

Antecedentes del Servicio Nacional de Salud. Historia de debates y contradicciones. Chile: 1932-1952

Background facts on the National Health Service. A tale of debate and contradictions. Chile 1932-1952.

Dr. Carlos Antonio Molina Bustos¹

Resumen

El trabajo es una investigación historiográfica acerca de los antecedentes de la creación del SNS. A partir de fuentes primarias y bibliográficas se hace un análisis del contexto político, social y sectorial del país, desde 1932 hasta 1952.

La investigación revela evidencias que permiten explicar la extraña cronología de la construcción de la reforma del régimen previsional y sanitario generado en la década de los años veinte y que culminó en 1952 con el SNS, así como los problemas políticos surgidos entre las fuerzas políticas protagonistas de la época y particularmente, al interior del Frente Popular.

Se analizan los efectos teóricos de aquellas contradicciones en la conceptualización de la salud, que permiten comprender las fuertes y permanentes antinomias en las decisiones del Estado, prolongadas hasta el presente, entre la tendencia a la medicina social universalizada y la introducción de la medicina liberal en el propio régimen estatizado.

El análisis incluye los factores de la larga espera desde 1941 hasta 1952. En este sentido, el trabajo destaca el rol principal de la Confederación de Trabajadores de Chile desde 1936. Su lucha social forzó en 1950 la apertura del debate del proyecto de ley que culminó en el Servicio Nacional de Salud.

Se hace evidente que las transformaciones del sistema de salud fueron el resultado de complejas negociaciones, sujetas a la hegemonía del statu quo y al freno de la guerra fría, que produjeron acuerdos siempre imperfectos.

El trabajo permite concluir que 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 los sectores conservadores del espectro político.

Palabras clave: Servicio Nacional de Salud, Medicina institucional, Medicina liberal, Historiografía; Fuerzas sociales, Negociación, Salud Pública.

Abstract

I present the outcomes of a piece of historiographical research concerning the genesis of the Chilean National Health Service in the national political, social and health context of the period 1932 - 1952.

The peculiar timing of the health and social security system developments which began during the twenties and culminated in the passing of the 1952 NHS Law is here explained, along with the problems which were taking place among the political actors of the period, particularly within the Frente Popular .

Recibido el 08 de septiembre, 2006. aceptado el 16 de noviembre de 2006

¹ Magister en Historia. Unidad de Patrimonio Cultural de Salud, Ministerio de Salud

The contradictions arising then around the conceptualization of health allow us to understand their strong and durable consequences in the government decisions concerning socialized versus liberal medicine. The latter was introduced even when a State health care system existed.

My analysis focuses on the latency interval between 1941 and 1952. I find that it was the intervention of the Chilean Workers' Confederation that forced the initiation of the debate around the NHS Bill.

It is obvious that the changes in the health care system arose out of complex negotiations under the control of the existing powers and under the influence of the Cold War, and that the resulting agreements were always far from perfect.

I conclude that the Chilean political regime of that time was not ripe for profound changes, but only for gradual reform, under the dominance of the conservative sectors.

Key words: National Health Service; State Medicine; Liberal Medicine; Historiography; Social forces; Negotiation, Public Health.

INTRODUCCIÓN

Pocas dudas caben hoy de 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 parecen remontarse a la década precedente y cuyas raíces historiográficas y sus antecedentes pueden encontrarse en el curso complejo de la historia social de Chile de las primeras tres décadas del siglo XX.

En este sentido, el SNS puede entenderse como 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.

Una primera mirada panorámica y superficial puede ofrecer la imagen que, desde fines del siglo XIX, los desarrollos observados, la evolución de las instituciones sanitarias, fueron el resultado de un proceso marcado centralmente por un trazo de continuidad histórica, con ciertos rasgos lineales, producto de grandes consensos sucesivos entre todos los sectores políticos y sociales protagonistas, como expresión de una reposada y serena madurez de la conciencia cívica colectiva.

Algunas fuentes consultadas, así como testimonios de algunos protagonistas² del debate parlamentario del proyecto de ley que creó el SNS, parecen demostrar que en esa situación se asistió a un fenómeno de consenso político, que puede encontrarse sustentado en la percepción generalizada entre la elite y los agentes del Estado, de que la organización y la movilización sostenida del mundo de los trabajadores, tanto de sus expresiones legales como de aquellas ilegalizadas, podía constituir una amenaza real al orden social y político vigentes.

No obstante y sin necesariamente negar lo anterior, una mirada más atenta de las diversas etapas del acontecer sanitario, que de cuenta de la rigurosidad del método histórico y de las ciencias sociales, muestra por el contrario que, en general, estos procesos han sido el producto de profundas contradicciones entre los diversos intereses de clases y grupos sociales confrontados en el escenario y en los espacios públicos de la vida política nacional. Consecuentemente, esta mirada más atenta, con lente de mayor aumento, que permite identificar los procesos generales y sectoriales que se desarrollaron en las diversas etapas y periodos, logra visualizar los diversos sujetos sociales que, desde la conciencia vívida de los grandes problemas de salud-enfermedad, luchan por la transformación o conservación, del orden social y político vigente y

² Miranda, Hugo. Diputado al Congreso Nacional 1952. Testimonio personal.

con ello, de la respuesta social e institucional ante esos problemas.

Con ello, la aparentemente serena linealidad progresiva de las instituciones sanitarias, se transforma en agitados conjuntos sucesivos y simultáneos de luchas y movimientos sociales y de opuestas corrientes de opinión, en cuya temporalidad se imponen ciertas tendencias, sin que desaparezcan las otras, en confrontaciones de creciente significado y 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, la salud como una mercancía que se compra y se vende en el mercado y con una responsabilidad subsidiaria, distanciada, secundaria y en disminución, del Estado (1).

Queda así planteada una vez más, en consecuencia, la controversia entre consenso social y político, por una parte y la dialéctica de la lucha social que se resuelve en el campo de las hegemonías, vestido con el ropaje del consenso, por otra.

En efecto, el proyecto original de reforma del régimen previsional y sanitario de los años veinte, 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.

¿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 que en 1950 se inició su discusión parlamentaria?

Avanzar en el estudio de las respuestas a las preguntas formuladas, constituye uno de los motivos fundamentales de este trabajo 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.

Importantes estudios históricos se refieren a algunos de los elementos que circundan, con afanes explicativos, el problema planteado y que no constituyen objetos de estudio específicos de este trabajo.

En este sentido, se ha afirmado que la década de los cincuenta 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 cincuenta 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"(2).

No obstante las características autoritarias con que se describe el segundo gobierno de Alessandri, 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 que en 1937 ingresó al Frente Popular.

"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 social de Chile de las décadas siguientes." (3)

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. En efecto, la Asociación Médica de Chile (AMECH) fundada en 1931, en la coyuntura de la lucha contra el gobierno de Ibáñez, se definió como un sindicato científico y enarboló los primeros contenidos sistemáticos de la medicina social chilena que animaron la fundación del SNS.

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, de 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.

I.- El contexto político general en el período.

María Eliana Labra sostiene que el período de la historia política 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 Interventor/Benefactor, emprende transformaciones muy importantes en los planos económico, industrial, de los servicios públicos, la agricultura y los programas sociales, como una respuesta indispensable a las presiones ejercidas por el movimiento popular en ascenso y la irrupción de las clases medias y el poder militar(4).

Este período que se acompaña de una expansión de la democracia política y social, para algunos autores culminaría en la Década Larga, con la tragedia de 1973.

En los años del período acotado, la democracia chilena habría resuelto cuatro problemas fundamentales, a juicio de Manuel Antonio Carretón(5):

- 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 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 (6).

Para escapar tanto de lo que él llama la visión estática del mito falsificador como de la idea del progreso lineal, Moulian (7) 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 trabajo, 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).

II.- El contexto político-sectorial en el período

Situados en el marco de referencia sectorial, me parece pertinente plantear tres cuestiones básicas, en relación a los procesos decisivos que llevaron a la creación del SNS.

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 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 (8).

La segunda se refiere a la naturaleza del proyecto de ley aprobado finalmente en el Congreso Nacional que, en términos de cobertura, mantuvo las mismas exclusiones sociales que la ley del Seguro Social de 1924, a pesar de que la propuesta tuviese un sentido universalizante y 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 (9).

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. Según también señala Labra, 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.

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 serían entendidas como concesiones facilitadoras de la reforma social.

El mismo análisis cronológico permite comprender que tanto la reforma previsional y de salud como las demandas médicas operaron después que González Videla rompió con los comunistas, en Agosto de 1947, 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 otros elementos que intervinieron 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. Como en el Congreso, la derecha conservaba poder obstructivo, las negociaciones en torno a la directriz mayor, afectaron los avances sociales porque ellas gravarían más al capital. Uno de los intercambios que operó como desfavorable para los intereses previsionales y sanitarios de los sectores populares distintos del estamento obrero, fue la creación en 1939 de la CORFO, por cuanto en aquella ocasión la Sociedad Nacional de Agricultura aceptó aprobar ese proyecto, siempre y cuando el Frente Popular no tocara la cuestión campesina (10).

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 (11).

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 (12).

Lo anterior parece contradecir lo señalado por alguna literatura médica en el sentido que la creación del SNS fue producto del esfuerzo de los médicos, a través de sus representantes en la Orden Médica y en el Poder Legislativo. Ello se ha fundamentado en la afirmación de la existencia de una gran cantidad de médicos parlamentarios en los años cuarenta, lo que habría facilitado la aprobación del proyecto de ley (13).

Como se ha comentado, 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, Labra (14) concluye que la media de médicos que tuvo representación en ambas 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, la autora citada concluye 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 de creación del Colegio Médico fue presentado por el diputado radical Dr. Isaura 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 (15).

Los datos del levantamiento citado de Labra, 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 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 (16).

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 y gastaba doce veces menos por beneficiario, que las cajas de los empleados, funcionarios públicos y militares (17).

En lugar de modificar el Código del Trabajo para hacerse cargo de la 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 atrayente 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 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” (18).

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 sociales se adoptaban medidas paliativas que solucionaban algunos problemas, pero generaban otros, manteniéndose así la tensión entre el avance en el plano político, un populismo 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 y la corriente liderada por Allende abandonó el Frente Popular, en repudio al colaboracionismo gubernamental con la derecha. A ello se agregaron las divergencias entre socialistas y comunistas y la actitud pendular del Partido Radical, en materia de alianzas políticas. Paralelamente, la derecha se dividió, lo que se expresó en dos candidatos presidenciales en la elección de 1946, a pesar de lo cual mantuvo fuerza importante en el Congreso Nacional (19).

Los falangistas estuvieron dispuestos a liderar la formación de un “orden social-cristiano” que preservase la pluralidad y la diversidad (20).

La expresión “Sensibilidad Social” formó parte del lenguaje de los falangistas, cuyo dirigente más destacado Eduardo Frei Montalva, electo senador en 1942, desempeñó, junto a Allende y Cruz-Coke, un papel importante en la legislatura 1949-1952, en la que se aprobó el SNS.

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. Lo liberales se negaron a trabajar con los comunistas y exigieron su exclusión del gobierno.

Esta situación, en el contexto de la guerra fría y las presiones de Estados Unidos, llevaron a González Videla a la promulgación en 1948, de la Ley de Defensa Permanente de la Democracia, conocida popularmente como la Ley Maldita. Esta ley, de hondas repercusiones represivas, acarreó protestas populares y la división de los partidos políticos (21).

III. El surgimiento de la Medicina Social Chilena.

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 (22).

Señala la autora citada 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.

En esa mediación, cupo a los médicos de izquierda un rol crucial en la difusión del ideario socializante que rompía con la pomposidad de las oligarquías médicas y secularizaba el paternalismo católico.

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 siendo la comparación con el plano de las experiencias internacionales, el método usado para la comprensión de los problemas nacionales.

Esta discusión 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 del siglo XIX, 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, Labra señala 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 (23).

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 (24):

- 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.
- 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.

Antecedentes 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, convocada por la Asociación Médica de Chile 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” (25). Otras recomendaciones se refirieron a la estructura de la AMECH, en tanto la única confederación nacional que agrupaba a los médicos existentes en el país.

A partir de notas personales que el Dr. Hernán Durán Morales proporcionó, ha sido posible construir un cuadro de conceptos básicos de carácter comparativo, 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 (26):

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 y que Allende sintetizó en su obra La Realidad Médico-Social de Chile.

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. Ellas 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 con el Servicio Nacional de Salud.

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. (Penicilina-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.

1. El Proyecto Conservador.

El Dr. Eduardo Cruz-Coke en su libro "Medicina Preventiva y Medicina Dirigida" (27) 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".

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 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" (28).

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" (29).

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.

2. El Pensamiento Socialista

En 1939 Salvador Allende, en su obra "La Realidad Médico-Social Chilena" (30) 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.

Contrariamente a la tesis de la unanimidad de las opiniones de todos los sectores médicos, 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”. 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” (31). En síntesis, para Allende, la política de Medicina Preventiva “tal como está proyectada e implementada es un fracaso completo” (32).

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” (33).

Por último, Allende presenta un Programa de Acción Médico-Social que propone una “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” (34).

3. El Planteamiento del Partido Radical y el aseguramiento del trabajo asalariado.

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 (35).

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 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 (36).

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 (37).

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. Tal aberración sería irrealizable

debido al carácter y estructura irreconciliables de las instituciones que se pretendía unificar.

En síntesis, la iniciativa, calificada como un “grave retroceso” se destruía con argumentos doctrinarios, técnicos, sociales y morales (38).

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 AMECH 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”.

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 la paralización de la reforma durante una década en el Congreso Nacional encuentra sus raíces en la profunda división de los técnicos, de los médicos y de los políticos que se generó frente a los dos planteamientos doctrinarios descritos.

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.

4. El acuerdo en la Seguridad Social: 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 (39) 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 entendía a la seguridad social “como una organización estructural de la sociedad que garantizara a todos los

ciudadanos la posibilidad de una vida libre y de pleno desarrollo de sus facultades". Esa iniciativa no pasó de ser un buen discurso.

El mismo concepto fue profundizado en Gran Bretaña a partir de 1941, con los estudios de la Comisión Beveridge, cuyo relato definía a la Seguridad Social como la abolición del "estado de necesidad" y que suministró las bases para las pautas de la gran reforma británica de 1948.

También en Francia, se sometió a la Asamblea Nacional en 1945 un proyecto de reforma que definía a la seguridad social como "la garantía proporcionada a cada ciudadano de asegurar, en cualquiera circunstancia, su subsistencia y la de su familia en condiciones decentes".

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. Esta indicación parece haber tenido el propósito de superar los antagonismos entre los enfoques que han sido descritos.

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 estado 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 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".

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 no como caridad, sino como derecho específico organizado en un Servicio Nacional de Salud”.

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 cumplieren los mismos objetivos y funciones que se venían realizando en el país de forma irracional.

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, 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 señala 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 proponen 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. Propone 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 propone 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 esta propuesta no se advierte ninguna exclusión y se destaca que el financiamiento de este servicio único de salud, se financiará 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 artículo especial al proyecto de ley.

Las actas del Congreso Nacional permiten afirmar que estos diputados consiguieron incluir en la reforma previsional, 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.

5. ¿Y la Medicina Privada?

En el período estudiado (1933-1952) 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.

Prevaleció, no obstante, una disputa entre la univerzalización 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.

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"³.

La mención de esa ideología conservadora 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.

CONCLUSIONES

Sin pretender establecer conclusiones terminantes, sino tal vez nuevos espacios de investigación que perfeccionen y desarrollen los objetos de estudio planteados, es posible y legítimo concluir que los antecedentes de la fundación del Servicio Nacional de Salud examinados en el período, 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 en la Introducción en el sentido de explicar por qué el gobierno del Frente Popular presentó su emblemático proyecto de reforma previsional y sanitaria sólo en 1941, los elementos aportados en esta investigación permiten concluir que las diferencias mayores y de fondo entre el pensamiento mayoritario

³ Senado de Chile. Diario de Sesiones. 7º Sesión extraordinaria; 22 de Noviembre de 1950.

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.

Amayor 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".

Por eso, los alcances que Allende le confería a la salud pública, se referían a que el capital humano era la base fundamental de la prosperidad económica y ".....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".

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.

Debe 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.

Frente a las dos siguientes preguntas planteadas en la Introducción de esta investigación, ¿por qué transcurrió casi toda una década sin que el proyecto fuera examinado por el Congreso Nacional y qué ocurrió para que en 1950 se iniciara su discusión?, es posible intentar las siguientes reflexiones que pudieran tener el carácter de conclusiones.

Los antecedentes entregados en este texto, 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.

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.

Esta organización, que adhirió al Frente Popular en 1937 y 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 como una conclusión de este trabajo, 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" y se retomara el proyecto de Estado Asistencial como la vía chilena de la política social. La bibliografía explorada revela pocos trabajos preocupados por investigar la extraña cronología de la construcción de la reforma del régimen previsional y sanitario generado en la década de los años veinte, así como de 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.

La versión más frecuentemente encontrada en la literatura pertinente, apunta a que el SNS fue el producto de la determinación innata de los médicos chilenos por el trabajo asalariado en el Estado, a partir del imperativo moral de contribuir a la asistencia de la salud de las mayorías que no tenían recursos para pagarla.

Según versiones menos destacadas, el SNS habría sido el resultado de las demandas populares y de las luchas de los sindicatos obreros canalizadas por los partidos políticos de la izquierda, a favor del derecho a la salud de las grandes masas.

Si se consideran los elementos anteriores como fundantes del SNS, debería considerarse que la arremetida de la dictadura militar contra el supuestamente monolítico SNS y la consecuente

destrucción de la medicina social chilena, constituyeron un relámpago en cielo azul, es decir sólo aberraciones inesperadas, posibilitadas por el apoyo de la dictadura al mercantilismo neoliberal.

Sin embargo, otras interpretaciones justifican las transformaciones del neoliberalismo autoritario, argumentando la inviabilidad técnica y financiera del sistema estatal, a partir una imagen de ineficiencia y precariedad del sistema público.

Desde este punto de vista, las políticas de salud de los regímenes democráticos han sido consideradas como un producto del populismo electorero que habrían provocado la asfixia de la iniciativa privada y la inhibición de la libertad individual de elección.

En tal caso, la “modernización” llevada a cabo, por el régimen militar habría sido la lógica y natural consecuencia de la necesidad de recolocar el sistema médico asistencial sobre las bases que históricamente lo habían sustentado, un mix público-privado basado en el mercado de servicios y del trabajo devolviendo al individuo el sentido de responsabilidad por su propia salud.

Es posible concluir además que la larga espera del proyecto de transformación de la legislación del Seguro Social proveniente del año 1924, desde 1941 hasta 1952, aparece claramente determinada, 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 la ilegalización y represión de los comunistas y del movimiento sindical organizado, viró a la derecha aliándose con los sectores más conservadores y se abrió 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 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 concluido que no hubo condiciones políticas sociales ni políticas para crear un Servicio Nacional de Salud 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, desde 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.

Referencias

1. Molina Bustos, Carlos: "La Ley de Medicina Curativa. Un Análisis histórico de sus antecedentes y efectos en la institucionalidad sanitaria chilena". Seminario Tutorial. Magíster en Historia. Universidad de Chile. 2005.
2. Illanes, M.A.: "En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia"; Colectivo de Atención Primaria; Santiago, Chile; 1993.
3. Molina Bustos, Carlos: "Orígenes de la Asociación Médica de Chile: una mirada crítica". Polis. Revista de la Universidad Bolivariana, Vol.4 N° 12; 2005.
4. Labra, M.E.: "Política, Salud e Intereses Médicos en Chile: 1900-1990"; Tesis de Doctorado en Ciencia Política. Fundación Oswaldo Cruz; Ministerio de Salud; Brasil; 1997.
5. Garretón, M.A. : "El Proceso Político Chileno"; FLACSO; Santiago; Chile; 1983
6. Tagle, Matías: "La Crisis de la Democracia en Chile. Antecedentes y Causas"; Editorial Andrés Bello; Santiago, 1993.
7. Moulian, Tomás: "Desarrollo Político y Estado de Compromiso. Desajustes y Crisis Estatal en Chile"; Estudios Cieplan (8): 105-158; Santiago; 1982.
8. Labra, M.E.: *Ibid*; pág. 162; 1997.
9. Labra, M.E. : *Ibid*; pág. 160; 1997.
10. Correa, Sofía y cols.: "Historia del Siglo XX chileno"; Editorial Sudamericana; Santiago; Chile; 2001.
11. Furci, Carmelo: "The Chilean Communist Party and the Road to Socialism"; Zed Books; London; 1984.
12. Labra, M. E. : *Ibid*; págs. 163-164; 1997.
13. Cruz-Coke, Ricardo: "Reseña histórica, política y social de la Medicina Chilena"; Rev. Médica de Chile (116): 55-60; 1988.
14. Labra, M. Eliana: *Ibid*; pág. 163; 1997.
15. Mensaje Presidencial del Presidente Aguirre Cerda: 10 de Junio de 1941. Archivo Nacional. Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos. Santiago. Chile
16. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales: "Repertorio de Legislación y Jurisprudencia Chilenas"; Santiago; Editorial Jurídica de Chile; 1959.
17. Senado de la República. Diario de Sesiones. 6ª sesión extraordinaria: 21 de Noviembre de 1950.
18. Romero, Hernán: "La Crisis del Seguro Social y la Reforma de la Salubridad". Santiago; Ed. Universidad de Chile; 1958
19. Moulian, T. y Torres, I.: "Discusiones entre Honorables. Las Candidaturas Presidenciales de la Derecha: 1938-1946". FLACSO; Santiago; 1987.
20. Moulian, T. y Torres, I.: *Ibid*; 1987.
21. Senado de la República. Diario de Sesiones: 39ª Sesión Ordinaria; 31 de Agosto de 1948.
22. Labra, M.E. : *Ibid*; pág. 171; 1997.
23. 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.
24. Durán, Hernán : Boletín Médico-Social: N° 17; 1935.
25. Durán, Hernán: Revista de Previsión Social N° 10; 1936.
26. Labra, M.E. : *Ibid*; pág. 174; 1997.
27. Cruz-Coke, Eduardo: "Medicina Preventiva y Medicina Dirigida"; Editorial Nascimento; Santiago; 1938.
28. Cruz-Coke: *Ibid*; págs. 13-16; 1938.
29. Cruz-Coke, Eduardo: *Ibid*; pág. 17; 1938.
30. Allende, Salvador: "La Realidad Médico-Social Chilena"; Ministerio de Salubridad; Santiago; 1939
31. Allende, Salvador: *Ibid*; págs. 179-181; 1939.
32. Allende, Salvador : *Ibid* ; pág. 182; 1939.
33. Allende, Salvador : *Ibid* ; págs 195-197; 1939.
34. Allende, Salvador : *Ibid* ; págs. 207-208; 1939
35. 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.
36. Bustos, Julio : "Salud Pública y Previsión Social" ; Santiago. Superintendencia de Seguridad Social; 1939.
37. Labra, M. E. : *Ibid*; pág. 180; 1997.
38. Bustos, Julio. *Ibid* ; págs. 29-31; 1939.
39. Pinto, Francisco y Viel, Benjamín: "Seguridad Social Chilena. Puntos para una Reforma"; Editorial del Pacífico; Santiago; 1950.