

TRABAJO Y JUSTICIA SOCIAL

# FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y REFORMA DE SALUD EN CHILE

**Eduardo Muñoz S.**  
Noviembre 2024



Este trabajo revisa las principales características de los cambios al sistema de salud desde su origen. Las “decisiones fundamentales” y las relaciones dinámicas entre los actores y corrientes que dieron forma al sistema, contribuyeron a moderar el sentido rupturista de las políticas.



Se analizan las distintas etapas que marcaron el desarrollo del sistema de salud. Destaca la importancia del liderazgo político de Salvador Allende en los cambios que dieron forma al sistema hasta 1973.



A pesar del alto consenso sobre los desafíos que debiera enfrentar la reforma que se viene discutiendo hace más de una década, esta sigue siendo materia pendiente.

TRABAJO Y JUSTICIA SOCIAL

# FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y REFORMA DE SALUD EN CHILE

Eduardo Muñoz S.  
Noviembre 2024

**FSA** FUNDACIÓN  
SALVADOR  
ALLENDE

# Índice

1.	<b>PRESENTACIÓN</b> .....	5
2.	<b>EL ESTADO: DECISIONES FUNDAMENTALES Y REFORMAS</b> .....	6
3.	<b>LA MEDICINA Y EL GIRO HACIA LA POLÍTICA</b> ....	10
4.	<b>EL ESTADO BIENESTAR ASISTENCIAL SANITARIO Y EL DERECHO A LA SALUD</b> .....	12
5.	<b>ALLENDE Y LA MEDICINA SOCIAL</b> .....	14
6.	<b>EL SISTEMA DE SALUD DESPUÉS DE LA REFUNDACIÓN NEOLIBERAL</b> .....	17
7.	<b>CONCLUSIONES</b> .....	19
	<b>REFERENCIAS</b> .....	21

El verdadero arte de gobernar es el arte de conservar la salud y velar por el bienestar del pueblo.

–Dr. Wenceslao Díaz, *Memoria de la Comisión Directiva del Servicio Sanitario del Cólera*, 1888.

Aquí estoy para incitarles a la hazaña de reconstruir la nación chilena tal como la soñamos. Un Chile en que todos los niños empiezan su vida en igualdad de condiciones, por la atención médica que reciben, por la educación que se les suministra, por lo que comen. Un Chile en que la capacidad creadora de cada hombre y de cada mujer encuentre cómo florecer, no en contra de los demás, sino en favor de una vida mejor para todos.

–Dr. Salvador Allende, 1971.

La revolución es aprovechar lo mejor que otros hicieron y lo mejor de nuestra historia, de nuestro pueblo, para cimentar el futuro.

–Dr. Salvador Allende, 1971.

## 1.

## PRESENTACIÓN

El caso de Chile, como el de otros países, muestra que las crisis y los liderazgos han sido factores importantes en el surgimiento y desarrollo de las instituciones sanitarias. En el afán de entender los orígenes del sistema sanitario, así como las reformas sucesivas de distinto alcance que le han dado forma al marco institucional actual, se postula que las “decisiones fundamentales”, que bajo condiciones excepcionales han determinado la definición de los modelos de desarrollo que el país ha experimentado en su historia, permiten explicar el devenir y las tensiones que conviven al interior del campo de la sanidad. Esos modelos y el tipo de Estado que hemos conocido desde el siglo XIX hasta ahora han condicionado la manera de concebir la solución a los problemas de salud, así como la forma en que se ha organizado el sistema y los cambios que este ha experimentado. Para la deliberación, como para la definición de las continuas reformas que el sistema sanitario ha necesitado y seguirá necesitando, la referencia al modo en que se fue constituyendo el sistema de salud y sus consecuencias dan cuenta del tenor de los debates que han estado presentes de manera recurrente en el tiempo, así como los relatos emergentes sobre el futuro que aparecen cuando se plantean transformaciones profundas, cambios focales o proyectos de restauración. Esta aproximación nos permite también disponer de una comprensión más matizada y realista sobre el alcance y los límites de las políticas de reforma que se han impulsado en el pasado, sobre todo cuando, como se constata en la actualidad, una de las dificultades para reformar el sistema de salud es que en los debates tienden a prevalecer las visiones del cambio más dicotómicas.

En este trabajo nos hemos propuesto reconstruir desde la distancia temporal, una perspectiva histórica para identificar las principales características de los cambios que ha experimentado el sistema de salud desde su origen. En la encrucijada de un tiempo marcado por la incertidumbre acerca de cómo resolver los problemas que el sector arrastra desde el retorno a la democracia, la referencia al pasado ofrece claves para avanzar en soluciones viables que son, además de urgentes, necesarias. Una de las claves que ofrece la visión de cómo se fue configurando el sistema de salud actual es que las “decisiones fundamentales” de cambio tuvieron

que hacerse cargo de la herencia de la situación anterior y que este hecho, junto a las relaciones dinámicas entre los distintos actores y corrientes que han formado parte de los procesos que le dieron forma al sistema, han contribuido a moderar el sentido rupturista de las políticas constitutivas.

Para ilustrar el análisis propuesto, en la primera parte se analizan los cambios de rumbo asociados a las “decisiones fundamentales” que han orientado históricamente el desarrollo del sistema de salud y se destaca cómo, a pesar de su radicalidad, lo que se impone finalmente son soluciones para “salir del paso”. En un segundo momento, y como antecedente de la “decisión fundamental” que marca el inicio del desarrollo de la seguridad social en salud, se aborda la importancia del giro hacia la política que promueve la élite médica de la segunda mitad del siglo XIX y el papel que desempeñó la consideración de la “cuestión social” como un problema político sanitario en el marco del naciente capitalismo chileno. Un tercer aspecto que se refiere a la instalación del incipiente Estado de bienestar asistencial sanitario que, como respuesta a la crisis biocorporal de la sociedad chilena, promueve la élite médica en alianza con los militares a partir de 1924. En cuarto lugar, se destaca la importancia del liderazgo político de Salvador Allende desde su ejercicio como ministro de Salubridad del Gobierno del Frente Popular, tanto en la consolidación y desarrollo de la medicina social como en el proceso de deliberación y acuerdo que desemboca en la creación del Servicio Nacional de Salud, y en los arreglos posteriores que contribuyeron a darle forma al sistema que el país estableció entre 1924 y 1973. Por último, el texto describe la situación del sistema de salud después de la refundación neoliberal de fines de la década de 1970, extrayendo algunas conclusiones acerca de los principales problemas que enfrenta el sector en la actualidad y su conexión con el desarrollo histórico del sistema. Se destaca como conclusión que, no obstante un alto consenso acerca de cuáles son los desafíos que debiera enfrentar la reforma de la que se viene discutiendo desde hace más de una década, ella no logra traducirse en cursos de acción y que, tanto la oportunidad como la necesidad de cambios, sigue siendo una materia pendiente de la decisión política.

## 2.

## EL ESTADO: DECISIONES FUNDAMENTALES Y REFORMAS

Desde la fundación de la seguridad social en salud y, con independencia de gobiernos e intentos de reversión radicales respecto al proceso político iniciado en 1924, el Estado ha sido un actor clave en la organización y funcionamiento del sistema de salud. Tanto desde el aparato del Estado de bienestar tradicional como del nuevo que se propuso a fines de la década de 1970 articular su función con las premisas del nuevo orden neoliberal que promovió la dictadura, el marco estatal ha jugado un papel determinante en el diseño de las políticas de salud. En los orígenes de la salud pública esta presencia estatal generó el ambiente en el que se formó la institucionalidad sanitaria, condicionando hasta hoy las reformas que el sistema ha experimentado. Lo que se puede apreciar en una rápida mirada histórica de lo realizado por el Estado en materia de salud es que su importancia ha sido reconocida en todos los proyectos de reforma que se han impulsado desde el siglo pasado, incluso entre aquellos que se propusieron desplazarlo en favor de la instalación de una alternativa privada. Además de este hecho, otra característica de los cambios introducidos en el sistema es que su viabilidad ha estado sujeta a la trayectoria anterior de lo que el Estado ha realizado en materia de salud y a las relaciones y dinámicas entre los distintos actores y corrientes que han participado del proceso que le ha dado forma al sector.

Efectivamente, la historia de la salud pública prueba que, sin perjuicio del talante radical de muchos de los intentos de transformación, lo que ha prevalecido hasta hoy es una tendencia de cambios que adquiere sentido a partir de las “decisiones fundamentales”<sup>1</sup> que desde el Estado han cambiado el rumbo del país. En la primera, el cambio de dirección lo impusieron los militares con destacados representantes de la intelectualidad médica. Esa decisión transformó al Estado en el principal responsable en la provisión de bienes y servicios tales como seguridad social, salud, educación, vivienda y trabajo. Ese quiebre en relación al desarrollo anterior se tradujo en que el Estado asumió entre muchas de sus funciones la de velar por la salud de la población, crear

una institucionalidad sanitaria y, con cargo al presupuesto de la nación, financiar el inicio de un proceso de construcción del sistema de salud pública. Entre 1924 y 1973 este fue el marco dentro del cual evolucionó el sistema de salud. La segunda “decisión fundamental” después del fin del gobierno del presidente Allende –figura destacada por el liderazgo ejercido en el progreso del sistema de salud desde que asumiera como ministro de Salubridad en 1938–, se planteó como propósito central revertir el proceso histórico que a lo largo de casi medio siglo había sentado las bases de la salud pública. A partir de este quiebre la trayectoria histórica del sistema sanitario experimentó un fuerte impulso en favor de la introducción de mecanismos de mercado en la provisión y el financiamiento de un sistema nuevo organizado en torno a un sector privado alineado con la política económica de la dictadura. Empleando este enfoque, desde el hito fundacional del sistema de salud se puede observar que este ha evolucionado mediante procesos de ajuste mutuo, soluciones negociadas y experimentaciones interactivas que no son ni racionalmente exhaustivas, ni omnicomprensivas, ni integrales y menos definitivas, a pesar de una voluntad resuelta de romper radicalmente con la medicina “estatista” o “liberal”.<sup>2</sup> El carácter de esta política hace que muchos de los problemas y conflictos que actualmente aquejan al sistema tengan su origen en decisiones adoptadas en contextos críticos donde se fueron imponiendo soluciones para “salir del paso”.<sup>3</sup> Este carácter parcial de las soluciones de política se explica en gran parte por la imposibilidad de satisfacer expectativas de ruptura que resuelvan lo que se considera desde cosmovisiones cerradas como respuestas imperfectas o limitadas. Esto quiere decir que en ninguna de las dos decisiones fundamentales que han orientado históricamente el

<sup>1</sup> Amitai Etzioni (1967), corrige el modelo de decisión del incrementalismo al señalar que por su significación para la vida social las “decisiones fundamentales” son las que hacen inteligibles los pasos incrementales. Son las “decisiones fundamentales” las que marcan el contexto, preparan las decisiones incrementales y le dan sentido.

<sup>2</sup> El dilema entre medicina liberal y social, estatista o liberal, estatal o privada, social o individual se repite en Chile en distintos contextos históricos (Romero, 1994). Para un análisis del mismo debate, Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (2024). En este informe, “El código de la incomunicación: Estado versus mercado”, pp. 211-213 del capítulo 6.1, “El peso de los discursos públicos”.

<sup>3</sup> El artículo en que Charles Edward Lindblom critica el enfoque de racionalidad exhaustiva y desarrolla el enfoque incremental de políticas fue publicado con el título “The science of ‘muddling through’” [La ciencia de “salir del paso”], en *Public Administration Review*, en la primavera de 1959. Veinte años después y, en respuesta a los críticos del incrementalismo, Lindblom publica “Still muddling - not yet through” [Todavía tratando de salir del paso] en la misma revista, 1979.

desarrollo del país se logra imponer de manera concluyente el principio ordenador desde el que se piensa configurar el sistema de salud. Ni en el período comprendido entre 1924 y 1973 se logra desterrar de la salud pública la medicina liberal por la medicina social y tampoco desde la refundación neoliberal se logra desplazar enteramente la salud estatista por la salud de libre mercado. Desde esta perspectiva, lo que se desprende del proceso histórico de transformación del sistema de salud es que el modelo actual es el resultado de una serie continua de reformas que partiendo de las “decisiones fundamentales” que han marcado un giro en la manera de abordar la salud y la enfermedad, emprenden el trabajo de modificar progresivamente el sistema en el cual intervienen. Aplicada al proceso de desarrollo del sistema de salud, esta aproximación ofrece la ventaja de hacer visibles los límites que han hecho que los cambios drásticos que se ha intentado realizar en diferentes circunstancias se topen en algún punto con la trayectoria anterior, obligando a morigerar o diferir en el tiempo las expectativas transformadoras. Siguiendo este razonamiento se puede afirmar que la configuración actual del sistema de salud, a través de decisiones de política que se han propuesto modificar el sentido histórico de su evolución, como las implementadas bajo la dictadura, se han traducido en condiciones estructurales del sector que limitan aquellas reformas que pretendan dar grandes saltos. Este hecho, unido a las dificultades actuales del país para realizar las transformaciones requeridas, entre las cuales el último informe del Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas, PNUD (2024), destaca la polarización en torno al eje Estado/mercado en el debate público sobre los cambios institucionales,<sup>4</sup> explica en gran parte porque a pesar de los déficits que el sistema de salud arrastra desde hace décadas ha resultado hasta ahora esquiva la posibilidad de avanzar para dar satisfacción a las necesidades de la población. De alguna manera, en los debates sobre la reforma a la salud la sombra del pasado siempre se proyecta sobre el presente. Este peso de los momentos constitutivos en el sistema de salud actual, como bien observa María Angélica Illanes en *Lecturas conmemorativas y otros ensayos históricos del nuevo siglo*, forma parte de una “unidad histórica comprensiva” (Illanes, 2024, p.141), en la que, más que derrotas y triunfos definitivos entre perspectivas contrapuestas, hay procesos y fenómenos que se cruzan y se desarrollan en distintas circunstancias (Illanes, 2024).<sup>5</sup> Dentro de esos momentos constitutivos se puede distinguir el que

inicialmente marca un giro hacia la política desde la medicina y antecede a aquel de la “decisión fundamental” en que el Estado asume la responsabilidad de garantizar el derecho a la salud y crear una institucionalidad encargada de la seguridad social; el que simboliza Salvador Allende entre 1939 y 1973 con el desarrollo de la medicina social y el nacimiento del Servicio Nacional de Salud en 1952, proyecto sustentado en el sistema democrático, el acceso gradual de nuevos grupos sociales a la seguridad social y el Estado desarrollista; el que mediante otra decisión fundamental, que se inicia con el golpe de Estado de 1973, impone un modelo basado en el mercado, la empresa privada y el Estado subsidiario, que ofrece mínimos a los sectores con menos recursos y a partir del cual la salud queda entregada a la capacidad económica de cada individuo; y, finalmente, el momento en que, después de 1990 y hasta ahora, no obstante el desgaste y agotamiento del modelo heredado del proyecto refundacional de fines de la década de 1970, no logra todavía conciliar las lógicas del sistema de salud público y privado dentro de los principios de solidaridad, no discriminación, transparencia y participación que caracterizan a la seguridad social.

Con el fin de examinar las características estructurales que se encuentran en las bases constitutivas del sistema de salud, la perspectiva histórica comúnmente se abre con el período iniciado con la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo en 1924. En torno a la crisis de la “cuestión social” del capitalismo industrial de la época, el discurso médico propuso que la salud fuera asumida como tarea prioritaria del Estado. En esa construcción discursiva de un nuevo orden fundado en los preceptos de la higiene pública, los médicos se transformaron en la vanguardia de un cambio político fundamental que empezó a implementarse inmediatamente después del golpe de estado del 11 de septiembre de 1924.<sup>6</sup>

Si se consideran los discursos que circulan entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX, se puede observar que en la etapa de constitución histórica del sistema de salud se condensan controversias que dan cuenta de problemas que de manera permanente han acompañado la evolución del sector. En efecto, lo que se vislumbra en ese período son conflictos que el propio proceso de instalación del dispositivo biomédico social releva y que desde entonces poseen la particularidad de reproducirse con distinta intensidad, dependiendo de las circunstancias en que se relacionan los actores que participan de su desarrollo. Una ilustración de ello en una versión, tal vez la más polarizada de las discusiones sobre salud, es que sea que se tenga presente el período del surgimiento de las políticas de salud, o bien, el que décadas después se verifica con el impulso de las reformas promercado de la década de 1980, en ambos casos, con intensidad variable, los términos del debate giran en

4 En el capítulo 6.2, “Capacidad del sistema político para lograr acuerdos”, PNUD (2024), el análisis sobre “Reformas de salud: convergencia con resultados deficientes”, pp. 217-220, concluye en que a pesar de una alta coincidencia en torno al diagnóstico sobre los problemas que afectan al sistema público y privado no hay acuerdo sobre la orientación a la que debe encaminarse el sistema.

5 En Segunda Parte. “Espíritus y cuerpos, 7. Salud pública y democracia”. Para ilustrar la relación entre la salud pública con un orden de sociedad, la autora propone “tejer, unir los procesos, fenómenos, fundamentos y enfoques de las políticas sociales en tres momentos constitutivos de este presente” (Illanes, 2024, p. 141). Se refiere a los que va de 1960 a 1973; de 1973 a 1990 y al que se inicia en 1990 y se prolonga hasta ahora. Nuestro análisis de los momentos constitutivos del sistema parte desde el giro hacia la política desde la medicina en el siglo XIX, idea que está también tratada en Illanes, 2010.

6 El tema del origen y carácter del “Estado asistencial sanitario”, que se instala con el golpe de 1924 en respuesta a la crisis del modelo de sujeción liberal caritativo, está documentado en Illanes (2010), en especial, en la segunda parte “Capitalismo trágico y Estado asistencial”, capítulo 4, “Militares y médicos al poder. La construcción del Estado asistencial” (pp. 198-215).

torno a temas recurrentes. Entre estos temas que se reiteran sobre todo en coyunturas de reforma, figuran desde luego los que dicen relación con el modo de organizar el sistema, donde el conflicto entre distintas concepciones sobre la centralidad político-administrativa opone a quienes se inclinan por un sistema único y altamente centralizado y quienes toman partido por un sistema de autoridad única pero descentralizado en su operatividad. En el mismo rango de posiciones en conflicto hay que mencionar la que opone de un lado a quienes son favorables al universalismo y del otro a quienes prefieren la segmentación en el otorgamiento de la protección y cobertura que el sistema debiera ofrecer a la población, así como en el énfasis preventivo o curativo que el sistema debiera privilegiar. Dependiendo de la mirada acerca de la intensidad con la que el Estado debe ejercer su papel de socializar la medicina se manifiesta también una tensión entre los niveles de coordinación que el sector debiera asegurar para cumplir con su misión con otros sectores como educación, vivienda, trabajo, justicia o hacienda. Por último, entre los temas que se repiten con una cuota alta de sensibilidad, cabe mencionar el que se despliega en torno a la disputa sobre la manera de concebir la salud: como un bien individual o como un derecho social y, muy relacionado con esto, sobre la manera de garantizar el principio de libre elección en el contexto de un sistema como el que se perfila desde la creación incipiente de la seguridad social en salud desde 1924, que se efectúa en torno a la discusión que crea SERMENA<sup>7</sup> en 1968 y se refuerza con las reformas promercado de los años 80. Entre los debates más recientes están, por cierto, los que se originan a partir de la existencia de un sistema de salud dual organizado en base a lógicas distintas, lo que ha dado paso a la discusión sobre cómo articular en torno a los principios de la seguridad social la relación entre el subsector público y el subsector privado.

En el curso de esta historia, el estamento médico ha sido la profesión dominante del sector. Sin embargo, cabe distinguir en este sentido dos tipos de protagonismo que el actor médico ha desempeñado en la historia de la formación del sistema. En el primero, los médicos más destacados se situaron en una posición de liderazgo en la configuración, dirección y desarrollo de la seguridad social en salud mientras que, en el segundo, la profesión médica se centró en la defensa de sus intereses frente al Estado. En este segundo período, el primer atisbo de quiebre con el Estado se manifestó en relación a la demanda de un aumento de remuneraciones por parte de la organización gremial de los médicos, antes de la aprobación de la Ley 10.383 de 1952 que crea el Servicio Nacional de Salud, estableciendo como cuestión previa a la participación de los médicos en la nueva institucionalidad sanitaria la necesidad de fijar sus condiciones mediante un Estatuto del Médico Funcionario que se tradujo en ley el 17 de diciembre de 1951. En la década de 1960, la participación del actor médico en el desarrollo de la seguridad social desde una perspectiva centrada en sus intereses gremiales se hizo más nítida cuando se trató de resolver la incorporación al sistema de salud de los empleados

públicos y privados en la administración del gobierno del Presidente Eduardo Frei Montalva. Tras un debate que duró tres años, se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados en 1968.<sup>8</sup>

En cuanto al presente, no obstante la mala evaluación del sistema, desde hace más de una década este consenso no logra traducirse en una propuesta que concite los apoyos requeridos para orientar su desarrollo en una dirección de mediano y largo plazo. En ese afán, desde 2010 los gobiernos sucesivos han elaborado diferentes proyectos. Entre la visión de una reforma parcial o integral, de una reforma al sector privado o al sector público, hasta ahora la regla es que en su gran mayoría las iniciativas se han centrado en la búsqueda de solución al problema que representa la existencia de dos sistemas paralelos de aseguramiento, financiamiento, gestión y atención. Aun cuando así sea y no siempre se declare desde donde se están elaborando tales iniciativas, existe una tensión no resuelta entre la perspectiva clínica y la perspectiva sanitaria o de salud pública que debiera sostener la anhelada reforma y, más en profundidad, todavía entre quienes polarizan el debate en base al esquema binario del Estado y del mercado.

Para especificar cuáles son los desafíos que la reforma debe enfrentar, un punto de partida para desprejuiciar el debate consiste en formarse una visión acerca de la “revolución pasiva”<sup>9</sup> exitosa que hace más de un siglo la intelectualidad médica lideró y de lo que aconteció con ese proceso a partir de las “modernizaciones” implementadas en dictadura. Gracias al liderazgo de la intelectualidad médica, antes de 1924 la profesión asumió el control sanitario de la nación y promovió cambios institucionales que orientaron el desarrollo del sistema de seguridad social en salud. Entre ese período y el actual, precedido por las reformas de mercado que inspiraron las decisiones de política en salud de fines de los setenta, la pregunta es, atendida la trayectoria del sistema, desde qué comprensión de ese proceso histórico se puede avanzar para atender las necesidades de salud de la población. Observada en perspectiva, la laboriosa constitución de la salud pública refleja la respuesta organizada institucionalmente en torno a una interrogante esencial sobre cómo compatibilizar en diferentes circunstancias polí-

7 Servicio Médico Nacional de Empleados.

8 Respecto a este último episodio, la oposición del Colegio Médico al proyecto del gobierno de medicina curativa para los empleados dentro del SNS, significaba fijar límites a la medicina socializada, favoreciendo la consolidación de la medicina privada. Esta última ruptura marca para María Angélica Illanes el fin del liderazgo del estamento médico en el sector (Illanes, 2010, pp. 451ss). Para un análisis acerca de cómo la profesión médica se ha desplazado históricamente desde el ejercicio liberal a uno más parecido al de una profesión de servicio público y desde esa posición al extremo liberalismo manifiesto en la defensa de su independencia en relación al Estado, véase Vargas (2016).

9 El concepto de “revolución pasiva” de Gramsci que utiliza María Angélica Illanes alude a la solución que impone el liderazgo médico en la construcción del sistema de salud chileno a partir de 1924, esto es, “una transformación institucional del régimen político y del rol del Estado en el capitalismo en respuesta a un movimiento que cuestionó la injusticia y desigualdad de un sistema capitalista anárquico, carente de regulación y legislación social” (Illanes, 2010, p. 16).

ticas, económicas y socioculturales, la esfera sanitaria con las características del desarrollo de la sociedad chilena. Para delimitar el campo de lo posible en relación al presente y futuro del sector parece entonces pertinente hacerse de una mirada histórica que releve los problemas y las soluciones que a través de diferentes momentos críticos han ido dando forma al sistema actual.

## 3.

## LA MEDICINA Y EL GIRO HACIA LA POLÍTICA

Desde la perspectiva de la medicina chilena de fines del siglo XIX, la crisis del orden oligárquico ofrecía su peor cara cuando se padecían las consecuencias de los brotes epidémicos que en distintos períodos producían desolación y muerte. En esas circunstancias se hacían más visibles que en tiempos normales los problemas de la “cuestión social” que el capitalismo de la época producía. Para los médicos higienistas,<sup>10</sup> el rancho insalubre y las paupérrimas condiciones en las que vivía la inmensa mayoría de la población constituían el principal problema que la autoridad política debía enfrentar. A medida que se avanzaba hacia fines del 1800 y la crisis político-sanitaria se iba agravando, la figura del médico fue asumiendo la función de gran consejero y experto en el manejo de la higiene pública. En esa calidad, en el último tercio del siglo XIX los médicos fueron los primeros en plantear el problema que representa en el contexto de la vida urbana el estado de miseria del pueblo, “la vida material y las costumbres como causas patogénicas” (Bruner, 1857, p. 296). Desde esta aproximación, en la que la relación de lo social con el ambiente dentro del territorio sirve para explicar no solo cómo las condiciones de vida de la población determinan la enfermedad sino también para pensar en cómo ordenar y gestionar el territorio y los flujos poblacionales, la intelectualidad médica se plantea como un primer objetivo de su misión redentora organizar la medicina pública mediante instituciones de higiene y sanidad permanentes.

Con mucha antelación a la consagración de un saber científico positivo con eficacia terapéutica, la élite médica de la segunda mitad del siglo XIX reivindicó la importancia de atender “la índole de la constitución morbosidad del país” (Díaz, 1863, p. 56), depositando “confianza en la administración pública de la medicina” (Schneider, 1868, p. 83.), para combatir la mortalidad. Luego de dotarse de una organización política que garantizó la estabilidad de la República

en formación durante varios decenios, los primeros médicos chilenos formados en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile sostuvieron que era imperioso consolidar la “prosperidad y el bienestar” (Ugarte, 1875, p. 173), de la nación haciéndose cargo de la salubridad como un “bien social” (Ugarte, 1875, p. 173). Tratándose de un asunto de interés nacional como la salud, para ocuparse de ella se requería de instituciones públicas con poder efectivo para normar, reglamentar y dirigir políticas que se ocuparan de todo lo relativo al cuerpo social. Este paso fundamental en la conciencia de la élite médica fue consolidando un ideario político sanitario forjado en la experiencia del contacto con el círculo infernal de marginalidad, pobreza, insalubridad, enfermedad, muerte y malestar social que se ponía en marcha en los recurrentes brotes epidémicos, y también a través de la observación y el análisis de los médicos sobre el impacto que tenía en la salud del pueblo el estado de miseria y abandono en el que vivía en tiempos normales.

En las circunstancias extremas de alarma pública que produjo la epidemia del cólera que llegó a Chile en 1887, la Comisión Directiva del Servicio Nacional creada para atender la emergencia, movilizó en toda la República a médicos, alumnos de medicina, practicantes y farmacéuticos. Como estrategia, la Comisión procedió a la “division de las ciudades en barrios para establecer en cada uno de ellos, como en Santiago i Valparaíso, estaciones sanitarias”<sup>11</sup> (Díaz, 1888, p. 20), encargadas de administrar todas las medidas profilácticas. Además del “servicio a domicilio como base de la asistencia médica a los colerosos i como el más importante i eficaz para combatir la epidemia” (Díaz, 1888, p. 20); para atender a la numerosa población indigente y evitar los peligros de “propagación” debido al “acarreo”, de los enfermos fuera de las ciudades, se definió la instalación de lazaretos “lo mas cerca posible de las poblaciones o de los barrios” (Díaz, 1888, p. 21).

Una obligación importante de los médicos encargados de coordinar la implementación de la estrategia en cada ciudad y pueblo, fue presentar una memoria que resumiera lo ob-

<sup>10</sup> La mirada sobre la salud-enfermedad desde la perspectiva higienista fue el primer peldaño del proceso que acompañó la consagración de la salud como un poder biopolítico normalizador. Los higienistas pusieron atención a la relación entre medicina y territorio, para analizar la importancia que tienen para la vida la luz, el aire, el agua y el suelo. La ciencia de la higiene o higienismo surgió en Chile en la segunda mitad del siglo XIX en el marco de un crecimiento urbano, principalmente, en Santiago, en los márgenes de la ciudad, que se transformó en fuente de enfermedades, epidemias y peligros para la ciudad “civilizada”.

<sup>11</sup> N. del E.: Las citas del Dr. Wenceslao Díaz (1834-1895), han sido reproducidas fielmente, manteniendo la ortografía de la época, lo que explica las “faltas” que en ocasiones podemos encontrar, de acuerdo con la ortografía actual.

servado, no solo en relación al comportamiento y evolución de la pandemia sino también sobre “las condiciones de existencia del pueblo” (Díaz, 1888, p. 37).

Estos informes ponían al médico en situación de fundamentar, desde su capacidad de observar en base a sus competencias científicas técnicas, medidas para corregir y mejorar el estado material y social en el que vivía la población más expuesta a la enfermedad. Para “poner en condiciones higiénicas favorables a la ciudad” (Díaz, 1888, p. 23), los médicos entregaron a las autoridades información detallada “respecto del aseo, basuras, aguas detenidas, desagües, pantanos, irrigación, agua potable, establecimientos insalubres” (Díaz, 1888, p. 23), en las ciudades.

En su informe final al ministro del Interior, el Dr. Wenceslao Díaz, encargado por el gobierno de conducir la batalla contra el cólera, señalaba después de cifrar en 30.000 las víctimas de la epidemia, que corresponde:

al Gobierno el deber de suministrar al pueblo, no tanto a la parte acomodada como a la pobre, que es la mayoría i la que mas lo necesita, espacio, aire, luz, agua, representados por calles anchas i pavimentadas, plazas i jardines (Díaz, 1888, p. 62).

A modo de conclusión, en su informe el Dr. Díaz señalaba que:

la higiene pública en las naciones modernas en que se aprecia i respeta la vida humana, i en que se considera la poblacion como el principal elemento de riqueza, está i tiene que estarlo, en relacion íntima con la administracion, formar una parte de ella; porque el verdadero arte de gobernar es el arte de conservar la salud i de velar por el bienestar de los gobernados.

Sin los cuidados de la higiene pública, puestos en ejecucion por los Gobiernos, no se logra jamas el bienestar social general de la poblacion de un país, bienestar social que en el día se aprecia por un factor o mejor por un resultado numérico, que es tambien la expresion del grado de cultura física, intelectual i administrativa de una nacion: tal es el de la mortalidad (Díaz, 1888, pp. 62-3).

Desde antes de la creación por decreto presidencial del Consejo Superior de Higiene Pública en 1889, que más tarde se transforma en ley de la República en 1892, el convencimiento de la intelectualidad médica era que los cuerpos consultivos que se creaban, como las juntas, consejos de higiene o comisiones, que nacían de épocas de angustia pública y desesperación cuando había que enfrentar brotes epidémicos, no eran una respuesta adecuada para tratar de manera permanente y sistemática la conservación de la vida humana, y “la mejora i aumento de la población, fuente de la riqueza nacional” (Díaz, 1888, p. 337). Ya en 1882, al exponer ante la Junta de Higiene de Valparaíso los fundamentos de un proyecto cuyo propósito era “la necesidad de dar una organizacion metódica i científica al servicio de la medicina pública”<sup>12</sup> (Puga Borne, 1882, p. 8), el Dr. Federico

Puga Borne señalaba que la primera condición para cumplir el objetivo de la medicina pública es “establecer la unidad de direccion en el servicio, cualidad sin la cual toda fuerza de accion se pierde, toda coordinacion de trabajo es imposible i todo buen éxito ilusorio” (Puga Borne, 1882, p. 8).

Recogiendo el sentir de la intelectualidad médica de la época, Puga señalaba que “las inspiraciones pasajeras de algunos gobernantes bien intencionados no son suficiente garantía del derecho a la salud i a la vida que tiene el pueblo” (Puga Borne, 1882, p. 8). Esa garantía del derecho a la salud como un bien permanente solo podía quedar establecida como principio si la ciencia médica ocupada de velar por la salud disponía de “una corporacion permanente, encargada exclusivamente de este ramo” (Puga Borne, 1882, p. 8). Esta aspiración máxima de la intelectualidad médica se fue abriendo camino a medida que la crisis sanitaria agudizaba su fuerza avasalladora en los sectores populares, revelando la incapacidad del Estado liberal para gestionar los graves problemas sociales del país.

La impresión general de que se estaba incubando el germen de una transformación profunda de la sociedad que requería con urgencia una intervención mayor por parte de la autoridad política, se venía señalando en diversos escritos del período y, en especial, desde la profesión médica, que interpretaba “la cuestión social” como un problema político sanitario de graves consecuencias: “estamos envueltos en una cuestión social amenazadora y peligrosa, que reclama la más seria atención del estadista” (Orrego Luco, 1897, p. 44), escribía Orrego Luco en 1884.<sup>13</sup> Se trataba de una situación en la que “la doctrina de la indiferencia imposible, del *laissez aller, laissez faire*, está juzgada de manera inexorable” (Orrego Luco, 1897, p. 46), y en la que para salir de la crisis había que “intervenir”, dando por superado los marcos del Estado liberal. Para eso se requería actuar a múltiples niveles, creando instituciones efectivas que se hicieran cargo de “levantar” las condiciones de vida del pueblo en base a los principios de la higiene pública (Orrego Luco, 1897). En esa comprensión del conflicto social y de la amenaza que representaba para el orden una población marginal autónoma y rebelde, organizada y movilizaba, el giro hacia la política de la medicina afianzó la posición de la intelectualidad médica en las instancias de poder.

<sup>12</sup> N. del E.: Las citas del Dr. Federico Puga Borne (1855-1935), han sido reproducidas fielmente, manteniendo la ortografía de la época, lo que explica las “faltas” que en ocasiones podemos encontrar, de acuerdo con la ortografía actual.

<sup>13</sup> N. del E.: En 1884, Augusto Orrego Luco publicó una serie de artículos en el diario La Patria de Valparaíso que luego se convertirían en La cuestión social, lo que explica la discrepancia entre las fechas mencionadas (Grez, 1997, p. 23).

## 4.

## EL ESTADO BIENESTAR ASISTENCIAL SANITARIO Y EL DERECHO A LA SALUD

Hacia el primer centenario de la República, los médicos formados en el higienismo asumieron que para hacerse cargo de las precarias condiciones de vida que afectaban a la inmensa mayoría de la población, era indispensable relevar el papel del Estado, crear instituciones públicas encargadas de proteger la vida y la salud de la población e impulsar políticas de prevención y cuidado para transformar al pueblo en un actor reconocido y legítimo por su contribución al progreso del país a través del trabajo y la defensa.

El caso chileno demuestra convincentemente que la intelectualidad médica desempeñó un papel clave en la salida de la “cuestión social” del siglo XIX. Esa salida selló el triunfo de la medicina social<sup>14</sup> como campo profesional institucionalizado, confiriéndole al estamento médico, en base a la crítica sociopolítica y cultural del período oligárquico y a su saber científico positivo, un poder exclusivo y excluyente en la solución de los problemas sanitarios y en la administración de las instituciones de salud.

Con la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo en 1924 y las leyes 4054 y 4055 del Seguro Obrero y del Seguro Obligatorio de Accidentes del Trabajo, se señala el fin del Estado liberal en salud, iniciándose el desarrollo de un incipiente Estado bienestar en Chile.<sup>15</sup> En la base del nacimiento del Estado bienestar se halla la emergencia de la medicina social que se consolida como perspectiva sanitaria con la expansión de la urbanización y la observación de lo que acontece con la fuerza de trabajo en los centros de más dinamismo económico. Esa medicina social logró la transformación de sus premisas en un régimen de poder que desde el Estado se ocupó del bienestar. En este sentido, la consagración del derecho a la salud, así

como toda la institucionalidad sanitaria creada para hacerlo efectivo, marcó el inicio de un protagonismo del Estado en materia de protección social. El referencial global del modelo de desarrollo que se inicia con la consagración del proyecto fundado en el saber médico social tenía como propósito salvar la República, el orden social y la riqueza nacional.

En el ambiente de la crisis en curso desde fines del siglo XIX, el valor simbólico que tiene la creación del Ministerio de Salud, Minsal, en 1924 y las decisiones políticas adoptadas en materia de salud a partir de entonces, se relaciona con la institucionalización del derecho a la salud en el momento en que la crisis biocorporal de la sociedad chilena alcanza un punto crítico. Se trata de uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, cualquiera sea su religión, su condición económica social o sus inclinaciones políticas. De este modo, el derecho a la salud quedó consagrado en la Constitución de 1925, obligando al poder público a crear las condiciones para que cada ciudadano pueda disfrutar del mejor estado de salud posible. Ello implicaba principalmente promover la existencia de servicios de salud, de condiciones de trabajo seguras y sanas, vivienda adecuada, alimentación nutritiva y educación, además de otros factores considerados indispensables para el bienestar humano. El derecho a la salud incluye desde luego el acceso a los cuidados de salud pero también el ocuparse de las determinantes sociales de la salud, que son aquellas condiciones económicas, sociales y culturales en las cuales la población vive y que ejercen influencia en su salud. Es precisamente este aspecto el que pondrá de relieve la mirada crítica sobre la realidad médico-social chilena que la intelectualidad médica elabora para dar forma a los problemas que históricamente constituyen a la medicina social o, si se prefiere, en términos más

<sup>14</sup> Desde la perspectiva ambiental que constituyó originalmente al higienismo, la medicina social como disciplina biosocial se hace dominante a partir de la institucionalización de un “Estado asistencial sanitario”. Definida como una medicina que busca comprender el impacto de las condiciones económico-sociales sobre la salud y enfermedad, con el propósito de mejorar el estado de salud de la sociedad y de los individuos, su evolución posterior incluye, para entender los mecanismos que producen desigualdad social en salud, los factores ambientales, psicosociales, el comportamiento y los biológicos.

<sup>15</sup> Larrañaga (2010a), ofrece una perspectiva de la evolución del Estado bienestar en seguridad social, educación, salud y vivienda. Cabe hacer notar que, como bien queda demos-

trado en Illanes (2010), la figura inicial del nuevo Estado se constituye en torno a la alianza de militares y médicos inmediatamente después del golpe del 11 de septiembre de 1924 y que, en el núcleo central de su construcción, se encuentra la idea de que, para superar la ausencia de Estado en relación a los problemas sociales, se requiere de un “Estado asistencial sanitario”. Además de la salud, la escuela es el otro pilar que se encuentra en el origen del Estado bienestar. Sobre la importancia de la escuela y de la Ley 3.654 de Instrucción Primaria Obligatoria del 26 de agosto de 1920 en la transición de “las libertades públicas a los derechos sociales”, (Serrano et al., 2018).

amplios, a la biopolítica,<sup>16</sup> que se ocupa de las condiciones de vida de la población.

Con la especificación del derecho a la salud en la Constitución de 1925, se abre paso a una dinámica de consolidación de la intervención del Estado para superar el círculo vicioso de miseria, hambre, enfermedad y muerte en el que vivía la mayor parte de la población. En el trasfondo del nuevo período que se inicia, la superación del Estado liberal “asistencial y caritativo” y la instalación de un modelo sanitario de seguridad social generó un debate tanto acerca de la interpretación sobre las causas profundas que explicaban el proceso salud/enfermedad como sobre los niveles de unidad o segmentación que el sistema debía contemplar para abordar el problema sanitario y atender las necesidades de protección y atención, así como también en relación a la mantención o eliminación del sector de la beneficencia gratuita y caritativa que se había desarrollado desde antes de la Ley del Seguro Obrero.

Además del sector educacional que venía desarrollándose desde los orígenes de la República, el sector sanitario fue uno de los primeros en constituirse dentro del nuevo modelo a través del cual la sociedad chilena evoluciona hasta el quiebre de la democracia en 1973. Junto al despliegue de la narrativa de los derechos sociales, el proyecto que la profesión médica se propuso crear consideraba como columna vertebral del Estado benefactor una institucionalidad protectora de la salud capaz de dirigir y ejecutar bajo su mando objetivos de salud y políticas inspiradas en una concepción científica sanitaria. Como complemento de la confianza en la ciencia para resolver los problemas públicos, la condición de emergencia de la mirada médica que se hace de la conducción político-sanitaria, fueron las cuestiones atinentes a las políticas de salud, esto debido a que la institucionalización de la medicina y su función social normalizadora posee una dimensión política fundamental que la medicina social integra a su definición desde mediados del siglo XIX. Si nos atenemos a Virchow, una de las figuras más emblemáticas de la medicina social, en estricto rigor, la medicina es política, lo que quiere decir que no se puede comprender la salud y la enfermedad desde una perspectiva puramente biológica si no se tienen en cuenta los efectos de los factores socio-ambientales, en particular, sobre los más pobres y desamparados de la sociedad. Muchas figuras históricas se interesaron en el siglo XIX por la relación entre problemas biomédicos, como la tuberculosis pulmonar, por ejemplo, y las condiciones de vida desfavorables e inadecuadas que favorecían su transmisión. El citado Virchow, conocido por sus descubrimientos en biomedicina y considerado como uno de los fundadores de la medicina social europea al demostrar la relación entre condiciones de vida e incidencia

del tifus en Silesia en 1848, definía la medicina social como la ciencia social que se interesa en las condiciones sociales generadoras de las enfermedades.

En cuanto al caso chileno y, sin que exista conexión con Virchow,<sup>17</sup> la identificación de Salvador Allende con la medicina social, en su obra, *La realidad médico-social chilena*, escrita en 1939, proviene de su conocimiento de primera mano sobre las condiciones de vida del pueblo y de discusiones y debates del entorno cultural local. En ella, Allende conceptualiza la enfermedad como una perturbación del individuo favorecida por condiciones sociales desfavorables. Esta causalidad social de la enfermedad enquistada en la esfera del saber y del poder, refuerza en Allende la convicción de que la medicina es política en tanto genuina preocupación por el desarrollo de la salud corporal. Esa visión de la medicina social descrita en el libro de 1939 se transformó, por su carácter de manifiesto programático, en un texto guía para el ejercicio de su cargo como ministro de Salubridad del Gobierno del Frente Popular del presidente Pedro Aguirre Cerda, y en una fuente de inspiración de todo lo que hizo a partir de distintos cargos de representación en favor de la salud pública hasta 1973.

<sup>16</sup> El término “biopolítica” que Foucault desarrolla en su conferencia en Brasil sobre el nacimiento de la medicina social, hace referencia a la vida de la población como conjunto de seres vivos que coexisten y presentan rasgos biológicos y patológicos particulares, lo que los constituye en objeto principal del saber y del poder. Es esta transformación del cuerpo en una realidad biopolítica lo que está en el origen del proceso de medicalización de la sociedad moderna (Foucault, 1994).

<sup>17</sup> En Carter y Sánchez Delgado (2020), los autores concluyen que no hay base documental para sostener una influencia de las ideas de la medicina social europea en Salvador Allende.

## 5.

## ALLENDE Y LA MEDICINA SOCIAL

En torno a la Primera Revolución Industrial y la crisis del primer centenario de la República se vivió un cambio histórico decisivo que significó pasar de la desprotección y el desamparo a la definición de la vida y la salud como un derecho humano fundamental. En esa transición, el joven Salvador Allende asumió desde sus inicios en la vida pública en la década de 1930 que la seguridad social suponía una condición primaria para el desarrollo de una sociedad auténticamente democrática, respetuosa de la igualdad como principio básico para la convivencia social, emancipada de la miseria y, por supuesto, abierta a la participación de los sectores populares en la forja de un destino común.

En la versión comúnmente aceptada de la medicina social como disciplina se nos explica que esta hunde sus raíces en el siglo XIX, época en que el industrialismo multiplicó por todas partes del mundo trabajadores pobres y enfermos, niños desnutridos y mujeres dedicadas en sus múltiples roles a conjurar daños. Los rostros visibles de esos militantes de la medicina social se fueron formando a partir de una aproximación a la salud donde, sin perjuicio de la genética, se reconoce la intervención de lo que hoy se define como las determinantes sociales. Como buen heredero de esa estirpe de médicos agobiados por la enfermedad y la muerte, por los índices pavorosos de mortalidad infantil y por todas las secuelas que dejaba la enfermedad en “el cuerpo del pueblo”, Allende elaboró su proyecto político a partir de una conciencia crítica de la sociedad chilena que lo acompañó durante toda su vida. Fijando detenidamente su mirada en la “fotografía social de Chile” (Illanes, 2002, p.123), sistematizó bajo el concepto general de “realidad médico-social chilena” (Allende, 1939), todo el conocimiento disponible sobre el estado del “cuerpo del pueblo”, transformándolo en un programa político de reforma a todos los niveles de la nación.<sup>18</sup> Allende se constituye así, a través de un texto reconocidamente clásico, en uno de los líderes más importantes de la intelectualidad militante chilena desde la década de 1940 en adelante. Desde el Ministerio de Salubridad del gobierno del Frente Popular, luego como senador, candidato

presidencial y presidente de Chile, Allende consolida y desarrolla el “Estado asistencial sanitario” que desde 1924 se erige como salida a la incapacidad del liberalismo del siglo XIX de gestionar los problemas sociales de un capitalismo avasallador.<sup>19</sup>

El modelo que impulsa el gobierno del Frente Popular, cuyo lema era “Gobernar es educar y dar salud al pueblo”, uno de cuyos mentores principales fue Salvador Allende, se asentaba sobre claves opuestas a las de la sociedad oligárquica. El nuevo Estado, que asumía la responsabilidad de velar por la salud del pueblo, promovió la protección social como respuesta al abandono del “cuerpo del pueblo” expoliado por la miseria, la enfermedad y la muerte. Desde el conocimiento del “cuerpo del pueblo”, documento visible de los males que aquejan a la nación, Allende formula un programa de reformas urgentes de vasto alcance, que contempla la seguridad social en salud y previsión, vivienda digna, alimentación para combatir la desnutrición, salario justo, educación, cultura y derechos sociales garantizados por el Estado. Se trata no solo del compromiso político con la seguridad social sino de una concepción de la salud como “construcción de (un) orden de sociedad”<sup>20</sup> fundado en el pilar de la igualdad democrática para recuperar la condición humana del pueblo.

Después de haber trazado el “angustioso panorama” de una “realidad sanitaria” que exige “llevar hasta los más apartados rincones los adelantos de la ingeniería sanitaria y de la medicina social” (Allende, 1999, p. 196), la primera preocupación que Allende releva está puesta en lo que denomina “capital humano”: “base fundamental de la prosperidad económica de un país” (Allende, 1999, p. 196), que, en el caso de Chile “ha sido subestimado y ha estado abandonado a su propia suerte” (Allende, 1999, p. 196), y que ahora corresponde valorizar y defender porque como “base de toda riqueza, constituye la más alta responsabilidad de un Estado moderno” (Allende, 1999, p. 197). Esa ri-

<sup>18</sup> María Angélica Illanes (2002), analiza cómo la observación de la “fotografía social de Chile” produce en Allende un conocimiento nuevo sobre la realidad médico-social del “cuerpo del pueblo”, que se transforma en programa político. Véase Illanes (2002) capítulo, “El cuerpo del pueblo y el socialismo de Allende”, pp. 123-132.

<sup>19</sup> En Illanes (2002), también se analiza las bases de sustentación del Estado asistencial autoritario que, como proyecto, lideró el Dr. Alejandro del Río y la diferencia entre ese proyecto con el modelo de Estado asistencial democrático que Allende impulsó. Véase en la misma publicación “Fuerzas Armadas, medicina y servicio social en Chile. El caso de una contrarrevolución multidisciplinaria 1924-1932”.

<sup>20</sup> La comprensión de la salud como “orden de sociedad” se desarrolla en “Salud pública y democracia” (Illanes, 2024).

queza de la nación, el pueblo, tenía que transformarse en el principal pilar del desarrollo político, económico y social del país. El “capital humano”, la “población”, es una realidad “demográfica” que en tanto vida corporal se resume en indicadores sobre el “estado de salud del pueblo” que reflejan “casi la más alta mortalidad infantil y adulta del mundo” (Allende, 1999, p. 196). En ese escenario, lo que Allende se plantea como proyecto político sanitario desde el Frente Popular es “poner en marcha” una “gran empresa restauradora de la nacionalidad” (Allende, 1999, p. 197), uno de cuyos ejes centrales lo constituye la “intensificación y extensión de las medidas de profilaxis y de salubridad nacional” (Allende, 1999, pp. 275ss). En la elaboración de ese ideario, Allende parte del “conocimiento corporal” del país acumulado por los médicos desde la segunda mitad del siglo XIX, analizando los factores sociales, económicos y políticos que producen el estado de salud del pueblo chileno.

En *La realidad médico-social chilena*, y en todo el aporte que realizó en favor de la salud pública a lo largo de su trayectoria, Allende manifiesta su voluntad de cambiar el curso de la historia de Chile desde una sociedad de competencia y lucro hacia una de solidaridad, bienestar y desarrollo humano. Es esta visión, expresada a lo largo de toda su vida la que lo acompaña en su carrera política como militante socialista, médico comprometido con la salud pública, diputado, ministro, senador y presidente de Chile.

Al momento de asumir Pedro Aguirre Cerda la presidencia en 1938 Chile era un país pobre, con altas tasas de mortalidad y morbilidad. Ante esta situación, el Frente Popular –alianza electoral de centroizquierda del período comprendido entre 1936 y 1941–, se propuso llevar a cabo un programa, que:

pretendía transformar el carácter liberal del Estado Asistencial, y crear un Estado de Acción Social, comprometido directamente con una política económica y social, sustentada sobre la ruptura de la alianza del Estado con los capitalistas y propietarios que eran los que en definitiva habían obstaculizado la política social (Illanes, 2010, p. 297).

Para dar inicio a la realización de este proyecto, una de las primeras medidas del ministro de Salubridad, Miguel Etchebarne, fue crear un Consejo Nacional de Acción Social encargado de impulsar las tareas más urgentes en materia de sanidad. Sin embargo, fue el terremoto de Chillán del 24 de enero de 1939, que causó la muerte de 24.000 personas el detonante de una reflexión que generó la necesidad de avanzar hacia una reforma de la seguridad social en salud de mayor envergadura. La gravedad de la destrucción provocada por el cataclismo generó una crisis en la incipiente institucionalidad sanitaria, lo que obligó a aunar esfuerzos, entregándole facultades extraordinarias al director de Sanidad y movilizándolo recursos y aportes de numerosas instituciones. Al asumir en septiembre de 1939 como ministro de Salubridad, Salvador Allende puso a prueba toda la capacidad de la cartera a su cargo para desplegar en terreno equipos sanitarios que atendieran los problemas de la población afectada por el terremoto. Para enfrentar las consecuencias sanitarias de la emergencia, Allende reunió bajo una dirección común

del Ministerio la acción de la Beneficencia, de la Caja del Seguro y de la Dirección General de Sanidad. Con Allende se crearían los Servicios de Salubridad de Emergencia, que pasarían a llamarse Servicios de Salubridad Fusionados (SSF), que contenían a la Beneficencia y Asistencia social, al Seguro Obligatorio y la Sanidad. La actividad de los Servicios de Salubridad Fusionados constituye un importante ensayo del proyecto que Allende se propuso en materia de organización de la salud pública. Señalando la importancia del aporte de los SSF en la cruzada nacional, Allende señalaba:

La concentración del mando y de los elementos técnicos y recursos materiales en una sola mano, dio en esas circunstancias trágicas y dolorosas, resultados evidentes. Sin preocupación por las fronteras que separan las diversas instituciones que tienen como misión defender la salud pública, fué posible enterrar a los muertos, curar a los heridos, controlar la calidad de las aguas destinadas a la población y mejorarlas hasta hacerla potable, eliminar por medio de la vacunación antitífica el peligro de una epidemia tifoidea, hecha en una escala pocas veces superada<sup>21</sup> (Allende, 1999, p. 209).

La organización de los Servicios de Salubridad Fusionados consistía en un Consejo Especial de Salubridad que ejercía el comando único, con dos jefes de zona con residencia en Chillán y Concepción, que contaban con un equipo técnico de asesores, que estandarizaban las labores de los servicios en cada zona y abogaban por el perfeccionamiento técnico de la atención. Conviene destacar que el esfuerzo que Allende puso en la tarea de dar cuenta de la crisis significó efectuar la demostración de que para enfrentar desafíos sanitarios era indispensable fortalecer la capacidad de coordinar instituciones y equipos humanos diversos. La idea de integrar, unificar bajo un mando único y central los servicios médicos formaba parte de los conceptos básicos que habían inspirado la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y previsión Social en 1924, cobrando una inusitada fuerza en el contexto de la crisis provocada por el terremoto de 1939.

En esa misma dirección, en el texto de ese mismo año, Allende proponía reformar la previsión del seguro social, ampliando su cobertura a la población asalariada y no asalariada e incluyendo plenamente a las familias de los asegurados, creándose para el efecto una Gran Caja de Previsión Nacional Única que agruparía bajo un solo régimen las 44 instituciones de previsión existentes. La reforma que Allende promovió en esas circunstancias contemplaba, además, la unificación de los Servicios Asistenciales y Médicos, tanto de la Beneficencia como del Seguro Obrero bajo la dirección de un Consejo Nacional de Salubridad. La atención de este servicio único estaría costada en un 80% por el aporte estatal. Por último, la fusión traería aparejada la estructuración de un escalafón único para los médicos y la creación del Colegio Médico<sup>22</sup> como organización gremial.

<sup>21</sup> N. del E.: Las citas del Dr. Salvador Allende (1908-1973), han sido reproducidas fielmente, manteniendo la ortografía de la época, lo que explica las “faltas” que en ocasiones podemos encontrar, de acuerdo con la ortografía actual.

<sup>22</sup> La Ley 9.263 que crea el Colegio Médico en 1948 es otra de las iniciativas que Salvador Allende promovió.

En otra de sus políticas destacadas al frente del Ministerio de Salubridad, relativa a la protección materno-infantil, Allende reitera la idea de crear una institucionalidad única. La tarea de la protección materno-infantil venía desarrollándose como un objetivo ampliamente consensuado en el ambiente de los médicos chilenos de comienzos de siglo por los altos índices de mortalidad infantil registrados. Desde la administración anterior, Eduardo Cruz-Coke había impulsado la creación de instituciones que comenzaban a entregar alentadores resultados. En esto hará hincapié Allende para proponer ante el Congreso la incorporación dentro del presupuesto de un Departamento Central de la Madre-Niño del Ministerio de Salubridad que permitiese aunar la dispersión de todas las instituciones que se dedicaban a la protección materno-infantil. En 1941, el jefe de dicha unidad daba cuenta de que ya se había obtenido la coordinación efectiva de la Dirección General de Beneficencia, el Departamento de la Madre y Niño de la Caja del Seguro Obrero, el Departamento de Bienestar de la Madre y del Niño de la Dirección General de Sanidad, el Patronato Nacional de la Infancia, el Consejo de Defensa del Niño, instituciones todas encargadas del cuidado de madres y niños que, no obstante, adquirirían un rol diverso de acuerdo a las directrices estatales.

A pesar de la estrechez presupuestaria del período, estas iniciativas se hacían cargo de los conceptos racionalizadores que defendían la idea de una mayor centralización en la dirección estatal, de planes únicos y de coordinación, todo lo cual se consideraba indispensable para producir un cambio en el desarrollo histórico chileno. Este cambio empezó a dar sus primeros pasos a raíz del terremoto de Chillán, cuando Allende propuso al presidente Aguirre Cerda crear, mediante decreto supremo, una comisión encargada de estudiar el perfeccionamiento de la seguridad social para enfrentar el estado médico-social de la nación y estudiar la reforma a la Ley del Seguro Obrero y la Ley de Accidentes del Trabajo, ambas de 1924. Presidida por el propio Allende, la comisión inició sus trabajos el 16 de febrero de 1940 y, tras catorce meses, como resultado de sus análisis propuso el proyecto de ley que, con la firma del presidente y del ministro de Salubridad, ingresó al trámite parlamentario el 10 de junio de 1941. En ese proyecto, que más tarde daría origen a la creación en 1952 del Servicio Nacional de Salud (SNS), la base de la nueva institucionalidad propuesta se funda en un modelo de salud unificada que aspira a instalar la universalidad de los servicios de atención médica a toda la población. Fue nueve años después del ingreso del proyecto al parlamento, bajo el gobierno de González Videla (1946-1952), y a través de su ministro de Salubridad, el doctor Jorge Mardones Restat, a fines de 1950, que se insuflaría nuevamente vida a la discusión sobre la reforma del seguro obrero, aunque con un énfasis más conservador que la propuesta inicial de Allende. El trámite del proyecto quedó a cargo de la Comisión Mixta de Asistencia Médico-Social e Higiene y de Trabajo y Legislación Social, y fue aprobado por unanimidad, siendo presidente del Senado el propio Salvador Allende. Al término del trámite parlamentario que creó el Servicio Nacional de Salud, Allende señaló que la tarea de la nueva institucionalidad sanitaria tenía como propósito:

hacer posible la atención de carácter preventivo y curativo a los tres millones de chilenos que, por imperativo de la ley, van a recibir atención médica (y) permite, también, la realización de un plan de tipo nacional, con una visión central, jerarquizando la importancia de los problemas de nuestra patología social.<sup>23</sup>

Sobre la aplicación de la nueva institución, ella mantiene el espíritu de la ley de 1924 en el sentido de restringir su validez y obligatoriedad sólo al segmento “obrero” de los trabajadores, manteniendo el carácter fragmentario de la legislación chilena, que para entonces ya contaba con una diversidad de regímenes previsionales. Esto contraviene la posición de quienes, como los socialistas, eran partidarios de una Gran Caja de Previsión Nacional Única, y refuerza en parte el “principio defendido intransigentemente por los conservadores y los liberales, en el sentido que la protección social del Estado debía destinarse solo a los desamparados” (Molina, 2010, p. 120), lo que a su vez se aproxima desde otra mirada con la idea defendida por los radicales de circunscribir la protección “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 del asegurado, proteger a su familia y asegurarles existencia económica” (Molina, 2010, p. 122).<sup>24</sup> Estas diferencias resultan fundamentales para entender la tensión en las políticas que consagran derechos sociales en general. En ellas se expresan de manera general los antagonismos entre la defensa de un principio de subsidiariedad o focalización de gastos o de universalización y tratamiento unitario. En el caso del sistema chileno, el SNS reafirmó la misma visión que había inspirado en 1924 la decisión de iniciar el desarrollo de la seguridad social. El reconocimiento de la diversidad de categorías de trabajadores fue parte constitutiva de la seguridad social que el país adoptó y ese principio, reafirmado con la creación del SERMENA en 1968 operó y ha funcionado hasta hoy como una barrera de contacto entre diferentes categorías sociales, lo que ha contrariado ciertamente un ideal de universalización en el otorgamiento de protección y cobertura a la población.

<sup>23</sup> Discurso de Allende sobre el proyecto de reforma al sistema previsional, citado en Illanes, 2010, p. 386. Sobre el proyecto del 10 de junio de 1941 que marca el inicio de trámite legislativo que deroga la Ley 4.054 del 26 de septiembre de 1924, creando el Servicio Nacional de Salud, véase Biblioteca del Congreso Nacional, Historia de la Ley. Compilación de Textos Oficiales del Debate Parlamentario. Ley 10.383 (Diario Oficial, 8, agosto, 1952).

<sup>24</sup> Carlos Molina subraya, a propósito de los niveles de fusión y unificación entre servicios del Seguro Obrero y su relación con la Beneficencia, gratuita y caritativa, las divergencias al interior del Frente Popular “alrededor los elementos fundacionales de la proyectada reforma del Seguro Social” (Molina, 2010, p. 115), que explican por qué el proyecto del SNS tardó 10 años en volverse a discutir (Molina, 2010, pp. 102, 115, 120, 122).

## 6.

## EL SISTEMA DE SALUD DESPUÉS DE LA REFUNDACIÓN NEOLIBERAL

En la etapa “de maduración de la medicina social” al amparo del Estado bienestar médico asistencial del período 1924-1973, el éxito de este proyecto quedó reflejado en logros e indicadores sanitarios básicos reconocidos internacionalmente. Gracias a la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952 y a sus acciones y programas a lo largo de 60 años, así como a las leyes y decretos de la administración del presidente Frei Montalva y del presidente Allende, Chile ha alcanzado “importantes logros sanitarios, educacionales e institucionales” (Goic, 2015, p. 777). Sin embargo, hacia el fin del período de la democracia chilena se puede advertir algunos rasgos del proceso histórico constitutivo del sistema de salud que a partir del nuevo orden del capitalismo neoliberal van a adquirir mayor relevancia con el cambio significativo que representó el impulso a la atención médica privada a comienzos de la década de 1980. Entre los más importantes en la dinámica que mueve al sector desde la refundación neoliberal hasta ahora, se puede señalar la segmentación por ingresos de las distintas categorías de la población que participan del sistema, el desarrollo creciente de la libre elección como alternativa para acceder a la atención, la declinación paulatina del sector público como referente de calidad y eficiencia en salud a raíz de la drástica disminución de recursos, y la desaparición del liderazgo de la profesión médica en la conducción del sector. La mayor parte de estos rasgos se empiezan a manifestar en el período anterior a la refundación neoliberal y contribuyen a legitimar la realidad que hemos llegado a tener en el presente, en que conviven dos sistemas que no conversan entre sí, con lógicas distintas y consagrados a poblaciones distintas. Estos dos sistemas de salud paralelos obedecen en lo esencial a las dos “decisiones fundamentales” que orientan el sector en direcciones contrapuestas. Es esta configuración la que cristaliza con la política de salud que se propone después de 1973 para reemplazar la “salud estatista” por un “concepto de libre mercado”, y ella representa en la actualidad el principal desafío a resolver en el proceso de reforma.<sup>25</sup>

**25** En 1974, Pinochet declaraba: Estamos trasladando lentamente una salud estatista y sin perjuicio de la atención gratuita al indigente médico, a un concepto de libre mercado, lo cual es algo complejo y difícil y, por lo mismo, hay que hacerlo con cautela, pero con audacia y agresividad, además con decisión (El Mercurio, 18 de noviembre de 1974).  
Un mes después, la dictadura declaraba: “1975 es el año de la transición para la incorporación de la salud a la política de libre mercado del gobierno” (La Segunda, 30 de diciembre de

En el período de la dictadura la definición del derecho a la salud y la orientación que se le imprime al sistema fue coherente con la matriz basada en el mercado, la empresa privada y el Estado subsidiario del proceso refundacional que quedó plasmado en la Constitución de 1980. En ella la protección de salud se separa de manera aparente de las distinciones entre categorías laborales y el derecho a la seguridad social queda circunscrito a una garantía de protección a todas las personas, al libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, y a la libertad de cada cual para elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea este estatal o privado. En este escenario se reproduce, vía mercado, una segmentación por ingresos mucho más fina dentro del sistema y las categorías socio-laborales de antaño se resignifican en una estratificación cuyo indicador es la capacidad de los cotizantes para comprar atención a sus problemas.

Las reformas de estructura del sistema sanitario chileno impuestas durante la dictadura fueron la creación del Fondo Nacional de Salud, Fonasa, como recaudador y financista del sector público, las Instituciones de Salud previsual, Isapres, para el aseguramiento privado, el cambio de mando de las acciones de salud desde la dirección del SNS al ministerio, la descentralización de los servicios públicos de salud en el Servicio Nacional de Servicios de Salud y la municipalización del nivel primario de atención de salud. Esta estructura, ideada a partir de la noción de un Estado subsidiario y con focalización del gasto, representó un cambio de orientación en el desarrollo del sector al introducir el mecanismo de mercado tanto en la provisión como en el financiamiento y el incentivo de la libre elección.

Pese a la “agenda para el cambio” del primer ministro de salud, Jorge Jiménez, del gobierno del presidente Patricio Aylwin, y al fortalecimiento de la gestión pública de los servicios y hospitales del ministro Carlos Massad; desde las re-

1974). Antes de las modificaciones que crearon las condiciones para el despegue del proyecto que alentó el desarrollo de la medicina privada, en 1977, el ministro de Salud, Fernando Matthei, señalaba: “No se puede privatizar el SNS si no hay capitales privados para operarlo” (La Tercera, 18 de junio). Adoptadas las “decisiones fundamentales” de fines de la década de 1970, la salud ha evolucionado hasta hoy entre dos sistemas paralelos que son los que, de acuerdo con el consenso político técnico acerca de sus déficits, hay que reformar.

formas neoliberales de fines de la década de 1970, el nuevo modelo de seguridad en salud basado en la capacidad de pago individual no ha experimentado hasta hoy cambios sustanciales, y la única política que se propuso iniciar una reforma en línea con el propósito de concebir el derecho a la salud como parte de una nueva política de protección social, incorporando al sistema valores de universalidad y solidaridad, fue el Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas o AUGE del año 2005.<sup>26</sup>

Desde el bicentenario hasta ahora, la tarea pendiente de una reforma que otorgue satisfacción a las expectativas ciudadanas de protección y atención efectiva, que responda a objetivos nacionales de salud y a la responsabilidad que en ello le cabe al Estado en su rol de conducir los cambios, como garante del derecho a la salud y proveedor de servicios de atención oportuna y de calidad, sigue atrapada en la herencia de la trayectoria anterior. No obstante, la erosión y el desgaste de los fundamentos del modelo que consolidó el sistema dual en salud, y a pesar de comisiones, proyectos y ensayos constitucionales, la pregunta de cómo avanzar en salud sin contar con un modelo de reemplazo obliga a buscar formas de “salir del paso de algún modo”, “a duras penas”, haciendo cambios de manera progresiva y continua, pero con sentido.<sup>27</sup>

---

**26** La lectura del Auge como una política de reforma impulsada bajo el liderazgo del presidente Lagos, es leída a posteriori como parte de un conjunto de políticas con enfoque de derechos garantizados (Larrañaga, 2010b).

**27** Nos referimos a la posición de Etzioni (1967), que, para corregir el riesgo de un incrementalismo sin sentido plantea, situar las decisiones de política de reforma en el contexto mayor de las “decisiones fundamentales”.

## 7.

## CONCLUSIONES

En el siglo XX, en 1924 y en 1973, el rumbo del país experimentó drásticos cambios de dirección cuyos efectos se prolongaron en el tiempo más allá de las situaciones que los produjeron. En salud, estos quiebres influyeron de manera significativa en las características del sistema sanitario que se estructuró en el siglo pasado. En el primer momento, la alianza entre militares y destacados representantes de la intelectualidad médica impulsó el nacimiento de un tipo de Estado que asumió la salud de la población como su principal responsabilidad. Este hecho constituyó un paso decisivo en el camino hacia la construcción de un sistema de salud cuya misión primordial fue la de conjurar una crisis que no solo ponía en peligro la reproducción biológica del pueblo concebido como un recurso económico básico para el desarrollo industrial sino la propia seguridad nacional, tanto en lo interno como en lo externo. El segundo quiebre, de 1973, se propuso revertir el proceso histórico que a lo largo de casi medio siglo sentó las bases de la salud pública en el país. A partir de esta última coyuntura se impulsó un tipo de Estado subsidiario y se crearon las condiciones para impulsar un modelo de desarrollo económico neoliberal que debilitó y redujo la presencia estatal en la conducción del sistema sanitario. Este segundo quiebre se tradujo en la introducción de mecanismos de mercado para la provisión y el financiamiento del nuevo sistema constituido en torno al sector público como privado, facilitando con ello el propósito de estimular la capacidad de elección en la atención de salud. A partir de este cambio de rumbo el derecho a la salud quedó reducido a la garantía de acceso a la atención, ofreciendo a las personas la libertad para escoger en qué institución aseguradora cotizar.

Desde esta historia constitutiva del campo sanitario chileno, especialmente del período en que Salvador Allende se formó y ejerció liderazgo, arranca una conciencia de derechos y de igualdad que sigue vigente en el campo sanitario, pero también algunos de los principales problemas que el sector enfrenta en la actualidad como resultado del impulso en favor de la salud privada estimulado desde fines de los años setenta. Para una comprensión de lo que hoy está en juego en salud pública es fundamental por lo tanto formarse una idea de cómo llegamos a la encrucijada actual e identificar cuáles son los desafíos sanitarios más críticos. Tanto los problemas heredados del pasado como los que son propios del tiempo actual y del futuro se producen en el contexto de la sociedad del siglo XXI, caracterizada por transformaciones que impactan a todo nivel. Es por lo mismo esencial identi-

ficar en este escenario cuáles son los problemas críticos que enfrenta el sector, y cuáles y qué características debieran tener las reformas al sistema actual de salud. Tratándose de una reforma a la salud considerada necesaria y urgente, se espera de ella que su foco central esté puesto en atender las necesidades de protección y atención de la población, y que las definiciones de política adoptadas respondan a la consideración de la salud como un derecho social fundamental para el fortalecimiento de una ciudadanía democrática.

En el desarrollo histórico del sistema de salud chileno aparecen en conflicto problemas que hasta hoy se expresan en el debate público y que constituyen la encrucijada en la que se encuentra hoy el país en materia de sanidad. Entre ellos, los más relevantes son:

- Los que se pueden observar en relación al principio de unidad y segmentación en la arquitectura del sistema, y entre el universalismo o particularismo de los regímenes de seguridad.
- Los que se producen entre el poder central y local en la gestión de las instituciones de atención y la cultura de un modelo dominante autoritario y prescriptivo.
- Los que se suscitan entre las lógicas político-institucionales y los intereses y expectativas de los actores del sistema. Es particularmente importante en este sentido reponer la capacidad directiva para gestionar el sistema y el liderazgo del estamento médico en un contexto en el que la reforma del sistema es un pie obligado.
- Los que se manifiestan entre el marcado énfasis en lo curativo del sistema en desmedro de lo preventivo en las políticas.
- Los que tienen que ver con la relación entre el poder y la responsabilidad de la autoridad sanitaria con otros sectores de interés público o privado que de manera directa o indirecta participan del desempeño del sector.
- Los que se aprecian entre la concepción de la salud como un bien individual o un derecho social y la manera de construir y producir salud en el contexto de una realidad epidemiológica que supone atender problemas de salud complejos que requieren más colaboración pluridisciplinaria.
- Por último, el que se plantea a nivel territorial con la articulación entre la situación de salud/enfermedad que vive la población en su realidad cotidiana con las deter-

minantes sociales que la influyen y el tipo de políticas públicas que se debe formular para aproximar el sistema a los valores de la seguridad social y hacer efectiva la participación de todos los actores en la elaboración de soluciones.

A estos desafíos, que forman parte de la herencia que el período actual tiene que enfrentar, es necesario agregar los nudos críticos que el consenso político experto ha detectado tanto en el sistema público (listas de espera, falta de especialistas, déficits de eficiencia en el uso de recursos, gasto de bolsillo, etc.) como en el privado (discriminación por riesgos e ingresos, baja cobertura de los seguros, aumento de costos y ausencia de interés en la promoción y prevención). La reforma de la que se viene discutiendo hace más de una década ha llegado al punto en que se requiere de una firme voluntad política para encauzar la evolución que debe seguir el sistema en el mediano y largo plazo para responder a las necesidades de cuidado y atención de la población.

Después de explorar distintos momentos que fueron el producto de una combinación de circunstancias, la salud pública se encuentra hoy en una situación en que la demanda de una ciudadanía insatisfecha que padece la desigualdad en salud como una de las injusticias más inaceptables, obliga a plantearse la necesidad de reconfigurar el sistema. Este momento del sector se inaugura a partir de una crisis y un cuestionamiento sobre su funcionamiento en que el desplazamiento desde el libre mercado hacia un cierre previsible más próximo a los valores de la seguridad social no está garantizado mientras no exista acuerdo acerca de las tendencias que debieran animar el desarrollo de la salud en Chile en las próximas décadas.

## REFERENCIAS

- Allende, S.** (1999, noviembre). *La realidad médico-social chilena* (2ª ed.). Cuarto Propio.
- Bruner, J. J.** (1857). *Fragments de una higiene pública de Santiago* [Memoria leída ante la Facultad de Medicina por J. Juan Bruner en su recepción de miembro de la Universidad de Chile]. En Sagredo, R. (2011). *Anales de la Universidad de Chile. Selección de textos médicos 1857-1887*. Biblioteca Fundamentos de la Construcción de Chile (tomo XV, pp. 291-315). Cámara Chilena de la Construcción; Pontificia Universidad Católica de Chile; Biblioteca Nacional.
- Carter, E. D. y Sánchez Delgado, M.** (2020, julio-septiembre). Una discusión sobre el vínculo entre Salvador Allende, Max Westenhöfer y Rudolf Virchow: aportes a la historia de la medicina social chilena e internacional. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 27 (3). <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702020000400011>
- Díaz, W.** (1863, julio-diciembre). Medicina. Documentos a ella relativos y a la historia de las enfermedades en Chile [Comunicación de don Wenceslao Díaz a la Facultad de Medicina en su sesión del 10 de julio de 1863]. En Sagredo, R. (2011). *Anales de la Universidad de Chile. Selección de textos médicos 1857-1887. Biblioteca Fundamentos de la Construcción de Chile* (tomo XXIII, pp. 47-70). Cámara Chilena de la Construcción; Pontificia Universidad Católica de Chile; Biblioteca Nacional. <https://anales.uchile.cl/index.php/ANUC/article/view/19836>
- . (1888). *Memoria de la Comisión Directiva del Servicio Sanitario del Cólera* [presentada al Sr. Ministro del Interior por el Dr. Wenceslao Díaz, Presidente de la Comisión, 1887-1888]. Imprenta Nacional. <https://ia801302.us.archive.org/12/items/b21937448/b21937448.pdf>
- Etzioni, A.** (1967, diciembre). Mixed-scanning: A “third” approach to decision-making [Escaneo mixto: un tercer enfoque para la toma de decisiones]. *Public Administration Review*, 27 (5), 385-392. <https://doi.org/10.2307/973394>
- Foucault, M.** (1994). La naissance de la médecine sociale [El nacimiento de la medicina social]. *En Dits et écrits* (vol. III) (pp. 207-228), Gallimard.
- Goic, A.** (2015, julio). El sistema de salud en Chile: Una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143 (6), 774-786. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- . (2023). Salud en Chile: El problema de fondo. *Cuadernos Médicos Sociales*, 63 (3), 5-13. (Reimpreso de “Salud en Chile: El problema de fondo”, septiembre de 1979. Mensaje, 282, 558-566). <https://www.cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1510>
- Grez, S.** (1997). *La cuestión social en Chile: ideas y debates precursores (1804-1902, “Estudio crítico”*. En *Fuentes para la historia de la República* (volumen VII) (pp. 9-44). Dirección de Archivos y Museos; Centro de Investigaciones Diego Barros Arana. <https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-8002.html>
- Illanes, M. A.** (2002). *La batalla de la memoria*. Biblioteca del Bicentenario. Planeta.
- . (2010). “En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...)”. *Historia social de la salud pública. Chile, 1880-1973 (Hacia una historia social del siglo XX)* (2ª ed.). Ministerio de Salud Chile.
- . (2024). *Lecturas conmemorativas y otros ensayos históricos del nuevo siglo. Chile, 2000-2024*. Planeta.
- Larrañaga, O.** (2010a). *El Estado bienestar en Chile: 1910-2010* [Documento de trabajo 2010-2]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Chile. [https://www.estudiospnud.cl/wp-content/uploads/2020/04/undp\\_cl\\_pobreza\\_Estado\\_bienestar\\_2010.pdf](https://www.estudiospnud.cl/wp-content/uploads/2020/04/undp_cl_pobreza_Estado_bienestar_2010.pdf)
- . (2010b). Las nuevas políticas de protección social [Documento de trabajo 2010-4]. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Chile. [https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/cl/undp\\_cl\\_pobreza\\_Nuevas\\_politicas\\_prot\\_social\\_2010.pdf](https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/cl/undp_cl_pobreza_Nuevas_politicas_prot_social_2010.pdf)
- Ley 10.383 de 1952**. Modifica la Ley 4.054 relacionada con el Seguro Obligatorio. Historia de la Ley. Compilación de Textos Oficiales del Debate Parlamentario. 28 de julio de 1952. Diario Oficial, 8 de agosto de 1952. Biblioteca del Congreso Nacional. <https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=recursoslegales/10221.3/37249/1/HL10383Art62ServicioNacSalud.pdf>
- Lindblom, C. E.** (1959, primavera). The science of “muddling through” [La ciencia de “salir del paso”]. *Public Administration Review*, 19 (2), 79-88. <https://doi.org/10.2307/973677>
- . (1979, noviembre-diciembre). Still muddling –not yet through [Todavía tratando de salir del paso]. *Public Administration Review*, 39 (6), pp. 517-526. <https://doi.org/10.2307/976178>
- Molina, C.** (2010). *Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989*. Lom ediciones.
- Orrego Luco, A.** (1897). *La cuestión social*. Barcelona.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD** (2024). Informe sobre Desarrollo Humano en Chile, 2024. ¿Por qué nos cuesta cambiar? Conducir los cambios para un desarrollo humano sostenible. <https://www.undp.org/es/chile/publicaciones/informe-sobre-desarrollo-humano-en-chile-2024>
- Puga Borne, F.** (1882, 21 de julio). Proyecto de Organización de la Medicina Pública [Proyecto presentado en la vigésima sesión de la Junta de Higiene de Valparaíso por el doctor Federico Puga Borne]. En *Antecedentes de la Organización del Servicio de Higiene Pública en Chile. Revista Chilena de Higiene*, I (1), 5-200. <https://ia600906.us.archive.org/15/items/revistachilenade01inst/revistachilenade01inst.pdf>
- Romero, H.** (1994, enero-marzo). Medicina social, medicina pública y salubridad (Ensayo de definiciones). *Revista Previsión Social*, año XI, 55.
- Sagredo, R.** (2011). *Anales de la Universidad de Chile. Selección de textos médicos 1857-1887. Biblioteca Fundamentos de la Construcción de Chile* (tomo XXIII). Cámara Chilena de la Construcción; Pontificia Universidad Católica de Chile; Biblioteca Nacional. <https://anales.uchile.cl/index.php/ANUC/article/view/19836>
- Schneider, G.** (1868). *Anales de la Universidad de Chile. Selección de textos médicos 1857-1887. Biblioteca Fundamentos de la Construcción de Chile* (tomo XXIII). Cámara Chilena de la Construcción, Pontificia Universidad Católica de Chile, Biblioteca Nacional.
- Serrano, S., Ponce de León, M., y Rengifo, F.** (Eds.) (2018, diciembre). *Historia de la educación en Chile (1810-2010)* (2ª ed., Tomo II), La educación nacional (1880-1930), Taurus.
- Ugarte Gutiérrez, I.** (1875). Medicina. Algunas reflexiones sobre el estado de la salubridad pública en Chile [Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina, por don Isaac Ugarte Gutiérrez]. *Anales de la Universidad de Chile* (tomo 47, serie 1, pp. 143-170). <https://revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/ANUC/article/view/19352>
- Vargas Cariola, J. E.** (2016). Los médicos, entre la clientela particular y los empleos del Estado, 1870-1951. *Ars Médica, Revista de Ciencias Médicas*, 32 (1), 47-78. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v32i1.273>

## AUTOR

**Eduardo Muñoz S.** es licenciado en Filosofía con mención en Historia del Departamento de Estudios Humanísticos de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas de la Universidad de Chile; graduado del Diploma Superior en Ciencias Sociales de FLACSO, Santiago, 1981; Maîtrise des-lettres, Paris X, Nanterre, France, 1983; y Diplôme d'études approfondies d'histoire et civilisations de l'École des hautes études en sciences sociales, Paris-France, 1984; y es profesor asistente de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

## FICHA TÉCNICA

Fundación Friedrich Ebert en Chile  
Hernando de Aguirre 1320 | Providencia | Santiago de Chile

Responsable  
Dr. Cäcilie Schildberg  
Representante de FES-Chile

<https://chile.fes.de>  
<https://fesminismos.fes.de>

Edición de contenido:  
Arlette Gay  
Directora de proyectos FES-Chile

Edición de estilo:  
Guillermo Riveros Álvarez

El uso comercial de todos los materiales editados y publicados por la Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) está prohibido sin previa autorización escrita de la FES.

## FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y REFORMA DE SALUD EN CHILE



Este trabajo se propone reconstruir una perspectiva histórica para identificar las principales características de los cambios al sistema de salud desde su origen. Ante la incertidumbre sobre cómo resolver los problemas que el sector arrastra desde el retorno a la democracia, la referencia al pasado ofrece claves para avanzar en soluciones viables que son, además de urgentes, necesarias. Una de las claves es que las “decisiones fundamentales” de cambio tuvieron que hacerse cargo de la situación anterior, lo que, junto a las relaciones dinámicas entre los distintos actores y corrientes de los procesos que dieron forma al sistema, contribuyeron a moderar el sentido rupturista de las políticas.



En la primera parte se analizan los cambios de rumbo asociados a las “decisiones fundamentales” que orientaron el desarrollo del sistema de salud y destaca cómo, a pesar de su radicalidad, lo que se impone son soluciones para “salir del paso”. Luego, y como antecedente de la “decisión fundamental” que marca el inicio del desarrollo de la seguridad social en salud, se aborda la importancia del giro hacia la política que promueve la élite médica y el papel que desempeñó la consideración de la “cuestión social” como un problema político sanitario. Un tercer aspecto refiere a la instalación del incipiente Estado de bienestar asistencial sanitario que promovió la élite médica en alianza con los militares. En cuarto lugar, destaca la importancia del liderazgo político de Salvador Allende en su ejercicio como ministro de Salubridad del Gobierno del Frente Popular y en los arreglos posteriores que contribuyeron a darle forma al sistema hasta 1973.



Por último, se describe la situación del sistema de salud después de la refundación neoliberal de fines de los '70, sacando algunas conclusiones sobre los principales problemas que enfrenta el sector hoy y la conexión con su desarrollo histórico. Destaca como conclusión que, a pesar del alto consenso sobre los desafíos que debiera enfrentar la reforma que se viene discutiendo hace más de una década, no se traduce en cursos de acción y, tanto la oportunidad como la necesidad de cambios, sigue siendo materia pendiente de decisión política.