecto de ley del Ejecutivo no fue tratado por el Congreso.

En los años siguientes del período de Alessandri se sucedieron conflictos salariales en el sector salud, algunos comandados por el Colegio Médico y otros por la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS), con paralizaciones de los servicios. La Orden Médica amenazó con una renuncia colectiva de los profesionales y “*el retorno al ejercicio liberal*” y a la delimitación de responsabilidades. El Colegio Médico consiguió del gobierno de Alessandri la modificación del Estatuto del Médico Funcionario y su transformación en la Ley 15.076 de 1963, con lo que actualizó las normas relativas a las nuevas complejidades del trabajo médico, manteniendo sus privilegios y aumentando los estímulos económicos.<sup>316</sup>

No es de extrañar entonces que los temas centrales y recurrentes de las convenciones médicas del período alessandrista fueran la cuestión salarial y la reforma del SNS, siempre en el sentido de detener el avance de la medicina funcionarizada.

Con esa determinación el Colegio Médico se jugó, no para extender el derecho a la ley 10383 a los empleados, sino para garantizar en el SNS, las hospitalizaciones, interconsultas y exámenes solicitados por los médicos a los pacientes que atendían en sus consultorios privados, con base en las tarifas fijadas por el Colegio. La idea era conjugar ventajas en términos de independizarse de los cuadros administrativos, como inicio de una transición que llevase a largo plazo, a un sistema integral de salud, en el que el Colegio fuese obligatoriamente el intermediador.<sup>317</sup>

Antes de terminar su gestión, Alessandri envió al Parlamento, el 30 de Julio de 1964 un nuevo proyecto de Ley de Medicina Curativa que Frei Montalva acogió, constituyéndose en la base de la discusión legislativa que culminó con la reforma de Abril de 1968, expresada en la Ley de Medicina Curativa.

<sup>314</sup> Decreto con Fuerza de Ley N° 286 del 31 de marzo de 1960.

<sup>315</sup> Vida Médica: Vol. XIII; N° 9; 1961; págs. 7-8-9.

<sup>316</sup> Labra, M.E.: Ibid; 1997; pág. 235.

<sup>317</sup> Vida Médica: Vol. XIV; N° 9; 1962; pág. 20.

**“Desde el punto de vista financiero todos los balances anuales del período 1952-1970 demuestran que los gastos del SNS siempre superaron a sus ingresos. Esto incentivó la discusión sobre sus sistemas de financiamiento y sobre la pertinencia de mantener esa organización en la atención de salud. Esta discusión fue acentuada a fines del período con el aporte a la reflexión de la planificación, motivando algunos cambios estructurales”<sup>318</sup>.**

A mediados de 1964 el clima de elección presidencial presidía la vida nacional. Por primera vez, las fuerzas se polarizaban en torno al Frente de Acción Popular (FRAP) y a la Democracia Cristiana. Ambas fuerzas declaraban su propósito de emprender transformaciones estructurales que permitiesen superar el atraso económico y social, diagnosticado con crudeza por ambas postulaciones.

Así, en cuanto el nuevo gobierno asumió, los médicos obtuvieron finalmente el trato al que habían aspirado, porque una de las primeras acciones del nuevo gobierno fue conceder a la administración pública en general, un reajuste del 38.4% y a los profesionales de la salud, entre 51 y 58%.<sup>319</sup>

<sup>318</sup> Horwitz, Nina: *Ibid*; 1995; pág. 45.

<sup>319</sup> Vida Médica: Vol. XVII; N° 9; 1965; pág. 14.

## CAPÍTULO VIII. EL PROYECTO DE LEY DE MEDICINA CURATIVA.

Como ya se señaló, el 30 de Julio de 1964 llegó a la Cámara de Diputados el Mensaje del Presidente de la República don Jorge Alessandri Rodríguez que proponía al Congreso un segundo proyecto de ley referido a la atención médica de los empleados. En la exposición de sus motivos, deben ser resaltados los siguientes párrafos textuales:

***“Por otra parte dicha atención médica, para ser realmente eficiente requiere cada vez en mayor escala, de elementos costosos de diagnóstico y de tratamiento lo que ha traído como consecuencia que su costo actual, sea cuatro o cinco veces mayor que a comienzos del siglo. A su vez, este costo creciente hace que las posibilidades de obtener atención médica por los grupos sociales de ingresos bajos o medianos sean cada vez más inalcanzables. Consideramos que es un deber del Estado el velar porque este problema sea solucionado. La legislación previsional que rige en nuestro país desde hace más de cuarenta años, si bien contempla numerosos beneficios para sus afiliados, sólo establece atención médica para los indigentes, para el sector asalariado y sus familiares. Queda al margen de estos beneficios un sector importante y en pleno crecimiento, el de los Empleados Públicos y Particulares los que junto a sus familiares alcanzan hoy a un número aproximado de 1.500.000 personas. Dichos sectores sólo disponen hoy día de los beneficios de una legislación restringida e insuficientemente financiada y su alternativa ante una emergencia médica es, o recurrir a los escasos servicios de bienestar que algunos grupos han logrado*”**

***desarrollar, o bien lo que ocurre con mayor frecuencia, utilizar al SNS, cuyo personal e instalaciones no están calculados ni financiados para atender a este grupo social. Al redactar este Proyecto de Ley, se han tenido en cuenta algunas consideraciones fundadas por una parte en lo limitado de nuestros recursos económicos y, por otra, en la necesidad de desarrollar un sistema de atención desprovisto al máximo de burocracia y que pueda utilizar la totalidad de sus recursos en el real pago de beneficios médicos. Es así como se establecen disposiciones que facilitan la utilización, hasta donde sea posible, de las actuales instalaciones y equipos del SNS, en las horas en que ellos no perturben la atención de sus beneficiarios legales. Del mismo modo, se dispone que el mayor volumen de la atención médica, la que corresponde a medicina general, se efectúe en los propios consultorios de los médicos, evitando así la construcción e instalación de costosos centros de atención”***<sup>320</sup>.

La brevedad de la introducción que expone los motivos del Ejecutivo, 10 párrafos que no alcanzan a una página y media del acta de la Cámara de Diputados, demuestra a mi juicio, que no se exponen ni fundamentan en profundidad los motivos y los elementos doctrinarios que consideró el Ejecutivo para una transformación tan radical de la doctrina de salud pública y previsión social que sostenía el Estado de Chile hasta ese momento y desde hacía décadas.

En efecto, las fuentes primarias y la bibliografía consultadas permiten demostrar que las transformaciones que induciría la ley que se derivó de este proyecto, constituyó una trascendental reforma del sector salud chileno, por cuanto se abrió camino a la generación de un sistema doble al interior del Servicio Nacional de Salud, usando sus mismos recursos; se privatizó la atención ambulatoria al situarla para los empleados en las consultas privadas de los médicos y se consagró con ello un régimen discriminatorio y desigual para los asalariados e indigentes.

Se abrió la puerta legal a la existencia de dos tipos de atención médica, una funcionaria para los obreros y una privada para los empleados, a la que se destinarían los mayores recursos que ello significare, “*al real pago de beneficios médicos*”. Aparte de la inequidad y del trato desigual que con este proyecto se consagró, está implícito en su exordio que la atención médica para los empleados sería individual y no de equipos profesionales, lo que ilustra acerca de su eventual carácter regresivo desde una mirada técnica moderna. Todos estos efectos necesariamente previstos por el Ejecutivo, sin duda no se encuentran presentes en los diez párrafos de su exordio.

Debe tenerse presente además que este proyecto de Medicina Curativa para empleados, presentado por el gobierno de Alessandri en sus postrimerías, constituyó una iniciativa de ley hecha pública en plena campaña electoral para elegir al nuevo Presidente de la República.

Muy significativo resulta también comprobar que los primeros párrafos de este exordio señalaban, como antecedente, que los empleados beneficiarios de este proyecto recurrían mayoritariamente al SNS, cuestión que ratificaría con cifras el Ministro de Salud del Presidente Frei Montalva, pocos meses más tarde. Ello significa que era perfectamente posible formalizar legalmente a los empleados como beneficiarios del

---

<sup>320</sup> Boletín de Sesiones de la Cámara de Diputados. Sesión N° 27 del 30 de Julio de 1964.



SNS, haciendo los ajustes presupuestarios y financieros del caso.

El análisis del articulado del proyecto propuesto<sup>321</sup>, revela de modo explícito que se incluyó como norma legal en la institucionalidad sanitaria chilena, el pago por acto médico, la libre elección y el rol intermediador del Colegio Médico en la relación beneficiario-prestador, todo ello al interior del ámbito público de los establecimientos hospitalarios del SNS. (Artículos 5 y 6)

Los artículos séptimo, octavo y décimotercero anticiparon, a mi juicio claramente, los efectos que produciría el doble régimen al interior del SNS y los vicios de mercado que se cernían sobre el sistema público de salud, cuando expresaban:

***“Las prestaciones que se otorguen en el SNS deberán efectuarse de manera que no interfieran con las que esta institución debe proporcionar a sus beneficiarios. Para estos fines el SNS reglamentará los horarios de atención, el uso de sus locales, instalaciones, equipos de consultorios, laboratorios, pabellones quirúrgicos y demás servicios y tomará las medidas necesarias para adecuar las plantas de su personal y organizar turnos de su personal profesional, administrativo, auxiliar y de servicio. Será responsabilidad del Director del Hospital y de los Jefes de Servicios respectivos velar por el cumplimiento de estas disposiciones y adoptar las medidas adicionales para asegurar la adecuada atención de los beneficiarios del Servicio y de la presente ley”. “El Consejo dictará las disposiciones necesarias para evitar abusos en la distribución de las consultas entre los médicos inscritos, para controlar el exceso de atenciones, limitar su número y obtener una relación continuada entre médico y beneficiario”.***

A mayor abundamiento, al precisar el artículo 11 del proyecto que “La diferencia que resulte entre el valor de cada prestación y la cantidad con que el Servicio contribuirá a su pago será de cargo del imponente”, se consagró legalmente la existencia del co-pago por prestaciones médicas, creándose en el inciso siguiente un sistema de préstamos para los afiliados para facilitar el co-pago a los prestadores, en su totalidad.

Estas disposiciones legales establecieron, por primera vez en la legislación sanitaria nacional este factor de resurgimiento de la medicina liberal y, consecuentemente, el desvío de los recursos, tanto de los beneficiarios como del Estado, al pago de honorarios y servicios profesionales de carácter privado.

Todo lo señalado en párrafos anteriores demuestra que no se trataba de un conjunto coherente de proposiciones, sino de un esbozo muy imperfecto elaborado por la tecnocracia del SNS y el Colegio Médico, enviado por el gobierno de Alessandri para colocar en la agenda pública un tema para lograr el apoyo político de los sectores medios en las siguientes elecciones presidenciales. El proyecto enviado no parece haber sido el producto de acuerdos previamente logrados en algún espacio de negociaciones, a pesar de la existencia del Consejo Nacional de Salud, de las convenciones médicas y de los vínculos permanentes entre las partes involucradas. Debido a ese conjunto de presiones políticas, en Septiembre de 1964, los parlamentarios apoyaron en general la propuesta, dejándolo para la tramitación legislativa posterior.

El proyecto demostró claramente la idea del Ejecutivo de acoplar el régimen de libre

---

<sup>321</sup> “Historia Fidedigna de la Ley 16.781”. D.O. de 2-05-1968. Biblioteca del Congreso Nacional.

elección con sus copagos, a los servicios ofrecidos gratuitamente por el SNS. Se atenderían también de forma razonable, las reivindicaciones del Colegio Médico y de los empleados. No obstante, quedaron insatisfechos los médicos, los potenciales beneficiarios y las instituciones incluídas, lo que se demostró por el arrastrado debate parlamentario y las actitudes de los actores sectoriales.

Este proyecto de ley fue aprobado en su primer trámite constitucional, poco antes de finalizar el mandato de Alessandri y la Historia Fidedigna de la Ley demuestra que desde 1964 hasta 1968, el presidente Frei Montalva apoyó decididamente el proyecto, por la vía de las indicaciones y de su sólida mayoría parlamentaria en ambas Cámaras.<sup>322</sup>

Este apoyo al proyecto presentado por Alessandri lo expresó el Presidente Frei, en su primer mensaje al Congreso Nacional señalando a la atención médica para los empleados como prioridad nacional:

***“Teniendo en cuenta que la verdadera solución del problema debe consistir en hacer del SNS un servicio de dimensiones efectivamente nacionales que abarque a todos los sectores de la población, cualquier solución que no sea esa debe ser vista y aceptada como transitoria, por cuanto no puede haber dos clases distintas de medicina, una para los obreros y otra para los empleados”***<sup>323</sup> .

Estas palabras de Frei, que le otorgaban carácter transitorio a la normativa propuesta que sí establecía dos clases distintas de medicina, determinaron la conducta de la mayoría parlamentaria que terminó aprobando lo esencial del proyecto original de Alessandri.

La cronología de esta ley muestra elementos fundamentales para comprender cómo las discusiones sobre ella y las luchas corporativas atravesaron toda la década de los años sesentas, a lo que también se agregó como espacio de negociación política, su reglamentación.

En síntesis, las fechas básicas que se consignan en la Historia Fidedigna de esta ley se inician con un primer proyecto enviado por Alessandri en 1961, que fue rechazado; luego en Julio de 1964, se formalizó la segunda propuesta que inició su tramitación; entre 1964 y 1968 el Presidente Frei apoyó el proyecto y continuó la discusión parlamentaria; en el mes de Mayo de 1968 tuvo lugar la promulgación de la ley con el N° 16.781 y en Enero de 1969 se dictó su Reglamento Orgánico.

## **1. Los avatares políticos y sectoriales de la compleja tramitación y discusión parlamentaria del proyecto de ley de Medicina Curativa.**

<sup>322</sup> “Historia Fidedigna de la Ley 16.781 que Otorga asistencia médica y dental a los imponentes activos y jubilados de los organismo que señala”; D.O. de 2-05-1968; Biblioteca del Congreso Nacional.

<sup>323</sup> *Presidencia de la República. Mensaje del Presidente Eduardo Frei Montalva. 21 de Mayo de 1965. Archivo Nacional. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.*

Tal como aconteció en 1952 con la tramitación parlamentaria del Servicio Nacional de Salud, uno de los principales problemas para avanzar en su perfeccionamiento fue la insuficiente definición de las formas de financiamiento que viabilizaran la inclusión de un contingente de población adicional al SNS.

En Mayo de 1967 el Diario de Sesiones del Senado <sup>324</sup> consigna que el Ministro de Salud don Ramón Valdivieso hizo presente a la Comisión de Hacienda, ante la duda de los Senadores respecto de la real capacidad del SNS de atender lo que se estimaba en 900.000 del total de 1.500.000 de beneficiados del proyecto en discusión que:

***“El SNS no sólo se limita en la actualidad a la atención de sus usuarios legales, sino que destina alrededor del 15% de su presupuesto a servir a personas indigentes, empleados u otros quienes no tiene obligación de atender. Se estima que, de una forma u otra, aproximadamente el 30% de los empleados obtiene prestaciones médicas en dicho Servicio”.***

En esa misma sesión de la Comisión de Hacienda se consignan intervenciones textuales de algunos senadores y autoridades del gobierno, que resultan muy ilustrativas de los términos del debate y de las dificultades financieras que presentaba el proyecto a esa altura de su trámite constitucional:

El Senador Luis Bossay señala:

***“.....el proyecto de ley en informe, no obstante referirse a un problema social de carácter nacional, no soluciona nada, porque no dispone de financiamiento y el aprobarlo en estos términos exhibiría a la Comisión de Hacienda como irresponsable. Señalo mis temores de que tal como ha ocurrido entre los propios obreros, en que los de ingresos más altos han desplazado en la obtención de beneficios médicos a los que ganan menos, los empleados con su mayor influencia y más altas remuneraciones, desplazarán con tremendo perjuicio social y económico al elemento obrero en las prestaciones que otorga el SNS”.***

El Subsecretario de Hacienda, don Andrés Zaldívar, según consta en el mismo número recién citado del Diario de Sesiones del Senado, expresó en nombre del gobierno, respecto del financiamiento: *“la absoluta imposibilidad en que se encuentra el Erario Nacional de financiar el nuevo gasto que representa este proyecto de ley”.*

El Subsecretario de Salud Pública don Patricio Silva Garín señaló que ***“ante la imposibilidad de obtener nuevos recursos, era indispensable estudiar a fondo nuevamente la estructura del proyecto y considerar la posibilidad de transformarlo sencillamente en un fondo o seguro de salud costado por los propios beneficiados”.***

El Ministro Valdivieso señaló:

***“.....el proyecto se encuentra insuficientemente estudiado tanto en el aspecto técnico como en el financiero, derivando ello principalmente, de haberse mezclado conceptos dispares contenidos en tres o cuatro proyectos diferentes”.***

El Presidente del Senado, Salvador Allende recordó que

***“.....este proyecto se encuentra supeditado a una tramitación especial en virtud de un acuerdo unánime adoptado por los Comités de Senadores y por el cual***

---

<sup>324</sup> Diario de Sesiones del Senado. Sesión 16. Mayo de 1967.

***deberá pronunciarse el Senado en general sobre él en el curso de la próxima semana. Insistió en la trascendencia social de la materia que abarca esta iniciativa de ley y de la necesidad de ponerle fin a su dilatada tramitación en el Honorable Senado, donde se encuentra pendiente desde hace más de tres años”.***

Estas referencias ilustran acerca de la insuficiente preparación del proyecto de ley, de sus severos problemas de financiamiento y de las contradicciones entre los planteamientos de política sanitaria y el texto mismo presentado, que explican su larga y dificultada aprobación por un parlamento en el que el gobierno tenía todas las mayorías necesarias para ello.

Estas contradicciones y dificultades pueden tener que ver con que las motivaciones para crear el régimen de libre elección con copago de honorarios a los médicos para los empleados, no estuvo basado en la ausencia de prestaciones para ellos en el SNS ni en razones técnicas de peso, sino en otras consideraciones de orden político

En este sentido debe considerarse que el escenario político de 1964 en adelante era completamente distinto del observado en 1952. El Colegio Médico era poderoso e influyente, estaba claramente en contra del desarrollo de la medicina funcionaria, principalmente en esos momentos en que el Ministerio de Salud insistía en modificar el Estatuto Médico Funcionario para aumentar la jornada de trabajo a ocho horas diarias.

La orden médica se oponía a esa extensión y, al contrario, quería imponer alguna forma de trabajo remunerada a base de honorarios. Sin embargo, no conseguía presentar un sistema alternativo viable, dentro de los marcos legales vigentes que imponían restricciones fiscales al Estado y de las escasas posibilidades económicas de los empleados.

En verdad, el funcionamiento del SNS, unido a las transformaciones de la sociedad, demostraba que era preciso repensar totalmente el sector salud y elaborar colectivamente una reforma en profundidad, espíritu que quedó de manifiesto cuando el Director General del SNS, estableció con claridad en los debates parlamentarios de 1964, que la política del nuevo gobierno era encaminarse hacia un Sistema Nacional de Salud, para lo cual era necesario uniformar el financiamiento y la organización porque el ideal era la fusión de todos los regímenes vigentes.<sup>325</sup>

No obstante el categórico triunfo político de la Democracia Cristiana, con su énfasis en la planificación global, vinculada a la modernización industrial, las reformas sociales y el apoyo a la organización y participación de la sociedad civil, las relaciones entre las autoridades, la corporación médica y las poderosas y emergentes organizaciones gremiales del resto de los trabajadores de la salud, nucleadas en torno a la Central Unica de Trabajadores de Chile, adquirieron un carácter tormentoso, puesto que tales organizaciones de trabajadores agregaron a sus reivindicaciones salariales, la exigencia creciente de democratización de las instituciones sanitarias, en los marcos de una transformación revolucionaria de la sociedad en su conjunto.

No debe ser olvidado que, durante el gobierno de Jorge Alessandri, había reemergido con mucho vigor la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud

---

<sup>325</sup> Diario de Sesiones del Senado. 47 Sesión Ordinaria; 14 de Septiembre de 1964.

(FENATS) la que en 1960 encabezó una huelga que duró 14 días y que contó con el apoyo de los partidos políticos de la izquierda, en particular, con el apoyo de Salvador Allende en el Parlamento.

**“Entonces fue cuando se les vió a los trabajadores de la salud en las calles enfrentándose a la policía, empapados, gritando, desafiantes. Catorce días estuvieron en una huelga que vió el renacimiento de la organización gremial única: la Fenats. Se escribieron en los carteles y lienzos los impostergables reclamos: el pago de las nuevas escalas de sueldos y especialmente, las injusticias del encasillamiento del personal”<sup>326</sup>.**

Los numerosos movimientos huelguísticos que estallaron a comienzos de la década de los años sesenta y que se iniciaron con *las gloriosas jornadas de Agosto* recién mencionadas, marcaron decisivamente esa década. La Fenats, que agrupaba alrededor de 30.000 funcionarios del Servicio Nacional de Salud, se había afiliado a la Central Única de Trabajadores de Chile, organización que se había erigido en una combativa defensora de los derechos sociales de los trabajadores y propulsora de la acción directa de los asalariados en la vida pública del país, lo que impulsó un cambio del carácter de la movilización social emprendida por sus organizaciones.<sup>327</sup>

En la década de los sesenta, parecía instalarse a escala universal una onda transformadora,

**“generada porque en el momento actual los pueblos del mundo se resisten a ser explotados política y económicamente, desean aumentar notablemente sus condiciones de vida y eliminar las discriminaciones raciales, manifestando en esta forma el ideal de la fraternidad universal del hombre”<sup>328</sup>.**

La presión social de la población por la salud como un derecho humano, que alcanzó al ámbito de las organizaciones gremiales de los trabajadores de la salud, pareció plantearse que la medicina debía responder a tales demandas, no sólo en el sentido de proporcionar mayor atención tecnológica, sino

**“contemplando también un nuevo carácter en la relación médico-paciente, abriendo espacio a la utopía humanista al interior de las estructuras y los aparatos tecnológicos y burocráticos”<sup>329</sup>.**

Al parecer, como una consecuencia de lo planteado, la movilización social de los trabajadores de la salud, en la década de los años sesenta dejó de plantearse como inspirada por reivindicaciones exclusivamente económicas, ocupando un lugar relevante en sus motivos el derecho del pueblo a la salud, la democratización y desburocratización del Servicio Nacional de Salud y el destino fortalecido de la medicina social chilena, precisamente en una época en que el Colegio Médico parecía abandonar su vocación por la medicina socializada.

<sup>326</sup> “El Clarín”, Santiago, julio 14 de 1960. Citado por Illanes, M. A. *Ibid*; 1993; pág. 442.

<sup>327</sup> Barría, Jorge: “El Movimiento Obrero en Chile”. Santiago; Editorial Trígono; 1971.

<sup>328</sup> Cuadernos Médico-Sociales. Vol. IV N° 4; Diciembre de 1964; Editorial.

<sup>329</sup> Illanes, M. A. *Ibid*; 1993; pág. 441.

Puede sostenerse que el importante y sostenido conflicto que tuvo el gobierno de Frei en la salud, puede atribuirse a ese fenómeno de legitimación del derecho a la salud, a la centralidad del Estado en el manejo y solución de los conflictos sociales y a la pérdida del apoyo general del gobierno de 1966 en adelante, en un contexto de aumento muy considerable de la movilización social, debida a la expansión del sufragio y al incentivo oficial para la incorporación de las masas rurales y marginales urbanas, en un claro contexto de aspiraciones a una transformación profunda de la sociedad chilena.<sup>330</sup>

Sin desconocer el clima de creciente movilización, ideologización y radicalización de la sociedad chilena entre 1964 y 1970, para explicar la animosidad de los profesionales en relación al gobierno, hay que poner atención a las especificidades del discurso y el comportamiento de la organización médica, de lo cual sería posible inferir que, en el período de Frei,

***“cristalizan las tendencias que se venían anunciando hacia la oligarquización de la Orden Médica, su economicismo creciente y el boicot a cualquiera iniciativa que contrariase los intereses del Colegio y del control de éste sobre sus bases”***

<sup>331</sup> .

A pesar del claro respaldo del gobierno de Frei al proyecto de ley de asistencia médica para los empleados que consagraba las crecientes aspiraciones del Colegio Médico de detener el desarrollo de la medicina funcionarizada, la política de salud enunciada por el gobierno demócratacristiano se basaba en el concepto de que la salud es un derecho básico al que todo ciudadano debe tener acceso, para lo cual debía cumplirse la Constitución de 1925 en cuanto a que es deber del Estado proveer los medios para hacer efectivo ese derecho, elaborando un Plan Nacional de Salud.

Una directriz principal señalada por Frei se refería a mejorar el desempeño del SNS, dado el diagnóstico crítico efectuado en lo que se refería a organización, productividad, cobertura e impacto en los niveles de salud.

Las metas formuladas para obtener el objetivo, afectaban directa o indirectamente el trabajo médico ya que explicitaban, por ejemplo, ampliar la red de consultorios periféricos, instalar postas rurales, redistribuir las horas médicas, hacer énfasis en la medicina general, extender la asistencia médica a horarios accesibles a la población trabajadora (tarde y noche); incrementar el rendimiento en los hospitales aumentando la formación de personal de colaboración médica (enfermeras, matronas, tecnólogos); controlar el gasto médico que se elevaba al 5,6% de la renta bruta.

Además, Frei anunciaba el establecimiento del postergado Seguro Obligatorio contra los Accidentes del Trabajo y las Enfermedades Profesionales, para disminuir los elevadísimos riesgos del trabajo en el país. Otras medidas estuvieron destinadas a disminuir la mortalidad infantil y materna y la desnutrición, reforzando los programas de inmunización y alimentación complementaria.<sup>332</sup>

---

<sup>330</sup> Morales, Eduardo: “Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud: Chile 1964-1978”. Documento de Trabajo N° 110; FLACSO; 1981.

<sup>331</sup> *Labra, M.E.: Ibid; 1997; pág.239.*

Estas contradicciones pueden encontrarse en la base de los desajustes y conflictos político-sectoriales incrementados, de modo tal que las tendencias descritas al interior de la profesión médica organizada, se acompañaron de una progresiva incapacidad de la corporación de comprender el mundo social que la rodeaba, lo que se tradujo en un distanciamiento, tanto del reformismo que la democracia cristiana promovía, como del movimiento popular y democratizador de los trabajadores de la salud, fuertemente inspirado por los partidos de izquierda.

Esto se puede deducir, de la voz oficial del Colegio Médico que hacía evidente el ascenso de la corriente dura o gremialista en el liderazgo de la Orden de 1965 en adelante, frustrando así la expresión de las corrientes partidarias de la medicina socializada, que se habían visto alentadas por la gran votación obtenida por Allende en 1964 y que se dirigía hacia la formación de la Unidad Popular.

A pesar de que el Ministro de Salud, Dr. Ramón Valdivieso, señaló en el Senado que la asistencia médica a los empleados era una cuestión de alto interés nacional y que estaba subordinada a la suprema decisión de

**“crear un Sistema Nacional de Salud para dar a todos los ciudadanos una medicina universal, integral, eficiente, suficiente, oportuna y con igualdad de trato, que respetara la dignidad humana y basada en la participación de la comunidad”** <sup>333</sup>.

y de que el Presidente Frei había afirmado que las modificaciones introducidas al proyecto de Alessandri, estaban siendo consideradas por el Colegio Médico y los demás interesados <sup>334</sup>, la Orden Médica desmintió públicamente al Presidente reclamando que no fuera consultada oportunamente. <sup>335</sup>

A través de su portavoz, el Presidente del Colegio y sobre la base de las resoluciones de las convenciones, la Orden Médica denunció que se pretendía otorgar atención médica amplia e ilimitada a los empleados sin calcular previamente el número de prestaciones y los recursos financieros y materiales para hacerla efectiva, en particular en la deficiente área del SNS. Además reclamó también que las prerrogativas estatutarias del Colegio estarían siendo seriamente atropelladas al marginalizar al gremio del control directo del régimen de libre elección. <sup>336</sup>

En este escenario, el Ministerio de Salud realizó estudios sobre la capacidad económica de los empleados, cuyos resultados fundamentaron la principal modificación introducida al proyecto original de Alessandri.

Ella consistió en la división del sector de los empleados en tres estratos de renta,

---

<sup>332</sup> Comisión de Salud del Senado. Diario de Sesiones del Senado. Sesión N° 16 del 16 de Junio de 1965.

<sup>333</sup> **Diario de Sesiones del Senado. Sesión N° 16. 10 de Abril de 1965.**

<sup>334</sup> Primer Mensaje del Presidente Frei. 21 de Mayo de 1965. Archivo Nacional. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.

<sup>335</sup> Vida Médica: Vol. XVII; N° 7; 1965; pág. 16.

<sup>336</sup> Vida Médica: Vol. XVII; N° 7; 1965; págs. 14-19-21 y 22.

medida en salarios mínimos, cada uno con un acceso diferenciado a los cuidados médicos mediante el pago de valores determinados por tablas especiales. De ese modo, el Ministerio dejaba planteada la complicada cuestión de la ecuación económico-financiera del régimen de libre elección, cuya solución debía compatibilizar los diversos intereses, del gobierno que precisaba minimizar costos; de los usuarios que buscaban minimizar sus gastos de copagos y de los profesionales que querían maximizar sus ganancias.

Según los datos del Ministro Valdivieso, el 70% de los empleados tenía renta de hasta dos salarios mínimos, asemejándose así a los obreros que por ley, recibían atención gratuita. Por lo tanto, no se justificaba que el SNS los acogiese en términos discriminatorios.<sup>337</sup> Además, si se estimaba el total de posibles beneficiarios del proyecto de ley en 1,5 millones, era evidente que el total que estaba en condiciones de pagar una cantidad extra, era muy reducido.

El gobierno se debatía en fuertes contradicciones por cuanto en su ámbito institucional coexistían decisiones que apuntaban a políticas divergentes. Por una parte, esfuerzos principales se dirigían a la integración de las actividades de todos los servicios médicos del país, con vistas al Sistema Nacional de Salud; por otra parte el Plan Decenal de Salud enarbolado desde el principio por el propio Frei, se refería al ámbito del SNS y finalmente, la actividad legislativa se concentraba en el proyecto de medicina curativa, que justamente rompía la lógica planificadora, integradora y socializante pretendida en las demás instancias.

En este escenario, al gobierno parecía escapársele el control de la dinámica social y así también, el propio Colegio Médico se enfrentaba con imprevistos, como una mayor densidad y autonomía de intereses sectoriales no médicos y una expandida conciencia popular en cuanto al derecho a la salud.

El proyecto entretanto seguía su curso, porque ya era tarde para cambiar la ruta puesto que todas las expectativas de los médicos y de los empleados estaban puestas en el régimen de libre elección que chocaba, justamente, con los principios de universalidad, integración y equidad sostenidos por Frei.

Desde un punto de vista más general y a partir de las claras contradicciones observadas en el ámbito de los sujetos sociales y políticos protagonistas de estos procesos, es posible pensar que, el proyecto de ley de Medicina Curativa puso de relieve las tres lógicas que venían atravesando el desarrollo del sistema de salud chileno desde sus comienzos.

En primer lugar, una política que apuntaba a la universalización del acceso al SNS en los moldes originales, o sea, de atención gratuita y con profesionales asalariados del Estado, que se remontaba al primer cuarto del siglo XX.

Una segunda, sostenida en la pujanza y potencial político de los sectores medios emergidos desde los años treinta y cuyos sujetos sociales protagonistas, organizados en las fuertes instituciones gremiales de los empleados, que en sus niveles directivos se resistía a aceptar compartir en igualdad de condiciones, los servicios de los obreros.

---

<sup>337</sup> Vida Médica: Vol. XVII; N° 7; 1965; pág.14.



Y una tercera, corporativa, que buscaba imponer la flexibilización del mercado de trabajo médico, en la intersección de lo público con lo privado, con fórmulas no asalariadas de ejercicio profesional y que procuraba mantener el financiamiento y consolidar en la institucionalidad jurídica sectorial, el lucro individual, restableciendo así en la esfera pública el velo sombrío de la medicina liberal, afianzada por el poder extractivo del Estado.

Esta situación se expresó en los debates parlamentarios en que fueron escuchados todos los representantes de los intereses involucrados y no sólo los médicos y el oficialismo; el parlamento de la época lo permitía. Así fueron escuchadas las diversas organizaciones de empleados y no sólo el oficialismo y el Colegio Médico, lo que imprimió formas diferentes a las transacciones políticas, ya que con sus demandas diluían en cierta forma, la influencia hasta entonces sin contrapeso del Colegio Médico y obligaban al gobierno a separarse de posiciones tecnocráticas.

Especialmente relevantes fueron la Confederación de Empleados Particulares de Chile (CEPCH) y la Asociación de Empleados Fiscales (ANEF).

Intervenciones de los dirigentes nacionales de la ANEF en el Senado expresaban tanto el respaldo a la iniciativa legal en discusión, como los temores por las conductas anunciadas por el gremio médico:

***“...este proyecto constituye para el sector de los empleados una vieja y sentida aspiración, por cuanto las bajas rentas que perciben no les permiten cubrir los gastos por concepto de medicina, situación que se torna muy grave debido a la notificación que la Federación Médica ha hecho a la ANEF, en el sentido de que sólo dará atención médica exclusivamente a los beneficiarios legales del SNS, ..... el sistema más conveniente para los intereses de los empleados es el de la libre elección, coordinada con el sistema de la medicina funcionaria”***<sup>338</sup> .

No obstante, importantes sectores de la ANEF expresaron su rechazo a las formas de financiamiento del proyecto, así como a la indicación del gobierno de Frei que establecía categorías discriminatorias de los empleados, según sus ingresos. A través del Senador Jaime Barros, dirigentes de la ANEF de Valparaíso hicieron llegar su opinión a la Comisión de Salud del Senado:

***“Rechazamos este proyecto por significar un gran paso hacia atrás en el desarrollo de la medicina social en Chile. Después de enormes esfuerzos por lograr una medicina curativa tarifada y levemente funcionaria, se retrotrae al sistema de libre elección en un medio en que los médicos fijan sus Roles de Honorarios a su amaño, desatendiendo el imperio de la ley... Rechazamos este proyecto por establecer enfermos de primera, segunda y tercera clase, según sus remuneraciones..... Rechazamos el proyecto, porque provocará desplazamiento o rechazo de los asegurados e indigentes, actuales beneficiarios del SNS..... Rechazamos el proyecto porque significa el desmantelamiento del SERMENA, transformándolo en una simple caja pagadora....”***<sup>339</sup> .

Las discrepancias en el seno de la ANEF se debieron probablemente al hecho que esta

---

<sup>338</sup> Diario de Sesiones del Senado. Sesión del 24 de Octubre de 1964.

<sup>339</sup> Diario de Sesiones del Senado. Sesión 17 del 17 de Mayo de 1967.

organización de los empleados públicos, había logrado conquistas de atención médica en los servicios de bienestar y en el propio Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). Contrariamente, el apoyo de la Confederación de Empleados Particulares de Chile (CEPCH) al proyecto fue más uniforme, por cuanto la desprotección de ese sector de empleados era mayor. Así lo señalaba el Senador Jaime Barros,

***“la Confederación de Empleados Particulares naturalmente apoya el proyecto porque nada o casi nada posee; es lógico que proceda así”***<sup>340</sup>.

El Colegio Médico no obstante haber hecho grandes esfuerzos para conseguir el apoyo de las asociaciones de empleados al esquema de libre elección, amparándose en la campaña de denuncias sobre la ineficiencia e incapacidad financiera del SNS, desarrolló una campaña frente a la determinación de Frei de avanzar en la inclusión de la atención a los nuevos grupos, mediante la racionalización de los procesos y el aumento de la productividad, de gran tenacidad y crecientemente agresiva.

Se denunció con vehemencia que el proyecto implicaba funcionarización completa de la medicina en Chile, en circunstancias que la solución para el acceso de los empleados al SNS era el sistema de medicina de prepago (seguros de salud), porque en el atrasado SNS *“no existían condiciones ni remotas para absorber la mayor demanda”*. Y el Colegio agregaba: *“se crea un grave problema para el SNS al aumentar la actual plétora de pacientes que rebaja la dignidad humana”*, produciéndose un retardo de meses en las consultas y una restricción de la hospitalización a los casos de urgencia. Proponía enseguida el Colegio *“un nuevo principio”*: la separación de la asistencia médica entre abierta y cerrada, que significaba iniciar la libre elección para los empleados en las consultas médicas, en condiciones de pago de toda la clientela y postergando la atención hospitalaria para dos o tres años después, plazo necesario para habilitar los servicios correspondientes. Esta distinción tiene que ver, con entender que la atención hospitalaria o cerrada es más cara y precisa de intermediación institucional, en tanto que la consulta médica (atención abierta) puede ser remunerada directamente por el paciente al profesional. Los médicos querían un tratamiento diferenciado en término de los pagos, tanto para los asegurados como para los profesionales, de acuerdo al tipo de atención y de acuerdo con fórmulas y esquemas que la Orden generaría y controlaría.<sup>341</sup>

El Ministro entretanto argumentaba con dureza, en una carta al Director de la Revista Vida Médica, que con el proyecto de ley del gobierno sólo se estaba regularizando situaciones que de hecho existían, por cuanto el 25% de los días-cama del SNS en Santiago y el 10% en las provincias eran ocupados por no beneficiarios, justamente empleados de bajas rentas y sus familiares, según demostraba un estudio realizado por el Ministerio de Salud en Diciembre de 1964, en 14 grandes hospitales del SNS en todo el país, más los hospitales José Joaquín Aguirre y de la Universidad Católica de Chile y, en un orden general de cosas, decía

***“No comprendo ni acepto que el diálogo descienda hasta el nivel en que se coloca”***<sup>342</sup>.

---

<sup>340</sup> *Diario de Sesiones del Senado. Sesión 17 del 17 de Mayo de 1967.*

<sup>341</sup> *Vida Médica: Vol. XVII; N° 7; 1965; págs. 19 y 22.*

Las relaciones entre el Colegio Médico y el gobierno adquirieron un carácter muy conflictivo en estos años, en particular desde la elección del nuevo Presidente del Colegio, el Dr. Emilio Villarroel, que inauguró una política de línea dura, con amplia movilización de las bases contra el proyecto de Medicina Curativa y de aproximación a las organizaciones de empleados. Como resultado de esto, la Confederación de Empleados Particulares de Chile (CEPCH) no sólo apoyó las demandas de los médicos, sino que planteó la libre elección para toda la población del país sin discriminación económica.<sup>343</sup>

El perfil de las discusiones en torno a la ley de medicina curativa se tornaba muy confuso, lo que acrecentó los pleitos entre los médicos y el gobierno por el aumento salarial y porque el Sermena y otros servicios prestaban asistencia médica a precios inferiores a los fijados por el Colegio.

La confrontación de 1966 fue una de las más violentas del período y al reivindicacionismo económico enarbolado por los sectores gremialistas del Colegio Médico, se unieron las voces de los históricos de la medicina social que formaron un frente común, porque la profesión se encontraba en una encrucijada, *“discriminada en sus remuneraciones funcionarias, hostilizada en el ejercicio de la libre elección tabulada por el Colegio y obligada a trabajar en condiciones intolerables en los servicios públicos”*. Porque el gobierno había transformado al SNS en *“la negación de la imagen moderna de la salud”*, colocando a la propia medicina en peligro, por lo que la profesión se ve en la obligación de *“deslindar responsabilidades y revisar los esquemas doctrinarios y de remuneración propuestos en 1950-1952”*<sup>344</sup>.

Resulta muy ilustrativo de la convergencia de los diversos sectores de la opinión médica contra el proyecto del Ejecutivo, una publicación del Dr. Gustavo Molina, uno de los más destacados impulsores de la medicina socializada en Chile desde la década de los treinta, que situaba el conflicto de la profesión en Chile en el contexto mundial de las transformaciones y costos crecientes de la medicina. Decía el profesor Molina,

***“Chile y los médicos chilenos se enorgullecen de haber impulsado el proceso que nos ha aproximado al ideal de Sigerist para la sociedad industrial, esto es, eliminar las barreras económicas entre el hombre enfermo y el recurso médico, liberando al médico de vender sus servicios en el mercado. Pero ese sistema quiebra cuando les son negadas a los médicos las remuneraciones suficientes y adecuadas a la importancia de su trabajo. La experiencia universal, en distintos regímenes financieros y sociales, ha demostrado que el pilar de cualquier sistema eficiente de atención médica es la existencia de una profesión espiritual y económicamente satisfecha. La política miope de los Ministros de Hacienda viene provocando varias huelgas médicas en el mundo...”***

Continuaba el autor,

<sup>342</sup> *Vida Médica: Vol. XVII; N° 9; 1965; págs. 20 y 21.*

<sup>343</sup> *Vida Médica: Vol. XVII; N° 7; 1965; págs. 17 y 18.*

<sup>344</sup> *Vida Médica: Vol. XVIII; N° 4; 1966; págs. 7-10 y 11.*

**“.....la profesión médica está irritada y no acepta que los servicios sean financiados a expensas del trabajo médico.....en tales circunstancias y en defensa de la profesión, el Colegio ha decidido someter a revisión todo el sistema de distribución de servicios y de remuneración del trabajo médico, buscando un trato más directo entre los verdaderos interesados en dar y recibir salud;.....esto porque el Colegio no ha logrado en estas décadas de funcionarización masiva, convencer a los círculos rectores de la sociedad acerca de la necesidad ineludible de pagar bien a los médicos para que la medicina constituya un servicio social y no un negocio;.....y deberá persistir en este empeño, aún usando voces destempladas y acentos de violencia, contrarios a nuestra imagen profesional”**<sup>345</sup> .

En ese período, la línea dura del Colegio se expresó además en la creación de la Federación Nacional de Médicos del Servicio Nacional de Salud que pasó a integrar la poderosa y respetable corriente gremial de las federaciones de todas las profesiones de la salud del SNS, buscándose vínculos solidarios con la Fenats y la Federación de Profesionales y Técnicos de la Salud (FEPROTEC) en torno a los intereses gremialistas, con el objetivo de organizar acciones comunes cuando las circunstancias lo exigieran ya que la angustia económica se entendía similar para todos los que se desempeñaban en la protección de la salud.

El Colegio Médico logró así formar un nuevo perfil sindical agresivo y profesional, que penetró todas las estructuras del SNS, generando una pirámide de control desde los dirigentes hasta las bases en todo el país, estableciendo la base de un movimiento gremialista que se tornaría muy luego, agresivo y reaccionario.

Desde esta perspectiva, es posible pensar que se generaban las condiciones favorables para que la oposición a la hegemonía demócratacristiana, hiciera que los gremialistas y los sectores históricos de la medicina social caminaran juntos, hasta el momento en que las definiciones ideológicas exigidas por la coyuntura electoral siguiente, dividieran al cuerpo médico en dos fracciones irreconciliables, que se expresaron en el gobierno de la Unidad Popular, en el que el Colegio, con total hegemonía gremialista reaccionaria, participó activamente en el golpe de Estado.<sup>346</sup>

No obstante, la tramitación de la Ley de Medicina Curativa siguió su curso en el Congreso hasta que fue aprobada en 1968.

A propósito del texto de la Ley aprobada, el Dr. Ramón Valdivieso, Ministro de Salud del Presidente Frei Montalva, escribía en 1977 en la Revista Médica de Chile:

**“El 26 de Mayo de 1968 se promulgó la Ley 16781 que otorga asistencia médica y dental a sus beneficiarios. Para el financiamiento establece el Fondo de Asistencia Médica (FAM) con un 1% de las remuneraciones imponibles de cargo del empleado; 1% de las remuneraciones imponibles de cargo de los organismos previsionales; 1% de las pensiones de cargo de los pensionados; 2% de las pensiones de cargo de los organismos de previsión. El FAM financia todo o parte del valor de las prestaciones, según recaudación: Consultas, Visitas**

<sup>345</sup> *Vida Médica: Vol. XVIII; N° 5; 1966; pág. 22.*

<sup>346</sup> Labra, M.E. : *Ibid*; 1997; pág. 261.

***Domiciliarias, Juntas Médicas, Operaciones, Hospitalizaciones, Rayos X, Laboratorio, Histopatología, Partos, Urgencias, Traslados y Atención Dental. Se crea además el Fondo de Préstamos que permitirá, de acuerdo al Reglamento, cubrir la diferencia entre la bonificación y el valor de la prestación. Tiene el beneficiario la facultad de elegir al profesional que habrá de atenderlo, como también el hospital o clínica, para lo cual se requiere que el profesional esté inscrito en el Sistema de Libre Elección del Colegio respectivo y que el establecimiento haya celebrado convenio con el Servicio Médico Nacional de Empleados. El valor de las prestaciones corresponde a la tarifa mínima del Arancel de Honorarios, lo que representa un aporte solidario importante de los profesionales a la comunidad. La institución administradora, Sermena, cancela directamente a las clínicas y hospitales el valor de las hospitalizaciones y, por intermedio de los Colegios profesionales, los honorarios. Para éstos, el instrumento de pago es la “orden de atención-cheque”, procedimiento que facilita el control ético del ejercicio profesional dentro del sistema. En resumen, se trata de una ley que, con bajo costo administrativo, da atención médica integral a 2 millones de chilenos dentro de un sistema de remuneración por acto médico con libre elección del profesional”<sup>347</sup>.***

La referencia hecha por el Dr. Valdivieso en 1977, ocho años después de su aprobación y cuando ya había cambiado el escenario nacional, constituye una buena síntesis de los términos centrales de la ley aprobada y en los párrafos anteriores a los citados se refiere a sus más importantes justificaciones: el volumen de los recursos económicos y humanos necesarios para atender a los 2 millones de beneficiarios que cita, que

***“era cuantioso y excedía toda posibilidad de obtenerlo, si se insistía en una estructura según el modelo de medicina funcionaria del SNS, que estaba dando pruebas de un gasto administrativo creciente en detrimento del gasto destinado a mejorar las prestaciones”.***

Se refería además, el Dr. Valdivieso,

***“.....en ese momento disponía el país de 1 médico activo por 1.600 habitantes y, teóricamente al menos, no se podía contar sino con algo más de 1.000 médicos a tiempo completo para la atención de una población estimada en 2 millones, los que en un sistema de remuneración por sueldo fijo tienen un rendimiento de 1.750 horas por médico por año. Esto, confrontado a una moderada estimación de demanda resultaba francamente insuficiente”.***

Como es posible observar, largos e importantes años después de 1968, en los que el sistema de medicina curativa consagrado en la ley hacía agua por los cuatro costados, se mantenía el debate sobre la trascendencia y consecuencias que la aplicación de esa ley tuvo en el sistema de salud chileno.

En el mismo instante de su promulgación, el Colegio Médico se declaró en rebeldía frente a la implementación de la ley porque no atendía a los intereses de los profesionales, sobretudo que no daba a la Orden la cantidad de poder que demandaba en la coadministración del sistema, en la tuición sobre los precios, en las formas de pago, en los estímulos económicos adicionales por el aumento de la carga de trabajo.<sup>348</sup> En

<sup>347</sup> Dr. Valdivieso, Ramón: “La Ley de Medicina Curativa para Empleados y el Formulario Nacional de Medicamentos”; Rev. Médica de Chile; 105: 663; 1977.

verdad, las indicaciones en ese sentido habían sido hechas en el Congreso Nacional, pero la mayoría parlamentaria las había desestimado.

Por esos motivos, el Colegio determinó que todos los médicos no se inscribirían ordenando que se mantendrían cerrados los registros para ejercer la libre elección que mandataba la nueva ley, no participarían de ninguna actividad oficial relacionada con la nueva ley, no atenderían a otros pacientes que no fueran los beneficiarios legales del SNS y que tomarían medidas, como el nombramiento de dos médicos por establecimiento, para vigilar el cumplimiento de estas órdenes. Además todos los Consejos Regionales deberían proponer modificaciones a la ley, incorporando las posiciones acordadas entre el Colegio y los empleados y financiar una campaña nacional de denuncia de las irregularidades de la ley.<sup>349</sup>

A pesar de la controvertida participación del gremio médico en la tramitación constitucional de esta Ley de Medicina Curativa, a la que se opusieron tan duramente, la consolidación del régimen de libre elección, el establecimiento del concepto del pago por acto médico en el orden institucional y la consagración formal de una nueva forma de remuneración al trabajo médico, determinó que a la hora de generarse el Reglamento de la Ley, se abriera un espacio que sirvió para acomodar los intereses de los contradictores.

Se formó así una Comisión Mediadora integrada por representantes de los profesionales, de los empleados, de las instituciones y del Congreso Nacional. Sus resultados fueron llevados a las Convenciones Médicas de Septiembre y Noviembre de 1968, donde fue aprobado el proyecto de Reglamento Orgánico de la Ley de Medicina Curativa porque

*“garantizaba de modo razonable los intereses legítimos del gremio y las justas expectativas de los empleados beneficiarios.....recomendándose a los profesionales la participación en el sistema de libre elección durante la etapa experimental de un año”<sup>350</sup>*, dado que permanecían algunas restricciones a la libre elección en la asistencia hospitalaria que afectaban la autonomía y las ganancias de los profesionales.

El Reglamento que entró en vigor en Enero de 1969, instituyó nuevas funciones mediadoras para la Orden Médica que se declaraba satisfecha:

***“El Sistema de Medicina Curativa se asienta, en sus aspectos profesionales y éticos, sobre la exclusiva responsabilidad del Colegio Médico”<sup>351</sup>***.

Así, después de tantos años de lucha, el Colegio asumiría legalmente entre otras funciones, el registro de los profesionales participantes del esquema, el control disciplinario, la intermediación financiera en los pagos del Sermena a los médicos, así como el mandato de vigilar que la atención de libre elección se realizara en horarios

<sup>348</sup> Vida Médica: Vol. XX; N° 8; 1968; pág. 12.

<sup>349</sup> Vida Médica: Vol. XX; N° 8; 1968; pág. 11.

<sup>350</sup> Vida Médica: Vol. XXI; N° 5; 1969; pág. 56.

<sup>351</sup> **Vida Médica: Vol. XXI; N° 5; 1969; págs. 60-61-62 y 63.**

diferentes de aquellos destinados a atender a los pacientes regulares del SNS.

## 2. El escenario después de la promulgación de la ley.

Los últimos meses del gobierno de Frei estuvieron marcados decisivamente por la agitación política y social que anunciaba la elección presidencial de 1970, en un clima de abierta confrontación ideológica y de creciente movilización social de masas. En el ámbito de la salud las grandes contradicciones que se expresaron en el prolongado debate de la Ley de Medicina Curativa, pareció haber generado una gran frustración, por cuanto la Ley mencionada, entendida como un producto normativo, no había dejado conformes ni a tirios ni a troyanos, lo que causó problemas que no tuvieron solución en ese período, de modo tal que la publicación de la Ley generó de inmediato, en los distintos sectores en pugna, la necesidad de su modificación.

El Ministerio de Salud se dio a la tarea de generar los instrumentos sectoriales que permitieran iniciar la operación de la Ley y de su reglamento y con tal propósito el Consejo Nacional de Salud en sus sesiones de 27 de Junio y 27 de Agosto de 1969<sup>352</sup>, aprobaba un primer convenio entre el SNS y el Sermena para tales efectos, que más tarde se sellaría por escrituras públicas.

Paralelamente, el Colegio Médico presionó al gobierno de Frei hasta el final de su gestión no sólo para modificar la recién despachada Ley, sino para forzarlo a ceder a sus demandas económicas, haciendo uso del expediente de obligar a sus miembros a adherir a sus decisiones, anunciando la eliminación de sus registros de libre elección a los colegiados que no acataran los acuerdos del Consejo General.<sup>353</sup>

Esta actitud del Colegio creció en la medida que recrudecía la inflación y las restricciones fiscales impedían los reajustes esperados, de modo tal que el Presidente del Colegio, ante el fracaso de las negociaciones, anunciaba

***“la paralización total e indefinida de todas las actividades médicas y la formación del “Comando de Huelga” que representa a la única autoridad responsable que podrá poner término al conflicto”<sup>354</sup>.***

Es conveniente anotar que el llamado Comando de Huelga, reunía junto al Colegio Médico, a la Federación Médica de la Universidad de Chile, la Federación Médica de Ferrocarriles, la Asociación Médica de los Servicios de Urgencia y Residencia en Maternidades, el Sindicato de Médicos de la Pontificia Universidad Católica de Chile y otras agrupaciones.

---

<sup>352</sup> Actas del H. Consejo Nacional de Salud: Acuerdos 222 y 325 de sesiones N° 923 y 930 de 27 de Junio y 27 de Agosto de 1969.

<sup>353</sup> Vida Médica: Vol.XX N° 10; 1968; pág. 27.

<sup>354</sup> Labra, M. E. *Ibid*; 1997; pág. 263.

Se trataba, en consecuencia, de una red de intereses corporativos de gran organización y amplia cobertura, densidad y especialización, con la que la Orden Médica se aprestaba a iniciar los años setenta, que hoy nos permite develar la culminación en el sector salud, de la Década Larga.

Simultáneamente, las convenciones médicas siguientes volvieron a reiterar la necesidad de reestructurar el Servicio Nacional de Salud (SNS). En tales debates, las opiniones de los convencionales ya aparecieron francamente divididas en dos bloques muy nítidos cuyas diferencias mostraban lo previsible que era la ruptura político-ideológica que sufriría la Orden Médica en los meses siguientes, durante el gobierno de la Unidad Popular.

Una línea de carácter progresista que apoyaba al SNS como institución estatal y otra que lo descalificaba y condenaba. El primero de esos grupos manifestaba elogios por los enormes progresos alcanzados por el SNS y su medicina de alta calidad y llamaba a mantener las conductas de los años cincuenta y el segundo de ellos, mayoritario y poderoso hacía un balance demoledor del SNS, desde el punto de vista de su gestión técnica, administrativa y financiera, destacándose la cita crítica de *“las irregularidades causadas por los pacientes extralegales”*, en referencia a los beneficiarios de la Ley de Medicina Curativa.

En concordancia con tales afirmaciones, se concluía que debían ser cambiados los términos de la representación del Colegio en la administración del SNS, en el sentido que no era el gobierno, sino la Orden Médica la que debía liderar mayoritariamente, la participación de los demás sectores, *“porque casi todas las actividades del SNS son médicas y el cuerpo médico aparece como responsable por su funcionamiento en todo el país”*<sup>355</sup>.

Por otra parte, la FENATS y las demás organizaciones de los trabajadores, se habían decidido a democratizar el SNS y a desarrollar la medicina socializada, para lo cual era indispensable que conquistaran poder al interior del SNS que fortaleciera la entidad estatal. Ello significó movilizaciones y huelgas con respaldo de la Central Unica de Trabajadores de Chile y el lanzamiento de una campaña, de carácter nacional y masivo, por la democratización y la medicina socializada. Entre otras medidas, demandaron participación directa, con representantes nombrados por ellos mismos, en el manejo y dirección de todos los organismos y empresas del Estado.<sup>356</sup>

Concretamente la FENATS planteaba que el *“SNS ha dejado de dar salud, para vender salud”*, denunciando que la Ley de Medicina Curativa es *“un estimulante para regresar al antiguo sistema liberal”* y afirmaba las enormes disparidades en materia de remuneraciones,

***“4.000 médicos, el 10%, se apropian del 55% de los salarios, en tanto que el 45% restante de los recursos, debe financiar al resto de los 40.000 funcionarios”***<sup>357</sup>.

---

<sup>355</sup> Vida Médica: Vol. XXI; N° 5; 1969; pág. 26.

<sup>356</sup> Morales, Eduardo: “Sistema político, planificación y políticas públicas. La política de salud en Chile, 1964-1978”. FLACSO. Santiago; 1981; pág. 20.



A mediados de 1970, la FENATS protagonizó una huelga de 22 días con ocupación de los hospitales del país, exigiendo mejores salariales “y el establecimiento de un Sistema Único de Salud para toda la población” junto a la democratización del SNS, con la formación de organismos colegiados en cada institución de gestión, con la participación de los trabajadores, los beneficiarios y los profesionales.<sup>358</sup>

Casi al mismo tiempo, las convenciones médicas de mediados de 1970, retomaron el planteamiento de que la Ley de Medicina Curativa, “lesionaba los intereses del gremio médico”, llamando al boicot del régimen de libre elección en el caso de no ser atendidas las numerosas reivindicaciones económicas, aparte de afirmar que el gremio médico debía asumir la dirección de la salud, porque ni el SNS, ni el Sermena estaban preparados para su administración.<sup>359</sup>

En este escenario convulsionado, la controvertida Ley de Medicina Curativa de hecho permitió a los empleados el acceso legalizado a la asistencia médica, con lo que el SNS asumió en plenitud la atención del 90% de la población nacional, lo que puede interpretarse como la base objetiva del planteamiento básico de la política de salud de la Unidad Popular: el Servicio Único de Salud.

No obstante, la nueva modalidad perjudicó a los asegurados del SSS, legítimos y originales beneficiarios del SNS, por el hecho que los profesionales privilegiaron la libre elección a causa de los copagos involucrados. A pesar de eso, el nuevo esquema no satisfizo los intereses de la mayoría de los médicos del país, puesto que sólo una minoría se inscribió en los registros de libre elección del Colegio Médico, porque como en las provincias el número de potenciales usuarios era reducido, la alternativa no los compensaba y no les era confiable.<sup>360</sup>

Los mecanismos para que los empleados usaran de los beneficios de la ley, eran complejos y particularmente graves, por la dualidad de sistemas al interior del SNS: gratuidad para los obreros y libre elección para los empleados, lo que produjo gran desorden y graves problemas de gestión al interior del SNS.

Pese a las diferencias ideológicas y políticas que estaban envueltas en los debates sobre los efectos de la Ley de Medicina Curativa al interior del SNS, hoy no parece haber discusión en el sentido que la Ley analizada, amplió de hecho el campo de cobertura del SNS sobre la casi totalidad de la población y al mismo tiempo, “acrecentó las diferencias en la atención de salud entre empleados y obreros”; se consolidaron contradicciones institucionales “porque la atención médica de los empleados era otorgada por un sistema de copago por prestaciones, mientras que la ley de medicina preventiva se les otorgaba a través de medicina funcionaria en el SNS” y se sentaron las bases “para la disyuntiva entre un sistema estatal único y un sistema mixto”.<sup>361</sup>

---

<sup>357</sup> Morales, Eduardo: *Ibid*; 1981; pág. 60.

<sup>358</sup> Morales, Eduardo: *Ibid*. 1981; pág. 60.

<sup>359</sup> Vida Médica: Vol. XXII; N° 8; 1970; págs. 16-17.

<sup>360</sup> Vida Médica: Vol. XXII; N° 3; 1970; págs. 10-11 y 12.

<sup>361</sup> Horwitz y cols: *Ibid.* 1995; págs. 61-73.

# CAPÍTULO IX. EL GOBIERNO DE LA UNIDAD POPULAR.

Sin pretender un análisis histórico del gobierno de la Unidad Popular, que no es el objetivo de esta investigación, si conviene señalar que este período estuvo centralmente marcado por una creciente politización de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, lo que pareció expresarse en una forma de ordenamiento creciente de las actitudes y conductas de todos los actores individuales y colectivos, entre partidarios y detractores del gobierno y de sus políticas, que incluyó a todos los sujetos sociales.

Esta polarización de la sociedad chilena con que culmina la llamada “década larga” parece ser el resultado de los procesos políticos y sociales acaecidos en las décadas anteriores, particularmente desde fines de los años cincuenta.

## 1. Un perfil de los años anteriores a 1970.

Durante la década de los años sesenta pareció vivirse un fenómeno social de emergencia histórica del conjunto del pueblo, de los campesinos, los pobladores, los empleados y los estudiantes que se agregaron a la presencia histórica del movimiento obrero en la generación de un proceso constante y creciente de movilización, en el que la revolución de las expectativas sociales parecía no contenerse en los cauces tradicionales de los

mejoramientos económicos, destinados a satisfacer necesidades concretas o la implementación de políticas sociales orientadas a los problemas de vivienda, educación o salud. A fines de la década, el pueblo presionaba por obtener el Poder, así con mayúscula.<sup>362</sup>

En efecto, el gobierno de Jorge Alessandri fue sucedido por un proceso revolucionario al que convocaban Eduardo Frei y Salvador Allende, en la perspectiva de lo que el primero llamó la “revolución en libertad” y el segundo, “una revolución hacia el socialismo”.

Nuevas expresiones de protagonismo se manifestaban en los sectores populares. El anhelo de igualdad comenzó a apuntar no tanto a lo económico ni a lo material, sino más bien hacia lo social y hacia lo espiritual. Al decir de Illanes,

***“...la igualdad como concepto de ser sujeto era el anhelo básico del pueblo: terminar con la separación-marginación de la clase popular en el seno de la sociedad....y estos nuevos sujetos, ya no podían ser mero objeto de clientelismo electoral”***<sup>363</sup> .

Desde 1968 se incorporó al escenario con una fuerza muy singular la juventud de todas las universidades del país, al encabezar el vigoroso proceso de la Reforma Universitaria que transformó cualitativamente, tanto la estructura como la vida y la trascendencia social de la gestión universitaria, incorporando así a la comunidad universitaria al mundo de los sujetos sociales que dieron sustento a la transformación revolucionaria que se incubaba en la sociedad chilena.

***“En medio de esta quejumbre colectiva, un chispazo, reducido, pero intenso, ilumina el panorama sombrío. Es alguien que se rebela, es alguien que dice, No estoy satisfecho: es la juventud que toma la ofensiva de la vida. Y el alma colectiva dirige sus ojos, esperanzados algunos, temerosos otros, hacia ese fulgor de vida al cien por ciento. Y en esta patria joven, ayer sólo fundada, territorio aún verde, una juventud universitaria...dice nó, dice que el camino que se le ofrece en la Universidad no la conduce a la alegría sino al vacío y a la complicidad con lo malsano. Y esta juventud toma, físicamente, en sus manos sus lugares de trabajo, sus universidades y en gesto vivo promete comenzar a romper allí el ciclo de la frustración y la desesperanza, y abrir una vela ancha para lo nuevo. La Reforma Universitaria se desencadena bajo un mandato irrevocable: conquistarla para el pueblo, colocarla al servicio de los profundos intereses de los trabajadores. Y el joven sale a la calle, proclama sus verdades, llena las páginas de los diarios, salta al primer plano”***<sup>364</sup> .

A partir de 1967, año en que el crecimiento económico bajó a un tasa del 3,5%, en relación al 6,6% de 1966 y el gobierno de Frei disminuyó el gasto público sacrificando el

<sup>362</sup> Illanes, M.A. Ibid. 1993; pág. 474.

<sup>363</sup> Illanes, M.A. Ibid. 1993; pág. 446-449.

<sup>364</sup> Miguel Angel Solar. “Palabra de juventud y palabra de poeta”. Santiago, 1969. Discurso de pronunciado el día en que la Universidad Católica otorgó la distinción de Doctor Honoris Causa al poeta Pablo Neruda. Citado por Illanes, M.A. Ibid. 1993; pág. 466.

avance en profundidad de las reformas y detuvo el avance de los procesos de participación social al extremo que nada se había avanzado en los anunciados cambios de valores culturales <sup>365</sup>, el inconformismo social se acentuó hablándose ya de fracaso político de la Democracia Cristiana, madurando la tesis del agotamiento del sistema capitalista.

En Agosto de 1968, la página editorial de la Revista Mensaje anotaba, **“La preocupación central es ahora cómo promover eficazmente un desarrollo no capitalista e independiente; cómo, por consiguiente, asegurar los cambios profundos de estructuras ante todo políticas, que posibiliten su realización; cómo finalmente, y con el mismo objetivo, procurar que la gran masa de los chilenos pueda acceder al poder, a pesar de la resistencia de las clases hoy dominantes. Si hasta 1964 la temática central fue la de una estrategia para el desarrollo moderno, más bien de corte capitalista; hoy día-y en forma cada vez más clara- tiende a serlo la de una revolución de tipo socialista. Y es ante este objetivo que en el presente se definen posiciones, se establecen estrategias y surgen las contradicciones”** <sup>366</sup>.

La movilización social se extendía y multiplicaba en el país, a través de tomas de los pobladores, tomas de fundo por parte de organizaciones campesinas y mapuche y las correspondientes respuestas brutalmente represivas del gobierno y la fuerza pública. Es el caso de la matanza de Puerto Montt, las tomas de Cañete y las tomas de 45 fundos de la zona de San Antonio, que impulsaban el aceleramiento y ampliación de la aplicación de la ley de la Reforma Agraria. <sup>367</sup>

## 2. Una mirada al primer escenario político de la Unidad Popular.

El ordenamiento polarizado de las fuerzas políticas y sociales ya descrito y en particular, el de los actores y protagonistas que constituían el sujeto popular expandido, desde el movimiento obrero a los pobladores y campesinos, produjo un resultado muy singular, sin precedentes en la historia social de Chile y que consistió en que una gran mayoría, si no todas, las organizaciones populares que encabezaban los acontecimientos de masas en el país, adhirieron firmemente al gobierno de Salvador Allende, volcando sus peticiones y reivindicaciones en la vigilancia del cumplimiento estricto del programa de gobierno.

Un indicador nítido de este proceso descrito fue el sólido respaldo que le otorgó al gobierno de la Unidad Popular, la Central Única de Trabajadores de Chile, basado en una gran y amplia coincidencia doctrinaria y política. Ello llevó a ambas entidades a firmar el

<sup>365</sup> José Joaquín Brunner: “La segunda mitad del camino”. Revista Mensaje: N° 167. Marzo-Abril; 1968

<sup>366</sup> *Revista Mensaje: N° 171; Agosto de 1968. Editorial.*

<sup>367</sup> Illanes, M.A. Ibid; 1993; págs. 474-475.

primer acuerdo en Diciembre de 1970, casi en el momento mismo de la toma de posesión del gobierno. Así queda de manifiesto al examinar en el texto del segundo acuerdo la evaluación que se hace del primero:

**“Tanto el Gobierno de la Unidad Popular, como la Central Única de Trabajadores, reiteran su coincidencia en sostener que la solución definitiva de los problemas de los trabajadores se alcanzará solamente a través de profundas transformaciones en la estructura económica y social del país, especialmente en lo referente a la nacionalización de las riquezas básicas, la realización de una efectiva reforma agraria, la eliminación de los monopolios industriales y comerciales, la nacionalización de los bancos y compañías de seguros y el control del comercio exterior. Los acuerdos contenidos en dicha Acta se cumplieron rigurosamente por el Gobierno, el que envió al Parlamento los proyectos de ley respectivos. De éstos, se encuentran en actual tramitación el que otorga reconocimiento legal a la CUT y el que traspasa la administración de las Cajas de Previsión a sus imponentes. Es necesario señalar que, como efecto principal de la política de remuneraciones aplicada en el año 1971, se ha logrado una real redistribución de los ingresos que ha hecho posible a los trabajadores contar con un poder de compra que les ha permitido elevar sus condiciones de vida. Debe destacarse también que estas condiciones de vida se han visto mejoradas sustancialmente durante este Gobierno al conquistar los trabajadores un mayor acceso a la educación, la salud, la vivienda y otros beneficios no monetarios”** <sup>368</sup> .

El sólido respaldo al gobierno de la Unidad Popular expresado por la Central Única de Trabajadores, ciertamente constituye un aval de legitimidad social de gran magnitud en la época si se considera que,

**“En 1969, los asalariados obreros y empleados del sector privado, sindicalizados alcanzaban la suma de 472.481, a la que se pueden añadir los 250.000 empleados públicos (cuyo índice de afiliación supera el 90%). En total, el índice de afiliación del sector privado se sitúa en el 19%, que si se suma a los asalariados públicos, alcanza el 25% de la fuerza de trabajo nacional, es decir, algo más de 700.000 trabajadores.”** <sup>369</sup> .

Esta particularidad sin precedentes se tradujo en algunos hechos fundamentales que tipificaron el período analizado. Casi todas las medidas programáticas mayores que se propuso el gobierno popular, se cumplieron en el primer año de ese gobierno, siendo monitorizado su cumplimiento, como ya lo he expresado, por la vigilancia de la propia Central Única de Trabajadores.

Es lo que queda de manifiesto al conocer el contenido de un discurso del Presidente Allende pronunciado en el Estadio Nacional el 4 de Noviembre de 1971, al cumplirse un año de su gestión, en el que da una cuenta al país:

**“Hoy vengo a manifestar que lenta pero firmemente, hemos ido conquistando el poder y hemos ido realizando los cambios revolucionarios establecidos en el Programa de la Unidad Popular.....Somos dueños. Podemos decir: somos**

---

<sup>368</sup> “Acta de acuerdo CUT-Gobierno (1971-1972)”. [http://www.salvadorallende.cl/otros/cut-gobierno\\_1971-72](http://www.salvadorallende.cl/otros/cut-gobierno_1971-72). pág. 183. pdf

<sup>369</sup> Clotario Blest: “Organización de la Clase Trabajadora”. Punto Final. Santiago, 22 de Abril de 1969; págs. 22-25.

**dueños de nuestro cobre; somos dueños de nuestro carbón, de nuestro hierro, nuestro salitre, nuestro acero: las bases fundamentales de la economía pesada son hoy de Chile y los chilenos.....Y hemos acentuado y profundizado el proceso de reforma agraria: 1.300 predios de gran extensión; 2.400.000 hectáreas han sido expropiadas. En ellas viven 16.000 familias y hay cabida potencial para 10.000 más.....Creamos los Consejos Campesinos y nos hemos empeñado en cambiar las relaciones laborales. Hoy los trabajadores tienen conciencia de que son gobierno....Señalo como algo ejemplar la responsabilidad asumida por los dirigentes de la CUT, la importancia del Convenio CUT-Gobierno. Por eso también está en el Congreso Nacional el proyecto de ley que consagra la participación de los trabajadores en la administración de las empresas del Estado, de las empresas mixtas y en los Comités de Cooperación de las empresas privadas.....Controlamos el 90% de lo que fuera la banca privada; más de 70 empresas monopólicas estratégicas han sido expropiadas, intervenidas, requisadas o estatizadas.....En Septiembre de 1970 teníamos un 8,3% de cesantía; en Septiembre de 1971 la hemos bajado a 4,8% . .En 1970 los asalariados recibían el 50% de la renta nacional; en 1971, reciben el 59%”<sup>370</sup> .**

Otra característica del período, fue el alto nivel de organización de los trabajadores sindicalizados y nucleados en la CUT, que respaldaron las políticas de modo tal que disminuyeron sustancialmente las huelgas en las empresas del Estado y del Área de Propiedad Social, destacándose que los movimientos huelguísticos dirigidos contra el gobierno, en general, corrieron bajo la responsabilidad de organizaciones patronales, los colegios profesionales y sectores llamados gremialistas, ajenos a las organizaciones populares. Es el caso del famoso paro de octubre de 1972, centrado especialmente en el transporte ligado a empresarios privados.

En el primer semestre de 1972 el Presidente Allende entregó una cuenta o informe político a la organización provincial de la CUT de Concepción en la que señaló:

**“La gran preocupación de este gobierno está en organizar a los trabajadores y, fundamentalmente, a los campesinos, que han sido los más postergados, los más negados, los más retrasados.....He planteado antes y durante la campaña, por ejemplo, que en el Gobierno Popular habría menos huelgas. ¿Qué pasó aquí en Concepción? El año 1970 hubo 539 conflictos legales y 61 huelgas. El año 1971 hubo más conflictos, hubo 750 conflictos legales contra 539 de 1970. Pero, el año 1970 hubo 61 huelgas y el año 1971, a pesar de que hubo más conflictos legales, hubo sólo 10 huelgas.....El año 1971 no tuvimos huelgas; sino que, podría decir de segundos, en el carbón. No tuvimos huelgas en el cobre. No hemos tenido huelgas de los maestros. No ha habido huelgas en la inmensa mayoría de los servicios del Estado, por un nuevo espíritu y una nueva mentalidad.....En las empresas estatizadas ha habido aumento de producción y quiero señalar, con profunda satisfacción, que Concepción ha sido la provincia en que este aumento de producción de las empresas estatizadas, ha alcanzado el más alto nivel”<sup>371</sup> .**

<sup>370</sup> <http://www.salvador-allende.cl/ Discursos/1971/Primer aniversario.pdf>; págs. 2 y 4.

<sup>371</sup> <http://www.salvador-allende.cl/Concepción/cut.pdf>. pág. 4.

El respaldo y la coincidencia entre el gobierno de la Unidad Popular y la Central Única de Trabajadores se expresó desde el comienzo hasta el final del período analizado, de modo tal que no es posible omitir esta asociación si se pretende examinar las relaciones entre el sujeto popular y el devenir de las instituciones sanitarias. No obstante, resulta indispensable anotar que esta estrecha relación ha sido objeto de opiniones críticas respecto del rol que debió haber cumplido la organización de los trabajadores, en un proceso de emancipación y liberación revolucionarias, como las que se planteó la Unidad Popular.

Hay quienes señalan que el proceso de integración de la CUT al aparato del Estado sólo sirvió para acelerar las deficiencias orgánicas de la Central y sus dificultades para asumir un papel dirigente en la lucha de clases que se estaba desarrollando y que esta relación de identificación completa de la CUT con el gobierno de la Unidad Popular tuvo sus problemas, más todavía cuando sus dirigentes pertenecían a los partidos que integraban la coalición de gobierno, lo que dificultaba o impedía la participación de los dirigentes demócratacristianos al interior de la CUT, por ser ese partido el principal partido de oposición a la Unidad Popular.<sup>372</sup>

### **3. Vanos esfuerzos hacia el Colegio Médico.**

En los primeros meses de la gestión de gobierno, diversos portavoces de las nuevas políticas de salud, hicieron esfuerzos por conseguir la adhesión a ellas del Colegio Médico de Chile. Fue el caso del Dr. Gustavo Molina Guzmán, el antiguo compañero de Salvador Allende. En esa dirección, argumentaba el profesor Molina:

***“El Colegio condicionó su apoyo al Servicio Nacional de Salud a dos requisitos fundamentales: financiamiento suficiente y mejoría sustancial del nivel económico, social y cultural de la población”***

Y afirmaba que

***“...en las tres administraciones anteriores (Ibáñez, Alessandri y Frei), la dirección de la sociedad fue hostil a ese ideario del gremio y de modo franco o encubierto, mantuvieron subordinado el valor del hombre a los intereses mercantiles”***

lo que habría fomentado,

***“el descrédito del SNS, el sectarismo de sus directivos en la última década y el atraso en la preparación mental de la profesión médica y de los estudiantes para la modalidad del trabajo funcionario”***<sup>373</sup>.

Molina, continuaba proponiendo,

***“...al margen de las legítimas expectativas ideológicas de muchos médicos, la Presidencia de Allende ofrece a todo el gremio la mejor oportunidad de cumplir***

---

<sup>372</sup> Gaudichaud, Franck: “La Central Única de Trabajadores, las luchas obreras y los Cordones Industriales en el período de la Unidad Popular en Chile (1970-1973)”. Revista [www. Rebelión.org](http://www.Rebelión.org) Santiago, Chile, 2003.

<sup>373</sup> ***Gustavo Molina: Vida Médica N° 11; 1970. Citado por Labra, M. E. Ibid; 1997; pág. 284.***



**aqueellos requisitos y de perfeccionar la doctrina de 1952...,él encarna las aspiraciones de las fuerzas nacionales en su propósito de iniciar la construcción del socialismo....lo que requiere el esfuerzo serio de los médicos y del Colegio por cuanto la tendencia que ha adquirido actualmente la organización y financiamiento del trabajo médico, es antagónica a las orientaciones programáticas de la Unidad Popular y de la doctrina gremial de 1952”** <sup>374</sup> .

No obstante, esos esfuerzos se estrellaron con la realidad que la mayoría del Colegio Médico había construido en sus últimos quince años, bregando por el abandono de la doctrina del SNS y afirmando la medicina liberal.

Ya a partir de fines de 1970, en el plano de las políticas sectoriales de salud el gobierno de la Unidad Popular y las organizaciones sociales que lo respaldaban, particularmente, la Federación de Trabajadores de la Salud (Fenats), la Federación de Profesionales y Técnicos de la Salud (Feprotec), los Consejos Locales de Salud y los Consejos Paritarios creados como órganos de democratización de las instituciones sanitarias, se enfrentaron a poco andar, con las posiciones que asumió el Colegio Médico primero solo y luego como parte de la expansión del gremialismo que declaró la *guerra al compañero Presidente*. <sup>375</sup>

## 4. La Política de Salud de la Unidad Popular.

El gobierno de la Unidad Popular planteó como marco doctrinario de su política sectorial que

**“El pueblo expresa sus necesidades y problemas de salud vinculados a sus condiciones de vida, a través de la participación y que la salud es un proceso dialéctico, biológico y social, producto de la interacción del individuo y del medio ambiente, influido por las relaciones de producción de la sociedad, que se expresa en niveles de bienestar y de eficiencia física, mental y social. Es, antes que nada, una cuestión de estructura económica y social, de niveles de vida y de cultura. Es una obligación ineludible del Estado y sólo una sociedad socialista podrá solucionar integralmente.....y su camino estratégico es el Servicio Único de Salud, capaz de otorgar asistencia médica eficiente, oportuna, igualitaria, continua, suficiente y gratuita”** <sup>376</sup> .

A partir de esas definiciones doctrinarias y programáticas, el gobierno de Allende y el movimiento popular de masas que lo respaldaba se abocaron a poner en operación sus estrategias maestras fundamentales, que pueden ser sintetizadas en, un vigoroso y creciente proceso de participación de la población en la salud pública, a través de todas

<sup>374</sup> Labra, M.E. *Ibid*; 1997; pág. 284.

<sup>375</sup> Labra, M. E. *Ibid*. 1997; págs. 278-283.

<sup>376</sup> *Presidencia de la República. Mensaje del Presidente Salvador Allende al Congreso Nacional. 21 de Mayo de 1971. Archivo Nacional. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.*

sus organizaciones y en todos los ámbitos nacionales y en un fundamental proceso de democratización de todas las instituciones sanitarias.

La primera de estas estrategias básicas que movilizó y organizó a miles de ciudadanos en todo el país en torno a las campañas de salud, con la coordinación de la Comisión Nacional de Emergencia en Salud, queda reflejada en un párrafo de Illanes:

***“Uno de los signos más característicos del nuevo régimen socialista fue la presencia de la gente en las calles. Pero ya no se trataba de las imágenes de multitudinarias formaciones en marcha, que obviamente se acrecentaron, sino de la acción de la gente, de los jóvenes, de los profesionales, de los pobladores en las calles construyendo plazas, realizando trabajos voluntarios, alfabetizando, vacunando, educando....cada uno de los chilenos que apoyaba al gobierno se sentía comprometido en ayudar a la enorme tarea del enfrentamiento de la miseria material, fisiológica, cultural y moral”<sup>377</sup> .***

La segunda estrategia fundamental referida a la democratización de todas las estructuras e instituciones públicas de salud del país se concretó en Septiembre de 1971 con la dictación, por parte del Ministro de Salud Pública, del Decreto 602<sup>378</sup> que contemplaba la creación de:

-Un Consejo Local de Salud en cada uno de los establecimientos del Servicio Nacional de Salud compuesto por el Jefe del Establecimiento, un representante de cada una de las organizaciones poblacionales y unidades vecinales, un representante de cada uno de los organismos de trabajadores urbanos y/o consejos campesinos del sector, un número de representantes de proporcionalidad paritaria entre la FENATS, la FEPROTEC y los funcionarios afectos a la ley 15.076 (médicos, dentistas y químicofarmacéuticos) cuyo número no podrá ser mayor que la suma de representantes de las otras organizaciones, un representante del Gobierno Interior y un representante municipal.

-Un Consejo Paritario en cada establecimiento de salud, de representatividad paritaria entre trabajadores de la salud y representantes de la población compuesto por el jefe del establecimiento del SNS, uno o dos representantes de la FENATS, FEPROTEC y funcionarios de la Ley 15.076, dos representantes de las organizaciones y/o Consejos Campesinos y dos representantes de las organizaciones sindicales urbanas.

- Un Consejo Local de Área de Salud en cada una de las áreas de salud del país, de composición similar a los anteriores, pero referidos al área e integración de representantes de la Central Única de Trabajadores de Chile (CUT).

- Un Consejo Paritario de Área de Salud, de proporcionalidad paritaria, en todas las áreas de salud del país entre los representantes correspondientes de la población organizada.

Más allá de los impactos sanitarios de la estrategia de participación popular masiva y de los alcances que tuvo la estrategia de formación, organización y funcionamiento de estas instituciones de democratización de las estructuras públicas de salud en el breve

<sup>377</sup> Illanes, M. A.: *Ibid.* 1993; pág. 478.

<sup>378</sup> Decreto N° 602, Septiembre 1° de 1971. Ministerio de Salud.

período del gobierno de la Unidad Popular, lo que resulta relevante es que no hay precedente en la historia de la institucionalidad sanitaria chilena de decisiones político-institucionales de estas magnitudes, ni antes ni después de 1971.

Investigaciones publicadas en 1976 y en 1984 dan cuenta de los profundos impactos de la política de salud de la Unidad Popular, en indicadores de uso comúnmente aceptado para medir la eficacia sanitaria de las políticas públicas de salud. Es el caso de las mediciones de las tasas de mortalidad general e infantil entre 1970 y 1973 que revela un descenso de la mortalidad general de 8,6 por mil habitantes en 1970 a 8,1 en 1973 y en el caso de la mortalidad infantil, un descenso de 79,3 por mil nacidos vivos en 1970 a 65,1 en 1973.<sup>379</sup>

En materia de gasto público en salud como porcentaje del gasto fiscal total y del gasto fiscal social, se puede observar que en 1970 se gastó en salud el 7,1% del gasto fiscal total y el 17,0% del gasto fiscal social. Las cifras de estos mismos indicadores en 1973, fueron de 10,6 % y de 21,5 % respectivamente.<sup>380</sup>

No obstante lo analizado en los párrafos precedentes, los efectos de la incorporación del régimen doble de la Ley de Medicina Curativa al interior del SNS fueron evaluados por el gobierno de Allende como discriminatorios y generadores de severos problemas de operación y gestión, a la vez que inaceptables en términos de principios.

Las nuevas autoridades consideraban que el SNS

***“es el único servicio de salud del país que cumple la mayoría de los requisitos de organización y de infraestructura para lograr el Servicio Único. Para ello, el SNS debe ampliar su cobertura al total de la población, además de introducir otras correcciones en su administración que aumenten su rendimiento y eficacia”***<sup>381</sup> .

Continuaba señalando el Dr. Mariano Requena, Subdirector General del Servicio Nacional de Salud, que entre las características negativas del SNS que dificultaban el cumplimiento de los objetivos institucionales,

***“cabe destacar en primer lugar la existencia de una doble administración en el seno del SNS. Por una lado, la estructura y las líneas de administración regulares y por otro, las líneas de atención por el sistema de medicina curativa del Sermena. Actuando en los mismos locales, con los mismos recursos, con los mismos equipos, instrumental e insumos, los médicos especialmente obedecen a dos líneas de autoridades derivadas de dos fuentes y sistemas de pago y, sobretudo con dos niveles de remuneraciones distintas. Esta situación de hecho ha impedido implantar orden, racionalidad, disciplina, agilidad administrativa e igualdad en el trato”***<sup>382</sup> .

<sup>379</sup> De Kart, E. y cols.(1976) “Políticas y Programas de Salud: 1964-1973” In. Livingstone, M. y Raczyński, D. (ed) Salud Pública y Bienestar; Santiago. Cieplan.

<sup>380</sup> Lavados, Iván: “Evolución de las Políticas Sociales en Chile: 1964-1980”. Santiago. Naciones Unidas. 1984.

<sup>381</sup> Requena, Mariano: “Servicio Nacional de Salud 1971-1972”; Revista Apuntes (4); Santiago; 1972.

<sup>382</sup> Requena, Mariano: *Ibid*; 1972; págs. 4-5.

Otro efecto negativo que se había extendido en el SNS, era el predominio de conceptos y actitudes recuperacionistas de la salud, señalándose como referencia que en 1959, a través de un Decreto con Fuerza de Ley y luego en 1968 con la Ley de Medicina Curativa, se habían dado pasos importantes para reforzar las acciones de recuperación, dejando en segundo término las acciones preventivas. Puntualizaba Requena, en su trabajo:

***“Recibimos la herencia de un SNS desviado de la orientación que se le dio en su creación y centrado principalmente sólo en reparar el daño. Esta orientación ha impregnado la mente de los funcionarios y de la población que sólo ven en la reparación de la salud su única expresión. Los esfuerzos por corregirlo son doblemente difíciles por ser las acciones preventivas de mucho menos espectacularidad que las acciones reparativas”.***

Asociado a lo descrito se agregaban efectos concomitantes, asentados y sostenidos en las transformaciones estructurales regresivas que se citaban, como el predominio de valores individualistas en el trabajo de los profesionales, perdiéndose la valoración del trabajo en equipo en el abordaje de los problemas de salud. Sobre la base de exagerar el valor y el significado de la docencia y de la especialización médica, estos procesos necesarios se habían comenzado a transformar en mecanismos que operaban contra las labores asistenciales, lo que impedía que la institución abordara los grandes problemas de salud de la población con la eficiencia necesaria.

Los elementos culturales, afianzados en las transformaciones estructurales señaladas, parecían haber trastocado el sentido profundo de la práctica y el trabajo médico. Estos elementos comenzaban a desencadenar las primeras expresiones de alienación de las instituciones sanitarias chilenas, que abrirían paso a los procesos de crisis de la salud pública que parece vivir hoy día la sociedad chilena y que pavimentarían el camino, al despliegue del mercado y del capital financiero y sus normas que se hicieron hegemónicos en la salud chilena, finalmente, por acción de la dictadura.

El Dr. Requena agregaba en 1972 otro de los grandes problemas que enfrentó el gobierno de la Unidad Popular,

***“...la desmedida influencia del Colegio Médico en las decisiones y acciones propias de las líneas administrativa y ejecutiva del SNS, a todos los niveles de su organización. Contrasta esto, con la nula participación que tenían los profesionales no médicos, los funcionarios administrativos y los empleados de servicio. Menos ingerencia aún tenía el pueblo organizado. Esta situación evidentemente que carga la mano de las decisiones en función de los intereses profesionales de un solo grupo.....Otro camino ha sido la lucha por mantener y robustecer el sistema de medicina curativa dentro del SNS. Se trata de promover el sistema de “pago por acto médico”, y convertir así todo el aparato del SNS en un “gran pensionado”, que permita en su seno el juego de la libre competencia en salud. Esto se instrumentaliza a través del Fondo de Asistencia Médica (FAM) y a través del cheque-bono como instrumento valorizado de pago. Es decir, se conjugan los elementos de un sistema económico capitalista en la atención médica: de atención privada con un banco que es el Fondo de Asistencia Médica (FAM), un medio de pago que es el cheque-bono y un pensionado que es el Servicio Nacional de Salud. La***

**consecuencia final se traduce en grandes ganancias de un grupo de profesionales”<sup>383</sup>.**

Con el firme propósito de controlar y revertir los efectos negativos comentados sobre el funcionamiento del SNS y de la salud pública, el SNS y el Sermena, a instancias del Ministerio de Salud, acordaron en 1972 un nuevo convenio interinstitucional para hacer operar la Ley de Medicina Curativa, de acuerdo a las facultades que la Ley y su reglamento concedían al Ministerio de Salud para determinar la forma y condiciones en que el SNS concurriría al otorgamiento de las prestaciones a que se referían dichos cuerpos legales.

Este Convenio determinaba el pleno cumplimiento de los derechos de atención médica para los beneficiarios de la Ley en el ámbito del SNS en todo el país, suprimiendo el cheque-bono como instrumento de pago asociado a la relación individual entre el médico y el paciente, conservando la libre elección del establecimiento, suprimiendo todo pago o copago de los beneficiarios por las hospitalizaciones, reservando el 15% de todos los pagos interinstitucionales para ser invertido en el mejoramiento de equipos e infraestructura de los servicios, generando un proceso de pago del Sermena al SNS sobre la base de una tarifa única compensada, por las prestaciones que esos beneficiarios recibían en el SNS, establecido a partir del Arancel del Colegio Médico. Este Convenio fue aprobado en el Consejo Nacional de Salud, en la Sesión 1.042 del 14 de Diciembre de 1972, con la abstención de los dos consejeros representantes del Colegio Médico de Chile.<sup>384</sup>

El propósito era encausar la expansión de cobertura del Servicio Nacional de Salud hacia los empleados que había significado formalmente la Ley de Medicina Curativa, hacia la consolidación del Servicio Único de Salud, como estrategia rectora de una política de salud integral, universal, solidaria y no discriminatoria para todos los ciudadanos, que garantizara igualdad de trato técnico ante los mismos riesgos sanitarios.

La vorágine de acontecimientos políticos que culminó con el golpe militar de 1973 que interrumpió definitivamente el curso histórico republicano, alteró decisivamente el curso asumido entre 1970-1973 e inició un trayecto antagónico, aprovechando los componentes de medicina liberal que mercantizaron las prestaciones médicas y que estaban contenidos en la Ley de Medicina Curativa de 1968.

No obstante las evidencias mostradas respecto de la actitud contradictoria del Colegio Médico, un trabajo publicado en 1995, al analizar retrospectivamente la conducta de la Orden Médica, afirma que esta corporación apoyó decididamente el proyecto de ley de Medicina Curativa, porque la entendieron enteramente favorable a los intereses económicos de la profesión médica.<sup>385</sup>

Todo lo anterior permite inferir que la aprobación de la Ley de Medicina Curativa coronó una larga lucha del Colegio Médico, lo que sería una demostración de la fuerza

<sup>383</sup> Requena, Mariano: *Ibid*; 1972; págs. 6 y 7.

<sup>384</sup> Actas del H. Consejo Nacional de Salud. Sesión 1.042 del 14 de Diciembre de 1972.

<sup>385</sup> Horwitz, Nina et als.: *Ibid*. 1995; págs. 61-73.

del nuevo poder gremial oligarquizado y refractario a las transformaciones socializantes y que se afianzaba justamente, cuando la democracia política y social se expandía en Chile y surgían proyectos sociales alternativos que se oponían a la autoridad de la jerarquía médica.

El conjunto de evidencias presentadas y discutidas en este capítulo acerca del transcurso de la Ley de Medicina Curativa, desde su proyecto de ley original hasta su promulgación e implementación entre 1968 y 1973, especialmente el informe citado del Subdirector General del Servicio Nacional de Salud, informe técnico casi inédito para los efectos de su conocimiento actual, permiten comprender hoy día el acaecer de los acontecimientos vividos por la salud pública chilena, como expresión consecencial de los procesos políticos y sectoriales que ocurrieron en el país, desde la fundación del Servicio Nacional de Salud hasta el día de hoy y en los que la Ley de Medicina Curativa, tuvo un papel precursor del resurgimiento de la medicina liberal.

## CAPÍTULO X. EL PERÍODO DE LA DICTADURA MILITAR: 1973-1989.

Luego de todo el trayecto recorrido en este trabajo de investigación y a la hora de abordar el período de dictadura militar iniciado violentamente el 11 de Septiembre de 1973, conviene recordar que de acuerdo con la primera de las hipótesis de esta investigación, he argumentado que los procesos a través de los que se han desarrollado las instituciones sanitarias, han sido el producto de profundas contradicciones vividas entre las clases y grupos sociales que se han confrontado en las diversas etapas de la historia nacional.

A partir de esa mirada que pretende historizar los hechos, el devenir de las instituciones sanitarias chilenas se nos presenta, más que como una expresión de la linealidad del progreso, como un agitado conjunto de sucesivas y simultáneas luchas y confrontaciones sociales, entre los diversos sujetos sociales que han protagonizado los acontecimientos y que han luchado o por la transformación o por la conservación del orden social y sanitario vigente, con el carácter de una contienda central que le ha impreso al Estado, el sello que en cada etapa éste le dio a los problemas sanitarios.

He dicho además que esta sucesión de avances y retrocesos, de construcción y deconstrucción de nuestro edificio sanitario, se ha expresado en confrontaciones en cuya temporalidad se han impuesto algunas tendencias, sin que desaparezcan las otras, con características de elaboración ideológica creciente, entre la salud entendida como un derecho humano fundamental de responsabilidad social y la salud entendida como una

mercancía que se compra y se vende en el mercado.

Planteadas así las cosas, he señalado que los grandes problemas que mostró el Servicio Nacional de Salud así como las condiciones que dieron lugar a la Ley de Medicina Curativa de 1968, otorgan preexistencia a los planteamientos doctrinarios, ideológicos y políticos que habrá de sustentar la dictadura militar, desde 1973.

Lo anterior quiere decir que, desde el punto de vista de este trabajo de investigación, la arremetida de la dictadura militar contra el edificio sanitario del Servicio Nacional de Salud como expresión de la medicina social chilena, no constituyó un relámpago en cielo azul ni tampoco un conjunto de aberraciones inesperadas posibilitadas por el mercantilismo neoliberal, sino más bien el resurgimiento de antiguos planteamientos que veían técnica y financieramente inviable el sistema estatal y aspiraban a liberar, a la iniciativa privada en las prestaciones de salud, de la asfixia demagógica a que el estatismo las había sometido y que ya se habían pronunciado a favor del mercado como regulador y asignador de los recursos para la salud, en la lógica del capital financiero y en la definición de la salud como un bien esencialmente de responsabilidad individual.

## 1. Antecedentes del experimento neoliberal en Chile.

La estrategia de la dictadura militar en materia de salud y seguridad social, con total supresión de toda voz pública y de toda presencia del movimiento popular, se orientó a poner en funcionamiento el plan neoliberal elaborado desde la década de los años sesenta. por el Instituto de Economía de la Universidad Católica asesorado por los expertos de la Escuela de Chicago.

En el documento llamado “Tercer Manifiesto de Historiadores. La Dictadura Militar y el Juicio de la Historia”, se llama la atención sobre el hecho de la especial preocupación de la Universidad de Chicago para enviar a Chile a sus economistas, desde la década de los años cincuenta no sólo a realizar actividades académicas, sino a investigar la evolución económica y política del país, sugiriendo desde esas fechas, los ajustes estructurales que promovían la escuela económica de esa Universidad y el Fondo Monetario Internacional. En este sentido se entiende significativo *“que Chile fuera el único país del Tercer Mundo intervenido de esa manera, para que se realizara dicha tarea y formar una camada de jóvenes economistas capaces de realizarla”*.

Continúa el manifiesto citado señalando:

***“A mediados de 1960, ya existía en Estados Unidos un diagnóstico completo acerca del proceso chileno, aparte de la sugerente recomendación planteada por Tom Davis (profesor de Chicago visitante en la Universidad Católica) en 1962: el desarrollo de la acumulación capitalista en Chile sólo podía realizarse si se eliminaba de raíz el sistema previsional de entonces (que favorecía al trabajador y no al patrón), eliminación que, si no podía hacerse por vía democrática (lo que era imposible), recomendaba hacerlo por otros medios. Sólo esa eliminación podría garantizar la formación de un liberal mercado de capitales en el país”***<sup>386</sup>.



En consecuencia, parece obvio asumir que para la inteligencia de aquellos economistas de la Universidad Católica, discípulos de sus maestros de Chicago, sólo la eliminación radical del sistema previsional chileno, construido durante décadas, podía garantizar la formación de un liberal mercado de capitales.

No es menor para el desarrollo del objeto de estudio de esta Tesis, verificar la recomendación de Tom Davis en el sentido que si semejante propósito, claramente recomendado, no podía ser conseguido por medios democráticos, debía imponerse por la violencia que necesariamente sería ejercida sobre el edificio de las instituciones de la seguridad social chilena y sobre sus defensores para, como también lo señala el Manifiesto aludido, “*levantar sobre sus ruinas el indispensable mercado liberal de capitales*”.

A partir de los estudios y recomendaciones de los profesores de Chicago, formulados desde fines de la década de los años cincuenta, como ya se ha referido, un grupo de economistas nucleados en torno de lo que fue conocido como el Club de los Lunes elaboró durante los años del gobierno de la Unidad Popular, un documento que fue llamado *El Ladrillo*, en el que se plasmaron las ideas centrales de un modelo económico hacia el exterior basado en la liberalización de las importaciones, en mercados privados desregulados, abiertos y competitivos con las economías regionales y en la recomendada privatización de los servicios sociales.<sup>387</sup>

Los contenidos de este documento, que no fue conocido durante los días del gobierno constitucional, terminaron por imponerse en el seno de la dictadura militar a mediados de 1975, luego del ocaso de la influencia de los grupos partidarios de un ajuste gradual. Se impuso así la hegemonía de los grupos radicales que sostenían los elementos fundamentales del experimento neoliberal: deflación drástica, rápida transformación económica y una fuerte reducción del proteccionismo a la industria nacional, todo ello en el marco de una gran insensibilidad frente a los efectos que estas medidas provocaban en la mayoría de los sectores nacionales, incluidos algunos sectores del capital industrial y de los dueños de las tierras recuperadas de la reforma agraria.<sup>388</sup>

## 2. Las políticas sociales al servicio del modelo económico.

En el primer semestre de 1974, el General Gustavo Leigh, Comandante en Jefe de la

<sup>386</sup> “*Tercer Manifiesto de Historiadores. La Dictadura Militar y el Juicio de la Historia*”  
<http://www.rebellion.org/docs/49237.pdf> ; <http://www.purochile.org/Manifiesto.pdf> ;  
<http://www.rtvneruda.com/documentos/Manifiesto.pdf> ; <http://www.estocolmo.se/chile07/Manifiesto.pdf>

<sup>387</sup> Labra, M. E.: Ibid. 1997; págs. 323 y 324.

<sup>388</sup> Labra, M.E.: Ibid; 1997; págs.323-324.

Fuerza Aérea de Chile y miembro de la Junta de Gobierno, concurrió a la Convención de Consejos Regionales del Consejo General del Colegio Médico de Chile.

En su condición agregada de jefe del Consejo de Ministros para el Desarrollo Social, pronunció un importante discurso, en el que se señalaron las bases doctrinarias e ideológicas en cuyos marcos se formulaba el Programa de Desarrollo Social de Chile a que se disponía el gobierno militar. Precisaba, el General Leigh,

***“Me es muy grato alternar con los médicos chilenos, que tan alto nivel profesional han logrado entre sus congéneres de todos los países; cuya vocación, patriotismo y entereza fueron puestos a prueba por el gobierno marxista y a cuya expulsión del Mando Supremo contribuyeron tan decisivamente.....Para empezar quiero destacarles con toda franqueza que nos causa preocupación el que muchos chilenos, con tremenda superficialidad, crean o piensen que el gobierno marxista fue el origen y el término de los males de Chile.....Digo que nos causa preocupación, porque una visión errada de los hechos del pasado, conduce inevitablemente a diagnósticos equivocados y éstos, a su vez, a soluciones y remedios que agravan las enfermedades y las crisis.....A esta generación de chilenos...le corresponde por el contrario comprobar el agotamiento de los esquemas tradicionales en que se ha pretendido enmarcar al país a lo largo de varios decenios. Y luego, como en todo proceso vital y positivo, acompañar a su Junta de Gobierno en la tarea, no de reconstruir lo que fue Chile antes de 1970, pues en aquella sociedad circulaban activos los gérmenes de nuestra desintegración, sino de construir una sociedad de raíces auténticamente chilenas, inspiradas en nuestra historia y en nuestros legítimos intereses”***<sup>389</sup> .

Estas palabras de tan significativo personaje de la época, no sólo daban cuenta de la profundidad que tendría la globalidad de la gestión de la dictadura militar que se iniciaba sino que, de un modo particular, de la profundidad de las transformaciones que experimentaría el sector salud y sus instituciones sanitarias y cuya raíz se encontraba en el curso del siglo XX.

Luego de un abundante diagnóstico descriptivo y explicativo acerca de la catástrofe vivida por los chilenos en materia de salud, el General afirmaba que con el gobierno marxista *“culminaba el proceso ya muy avanzado de estatización y politización de Chile y sus organizaciones de salud”*. Por lo tanto,

***“....la política de salud y sus metas generales y específicas forman parte integrante del Programa de Desarrollo Social del país.....Es nuestro propósito ir cambiando y transformando las estructuras de la Salud, en forma paralela al progreso del resto de los programas socio-económicos, que tienen por finalidad la construcción de una sociedad más próspera, justa y eficiente...Pensamos que al Estado le corresponde un rol subsidiario en la producción de riqueza y en la operación de las prestaciones de Servicios...Al respecto, somos suficientemente realistas y pragmáticos para tener claro que pese a todo el progreso que estamos seguros nuestra acción de Gobierno le dará a Chile en definitiva, existirán***

---

<sup>389</sup> General Gustavo Leigh Guzmán: Discurso ante Convención Nacional del Consejo General del Colegio Médico de Chile. Citado por Carvajal, Yuri et als: “Calbuco, Castro, Quellón: 1962-73”; Tangram Ediciones; Santiago; 2007; págs. 123-133.

**siempre sectores de chilenos que por una u otra causa deberán apoyarse en el Estado para ciertas prestaciones o servicios.....Por otra parte, sabemos que para el Estado, con su penuria actual de recursos, le es y será absolutamente imposible financiar la atención de toda la población. Y que los servicios estatales nunca pueden llegar a ser realmente eficientes”<sup>390</sup>.**

Ciertamente, las definiciones básicas de políticas de salud citadas, quedaban supeditadas a los principios económicos del libre mercado, como único camino, dada la subsidiariedad del Estado y su incapacidad irremediable de eficiencia.

Algunos meses más tarde, en 1975, el Ministro de Salud, General de Aviación Herrera Latoja declaraba que

**“1975 es el año de la transición para la incorporación de la salud a la política económica de libre mercado en la que el pago de la atención de salud deberá estar de acuerdo con la capacidad de los ciudadanos para costearla y será proporcional a la renta del grupo familiar, desapareciendo la gratuidad de los servicios y el concepto estatista y socializante imperante hasta esta fecha, permanecerá sólo como una obligación apenas para los casos de extrema indigencia.”<sup>391</sup>.**

Así pues, es posible plantear que, a pesar que la Junta de Gobierno había reconocido el derecho a la salud como único e indivisible, que se adquiría con la concepción y que se reafirmaba con el nacimiento, el conjunto de políticas de salud y de seguridad social puestas en operación por la dictadura, no tuvieron por finalidad esencial objetivos sectoriales, de carácter sanitario o de protección social. Al contrario, todos estos hechos permiten entender que la lógica de las llamadas modernizaciones que introdujo el Estado neoliberal, tuvieron un carácter exclusivamente económico.

**“Tienen por fin crear condiciones de excepción para la formación y acumulación de capital. En un grado que supera lo imaginado por los propios expertos de Chicago. Tom Davis había calculado, según se indicó, que esas cotizaciones y tributaciones deberían apartarse de los caminos naturales de la acumulación capitalista, pero no sugirió jamás que debían ser y convertirse en el motor estratégico de esa acumulación. Lo que revela que esta lógica modernizadora (“privatizadora” sería un término más apropiado), si es acumulativa, lo es en el sentido de lo que alguna vez se llamó acumulación primitiva del capital (no basada en la producción e intercambio libre de mercancías, sino en la expropiación o robo de los medios de producción)”<sup>392</sup>.**

Desde el punto de vista de las transformaciones experimentadas por las instituciones sanitarias chilenas durante la dictadura militar, situadas en los marcos generales y principales descritos en los párrafos precedentes, es posible plantear que se pueden ordenar en dos períodos estratégicos, separados, en 1979, por el inicio del período legislativo del gobierno militar que abrió paso a la institucionalización formal del sector salud que perdura, en general, hasta nuestros días.

<sup>390</sup> General Gustavo Leigh Guzmán. Citado por: *Ibid. Carvajal, Yuri et als; 2007; pág. 128 y 129.*

<sup>391</sup> Raczyński, Dagmar: *“Reformas al Sector salud: diálogos y debates”.* Estudios Cieplan (19); 1983; págs.5-44.

<sup>392</sup> Salazar, G. y Pinto, J. :*“Historia Contemporánea de Chile I”.* 1999; pág. 111.

A partir del golpe militar en 1973 se inició un período que puede ser entendido como de desmantelamiento y abandono del desarrollo del aparato público de salud, particularmente del Servicio Nacional de Salud. Ya se mencionaron las opiniones del Dr. Ramón Valdivieso publicadas en 1977, donde el Ex Ministro de Salud Pública de Frei Montalva, daba cuenta de la obsolescencia de la propia Ley de Medicina Curativa, por el retiro de los médicos de su operación.

Las drásticas políticas de reducción del gasto afectaron severamente al Servicio Nacional de Salud y a los presupuestos de todo el sector público de salud. Esta política financiera del sector salud se caracterizó por una fuerte y progresiva reducción del aporte del Estado al gasto en salud, por un creciente y pertinaz aumento de los aportes de la población por concepto de cotizaciones y por una disminución de los aportes del sector patronal, que llegó a ser voluntaria a lo que se agregó una reducción brusca y sostenida, casi hasta la extinción, de los presupuestos de inversiones en equipamiento, tecnología y en mantenimiento.

***“En 1974, el Estado contribuía con el 61% del gasto en salud pública; los cotizantes: 19%. En 1989, el Estado bajó su aporte a 17% mientras los cotizantes subían al 81%. Los patrones, por su lado, reducían su aporte de 19% en 1974 a sólo 1,6% (por demás voluntario) en 1989”***<sup>393</sup> .

Resulta fundamental señalar que la reducción de la participación del Estado y de los empleadores en el financiamiento de la salud, constituye todo un record chileno. Solo Suiza se acerca a las cifras chilenas, pues allí la contribución directa de los cotizantes alcanza al 71%.

***“Esta arrasante reducción de los roles del gobierno y de los empleadores en salud pública constituye, para Chile, un record mundial... Si se excluyen Suiza y Chile, la contribución promedio de los cotizantes va, en la mayoría de los países, desde cero por ciento (en Canadá y Dinamarca), a 46% en Austria”***<sup>394</sup> .

A la hora de medir el gasto fiscal en salud como porcentaje del gasto social total entre 1974 y 1988, se comprueba que mientras en 1974 el sector salud consumía el 17,5 % de ese total, en 1988 descendió al 6,9 %, luego de una curva de descenso ininterrumpida.<sup>395</sup>

También con el propósito de controlar el gasto en los servicios sociales, pero además por la entendida necesidad política de exonerar a fuertes contingentes de funcionarios de los servicios públicos de salud, que el régimen militar asociaba a la Unidad Popular, los niveles de desempleo crecieron de modo espectacular en los años de la dictadura, particularmente en los primeros diez años del gobierno militar.

Son incontables los testimonios que hablan de cómo la vida de los centros de salud,

---

<sup>393</sup> Mariano Requena: “Marco histórico del sistema de cuidado de la salud chileno” (Manuscrito). Tabla N° 4. Citado por Salazar, G. y Pinto, J. *Ibid*; 1999; pág. 12.

<sup>394</sup> J. Collins y J. Lear: “Chile’s Free-Market Miracle: A second look. (Monroe, Or., 1998). Citados por Salazar, G. y Pinto, J. *Ibid*; 1999; pág. 112.

<sup>395</sup> Rozas, María del Pilar: “Evolución del Gasto Social en Chile”. 1992. In: Wisecarver, D. (ed). El Modelo Económico Chileno. Santiago, CIDE/PUC.

consultorios y hospitales se comenzó a apagar, disminuyendo crecientemente el rol cultural y social que estos establecimientos jugaron en los años anteriores a la dictadura, particularmente entre 1970 y 1973 en que constituían verdaderos centros sociales y docentes de construcción colectiva de nuestra cultura sanitaria. Los establecimientos de salud, fueron enrejados creándose cuerpos de vigilancia que dependían de los órganos de seguridad del Estado y que impedían el libre acceso de la población a sus recintos sanitarios. En los hospitales la escasez de financiamiento de los gastos corrientes, significó crecientemente la ausencia de ropa en las camas, la supresión de los presupuestos para calefacción y para las reparaciones y mantención indispensables de las viejas y antiguas estructuras del edificio sanitario nacional.

En la década de los ochenta, escribí en el diario “Fortín Mapocho” un artículo de opinión que se llamó *“Mi Paciente tenía la razón”*, que evocado hoy en estas cuartillas académicas es un fiel reflejo del deterioro inimaginable de las condiciones de funcionamiento de los establecimientos públicos de salud en aquellos años, por acción de las políticas neoliberales de la dictadura a que he aludido, en los párrafos precedentes. Señalaba en ese artículo:

***“-No, doctor, no me voy a ir a un hospital. Venderé todo lo que tengo, pero no me voy a ir a un hospital.- Me costaba entender la determinación de mi paciente. Se hacía evidente en su expresión el temor a los hospitales públicos y la certidumbre de que así era de grave. Hace pocos días fui al Hospital El Pino. Al franquear la reja del recinto vi como los guardias le exigen a la gente el carné. Los jardines se veían vacíos y al entrar al hospital me llamó la atención la ausencia de personal y de enfermos. Los pasillos largos y vacíos. Me costó encontrar a una “dama de azul” a quien pedir información. Mientras caminaba, crecían mi asombro e indignación: dependencias vacías, sin personal, grandes salas con catres a medio dismantelar y sin enfermos; lo que los técnicos llaman “capacidad instalada ociosa por falta de mantenimiento”; todo esto en un área de Santiago atestada de necesidades no satisfechas de atención. Afuera el sol entibiaba, unos trece, catorce grados. En el interior, el frío impresionaba: no más de ocho o diez grados junto a las viejas salamandras de fierro, que no se prenden ni un día al año. Las condiciones inhumanas de atención, el amedrentamiento de los guardias, la miseria técnica y la insuficiencia de personal útil pareciera que han terminado por yugular la demanda. No sería extraño. Nuestro pueblo es inteligente y a pesar de todos estos años de barbarie en salud, desarrolla su propia cultura y parece haber aprendido a distinguir el cuidado de la salud de lo que hoy ofrecen los hospitales del sistema.....Ya terminé de entender: mi paciente tenía toda la razón”***<sup>396</sup> .

En un trabajo que mide los indicadores macroeconómicos claves para Chile en porcentajes, se señala que en 1974 el desempleo alcanzó al 9,2 % de la población económicamente activa, en tanto que luego de una tendencia ascendente llegó a la cifra de 30,4 % en 1984.<sup>397</sup>

<sup>396</sup> Fortín Mapocho Diario: Santiago, Jueves 12 de Mayo de 1988. Sección Opinión; pág 9.

<sup>397</sup> French-Davis, R. y Labán, R.: “Desempeño y Logros Macroeconómicos en Chile”. CIEPLAN; 1995.

Salazar y Pinto formulan una reflexión acerca de cómo parecen haberse comportado las elites históricamente, en cuanto a los límites éticos con los que enfrentaron los procesos de acumulación, que me parece muy pertinente citar, por cuanto puede permitirnos entender la voluntad política de demoler necesariamente el edificio histórico de la institucionalidad sanitaria y previsional que inspiró al régimen neoliberal instalado en 1973, para poder permitir la emergencia del mercado de capitales a partir de los fondos previsionales de los trabajadores chilenos. Dicen los autores mencionados:

***“Es también ilustrativo recordar que la acumulación capitalista del período liberal anterior (1870-1927) no metió manos en los enormes fondos sociales de la red nacional de sociedades mutuales que artesanos, trabajadores y empleados formaron por sí mismos. ¿Es que todo liberalismo pasado fue mejor? ¿Es que su avidez acumulativa tuvo, al menos, en cuanto respeto a los derechos ciudadanos, un límite ético?”***<sup>398</sup> .

A pesar de todo aquello, tengo la íntima convicción que una de las características centrales de la larga construcción de la institucionalidad sanitaria durante el período estudiado en este trabajo de investigación, es que fue creando en las generaciones sucesivas de ciudadanos chilenos, una cultura sanitaria colectiva cada vez más sólida que, a pesar de las precariedades e insuficiencias, le permitió al Servicio Nacional de Salud, contar con el respaldo y la confianza técnica de los ciudadanos para ejercer su liderazgo como autoridad sanitaria.

Una de las oportunidades en que esta situación se expresó con claridad fue en el año 1991 cuando, a pesar de los efectos regresivos sobre el sector público de 17 años de dictadura y con ocasión de la epidemia de cólera que asoló a buena parte de América del Sur, nuestra población acogió en profundidad el liderazgo sanitario del Ministerio de Salud, lo que permitió a nuestra población controlar la epidemia con daños muy menores que los acaecidos en los otros países de la región afectada.

Esta peculiaridad le permitió a nuestras instituciones sanitarias ser el instrumento eficaz para lograr niveles de salud, comparables con países desarrollados que han destinado gastos muy superiores al gasto en salud chileno.

### 3. Las transformaciones de la institucionalidad sanitaria de la dictadura.

A partir de 1974, la nueva Dirección del Servicio Nacional de Salud, junto a algunos cuadros dirigentes del Colegio Médico y algunos economistas asesores provenientes de la Oficina de Planificación Nacional (ODEPLAN) elaboraron un documento de trabajo, que fue conocido con el nombre de “Sistema Nacional de Servicios de Salud”, que se plantea como parte del proceso de reconstrucción nacional y como una constatación de que el Servicio Nacional de Salud no era funcional a la economía social de mercado, apareciendo como una “*isla socialista*”, en el contexto de las ideas sustentadas por el

---

<sup>398</sup> Salazar, G. y Pinto, J.: *Ibid*; 1999; pág. 111.

nuevo gobierno.

En términos doctrinarios, ese texto establece que *“la salud no es un bien que se otorgue, sino que es adquirido por la población”*, lo que implica el derecho a recibir atención junto a la obligación de concurrir a su financiamiento, lo que es considerado un asunto fundamental dados los altos costos de la medicina, la necesidad de impulsar la medicina privada y el imperativo de la libre elección.<sup>399</sup>

El nuevo sistema que propone el documento citado, sería constituido por instituciones públicas, semifiscales, privadas y por el ejercicio liberal de los médicos, individual y por equipos, en conformidad con un conjunto de reformas administrativas y de regionalización, que se pondrían en marcha. Estas definiciones embrionarias planteadas en el documento de 1975, ya daban cuenta de la esencia de las principales transformaciones que experimentaría el sector público de la salud, esbozaban el rol de la medicina privada y creaban el espacio, entre los objetivos del nuevo sistema, para la existencia del sistema de los seguros de salud.

A fines de la década de los años setentas, el sistema asistencial particularmente los hospitales, entró en colapso en esencia por la retracción de los recursos, de modo tal que ***“...el gasto fiscal en salud que en 1973 representaba el 21,5% del gasto social fiscal total, cayó en 1979 al 13% y el gasto público en salud per cápita en 1980, era 21% menor que en 1969”***<sup>400</sup>.

En los hechos, pese a los estudios desarrollados desde los primeros meses de la dictadura militar, su estrategia legislativa en materia de transformaciones de la institucionalidad sanitaria y previsional, se inició formalmente en 1979.

Una consideración muy especial, entre las transformaciones de las instituciones sanitarias operadas por el régimen militar, merece la Municipalización de la Atención Primaria, de hondas repercusiones en la integralidad doctrinaria, conceptual, cultural, orgánica y operacional de los servicios de salud en Chile.

A través del Decreto con Fuerza de Ley N° 1-3.063 de 1980 del Ministerio del Interior todos los consultorios, urbanos y rurales y las postas rurales pasaron a ser administrados por las municipalidades, reformándose además la llamada Ley de Rentas Municipales aprobada en 1979, con lo que se fijaron nuevos marcos financieros y administrativos que le dieron más autonomía a los organismos municipales.<sup>401</sup>

Esta medida indujo una profunda fractura y desintegración de un sistema de salud, concebido y organizado desde sus comienzos, en función de niveles de atención progresivos y lógicos y de complejidades graduales, cuyos efectos sobre la eficacia y la eficiencia del sector salud y sobre la calidad de la atención otorgada, subsisten hasta el día de hoy.

<sup>399</sup> Sistema Nacional de Servicios de Salud. Documento mimeografiado. Ministerio de Salud, 1975. Citado por Labra, M.E. Ibid. 1997; pág. 359.

<sup>400</sup> *Raczynski, D. Ibid. 1983; pág. 16.*

<sup>401</sup> Labra, M.E. Ibid. 1997; pág. 369.

Significó concretamente, que el conjunto de los establecimientos de nivel primario, dejó de estar institucionalmente vinculado al conjunto de los hospitales nacionales y por el contrario, su dependencia administrativa y financiera directa, se estableció con las más de trescientas municipalidades del país. Los efectos de esta decisión que se inició en 1980 y se terminó de concretar entre 1987 y 1988, perduran hasta el día de hoy.

Entre sus antecedentes formales se encuentra la decisión de las autoridades de salud de dar preferencia a los establecimientos del primer nivel de atención, en un programa de expansión de la Atención Primaria financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la Organización Panamericana de la Salud desde 1977, como parte de la preparación de la agenda mundial de la Conferencia de Alma Ata de 1978.<sup>402</sup>

Sus objetivos hablaban formalmente de aproximar los servicios a las necesidades de las personas, obtener mayor eficiencia con menor costo, mejorar el control de la gestión, propiciar la participación social y facilitar la privatización.

Más allá de los propósitos explícitos que señalaban los documentos formales, lo central correspondía a la decisión de abrir el campo de los servicios primarios de salud a la inversión del sector privado. El Subsecretario de Salud de la época, don Hernán Buchi afirmaba que

***“descentralizar la gestión del sector salud hacía más factible en el futuro la transferencia gradual de las acciones estatales de salud al sector privado”***<sup>403</sup> .

Junto al proceso de municipalización de la atención primaria, el régimen militar como ya he dicho inició las demás transformaciones estructurales, frente al colapso financiero del sector público.

En efecto, en Febrero de 1979 se dictó el Decreto-Ley N° 2516<sup>404</sup> en el que se eximió de las exigencias de colegiación a los profesionales que se desempeñaban en determinados cargos públicos y despojó de su carácter obligatorio a los aranceles de honorarios de los Colegios Profesionales, dándoles sólo un valor de referencia.

Esta ley borró buena parte de las prerrogativas de los Colegios Profesionales, ordenando la libertad de asociación, prohibiendo la sindicalización obligatoria, disposición que fue incorporada al texto constitucional de 1980.

En julio de 1979 se dictó el Decreto Ley N° 2757<sup>405</sup> que estableció las normas para las Asociaciones Gremiales a las cuales fueron adscritos posteriormente los Colegios Profesionales.

De modo complementario, el Decreto Ley N° 3621<sup>406</sup> de Febrero de 1981 estableció

---

<sup>402</sup> Jiménez, J. y Gili, M.: “Municipalización de la Atención Primaria en Salud”. In: Jiménez, J. (ed.). *Sistemas de Salud en Transición hacia la Democracia*. OMS/OPS/Ed. Atenea. Santiago; 1991.

<sup>403</sup> *Heyemann, Beatriz: “Municipio, descentralización y salud”: In: ILPES-OMS/OPS-Ministerio de Salud. La Municipalización de Servicios Sociales en Chile. Santiago; 1995; pág. 158.*

<sup>404</sup> Diario Oficial: 6 de Febrero de 1979. Biblioteca del Congreso Nacional.

<sup>405</sup> Diario Oficial: 4 de Julio de 1979. Biblioteca del Congreso Nacional.



que los Colegios Profesionales fueron transformados en simples Asociaciones Gremiales de derecho privado y con afiliación voluntaria. Estas disposiciones obligaron a las organizaciones creadas por ley, a redefinir su status jurídico mediante la inscripción voluntaria, así como a la redacción de nuevos estatutos que excluyeran la exigencia del registro en el colegio para poder ejercer la profesión y la potestad del colegio sobre la ética profesional, la que pasó al ámbito de la justicia ordinaria.

A lo menos debe entenderse como paradójal que el Colegio Médico de Chile, activo impulsor del golpe de Estado y del quiebre democrático haya visto cercenados todos sus poderes, adquiridos desde 1948, por la acción política del gobierno militar que ayudó a instalar.

En el mismo año 1979, la dictadura emitió el Decreto-Ley N° 2575<sup>407</sup>, que incorporó a los beneficiarios del régimen del Servicio de Seguro Social al régimen de libre elección, que había consagrado la ley de Medicina Curativa de 1968, permitiendo además la intervención intermedia de instituciones financieras al interior de la relación entre prestadores y usuarios, tanto en lo individual como en aquella relación mediada por el Fondo de Asistencia Médica, generado por la Ley de Medicina Curativa.

Así las bases doctrinarias de la Ley de Medicina Curativa que introdujeron los elementos mercantiles al interior del sector público de salud en 1968, se generalizaban para todos los ciudadanos chilenos, autorizándose plenamente la intermediación del capital financiero en las relaciones entre el médico y el paciente, entre el prestador y el beneficiario.

En Agosto de 1979, el régimen militar dictó el Decreto-Ley N° 2763<sup>408</sup> que puso fin al Servicio Nacional de Salud y al Servicio Médico Nacional de Empleados, creando el Sistema Nacional de Servicios de Salud y el Fondo Nacional de Salud, actualmente existentes y con ello los nuevos términos de financiamiento de los Servicios de Salud.

No obstante dejar de existir el imperio de la Ley de Medicina Curativa, la universalización de la libre elección y las políticas que seguidamente y desde ese momento aplicó la dictadura, consagraron el llamado sistema de salud mixto y el pago por prestaciones en todo el sistema público que acabó con los presupuestos por programa. Con ello, los principios centrales que habían concurrido a dar vida a la Ley de Medicina Curativa y que conspiraron siempre contra el imperio de la solidaridad y la medicina socializada, se terminaron imponiendo en todo el país.

Con el Decreto-Ley 3500<sup>409</sup>, la dictadura creó el nuevo sistema previsional chileno, vigente hoy día, terminando con el régimen solidario y estableciendo las estructuras financieras y jurídicas de las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), que rápidamente se transformaron en uno de los negocios más rentables y prósperos para el

---

<sup>406</sup> Diario Oficial: 7 de Febrero de 1981. Biblioteca del Congreso Nacional.

<sup>407</sup> Diario Oficial: 15 de Mayo de 1979. Biblioteca del Congreso Nacional.

<sup>408</sup> Diario Oficial: 3 de Agosto de 1979. Biblioteca del Congreso Nacional.

<sup>409</sup> Diario Oficial: 13 de Noviembre de 1980. Biblioteca del Congreso Nacional.

capital financiero.

Respecto de este cuerpo legal parece interesante comentar que, así como la asonada militar de 1924 había permitido la aprobación completa de la legislación que posicionó a Chile como pionero del moderno Estado Benefactor, la rápida y casi sin trámite aprobación del Decreto Ley 3.500 de 1980 colocó a Chile a la cabeza internacional de la modernidad finisecular del libre mercado desregulado, con un Estado subsidiario y con mínima ingerencia en el control del sistema previsional.

Los fundamentos del nuevo régimen previsional que acordó el Decreto Ley 3.500<sup>410</sup>, pueden ordenarse del modo siguiente:

-Capitalización individual, “para relacionar los beneficios con los esfuerzos realizados por los trabajadores durante su vida activa”.

-Capitalización efectuada y administrada por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

-Contribución de los empleadores con el 10 % de la renta imponible de los trabajadores, deducible en parte del impuesto sobre la renta, pagado por los trabajadores.

-Liberación de los empleadores y del Estado de toda contribución a estos fondos, responsabilizando al individuo por su futuro, eliminando todo concepto “del impuesto al trabajo”.

-Ámbito de cobertura de la Ley exclusivamente referido a la jubilación, dejando la protección contra la invalidez y otros riesgos para ser contratados por los trabajadores con compañías privadas de seguros.

Jubilación a los 60 años de edad para la mujer y a los 65 años para los hombres, como criterio único.

-Posibilidad de que el afiliado pueda complementar sus fondos personales con valores adicionales o con más tiempo de trabajo.

-De acuerdo con la definición de “economía social de mercado”, la solidaridad de base estaría garantizada por una pensión mínima de vejez, invalidez o muerte concedida por el Estado o por su complemento, cuando la pensión fuere que el mínimo, además de una pensión asistencial para aquellos en extrema pobreza.

-Concurrencia autorizada de las AFP al mercado de capitales, fijando la Ley los instrumentos en que puedan invertir.

-Autonomía del sistema de AFP, regulado por una Superintendencia independiente del sistema bancario.

Muy pertinente resulta señalar que este nuevo régimen implicó tres aspectos relacionados: la reconceptualización de la contribución previsional, la extinción de la diferencia histórica entre obreros y empleados y la separación definitiva de la previsión y la salud.

---

<sup>410</sup> “Historia Fidedigna: Decreto Ley N° 3.500 que Establece el Nuevo Sistema de Pensiones”. Biblioteca del Congreso Nacional.

A través del Decreto con Fuerza de Ley N° 3 de 1981 <sup>411</sup>, la dictadura creó las Instituciones de Salud Previsionales (ISAPRE), con lo cual se estableció el derecho de los ciudadanos a prescindir de la solidaridad en la construcción del financiamiento del Sistema de Salud Nacional. Estas instituciones pertenecen hoy íntegramente al ámbito de lo que en el lenguaje económico se denomina capital financiero.

Así, los ciudadanos chilenos que reciben un sueldo o un salario, sean obreros o empleados, adquirieron el derecho a entregar su cotización de salud obligatoria al sector privado organizado en las ISAPRES, que compiten entre ellas en términos de mercado, por la preferencia de los individuos cotizantes.

En 1985, se dictó la Ley 18.469 <sup>412</sup> o Ley de Prestaciones de Salud, que elevó la cotización de salud obligatoria al 7% de los sueldos y salarios brutos, clasificó a todos los ciudadanos con derecho al acceso a la salud, en cuatro categorías en función explícita de sus ingresos y, por lo tanto, de su capacidad de pago, fijando los montos, proporciones y criterios con que el sistema público bonificará las prestaciones de cada una de las cuatro categorías, creando así legalmente, para cada prestación el co-pago.

Todos estos elementos y figuras jurídicas creadas por la dictadura, en su etapa legislativa en salud que inició sólo en 1979, contienen las principales categorías que incorporó a la normativa legal, en materia de salud, la Ley de Medicina Curativa.

---

<sup>411</sup> Diario Oficial : 19 de Mayo de 1981. Biblioteca del Congreso Nacional.

<sup>412</sup> Diario Oficial: 23 de Noviembre de 1985. Biblioteca del Congreso Nacional.



---

## REFLEXIONES FINALES.

No me ha sido fácil resistir la tentación de intentar formular algunas conclusiones luego de este trabajo de investigación, que habrían tenido por pretensión garantizar la consagración o perdurabilidad de algunos juicios personales.

No obstante, ha prevalecido mi juicio crítico acerca de casi todas las conclusiones con que culminan los trabajos historiográficos. Tal vez, más allá del destino de las hipótesis que se formulan al iniciar el relato y que ciertamente están a disposición del juicio crítico de los lectores que son los que en definitiva evalúan estas investigaciones, las reflexiones finales mayores o más importantes que provoca una investigación, pueden tener como propósito legítimo generar otros espacios de problematización de nuevos y complementarios objetos de estudio, que alimenten nuevas y más profundas investigaciones orientadas a la comprensión del presente, desde la pretensión heurística de crear nuevo conocimiento acerca de cómo ocurrieron los hechos y de por qué ocurrieron de ese modo.

Puestas así las cosas, la primera reflexión que ofrezco se refiere a que es posible entender validada la primera hipótesis que he formulado al plantear mi investigación, en el sentido que los antecedentes incorporados al texto de este análisis investigativo, a partir de las fuentes consultadas, los estudios citados y los análisis que de ellos se desprenden, parecen confirmar que el decurso de las instituciones sanitarias chilenas desde fines del siglo XIX hasta el presente, con precisión hasta 1989, ha estado muy claramente asociado a la forma como se han resuelto, en las diversas etapas y períodos, las contradicciones y antagonismos entre los diversos sectores y sujetos sociales que

han sido protagonistas de los escenarios políticos que han ocupado los espacios públicos nacionales y que este transcurso histórico no ha correspondido a la linealidad ineluctable del consenso y del progreso con rasgos de continuidad histórica, sino a la dialéctica de los procesos sociales que han generado los hechos.

Los antecedentes y análisis ofrecidos en el texto de esta investigación que han pretendido historizar los hechos parecen confirmar así, que el desarrollo de nuestras instituciones sanitarias ha correspondido a agitados conjuntos sucesivos y simultáneos de luchas y movimientos sociales en cuya temporalidad se han impuesto ciertas tendencias sin que desaparecieran las otras, en confrontaciones ideológicas que ciertamente han alcanzado el siglo XXI, entre los que han luchado por la transformación o la conservación del orden social y político vigente, contienda principal que parece haber determinado el carácter central que tuvo, en cada etapa, la respuesta estructural y social que el Estado dio a las necesidades y problemas de salud de su población. Todo ello en un marco polarizado, entre los sujetos sociales que han impulsado la medicina social de inspiración solidaria y con un rol preponderante del Estado en su gestión y control y aquellos sectores y sujetos que han sustentado el carácter privado de la salud, con un rol preponderante del mercado y con una función subsidiaria del Estado.

La segunda reflexión que ofrezco se refiere a que también puede entenderse validada mi segunda hipótesis con que he iniciado esta investigación, en el sentido que los antecedentes provenientes de las fuentes y de los estudios citados permiten verificar la emergencia a los espacios públicos de la vida ciudadana chilena, desde fines del siglo XIX, del movimiento obrero organizado como expresión de la maduración del capitalismo como modo de producción dominante, con conciencia creciente de historicidad y que con rapidez se constituyó en el sujeto social que interpeló profundamente a la elite política y social del Estado liberal-oligárquico, dándole existencia social y política a la “cuestión social” chilena y precipitando la crisis de ese Estado y el advenimiento del Estado Asistencial.

Desde mi punto de vista, me parece válido ofrecer una tercera reflexión en el sentido que el sujeto social original citado, constituido sustancialmente por el movimiento obrero y las primeras expresiones del movimiento estudiantil, vivió un proceso de expansión desde los años cincuenta del siglo XX, por el advenimiento del movimiento de pobladores, que con sus movilizaciones urbanas y tomas de terrenos cambiaron el perfil urbano del país y la emergencia de las organizaciones campesinas, en especial en la década larga de los sesentas, lo que generó lo que he llamado un *sujeto social expandido*, cuya progresiva organización y movilización condicionó el perfil político del país y ciertamente, impulsando claramente las tendencias solidarias de la medicina social chilena que culminaron en el gobierno de la Unidad Popular y con ello agitando, por cierto, las disputas y contradicciones vividas por las instituciones sanitarias hasta 1973.

Otra característica que fluye del análisis de la investigación presentada, es que puede también resultar válido reflexionar acerca del carácter permanente que ha tenido la contradicción principal planteada en todo el transcurso secular examinado, en el sentido que en las diversas etapas en que las crisis se han resuelto a favor de una de las tendencias, esto parece haber ocurrido sin que se hayan extinguido o desaparecido las tendencias contrarias y/o antagónicas, lo que de un modo principal ha determinado la

---

preexistencia de los antecedentes de cada una de esas tendencias.

Ciertamente, los antecedentes del Servicio Nacional de Salud de 1952, se encuentran en las inspiraciones y motivos que impulsaron a los sujetos sociales protagonistas en las décadas anteriores, el movimiento obrero y estudiantil, la Federación Obrera de Chile y la Federación de Estudiantes de Chile, los Congresos de la Beneficencia de 1917 y 1922, la Asamblea Obrera de Alimentación Nacional de 1918, el Sindicato de Médicos de Chile, la doctrina de la medicina social de la Vanguardia Médica en los años treinta.

Del mismo modo, me parece válido señalar que los contenidos mercantilizadores del trabajo médico, sustentados por mayorías crecientes de las Convenciones del Colegio Médico de Chile desde 1956 en adelante, así como los contenidos privatizadores de la institucionalidad sanitaria de la Ley de Medicina de Curativa de 1968, la intermediación mercantil de la relación médico-paciente que esta ley determinó, junto al pago por acto médico, pueden ser comprendidos como preexistencias y antecedentes concretos de las políticas de salud impuestas por la dictadura militar desde 1973 en adelante.

El carácter permanente de la contradicción secular no resuelta sostiene así la no originalidad de las políticas de la dictadura y permite comprender la disputa del presente de la institucionalidad sanitaria, centrada entre la solidaridad y la individualización, entre la epidemiología de la desigualdad sanitaria con brechas crecientes y la solidaridad social y el principio de igualdad de trato médico a igualdad de riesgo sanitario.

Las viejas disputas siguen compitiendo en los escenarios presentes, tornándose tal vez en una característica estructural de nuestro edificio sanitario.

Una reflexión agregada es posible en el sentido que la investigación presentada nos habla de la existencia, no sólo de contradicciones y antagonismos mayores entre las distintas clases o sectores de clase existentes que se disputaron los escenarios nacionales, sino de contradicciones no menores ocurridas al interior de cada uno de esos sectores, que han marcado las decisiones que han dado vida a las instituciones sanitarias. Es el caso de las contradicciones flagrantes que la investigación presentada anota al interior de elite oligárquico-liberal antes de 1920, entre la necesidad de políticas sanitarias obligatorias y el intocado mundo de los derechos individuales.

Es el caso también de las contradicciones al interior del movimiento obrero de los años veinte, que se opone parcialmente con fundamento al Seguro Obligatorio, así como también las contradicciones al interior de las fuerzas políticas que dieron origen al Frente Popular y que ayudan a entender la postergación de la reforma de las leyes de 1925. y tal vez, la más importante, las contradicciones que impidieron que las fuerzas políticas de los gobiernos radicales crearan efectivamente un servicio nacional de salud que respondiera a los principios de la medicina social chilena.

Estas dos últimas reflexiones comentadas pueden encontrarse detrás del pensamiento formulado recientemente por María Angélica Illanes en la clausura del II Encuentro Nacional de Historiadores, en Humberston, Iquique, el 20 de Diciembre de 2007, cuando señala que

***“...nuestra sociedad está enferma de una suerte de esquizofrenia***

***opresivo-depresiva...percibimos la desigualdad dura construída sobre la dicotomía “cuerpos clientes” / “cuerpos indigentes o pobres”, que tiende a una movilidad negativa en la medida en que la mayoría de la sociedad, además de pobre será, en la tercera edad, desechada de cliente y transformada en indigente. Desigualdad consistente en la jerarquización de los cuerpos físicos respecto de su cuidado médico-social, en la cual por una parte los cuerpos-clientes son tratados como mercancía, donde se transa a muy buen precio y con retención empresarial obligatoria de su plusvalía laboral, una atención muy deferente, con farmacia de marca, anestesia indolora y un despliegue de exámenes ultratecnológicos y, por otra parte, los cuerpos indigentes o pobres, la gran mayoría, los que van a parar a postas y hospitales de pobres, como antaño, donde su cuerpo espera a veces por horas y días en los pasillos, su dolor se maltrata a dipirona y se hace lo posible, ante los ínfimos recursos de un Estado que ya no es de Bienestar y ante la buena voluntad del personal médico, de enfermería y auxiliar que va quedando, optando la mayoría por no quedarse a “coser rotos” (como le escuché decir a un médico muy culto), transformándose en profesionales de clínica de cuerpos clientes, entregando a menudo su alma a empresas de laboratorios con regalos sabrosos y/o, para quedarse fuera de dioses, se han transformado ellos mismos en empresarios de salud”<sup>413</sup> .***

Ciertamente, esta percepción verbalizada de Illanes sobre el presente de los conflictos sanitarios, nos permite ofrecer otra reflexión que se refiere a que las grandes antinomias que han determinado el devenir de nuestras instituciones sanitarias en el período estudiado en este trabajo, es decir los problemas de fondo de estos asuntos, parecen no haber sido resueltos.

El debate actual acerca de hacia dónde debe orientarse la respuesta social de salud que la sociedad organizada ofrece a su población, muestra que el gran conflicto histórico, de alcances seculares, no ha sido resuelto.

Las tendencias de la medicina social llegaron a su culminación en el período del gobierno de la Unidad Popular. A ello se opusieron con toda la fuerza política de aquellos momentos de crisis completa de la democracia chilena, las tendencias gremialistas y mercantilizadas, cuyos antecedentes parecen acompañar todo el proceso analizado a lo menos desde 1952 en adelante.

Ciertamente además, la política aplicada por la dictadura militar correspondió a la máxima expresión de la medicina privada, del capital financiero en el sector, de la intermediación de la relación médico-paciente a partir del capital, del término de la solidaridad en la generación de las instituciones sanitarias y de seguridad social.

Para ello la dictadura, pareció retomar la tensión secular descrita y analizada en el estudio, de carácter estructural e histórico y respaldada por fuertes contenidos y desarrollos político-ideológicos que se impusieron con la más férrea represión de toda opinión disidente.

No obstante, el carácter estructural de la antinomia histórica expresada en el devenir de las instituciones sanitarias y a pesar del intento formal de legitimar la institucionalidad

---

<sup>413</sup> Illanes, María Angélica: *Discurso de Clausura. II Encuentro Nacional de Historiadores; Humberstone, Iquique. 20 de Diciembre de 2007. Texto Inédito.*



de la dictadura, desde 1989 en adelante, el gran problema histórico del edificio sanitario chileno sigue abierto en el presente y es verosímil plantear que serán los sujetos sociales, expresión manifiesta de la soberanía popular, quienes volverán a tener roles protagónicos en las próximas etapas.

Finalmente, me parece válido plantear a partir de los antecedentes generados en las fuentes y en los estudios y análisis interpretativos que se citan en esta investigación, que las hipótesis planteadas no sólo han sido validadas y tal vez verificadas, a la hora de conocer los hechos ocurridos en la institucionalidad sanitaria nacional y de comprender por qué ocurrieron de ese modo, sino que parecen haber adquirido a través del desarrollo de la textualidad de este trabajo, un carácter predictivo en el sentido de mostrarnos los cursos más probables que asumirá la institucionalidad sanitaria en el presente y en el próximo tiempo, tal vez asociados a la presencia o ausencia del sujeto social popular, al vigor mayor o menor que adquiera en las próximas etapas del acontecer nacional sanitario, a su capacidad de reexpandirse en la perspectiva de construir como hegemonía cultural el derecho civilizatorio a la salud, en la perspectiva de direccionar su voluntad de acción social y política en el campo de la salud.

Dicho de otro modo, a la capacidad de la soberanía popular no sólo de direccionar su intención, sino de hacerse oír e influir con significados doctrinarios en las decisiones de elaboración, aplicación, gestión y control social de las políticas de salud nacionales y sus objetivos sanitarios estratégicos.

Hoy día, no es imaginable el desarrollo con alcances de hegemonía cultural, de la medicina social chilena, sin la presencia protagónica del sujeto social popular como expresión de la soberanía ciudadana y si a esta conclusión pudiera haber contribuido el esfuerzo empírico de esta investigación, el esfuerzo ha sido justificado.



---

# REFERENCIAS

## FUENTES INEDITAS

### ACTAS, BOLETINES Y DIARIOS DE SESIONES DEL CONGRESO NACIONAL

---

Actas de la Cámara de Diputados: 26 de Enero de 1917. (Corvalán Melgarejo )  
Biblioteca del Congreso Nacional.

Boletín del Congreso de Diputados: 20 de agosto de 1896. Biblioteca del Congreso Nacional.

Boletín del Congreso de Senadores: 20 de junio de 1903. Biblioteca del Congreso Nacional.

Boletín del Congreso de Senadores: Senador Puga Borne: 2 de Julio de 1903.  
Biblioteca del Congreso Nacional.

Boletín del Congreso de Diputados 1906. Biblioteca del Congreso Nacional.

Boletín del Congreso de Diputados: 11 de julio de 1908. Biblioteca del Congreso

Nacional.

Boletín de Sesiones. Cámara de Diputados. Sesión N° 19; 17 de junio de 1924. Biblioteca del Congreso Nacional.

Boletín de Sesiones. Cámara de Diputados. Sesión N° 27; 30 de Julio de 1964. Biblioteca del Congreso Nacional.

Diario de Sesiones. Senado de la República. 39ª Sesión Ordinaria, 31 de Agosto de 1948. Biblioteca del Congreso Nacional.

Diario de Sesiones. Senado de la República. 6ª Sesión Extraordinaria, 21 de Noviembre de 1950. Biblioteca del Congreso Nacional.

Diario de Sesiones. Senado de la República. 7ª Sesión Extraordinaria, 22 de Noviembre de 1950.

Diario de Sesiones. Senado de la República. 47ª Sesión Ordinaria, 14 de Septiembre de 1964.

Diario de Sesiones. Senado de la República. Sesión del 24 de Octubre de 1964.

Diario de Sesiones. Senado de la República. Sesión N° 16, 10 de Abril de 1965.

Diario de Sesiones. Senado de la República. Sesión N° 16, 16 de Junio de 1965.

Diario de Sesiones. Senado de la República. Sesión del 16 de Mayo de 1967.

Diario de Sesiones. Senado de la República. Sesión N° 17, 17 de Mayo de 1967.

Diario Oficial: 6 de Febrero de 1979. Biblioteca del Congreso Nacional.

Diario Oficial: 15 de Mayo de 1979. Biblioteca del Congreso Nacional.

Diario Oficial: 4 de Julio de 1979. Biblioteca del Congreso Nacional.

Diario Oficial: 3 de Agosto de 1979. Biblioteca del Congreso Nacional.

Diario Oficial: 13 de Noviembre de 1980. Biblioteca del Congreso Nacional.

Diario Oficial: 7 de Febrero de 1981. Biblioteca del Congreso Nacional.

Diario Oficial: 19 de Mayo de 1981. Biblioteca del Congreso Nacional.

Diario Oficial: 23 de Noviembre de 1985. Biblioteca del Congreso Nacional.

Historia Fidedigna de la Ley 16781 de 2 de Mayo de 1968. Biblioteca del Congreso Nacional.

Historia Fidedigna Decreto Ley N° 3.500 (D.O. de 4 de Noviembre de 1980). Biblioteca del Congreso Nacional.

## **ARCHIVO NACIONAL**

---

Aguirre Cerda, Pedro. Mensaje Presidencial del 10 de Junio de 1941. Archivo Nacional. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.

Alessandri Rodríguez, Jorge. Mensaje Presidencial. 21 de Mayo de 1959. Archivo Nacional. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.

Allende, Salvador: Mensaje Presidencial. 21 de Mayo de 1971. Archivo Nacional. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.

---

Boletín de Leyes y Decretos: 14 de Octubre de 1931. Archivo Nacional. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.

Decreto con Fuerza de Ley N° 286 del 31 de Marzo de 1960. Archivo Nacional. Biblioteca Nacional.

Frei Montalva, Eduardo. Mensaje Presidencial. 21 de Mayo de 1965. Archivo Nacional. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos.

## DOCUMENTOS INSTITUCIONALES

---

Actas del H. Consejo Nacional de Salud. Acuerdos 222 y 325 de sesiones N° 923 y 930 de 27 de Junio y 27 de Agosto de 1969.

Actas del H. Consejo Nacional de Salud. Sesión 1.042 del 14 de Diciembre de 1972.

Bannen, Pedro: "Estudio de la reorganización definitiva de la Beneficencia Pública". Primer Congreso de la Beneficencia. Santiago; 1917.

Bustos, Julio: "Salud Pública y Previsión Social". Superintendencia de Seguridad Social. Santiago; 1939.

Bustos, J. y de Viado, M. "La Protección de la Salud a través del Seguro Social y sus Relaciones con la Sanidad y la Asistencia Pública". Informe presentado al Congreso Interamericano de Previsión Social. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. Chile; 1942.

Decreto N° 602. 1° de Septiembre de 1971. Ministerio de Salud Pública.

"Repertorio de Legislación y Jurisprudencia Chilenas". Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Editorial Jurídica de Chile. Santiago, 1959.

## MANUSCRITOS

---

Illanes, María Angélica: Discurso de Clausura. II Encuentro Nacional de Historiadores. Oficina Humberstone. Iquique. 20 de Diciembre de 2007.

Morales, Eduardo: "Sistema Político, Planificación y Políticas Públicas. La Política de Salud: Chile 1964-1978". Documento de Trabajo N° 110; FLACSO; 1981.

Salazar, Gabriel: "Conferencia: Perspectiva Histórica de la Salud Social en Chile"; Sin editar. Puerto Montt, Chile; 2003.

Vargas Salcedo, Luis: "La Sociedad Médica en el sexagésimo aniversario de su fundación (1869-1929)". Publicación del autor. Santiago; 1939.

## EDITADAS

## **BOLETINES**

---

- Boletín de Instrucción Pública. Anales de la Universidad de Chile. Noviembre, 1885.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 1; 1925.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 2; 1925.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 3; 1925.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 6; 1925.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 7; 1925.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 8; 1925.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 9; 1925.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 15; 1926.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 60; 1928.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 86; 1929.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 232; 1932.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 249; 1932.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 29 y 256; 1929-1932.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 254; 1932.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 255; 1932.
- Boletín del Sindicato de Médicos N° 256; 1932.
- Boletín Médico de la Caja del Seguro Obligatorio. Octubre de 1935.
- Boletín Médico de la Caja del Seguro Obligatorio. Noviembre de 1935.
- Boletín Médico de la Caja del Seguro Obligatorio. Enero de 1936.
- Boletín Médico de la Caja del Seguro Obligatorio. Septiembre de 1936.
- Boletín de la Asociación Médica de Chile (AMECH): “Declaración de Principios de la AMECH”; 1933.
- Boletín de la AMECH N° 1; 1939.
- Boletín de la AMECH N° 5; 1937.
- Castellanos, Pedro J.: “Sobre el concepto de Salud-Enfermedad. Descripción y explicación de la situación de salud”. Boletín Epidemiológico. Organización Panamericana de la Salud, Vol. 10; N° 4; 1990.

## **PERIODICOS**

---

- “El Mercurio” 27 de junio de 1931. “Manifiesto de la AMECH”.
- “Fortín Mapocho Diario”: Sección Opinión. Santiago, Jueves 12 de Mayo de 1988.

---

“Punto Final” 22 de Abril de 1969. Santiago. Blest, Clotario: “Organización de la clase trabajadora”.

## REVISTAS

---

### Revista Vida Médica

Vol. VI; Nº 3; 1954.

Vol. VI; Nº 5; 1954.

Vol. VII; Nº 11; 1955.

Vol. VIII; Nº 9; 1956.

Vol. VIII; Nº 10; 1956.

Vol. IX; Nº 9; 1957.

Vol. IX; Nº 10; 1957.

Vol. IX; Nº 12; 1957.

Vol. XI; Nº 9; 1959.

Vol. XIII; Nº 9; 1961.

Vol. XIV; Nº 9; 1962.

Vol. XVII; Nº 7; 1965.

Vol. XVII; Nº 9; 1965.

Vol. XVIII; Nº 4; 1966.

Vol. XVIII; Nº 5; 1966.

Vol. XX; Nº 8; 1968.

Vol. XX; Nº 10; 1968.

Vol. XXI; Nº 5; 1969.

Vol. XXII; Nº 3; 1970.

Vol. XXII; Nº 8; 1970.

Vol. XXII; Nº 11; 1970.

### Revista Médica de Chile

Cruz-Coke, Ricardo: “Reseña histórica, política y social de la Medicina Chilena”.  
Revista Médica de Chile (116): 55-60; 1988.

Mardones Restat, Jorge: “Origen del Servicio Nacional de Salud”. Rev. Médica de Chile: 105: 654; 1977.

Murillo, Adolfo: “Educación física i enseñanza de la higiene”. Revista Médica de Chile 1872; I: 124-130.

Murillo, Adolfo: *Bibliografía*. Revista Médica de Chile 1881; X: 180-184.

Romero, Hernán: “Desarrollo de la Medicina y la Salubridad en Chile”. Revista Médica de Chile (100): 853-903; 1972.

Rosselot, Jorge: “Origen, desarrollo y perspectivas de las instituciones de salud pública en Chile”. Revista Médica de Chile (121): 1075-1085; 1993.

Valdivieso, Ramón: “La Ley de Medicina Curativa para Empleados y el Formulario Nacional de Medicamentos”. Revista Médica de Chile; 105: 663; 1977.

### **Cuadernos Médico-Sociales**

Editorial: Cuadernos Médico-Sociales, Vol. IV N° 4; Diciembre de 1964.

Jiménez Pinochet, Oscar: “Organización de la Atención Médica. ¿Cuáles son los beneficiarios del SNS?”; Cuadernos Médico-Sociales; N° 2; 1962.

Labra M. Eliana: “Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950)”; Cuadernos Médico-Sociales 44; 207-219; Chile; 2004.

Mardones R., Francisco: “Planes y Programas de Salud en Chile”. Cuadernos Médico-Sociales. Vol 46, N° 1; Santiago, Chile; 2006.

Molina, Carlos: “La Ley de Medicina Curativa. Un análisis histórico de sus antecedentes y efectos en la institucionalidad sanitaria chilena”. Cuadernos Médico-Sociales Vol. 46; N° 1 y 2; 2006.

Molina, Carlos: “Antecedentes del Servicio Nacional de Salud. Historia de debates y contradicciones. Chile:1932-1952”. Cuadernos Médico-Sociales Vol 46; N° 4; 2006.

Sepúlveda, Claudio: “El significado histórico de la reforma de la atención de salud en Chile”. Cuadernos Médico-Sociales; Vol 43; N° 1; 2004.

Sepúlveda, Orlando: “Hospitalización en el área metropolitana del Gran Santiago”; Cuadernos Médico-Sociales; Vol. II; N° 1; 1961.

### **Revistas y Publicaciones de Historia**

Cavieres, Eduardo: “Salud Pública: estrategias, políticas fiscales y cambio cultural en la reducción de la mortalidad: Valparaíso 1920-1960”. Cuadernos de Historia: 19; Dic.1999.

García, Juan César: “La Medicina Estatal en América Latina: 1880-1930”. Revista del Instituto Juan César García; Quito, Ecuador. Sumario, Vol. N° 1; Enero de 1991.

González Miranda; Sergio: “Hombres y Mujeres de la Pampa: Tarapacá en el ciclo del salitre (Primera parte)”. Taller de Estudios Regionales. Ediciones Especiales Camanchaca N° 2; Iquique; 1991.

Illanes. M.A.: “Marginación y Desmarginalización en el Movimiento Popular”. Propositiones N° 24. Ediciones Sur; Santiago, Chile; 1994.

Molina Bustos, Carlos: “La Cuestión Social y la Opinión de la Elite Médica. Chile: 1880-1890. Un Análisis de la Revista Médica de Chile y de los Anales de la



- 
- Universidad de Chile". Anales Chilenos de Historia de la Medicina. Año (Vol) 16 (1); Mayo de 2006.
- Pinto Vallejos, Julio: "¿Cuestión social o cuestión política?. La lenta politización de la sociedad popular tarapaqueña hacia el fin de siglo (1889-1900)". HISTORIA, Vol. 30; 221-261; 1997.
- Rojas Flores, Jorge: "Los Trabajadores en la Historiografía Chilena: Balance y Proyecciones". Revista de Economía y Trabajo. N°. 10 Santiago, PET, 2000.
- Romero, Luis Alberto: "Los Sectores Populares en las Ciudades Latinoamericanas del Siglo XIX: La Cuestión de la Identidad". Desarrollo Económico; Vol 27; N°. 106; Septiembre, 1987.
- Salinas M., René: "Salud, ideología y desarrollo social en Chile 1830-1950". Cuadernos de Historia. Universidad de Chile, N° 3; Julio de 1983.
- Torres Dujisinj, Isabel: "Los Conventillos en Santiago (1900-1930)". Cuadernos de Historia N° 6. Departamento de Ciencias Históricas. Universidad de Chile; Julio de 1986.

### **Publicaciones de CIEPLAN y FLACSO**

- French-Davis, Ricardo y Labán, R.: "Desempeño y Logros Macroeconómicos en Chile". Cieplan; 1995.
- Garretón Manuel A.: "El Proceso Político Chileno". FLACSO. Santiago, Chile; 1983.
- Moulian, Tomás: "Desarrollo Político y Estado de Compromiso. Desajustes y Crisis Estatal en Chile". Estudios Cieplan (8): 105-158; Santiago, Chile; 1982.
- Racyinski, Dagmar: "Reformas al Sector Salud: diálogos y debates". Estudios Cieplan (19): 5-44; 1983.
- Valenzuela, Arturo: "El Quiebre de la Democracia en Chile". FLACSO; Santiago; 1989.

### **Publicaciones de Salud y Seguridad Social**

- De Kart, E. et. al.: "Políticas y Programas de Salud: 1964-1973". In: Livingstone, M. y Racynski, D. (ed.) Salud Pública y Bienestar; Santiago, Chile; 1976.
- Durán Morales, Hernán. Boletín Médico Social N° 17; 1935.
- Durán Morales, Hernán. Revista de Previsión Social N° 10; 1936.
- Jiménez, J. y Gili, M.: "Municipalización de la Atención Primaria en Salud". In: Jiménez, J. (ed.). Sistemas de Salud en Transición hacia la Democracia. OMS/OPS/Ed. Atenea. Santiago; 1991.
- Heyemann, Beatriz: "Municipio, descentralización y salud": In: ILPES-OMS/OPS-Ministerio de Salud. La Municipalización de Servicios Sociales en Chile. Santiago; 1995.
- Horwitz, Nina y cols.: "Salud y Estado en Chile. Organización Social de la Salud Pública". Publicaciones Científicas; OPS; Chile; 1995.

Revista de la Beneficencia Nº 1; 1917.

Revista de la Beneficencia Nº 2; 1917.

Revista de la Beneficencia: Marzo de 1923.

Rosselot, Jorge y Mardones, Francisco: “Colegio Médico y salud en Chile”. *Pediatría al Día*, 13 (4); 1997.

Trabajadores de la Medicina (Órgano Oficial de la Federación) Nº 1; Enero, 1933.

### **Otras Revistas**

Brunner, José J.: “La segunda mitad del camino”. *Revista Mensaje* Nº 167; Marzo-Abril, 1968.

Molina B, Carlos: “Sujetos Sociales en el Desarrollo de las Instituciones Sanitarias en Chile: 1889-1938”. *Revista POLIS*. Universidad Bolivariana, Vol. 3; Nº 9; 2004.

Molina B, Carlos: “Orígenes de la Asociación Médica de Chile: una mirada crítica”. *Revista POLIS*. Universidad Bolivariana, Vol.4; Nº 12; Santiago, Chile; 2005.

Requena, Mariano: “Servicio Nacional de Salud 1971-1972”; *Revista Apuntes* (4); Santiago; 1972.

*Revista ENCUENTRO XXI*. Editorial: “La Dignidad de la Memoria”; Nº 3; 1995.

*Revista Mensaje*: Nº 171; Agosto de 1968. Editorial.

Rodgers Sotomayor, Jorge: “El sindicalismo chileno necesita una reforma”. *Política y Espíritu* Nº 94; Junio 15; 1953.

Rozas, María del Pilar: “Evolución del Gasto Social en Chile”; 1992. In. Wisecarver, D. (ed.). *El Modelo Económico Chileno*. Santiago, CIDE/PUC.

Soto Hernán: “Cambiano a Chile de faz”; *Revista Encuentro XXI*; Nº 3; Santiago; 1995.

### **TESIS Y MEMORIAS**

---

Acharán, Boris: “La evolución de la seguridad social”. Editorial Jurídica. Santiago. Memoria de prueba (Ciencias Jurídicas y Sociales); Universidad de Chile, 1950.

Álvarez Rojas, Sergio: “El Servicio Nacional de Salud” Memoria de prueba (Ciencias Jurídicas y Sociales); Universidad de Chile; 1955.

Barría S. Jorge: “Los Movimientos Sociales en Chile desde 1910 hasta 1926: aspecto político y social”. Editorial Universitaria. Santiago. Tesis de Licenciatura en Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Chile; 1957.

Grez Toso, Sergio: “Les Movements D’Ouvriers et D’Artesans en Milieu Urbain au Chili au XIXe Siecle (1818-1890) (Premiere Partie) » *Ecole de Hautes Etudes en Sciences Sociales* ; Tesis de Doctorado. París ; 1990.

Labra, M. Eliana: “El Movimiento Sanitarista en los Años 20. De la Conexión Sanitaria Internacional a la Especialización en Salud Pública en Brasil”. Tesis de Maestría en

Administración Pública. FGV/EBAP; Brasil ; 1985.

Labra, M. E.: "Política, Salud e Intereses Médicos en Chile: 1900-1990". Tesis de Doctorado en Ciencia Política. Fundación Oswaldo Cruz. Ministerio de Salud de Brasil; 1997.

Morales P., Jorge: "Transformaciones de la salud pública en Chile: aspectos políticos e ideológicos 1924-1952". Tesis de Licenciatura en Historia. Universidad de Chile. Santiago; 1998.

Ochoa Castillo, Fernando: "La salud pública en Chile: análisis de su evolución en el periodo 1958-1976". Tesis Licenciatura en Ciencias Económicas. Universidad de Chile. Santiago; 1978.

Rodgers Martínez, Miguel: "El Servicio Nacional de Salud". Memoria de prueba Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Chile. Editorial Universitaria. Santiago; 1957.

Valenzuela Lira, Lizzie: "El Servicio Nacional de Salud: Memoria de Prueba". Escuela de Derecho; Universidad de Chile. Editorial Universitaria. Santiago; 1962

## ELECTRONICAS

Grez Toso, Sergio: "El escarpado camino hacia la legislación social. Debates, contradicciones y encrucijadas en el movimiento obrero y popular (Chile: 1901-1924)". Revista Digital Sepiensa.Net; Abril del 2005.

"Acta de acuerdo CUT- Gobierno (1971-1972)".

<http://www.salvadorallende.cl/otros/cut-gobierno 1971-72.pág. 183.pdf>.

<http://www.salvador-allende.cl/Discursos/1971/Primer aniversario.pdf.pág. 2 y 4>.

<http://www.salvador-allende.cl/Concepción/cut.pdf.pág 4>.

Gaudichaud, Franck: "La Central Única de Trabajadores, las luchas obreras y los Cordones Industriales en el período de la Unidad Popular en Chile (1970-1973)". Revista www. Rebelión.org Santiago, Chile, 2003.

"Tercer Manifiesto de Historiadores. La Dictadura Militar y el Juicio de la Historia".

<http://www.rebellion.org/docs/49237.pdf>; <http://www.purochile.org/Manifiesto.pdf>.

<http://rtvneruda.com/documentos/Manifiesto.pdf>; <http://www.estocolmo.se>

[/chile07/Manifiesto.pdf](http://chile07/Manifiesto.pdf)

## ESTUDIOS

Allende, Salvador: "La Realidad Médico-Social Chilena". Ministerio de Salubridad. Santiago; 1939.

Amunátegui Solar, Domingo: "Historia Social de Chile". Santiago. Editorial Nascimento;

1932.

Arendt, Hannah: “Sobre la Revolución”. Alianza Editorial; Madrid, España; 1963.

Aylwin, Mariana; Bascuñán Carlos; Correa, Sofía; Gazmuri, Cristián; Serrano, Sol; Tagle, Matías: “Chile en el Siglo XX”. Editorial Planeta. Santiago; 1990.

Barría, Jorge: “Los Movimientos Sociales de Principios del Siglo XX (1900-1910)”. Santiago; Editorial Universitaria; 1953.

Barría, Jorge: “El Movimiento Obrero en Chile”. Santiago; Editorial Trígono; 1971.

Burke, Peter: “Formas de hacer historia”. Alianza Editores; Madrid, España; 1998.

Carvajal, Yuri; Minguell, Jorge; Vásquez, Homero; Yurac, Carlos: “Calbuco, Castro, Quellón: 1962-73”. Tangram Ediciones. Santiago; 2007.

Castel, Robert: “Las Metamorfosis de la Cuestión Social: una crónica del salariado (Prólogo)”. Buenos Aires, Argentina; Paidós; 1997.

Collier, Simon y Sater, William: “Historia de Chile: 1808-1994”. Cambridge University Press; España; 1998.

Correa, Sofía; Figueroa, Consuelo; Jocelyn-Holt, Alfredo; Rolle, Claudio; Vicuña, Manuel: “Historia del Siglo XX Chileno”. Editorial Sudamericana; Santiago de Chile; 2001.

Correa Sutil, Sofía: “Con las riendas del poder. La derecha chilena en el siglo XX”. Editorial Sudamericana; Santiago, Chile; 2004.

Cruz-Coke, Eduardo: “Medicina Preventiva y Medicina Dirigida”. Editorial Nacimiento. Santiago; 1938.

Cruz-Coke, Ricardo: “Historia de la Medicina Chilena”. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile; 1995.

Cueva Agustín: “El Desarrollo del Capitalismo en América Latina”. Siglo XXI Editores; México; 1994.

Devés y Díaz: “El pensamiento socialista en Chile. Antología 1893-1933”. América Latina Libros. Nuestra América Ediciones, Ediciones Documentas; Santiago; 1987.

Devés Eduardo: “Los que van a morir te saludan. Historia de una masacre: Escuela Santa María de Iquique, 1907”. LOM Ediciones; 1997.

Fee, Elizabeth: “Disease and Discovery. A History of the Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health: 1916-1939”. The Johns Hopkins University Press; 1987.

Fernández, Marcos; Harambour, Alberto; Henríquez, Rodrigo; Iturriaga, Jorge; Osandón, Luis; Osorio, Cecilia; Palma, Daniel; Purcell, Fernando (Colectivo Oficios Varios): “Arriba quemando el sol: Estudios de historia social chilena: experiencias populares de trabajo, revuelta y autonomía (1830-1940)”. LOM Ediciones; Santiago; 2004.

Furci, Carmelo: “The Chilean Communist Party and the Road to Socialism”. Zed Books. London; 1984.

Gaete, A.: “La Seguridad Social”. Editorial Jurídica. Santiago; 1946.

Garcés Durán, Mario: “Crisis social y motines populares en el 1900”; Santiago, Chile; 1991.

- 
- Gazmuri, Cristián: "El 48 chileno. Igualitarios, Reformistas Radicales, Masones y Bomberos". Editorial Universitaria; Santiago; 1992.
- Gasmuri, Cristián (Editor): "El Chile del Centenario, los ensayistas de la crisis". Instituto de Historia. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, 2001.
- Godoy Urzúa, Hernán: "Estructura Social de Chile". Editorial Universitaria; Santiago, Chile; 1971.
- Grez Toso, Sergio: "La Cuestión Social en Chile. Ideas y Debates Precursores (1804-1902)". DIBAM. Santiago, Chile; 1995.
- Grez, Toso, Sergio: "De la Regeneración del Pueblo a la Huelga General. Génesis y evolución histórica del movimiento popular en Chile (1810-1890); Santiago, DIBAM-RIL; 1998.
- Heise, Julio: "Historia de Chile" Editorial Andrés Bello, Santiago, 1974.
- Illanes O., Maria Angélica: "Historia del movimiento social y de la salud pública en Chile: 1885-1920: solidaridad, ciencia y caridad". Santiago. Colectivo de Atención Primaria; 1989.
- Illanes, M.A.: "En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia". Colectivo de Atención Primaria. Santiago, Chile; 1993.
- Illanes, M.A.: "Chile Des-centrado. Formación socio-cultural republicana y transición capitalista (1810-1910)". LOM Ediciones; Santiago de Chile; 2003.
- Jobet, Julio César: "Recabarren. Los Orígenes del Movimiento Obrero y del Socialismo Chileno". Santiago; Prensa latinoamericana; 1955.
- Kaempffer Villagrán, Guillermo: "Así sucedió 1850-1925: sangrientos episodios de la lucha obrera en Chile". Editorial Santiago; 1962.
- Kaplan Marcos: "Formación del Estado Nacional en América Latina". Editorial Universitaria; Santiago; 1969.
- Lavados, Iván: "Evolución de las Políticas Sociales en Chile: 1964-1980". Santiago. Naciones Unidas; 1984.
- Le Roy Ladurie, E.: "Le territoire de l'historien". Gallimard, Paris, 2 volúmenes, 1973 y 1978.
- Mardones Restat, Jorge: "La reforma de la Seguridad Social". Editorial Jurídica. Santiago; 1954.
- Morris O., James: "Las elites, los intelectuales y el consenso. Estudio de la cuestión social y el sistema de relaciones industriales en Chile. Santiago; Editorial del Pacífico; 1967
- Moulian, Tomás. y Torres, Isabel: "Discusiones entre Honorables. Las Candidaturas Presidenciales de la Derecha: 1938-1946". FLACSO. Santiago, Chile; 1987.
- Orrego Luco, Augusto: "La Cuestión Social". Imprenta Barcelona; Santiago; 1897.
- Ortiz Letelier, Fernando: "El Movimiento Obrero en Chile: 1891-1919". Ediciones Michay SA. Madrid, España; 1985.
- Pinto, Aníbal: "Desarrollo Económico y Relaciones Sociales"; Chile Hoy; Editorial Universitaria; Santiago; 1970.
- Pinto, Francisco y Viel, Benjamín: "Seguridad Social Chilena. Puntos para una

- Reforma”. Editorial del Pacífico. Santiago, Chile; 1950.
- Ramírez Necochea, Hernán: “Historia del Movimiento Obrero en Chile. Antecedentes. Siglo XIX”. Editorial Universitaria; Santiago; 1957.
- Ramírez Necochea, Hernán: “Obras Escogidas Volúmenes I y II.” LOM Ediciones. Santiago, Chile 2007.
- Romero, Hernán: “La Crisis del Seguro Social y la Reforma de la Salubridad”. Editorial U. de Chile. Santiago, Chile; 1958.
- Rosen, George: “De la Policía Médica a la Medicina Social”. Siglo XXI Editores. México. 1985.
- Salazar, Gabriel y Pinto, Julio: “Historia Contemporánea de Chile I y II”. LOM Ediciones; Santiago; 1999.
- Salazar, Gabriel: “La historia desde abajo y desde dentro”. Editorial Santiago. Facultad de Artes, Universidad de Chile, Departamento de Teoría de las Artes; 2003.
- Salazar, Gabriel: “La Violencia Política Popular en las Grandes Alamedas”. LOM Ediciones. Santiago; 2006.
- Samaja, J.: “Dialéctica de la Investigación Científica” Helguero Editores; Buenos Aires, Argentina; 1987.
- Schaff, Adam: “Historia y Verdad”. Colección Enlace; Editorial Grijalbo; México; 1974.
- Segall, Marcelo: “Desarrollo del Capitalismo en Chile”: Santiago, Editorial del Pacífico; 1953.
- Serrano, Sol: “Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX”. Editorial Universitaria. Santiago, Chile; 1993.
- Tagle, Matías: “La Crisis de la Democracia en Chile. Antecedentes y Causas”. Editorial Andrés Bello; Santiago, Chile; 1993.
- Valderrama, Miguel: “Heródoto y lo insepulto”. Ediciones Palinodia. Maipú, Santiago; 2006.
- Valdivia, Verónica: “La Milicia Republicana. Los Civiles en Armas”. DIBAM. Santiago, Chile; 1992.
- Vial, Gonzalo: “Historia de Chile”. Editorial Portada. Santiago; 1981
- Villalobos, Sergio: “Origen y ascenso de la burguesía chilena”. Santiago. Editorial Universitaria; 1988.
- Villalobos, Sergio; Silva Osvaldo; Silva Fernando; Estelle, Patricio: “Historia de Chile”; Tomo 4. Santiago, Editorial Universitaria; 1994.
- Villalobos R., Sergio: “Chile y su historia”. Editorial Universitaria; Santiago, Chile; 2000.
- Vitale, Luis: “Génesis y Evolución del Movimiento Obrero Chileno hasta el Frente Popular”. Editorial UCV; Caracas, Venezuela; 1979.
- Wallerstein, Immanuel: “Las Incertidumbres del Saber”. Editorial Gedisa S.A. Barcelona, España; 2005.
- Yáñez, Juan Carlos: “Estado, consenso y crisis social. El espacio público en Chile 1900-1920”. DIBAM; Santiago de Chile; 2003.
- Zemelman, Hugo: “De la Historia a la Política. La experiencia de América Latina”. Siglo

---

XXI Editores; Universidad de las Naciones Unidas; México; 1989.