

Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950)*

Social Medicine in Chile (1920-1950)

Maria Eliana Labra**

Resumen

El artículo expone las propuestas de “socialización de la medicina” que surgieron a partir de la introducción del Seguro Social Obrero en Chile, en 1924. El análisis enfatiza la libre circulación de ideas como factor crucial para la discusión pública de proyectos antagónicos destinados a socializar la medicina o a restringir el rol del Estado en la atención a la salud. Los conflictos ideológicos y doctrinarios generados por las propuestas de cambio fueron superados en la posguerra, con la creación del Servicio Nacional de Salud, en 1952, inspirado en el National Health Service inglés (1948). Se concluye que aunque fue posible concretar avanzadas concepciones de medicina social en términos del país y del continente, la coyuntura política impuso limitaciones al audaz intento de construir un sistema médico sanitario universal e igualitario, semejante al modelo inglés, basado en la atención a la salud como derecho de ciudadanía.

Palabras claves: Servicio Nacional de Salud, Medicina Social, Política Social, Derecho a la Salud, Historia de la Salud Pública.

Abstract

The article looks into the main proposals concerning the “socialization of medicine” that emerged in Chile after the Social Insurance for blue-collar workers, in 1924, was enacted. The democratic environment guaranteed the free deliberation of divergent projects designed to foster social medicine or, inversely, to restrain the State intervention in health care. Doctrinaire conflicts stimulated by the intended changes were overcome in the post II World War, when the Servicio Nacional de Salud (1952), inspired by the British National Health Service (1948) was created. Nevertheless, in spite of advanced conceptions of social medicine, in national and even continental terms, the Chilean political conjuncture restrained the initial purpose of building a universal and egalitarian public health system similar to the English model, based on health care as a right of citizenship.

Key words: National Health Service, Social Medicine, Social Politics, Right to Health, History of Public Health

* *Este artículo es versión modificada del trabajo Política e Medicina Social no Chile: Narrativas sobre uma relação difícil, publicado en História, Ciência, Saúde - Manguinhos, 7 (1):23-46, 2000 y se basa en investigación realizada con el apoyo del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), de Brasil. (Véase Labra, 1997).*

** *Investigadora Titular, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Brasil. Doctora en Ciencia Política, Magister en Administración Pública, Administradora Pública. Ha publicado numerosos artículos sobre las políticas de salud de Chile y de Brasil y editó en 1995, con Paulo Buss, el libro Sistemas de Saúde. Continuidades e Mudanças. Dirección: Rua Alice, 737, Laranjeiras, Rio de Janeiro, CEP 22.241-020, RJ, Brasil. E-mail: labra@ensp.focruz.br;*

INTRODUCCIÓN

Las bases doctrinarias de la medicina social chilena emergen en la coyuntura crítica de 1920, cuando se procesan cambios trascendentales para la vida nacional: transición del régimen político parlamentarista oligárquico hacia la moderna democracia liberal pluralista; estructuración de un sistema de partidos de amplio espectro; emergencia de las clases populares, sus reivindicaciones y organizaciones en el espacio público; y, fundación del Estado Benefactor, con la promulgación de las leyes sociales en 1924.

En ese escenario de activismo político e ideológico, emerge en Chile un audaz proyecto de socialización de los servicios de salud que generó acaloradas polémicas, tal como ocurriera en muchos países de Occidente, a partir de la inauguración del Seguro-Enfermedad en Alemania, en 1883. Aunque los intensos antagonismos y debates relativos a la "socialización de la medicina" fueron similares en todas partes, la configuración final de los esquemas de protección de la salud fue singular en cada país y así sucedió en Chile (1, 2, 3).

Este artículo tiene por objeto exponer los rasgos principales de los proyectos de transformación del modelo asistencial en debate en Chile, desde finales de los años 1920 hasta comienzos de 1950, finalizando con referencias a los elementos que fueron integrados en la propuesta de creación del Servicio Nacional de Salud en la coyuntura política del período 1949-1952.

1. La Socialización de la Medicina: Entre la Reforma y la Revolución

Este acápite tiene que ver con temas complejos que han ocupado buena parte de la historia reciente de la medicina y de la teoría del conocimiento. Ello porque involucran una revolución de paradigmas sobre el rol de la medicina y del médico con relación a los problemas de salud, en la medida que éstos dejan de ser considerados bajo una perspectiva puramente individual y pasan a formar parte de los fenómenos que acompañan la vida de los colectivos humanos, tornándose, por tanto, preocupación de las ciencias sociales.

El concepto "medicina social" surge en Alemania con Johann Peter Frank (1745-1821) y avanza con Rudolf Virchow que, en 1848, escribía que "la me-

dicina es una ciencia social" y que "la política no es más que la medicina en gran escala", recordando a los médicos que, por tener estrecho contacto con el pueblo, eran los abogados naturales de los pobres, de modo que los problemas sociales eran de su jurisdicción. (Sigerist, 1987, p. 87) En la expansión del movimiento de la medicina social en Europa, el marco es el revolucionario año de 1848, cuando la urbanización, la industrialización y la "matanza de inocentes" fomentan el despertar de una concepción de higiene y salud pública que sintetizamos con Rosen (1994, p. 200) en principios como la importancia de las condiciones sociales y económicas en el proceso salud-enfermedad, la necesidad de someter esas relaciones a investigación científica y la obligación del Estado democrático de afianzar el derecho del ciudadano al trabajo y a buenas condiciones de salud (4, 5, 6).

Esos planteamientos hicieron parte de los grandes movimientos de reforma sanitaria ocurridos a fines del siglo XIX en todos los países capitalistas centrales y que también influyeron en la periferia. Para su materialización, sin embargo, fueron necesarios avances científicos y acciones políticas que hicieran posible la intervención estatal en el caótico mundo del proletariado urbano. Tal como sucediera en Europa, en las colonias americanas las preocupaciones oficiales con la salud pública tenían tres características básicas: carecían de base científica, tenían por objetivo combatir flagelos que atacaban a colectivos humanos (y al ganado) y eran responsabilidad de las autoridades locales. Pero, con las nuevas teorías de los gérmenes y del contagio, en el siglo XX la medicina y la salud pública sufrieron cambios radicales.

Como era de esperarse, la concreción del principio de que el Estado debería encargarse de la salud colectiva e individual mediante políticas públicas específicas sufrió las influencias de la cultura nacional. En los estados germánicos, por ejemplo, tales políticas fueron adoptadas por la monarquía absoluta dentro de una visión paternalista que reconocía la protección de la salud del pueblo como deber del Estado, cabiendo al gobierno decidir lo que el pueblo debía hacer o no, además de ejecutar las funciones más variadas y fiscalizar todo.¹

En Chile, las dramáticas condiciones de vida y salud del pueblo en las primeras décadas del siglo XX eran parecidas a las de ciudades europeas.² No obstante,

1 Esa relación autoritaria es explicada por el conocido concepto de "policía médica" (Medizinalpolizei) acuñada por los alemanes. Véase, Rosen (1994; 1980)

2 La afirmación puede ilustrarse con los siguientes datos de 1925 sobre mortalidad por tuberculosis en niños de 9 a 15 años en diferentes lugares: Roma - 46%; Chile - 38%; París - 37%; Munich - 36%; y Londres - 23%. Boletín Médico n° 19, 1926.

si en el Viejo Mundo la Revolución Industrial abrió camino al progreso material y social, en nuestro rezagado país las oligarquías se aferraban a los valores del universo rural al someter al peón a una relación de sumisa servidumbre, pareciéndole "natural" reproducirla en fábricas y minas.

Desde finales del siglo XIX en adelante, las primeras ideas sobre protección social se difunden en Chile bajo la influencia de corrientes variadas, como el mutualismo obrero, las Encíclicas papales, la valorización del homo economicus, el reformismo sanitario y la emergencia de los seguros sociales. En esa dirección se expresaron las asociaciones fraternales de artesanos y las nascentes corrientes políticas progresistas, a las que se suman, posteriormente, el socialcristianismo, el laborismo de orientación marxista y grupos de estudiantes y profesionales de la medicina adeptos de esas tendencias.

En esa transición, fue fundamental la presión de grandes contingentes de trabajadores que migran a las ciudades con el término de la explotación minera del Norte, en los años 1910-1920, lo cual generó la necesidad de adoptar medidas para atenuar la agitación provocada por la grave situación del proletariado, que también empieza a ser apreciado como masa electoral. Diversas preocupaciones se van a conjugar, en fin, para enfrentar la cuestión social con las leyes laborales y previsionales de 1924.

Con la implantación del Seguro Social, prontamente surgieron voces abogando o por su extinción o por su perfeccionamiento. De las corrientes en boga mencionaremos tres que, a nuestro entender, son paradigmáticas de las grandes polémicas que acompañaron el desarrollo del welfare state en el mundo contemporáneo: la liberal conservadora, la socialdemócrata y la socialista.

(a) La propuesta liberal conservadora proponía transformar el Seguro Obligatorio en un "fondo individual de capitalización" del asalariado, de carácter obligatorio.³ Los argumentos eran: el sistema libera al individuo de la dependencia del Estado y al patrón del

correspondiente encargo; la cotización previsional, por el hecho de exigir contraprestación, pertenece a cada individuo, que la deposita mensualmente en una cuenta personal; los recursos acumulados podrían destinarse a la compra de la casa propia, de modo que, al convertirse todo el mundo en pequeño propietario, se suprimiría la diferencia de clases sociales. Aún más, se estimaba que a largo plazo ese esquema sería un buen negocio porque la capitalización alcanzaría una rentabilidad del 4% o más.⁴ En suma, conforme el credo conservador, tales proposiciones significaban limitar el papel del Estado a proteger solamente a los más pobres.

(b) La propuesta socialdemócrata recoge las ideas de la Seguridad Social europea difundidas por la OIT, a partir del Tratado de Versalles (1919), y viene a luz durante los debates de 1926 del Partido Radical a través de dos portavoces, el médico Julio Bustos y el diputado Isaura Torres, también médico, en ocasión de la evaluación del primer año de funcionamiento del Seguro Social. Para Bustos, "el bienestar público es objeto de la Previsión Social y derecho de los ciudadanos", siendo su principio moral la solidaridad, que implica proporcionar al ciudadano más modesto los elementos indispensables para suplir las necesidades de la vida (médico, farmacia, subsidios, etc.).⁵ La propuesta se inserta en la visión nacionalista y eugénica característica de esa época, según la cual el objeto de la función Salud es el capital humano, que debe ser valorizado, protegido y multiplicado por el Estado para la grandeza de la Nación. Las implicaciones político institucionales de dichos planteamientos eran enormes puesto que significaban extinguir la Beneficencia Pública, por inspirarse en la religión y en la caridad, y destronar a los notables de la oligarquía chilena del manejo de los fondos y de los hospitales.⁶

Para Bustos, la Caja del Seguro presenta graves deficiencias y dispendioso rodaje, no compensando los sacrificios que acarrea para la economía nacional. En lugar de las cotizaciones, la solución es que el

3 *La idea se pautaba en la propuesta del médico alemán Speckling de un seguro obligatorio individual, pues consideraba que el Seguro Social era un ataque frontal a las condiciones esenciales del ejercicio de la medicina. (Boletín Médico nos 83 a 90, 1929). Recuérdese que en 1925 fue instituido en Chile un esquema previsional de capitalización individual para los empleados del sector privado y para los funcionarios civiles de la Administración Pública.*

4 *Es sorprendente la semejanza de esa propuesta con la "modernización" neoliberal de la Previsión chilena de 1980. El ministro de Pinochet, José Piñera, defendía la reforma con el argumento de que la capitalización personal promueve el interés propio y "pulveriza el gatillo de la lucha de clases". Igualmente, proyectaba en un 4% la rentabilidad de los fondos de capitalización. Ver; Piñera (1991).*

5 *Boletín Médico n° 32, 1927.*

6 *Como bien se sabe, de acuerdo a la ley 4.054, de 8 de septiembre de 1924, el Seguro Obrero habría de prestar asistencia médica a los asegurados en postas propias y en los hospitales de la Beneficencia Pública mediante convenios.*

Estado financie el Seguro con los impuestos generales y coloque la administración en un ministerio ad hoc "según el sistema inglés".⁷ (refiérase al Seguro Social creado en 1911 en Gran Bretaña). Con esto se anunciaban el desplazamiento desde el modelo alemán hacia el inglés, lo cual involucraba un importante reordenamiento institucional. Un proyecto en esa dirección fue presentado por Bustos y Torres, en 1926, y contemplaba un completo e innovador sistema de salud de la Previsión que sería asesorado por un Consejo Superior integrado por médicos y autoridades. Ese colegiado, afinado con la visión racionalista de los radicales, debería cumplir importantes funciones: diagnosticar la situación; planificar las actividades; padronizar los hospitales; coordinar los servicios públicos y privados; expandir de forma programada la red de atención; dividir el país en zonas asistenciales; y, ejecutar las acciones con base en modernos sistemas de información estadística. Nótese que de la nueva arquitectura no hacía parte la salud pública por predominar la noción de que ésta sólo tenía que ver con la policía sanitaria.

(c) La tercera alternativa pretende la plena socialización de la medicina, "sin distinción de ninguna naturaleza e inspirada únicamente en el bienestar colectivo", e irrumpe impetuosamente en 1932, cuando las fuerzas de izquierda entran en escena con la "República Socialista". Los pioneros fueron el Sindicato de los Médicos de Valparaíso y la "Vanguardia Médica", cuyas proclamas revolucionaron el lenguaje sectorial al defender una "Central Generadora de Salud", "Usinas Sanitarias" y "Máquinas Médicas". En otras palabras, esos segmentos de la intelligenzia médica proponían poner todo un aparato científico-técnico a servicio de la construcción de una sociedad sin clases y del nuevo hombre socialista. Avanzando en los principios del modelo de planificación centralizada inaugurado en la Unión Soviética, la fórmula contempla una "verdadera dictadura sanitaria" capaz de imponer principios como: estatización de todos los servicios bajo una única autoridad fuerte; "funcionarización" de los médicos; visión integral de los problemas médico-sociales, o sea, que abarque todas las etapas de la vida humana y los aspectos físico, moral e intelectual; control del ejercicio privado y otros.⁸ Estos fundamentos se insertan en un proyecto

mayor de "socialismo de Estado", que promovía la medicina social, la fusión de la Salubridad o Salud Pública, del Seguro y de la Beneficencia y financiamiento con recursos fiscales.

En resumen, la tercera propuesta reconoce que la salud forma parte de la revolución socialista, mientras que las dos primeras objetivaban apenas modificar el Seguro, pero en direcciones opuestas: la conservadora defiende la privatización, mientras que la social demócrata busca socializar la asistencia médica y la previsión solamente para los asalariados del mercado formal de trabajo, manteniéndose en ambos casos la exclusión de las funciones de salud pública.

En el clima de intensa politización que se apodera del país en los años 1930, se vuelven a barajar las propuestas de cambios que reflejan ora el sueño izquierdista del monopolio estatal en la salud, ora la modernización del Seguro Social. Tales iniciativas hacían parte de la nueva era del reformismo previsional y sanitario que se dispersó por el mundo y que, en Chile, encontrara terreno fértil de propagación en segmentos progresistas de la profesión médica.

En realidad, cupo a los médicos progresistas un rol crucial en la difusión de un ideario socializante que rompía con la pomposidad de las oligarquías médicas y secularizaba el paternalismo católico. Después de la quimérica "República Socialista", se inició amplia discusión de los problemas de la salud a la luz de las experiencias internacionales, lo cual ayudó a entender la angustiante realidad nacional ante los progresos abismales alcanzados por los países europeos y también por Argentina. Los debates desnudaron el caos en el sector salud, denunciando los determinantes de la miseria e insalubridad del pueblo. En este contexto se realiza, por un lado, el casamiento entre las cuestiones médicas y sociales, y, por otro, se busca diferenciar entre el origen socio-ambiental de la enfermedad y la limitación de la intervención clínica en la superación de los problemas de salud. De esa forma, se esboza una actualizada doctrina en medicina social, implícitamente asociada a las ideas de los próceres alemanes del siglo XIX, que destaca factores como habitación, saneamiento, salario, vestuario, alimentación y educación como determinantes del nivel de salud.⁹

La adopción del binomio "médico-social" en el abordaje de los problemas de salud y de sus

7 *Boletín Médico* n° 32, 1927.

8 *Ver; Boletín Médico* No 243, 264 y 249, 1932.

9 *Esa nueva visión no es banal. Por ejemplo, en Brasil, los reformadores sanitarios de los años 1920-30 enfatizaron la racionalización tecnocrática de los servicios de salud pública, sin comprometerse con la dimensión política, económica y social de la salud ni cuestionar las limitaciones de atención médica privada. Véase Labra (1985).*

soluciones permitió la formulación de un conjunto de principios de organización de los servicios que quedó en el stock de directrices técnicas que orientarían la futura estructuración del SNS. Se trataba de una verdadera filosofía de acción sintetizada en principios como: integralidad de las acciones para el desarrollo individual y colectivo; planificación de objetivos y metas; responsabilidad por la corrección de rumbos; concentración de esfuerzos en el núcleo de los problemas y en las fases más deficientes de la vida humana; comando técnico único de las acciones públicas y privadas bajo el imperio de la ley; estatización u obligación primordial del Estado de defender los ciudadanos dictando y costeadando las medidas necesarias para la ejecución de una acción integral y planeada.

Dos eventos amplificaron las concepciones sobre la medicina social chilena. El primero de ellos fue el encuentro, en 1935, de los médicos del Seguro, para evaluar los diez años de su funcionamiento. En particular, se constató su baja cobertura, el impacto nulo de sus acciones médicas en la mejora de los indicadores biodemográficos de los asegurados y la importancia de los factores ligados a la morbilidad. Las recomendaciones se insertan en la concepción de que el Estado debe destinar las políticas sociales a mejorar la calidad del "capital humano", debiendo, para ello, coordinar los servicios de salud del país y reorientar los fondos de la Caja hacia la promoción de la medicina preventiva.

El segundo lo constituyó la primera Convención de la Asociación Médica de Chile (AMECH), realizada también en 1935, la cual constituyó un marco histórico en los anales de la medicina nacional. Las conclusiones reflejan la fuerte presencia de los grupos progresistas y se resumen en puntos como: unificar todos los servicios asistenciales, médicos, sanitarios y previsionales en un solo ministerio asesorado por un consejo técnico; orientar la enseñanza médica en el sentido social; centralizar la lucha contra los males de proyección social (tuberculosis, lúes, alcoholismo, etc.); crear el Seguro Social Único. A su vez, el "gremio médico" se compromete a defender el justo equilibrio en la distribución de los productos del trabajo y a apoyar la intervención del Estado en la producción, distribución y precios de los productos de subsistencia, así como en la mejora de las condiciones de vida del pueblo.

En nueva Convención, de 1936, la AMECH transformó esos postulados en banderas de acción política que poco tiempo después van a ser presentadas al

Frente Popular. En el cuadro siguiente, sintetizamos los cambios socializantes operados en el paradigma de la medicina chilena:

Antes	Después
1. Medicina individualista, predominantemente curativa	1. Medicina social preventiva y curativa como función del Estado
2. Organización de los servicios asistenciales: político-partidaria, anárquica, antieconómica y burocrática	2. Unidad y autonomía técnica, administrativa y económica de los servicios
3. Primado del criterio del hombre de buena voluntad, intoxicado por dogmas y prejuicios	3. Integración al Estado de los agrupamientos funcionales de técnicos, médicos y paramédicos a cargo de los servicios

Fuente: *Revista Previsión Social* n° 10, 1936.

Con ese audaz proyecto de transformación de la salud pública y de la asistencia médica, los socialistas pasan a integrar el primer Frente Popular, en 1938.

2. Transformismo o la socialización de la medicina chilena: nuevos argumentos.

Desde finales de los años 1930 y hasta 1952, se perfilan más claramente cuatro proyectos de reforma que marcaron época debido a su influencia en las políticas de gobierno y en el medio médico. Los tres primeros tratan, respectivamente, del modernizado pensamiento conservador, de la teorización socialista y de la reafirmación de los postulados socialdemócratas del Partido Radical. Ya la cuarta propuesta, defendida por los falangistas, aboga por el nuevo modelo inglés de Seguridad Social inaugurado en 1948.

Respecto a esta nueva coyuntura, caben dos breves aclaraciones. Las tres primeras corrientes, aunque más refinadas, forman parte del contexto anterior a la expansión del welfare state ocurrida al término de la Segunda Guerra Mundial, cuando el modelo médico asistencial se centraba en la recuperación de la fuerza de trabajo industrial. Además, los medios para atacar las enfermedades más frecuentes eran muy limitados por no existir aún la moderna terapéutica, inaugurada con la penicilina a fines de la década de 1940. Con relación a la cuarta posición, se fundamenta en las directrices políticas y doctrinarias de la protección social elaboradas en Inglaterra durante

la Segunda Guerra por la Comisión Beveridge. Se trata de una nueva concepción de Seguridad Social, entendida como el conjunto de políticas económicas y sociales relativas a los derechos sociales inherentes a la ciudadanía. Se ha de señalar que a la época, por una parte, comenzó la comercialización universal de los antibióticos, lo que permitió tratar con eficacia los principales flagelos que afectaban a las masas trabajadoras y, por otra, la realidad chilena había cambiado sustancialmente en función de la industrialización, de la urbanización y de la extensión del trabajo asalariado, lo que hacía imperativo modernizar y ampliar las estructuras, funciones y cobertura de la protección social y sanitaria.

El proyecto conservador y el círculo vicioso enfermedad-pobreza

Cuando Eduardo Cruz-Coke fue ministro de Salubridad y Previsión Social, patrocinó la ley de Medicina Preventiva (ley n° 6.174, de 1938), cuyos principios defendió en su libro *Medicina Preventiva y Medicina Dirigida* (Cruz-Coke, 1938), de donde extrajimos los principales argumentos.

Interesa al autor el individuo concreto, de vida limitada, que produce y consume riqueza. 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" (p.12). Según su raciocinio, la insuficiencia económica se traduce en creciente morbilidad y, en especial afecciones como la tuberculosis dependen en gran parte del ingreso. Pero su aumento no es solución porque no va al fondo del problema y hiere el principio de "no dar al individuo más de lo que produce". Además, "el obrero chileno ni siempre responde al aumento del salario con trabajo más intenso, y hasta trabaja menos". Este hecho, de graves consecuencias para la economía del país, plantea el problema de la "pasividad transitoria" o ausentismo causado por enfermedad, cuya corrección, dice el autor, está prevista en parte en la Ley de Medicina Preventiva. Se trata de una "política de salubridad" que impide que el

individuo reaccione con reposo siempre que le sea posible. Por su sentido preventivo, es una "verdadera medicina social establecida sobre las bases técnicas del saneamiento, de la epidemiología y de la investigación oportuna de la afección precoz en el hombre supuestamente sano". (p.13-16)

Cruz-Coke afirma que "la medicina social con carácter demagógico, basada en lamentaciones y consideraciones económicas vagas, no es válida". Al contrario, la ley de Medicina Preventiva establece una previsión biológica verdadera al disminuir la pasividad transitoria y organizar al hombre consumidor. Se pretende que el Estado, por intermedio de la Medicina Dirigida, actúe sobre la "máquina", que debe ser urgentemente reparada; sobre el hombre trabajador "aún sano, aún recuperable de una afección que recién empieza, cuya salud es el principal elemento positivo de riqueza de que podemos disponer". (p.17) ¿Y cómo? Con tres medidas principales: 1° examen sistemático, periódico y obligatorio de salud; 2° reposo para tratamiento de la enfermedad incipiente; 3° remuneración del reposo para garantizar el retorno al trabajo, que es el objetivo de la ley (9).

Esta política, también acompañada de incentivos para la construcción de sanatorios, proponía la prevención, en el medio operario, de la tuberculosis, sífilis, enfermedades cardiovasculares y, más tarde, cáncer.¹⁰ Puesta en práctica mediante contribución de los empleadores a las cajas previsionales, equivalente al 1% de la planilla de sueldos, constituyó importante triunfo político de Cruz-Coke frente a la resistencia de las clases patronales. Por otra parte, el autor no presentó propuestas de reorganización de los servicios de salud que fuesen más allá de la enigmática metáfora de la "Medicina Dirigida", tal vez como forma de justificar la coerción del poder estatal a los que no se sometieran al imperio de la ley.

De todos modos, esa política introdujo en la cultura médica, en la práctica de los servicios y en la población, la prevención como idea-fuerza, cuya continuidad se va a reflejar años más tarde en la mejora de los problemas de salud evitables con medidas preventivas, sobre todo en el grupo materno infantil.

10 Mientras que el Seguro Social se encargó de realizar los exámenes de medicina preventiva para los obreros, para los empleados fue creado el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) con el mismo fin. Con esto no sólo se ratificó la discriminación legal establecida en 1924 al crearse, por un lado, el Seguro Obrero y, por otro las cajas para los empleados, sino que también se confirmó la exclusión de protección social y médica para los ciudadanos no vinculados al mercado formal de trabajo.

El ideario socialista y el círculo vicioso pobreza-enfermedad (o, La salud como parte del derecho a una vida digna)

Cuando el Frente Popular llegó al gobierno, Allende asumió el Ministerio de Salubridad y presentó un programa completo de recuperación de la "salubridad nacional" que publicó en el libro *La Realidad Médico-Social Chilena* (Allende, 1939), del cual escogimos algunos aspectos que sintetizan la propuesta de la medicina social en el país.

Se trata, en verdad, de un conjunto de lúcidos análisis inspirados en el materialismo histórico, que abarcan todas las dimensiones de la vida nacional, desde la dependencia económica hasta el atraso cultural. El libro contiene referenciales conceptuales, antecedentes geográficos y demográficos, una cruda 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 críticas agudas a la organización de los servicios médicos y sanitarios y del Seguro Social, entre otros asuntos.

Allende concuerda con las potencialidades de la ley de Medicina Preventiva de Cruz-Coke, en la detección precoz de algunas enfermedades crónicas para su curación, considerándola, por lo tanto, un medio técnico de lucha que puede ser eficaz. No obstante, hace serios reparos tanto a la filosofía que la inspiró como a las limitaciones de sus objetivos.

Para Allende, se debe invertir el "círculo vicioso enfermedad-pobreza" porque son los factores sociales, económicos y ambientales los que inciden directamente en la salud, cabiendo al Estado actuar sobre todos ellos. Tal como fuera formulada, no se trata con exactitud de Medicina Preventiva, "por cuanto el concepto científico de dicha denominación involucra la atención integral de la salud", debiendo "comprender todos los individuos, desde su gestación hasta su fallecimiento". Aún más, es estrecha porque "se refiere únicamente a los imponentes activos de las cajas de previsión, quedando fuera de sus beneficios los imponentes pasivos y los individuos que no imponen en Caja alguna". Además, no considera el salario ni la higiene ambiental, no incluye mu-

chas otras enfermedades igualmente importantes, como las profesionales, no contempla a las madres embarazadas ni al núcleo familiar, foco de enfermedades. Por su parte, los patrones utilizan la ley para eliminar al trabajador enfermo en reposo o al candidato que busca trabajo, agravando con ello la cesantía. Por último, la ley descuidó el aspecto curativo al no "establecer una relación estrecha entre los organismos encargados de la aplicación de la ley con los servicios asistenciales", subrayándose la falta de los indispensables "organismos auxiliares o complementarios". (p.179-182)

En síntesis, Allende considera que la política de Medicina Preventiva debe ser modificada y para ello propone nuevos parámetros que subsanan las deficiencias.

En cuanto a la angustiante condición del "capital humano", Allende considera que las masas populares deben reivindicar el derecho a vivir como pueblo culto, debiendo la nación movilizarse con todas sus fuerzas para sanear el país, luchar contra flagelos y vicios, y llevar la ingeniería sanitaria y la medicina social hasta los rincones más distantes del país. El capital humano, base fundamental de la prosperidad económica, ha sido abandonado a su propia suerte, impidiendo que la población se torne densa, sana, capaz de producir y de hacer florecer el desarrollo industrial y económico.¹¹ Los gobiernos anteriores al Frente Popular, argumenta Allende, consideraron postergables los gastos en salud pública, sin jamás pensar que la preservación del capital humano constituye la responsabilidad más alta de un Estado moderno. (p.195-7)

Por último, Allende presenta un Programa de Acción Médico Social de carácter inmediato" (traducido en un proyecto de ley) que propone una "Gran Caja de Previsión Nacional Única", la total reestructuración del ministerio y la instalación de un "Consejo Nacional de Salubridad" con facultades para coordinar, unificar y reglamentar todos los servicios asistenciales y médicos de la Beneficencia y del Seguro Obrero. La fusión permitiría "la atención por un servicio único de Salubridad Nacional de más de 4.000.000 de personas",¹² que sería costeadada "en un 80% por el aporte estatal".

11 Allende ilustra las pavorosas condiciones del pueblo chileno con la expectativa de vida, que en 1936 alcanzaba, "a lo sumo a 24 años, en tanto que en Suiza, Alemania, Dinamarca, Inglaterra, sobrepasa los 50." (op. cit., p. 197)

12 Según datos del censo citados por Allende, en 1936 la población chilena llegaba a 4,2 millones. (op. cit., pp. 195-6)

La fusión de los servicios, dice Allende, "traerá aparejada el escalafón médico único y la creación del Colegio Médico en el que se considere fundamentalmente la acción sindical del gremio". Asimismo, propone la creación de Hospitales Zonales y de Distritos Hospitalarios, en los cuales la asistencia y Sanidad podrán trabajar de forma coordinada, bien como crear una Escuela de Higiene destinada a la especialización sanitaria-asistencial y a formar higienistas, administradores de hospitales, enfermeras sanitarias y hospitalarias, visitadoras sociales y otros técnicos.¹³ (p. 207-8)

En su calidad de ministro, Allende advierte que, como el país se encuentra en estado de emergencia, no hay que escatimar medios para conjurar la amenaza a la existencia misma de la nación. Para ello, no sólo las clases poseedoras deben contribuir sin regateos ("por la seguridad de ellas mismas"), sino que todos los ciudadanos deben secundar la enorme tarea de levantar económica, sanitaria y culturalmente al país. Termina recordando que para enfrentar esa inmensa tarea fue elegido el Frente Popular, cuyo Presidente, Pedro Aguirre Cerda, debe ser ayudado lealmente en "su deseo de devolverle su capacidad creadora al pueblo"(10).

La seguridad socialdemócrata del trabajador asalariado

Esta corriente se inserta en las ya mencionadas propuestas de la OIT defendidas por Julio Bustos, director general de la Previsión Social por muchos años y vocero de las políticas del Partido Radical en materias previsionales y médicas. Cabe subrayar, sin embargo, que, esta vez, el proyecto en discusión es menos osado que el presentado en los años 20, lo que refleja la ambigüedad y moderación del PR y, ciertamente, la dificultad de disminuir su control del complejo institucional del Seguro.

En la perspectiva en análisis, la categoría central es el trabajo asalariado. Por tanto, la preocupación del Sistema de Seguro o Previsión Social debe centrarse en las fuerzas productivas del mercado formal, o sea, en la manutención de la capacidad de trabajo del asegurado y la protec-

ción de su familia. En cuanto al financiamiento, se mantienen las contribuciones tripartitas porque fortalecen, en el trabajador, el reconocimiento de sus derechos; despiertan el interés del empleador por conservar y disponer de mano de obra de calidad y promueven la solidaridad social. (Bustos y de Viado, 1942, p. 5-7)

Haciendo eco de la postura de Cruz-Coke, Bustos y de Viado estiman que la medicina social significa acción vigilante sobre el individuo sano por representar un valor económico que hay que preservar. Y debe ser social porque la enfermedad es la causa primera de incapacidades que convierten a elementos activos del proceso económico en cargas pasivas para la colectividad y en factores de degeneración de la raza. Tal política no puede desarrollarse por medio de la medicina liberal, que se caracteriza por la acción individual y sólo se interesa por el caso clínico, y sí por la Medicina Dirigida (por el Estado), lo que involucra la idea de un Plan destinado a combatir la génesis y manifestaciones de los factores mórbidos que azotan a la población.

En esta oportunidad Bustos (1939) enfatiza la distinción entre "asistencia", "previsión social" y "sanidad" o salud pública. Argumenta que la asistencia gratuita de la Beneficencia Pública para el indigente es etapa ya superada en Chile. La previsión social, al contrario, se encuadra en la nueva corriente ideológica introducida en el país en 1924, que auspicia la intervención del Estado a través de una institución de naturaleza autónoma destinada a la organización normal de la vida de los trabajadores en el orden sanitario, económico, financiero, jurídico y moral. Frente a la necesidad de eliminar los factores que determinan la existencia de indigentes, la previsión es un instrumento de redistribución de la riqueza. No así la salud pública, que trata de la función sanitaria "pura", o sea, de la profilaxis nacional e internacional contra enfermedades infectocontagiosas, saneamiento urbano y rural, higiene industrial, educación sanitaria, demografía y bioestadística, producción de insumos y vacunas y policía sanitaria (fiscalización de productos medicinales, de los alimentos, de la prostitución y del ejercicio profesional).

¹³ Vale la pena recordar que esos objetivos fueron cumplidos en el orden siguiente: Escuela Nacional de Salubridad (1943), Colegio Médico (1948), Estatuto del Médico Funcionario (1951) y Servicio Nacional de Salud (1952).

La defensa de Bustos de que esas tres lógicas "son totalmente distintas y no pueden ser confundidas", tiene que ver con propuestas de los socialistas de fusionar todos los servicios médicos en una única institución. Por lo tanto, el objeto de la disensión estaría en la definición acerca de cuál sería esa superorganización y a qué autoridad quedaría subordinada (y cuál partido la controlaría).

Esa discordancia fue decisiva y explica los motivos que tornaron inviable en el Legislativo compatibilizar la reforma del Seguro defendida por los radicales en esos términos, con la unificación de todos los servicios de salud propuesta por las izquierdas, conforme al proyecto de ley de Allende. Más todavía, los radicales lo consideraron "grave retroceso" con relación a los progresos médico sociales alcanzados en el país y en el mundo europeo con los seguros. Para Bustos, en fin, la fusión de la Beneficencia, del Seguro contra la Enfermedad y de la Salubridad es "aberración" que debe ser destruida por razones de orden doctrinaria, técnica, social y moral. (Bustos, 1939, p. 29-31). En compensación, los parlamentarios radicales presentaron un proyecto de modificación de la Ley 4.054, de 1924, que preveía un "Programa Unificado de Protección a la Salud" fundamentado en un Seguro Social unitario para cubrir todos los riesgos de vida y trabajo para todas las categorías de obreros y empleados. La propuesta separaba la salud pública del resto y transfería los hospitales de la Beneficencia al Seguro Social, definiendo, en consecuencia, dos grandes funciones técnicas para el sector salud: la sanitaria (salud pública) y la asistencia médica previsional y, por ende, la creación de "carreras de médico sanitario y de médico de la previsión". Bustos y de Viado (1942, p. 21-22) concluyen: "Solamente una medicina social y dirigida puede elevar el nivel biológico del país". A ese dictamen se podría añadir: medicina dirigida, sí, pero por el Seguro Social y no por una nueva institución distinta, como pregonaban Allende y seguidores.

La conciliación en la Seguridad Social a la moda inglesa¹⁴

Las discusiones sobre el modelo de atención de la salud que se quería para el país vuelven a surgir cuando el Legislativo retoma, en 1950, la discusión de los proyectos de reforma social de comienzos de los años 40, tras el pedido de urgencia del Presidente de la República Gabriel González Videla. Sin embargo, como había transcurrido una década, el contexto histórico, nacional e internacional era otro. Son tiempos de Guerra Fría, de hegemonía de los Estados Unidos y de expansión del renovado y ampliado concepto de Seguridad Social que fundamentó el welfare state en el posguerra en los países avanzados, excepto en los Estados Unidos.¹⁵

En Europa, la institucionalización de los derechos sociales se ampliaba, a comenzar por la democrática Gran Bretaña, donde se montaba todo un complejo de protección social inédito en el mundo capitalista, que incluía el National Health Service. El modelo de Seguridad Social inglés despertaba enorme interés en todas partes y también en Chile, de donde partieron para conocerlo dos profesionales: el abogado falangista Francisco Pinto Santa Cruz y el médico sanitarista Benjamín Viel. Como resultado de esa experiencia, publicaron el libro "Seguridad Social Chilena. Puntos para una Reforma" (Pinto y Viel, 1950), que viene oportunamente a la luz pública cuando la Falange Nacional obtiene representación parlamentaria y pasa a integrar el gabinete de "Sensibilidad Social" de González Videla (13).

Esta publicación, de la cual extraeremos los puntos más relevantes, fue decisiva para las indicaciones de los diputados falangistas Reyes, Coloma y Rogers en la Comisión Técnica legislativa que discutía el proyecto de ley de modificación del Seguro, puesto que les permitió fundamentar su propuesta de insertar, en ese mismo proyecto, un conjunto de artículos que disponía la creación del Servicio Nacional de Salud.¹⁶

14 Debo reiterar mis agradecimientos al Sr. Francisco Pinto Santa Cruz y al Dr. Benjamín Viel por las preciosas informaciones que me dieron en gentiles entrevistas.

15 La expresión "seguridad social" fue usada por primera vez en 1935, por el presidente Roosevelt en su derrotado Social Security Act. En Inglaterra, la Comisión Beveridge (1941) definió Seguridad Social como abolición del "estado de necesidad", dando así la pauta para la gran reforma de 1948. En Francia, a su vez, se sometía a la Asamblea Nacional, en 1945, un Plan de Seguridad Social para garantizar la subsistencia del ciudadano y su familia. Pinto y Viel, pp. 9-10.

16 Eso fue posible porque el procedimiento legislativo permitía incorporar una materia desde que fuera relativa al asunto de la ley que, en el caso, correspondía a la asistencia médica del Seguro Obrero.

Con raciocinio desprovisto de retórica, Pinto introduce el “deber ser” de la Seguridad Social, ilustrado con el caso de Gran Bretaña. Demuestra que en Chile es posible alcanzar este nivel superior de conciencia de los derechos sociales porque ya existen los necesarios elementos legales, institucionales y técnicos. La fórmula para transformar gradualmente el sistema de protección social vigente, tan irracional, discriminatorio y dispendioso, consiste en seguir los principios generales del modelo inglés pero tomando en consideración las limitaciones nacionales, los derechos adquiridos por determinados grupos y la necesidad de realizar amplia campaña de convencimiento de la opinión pública.

Aunque, según ese modelo, la Seguridad Social constituya una política tanto económica como social por abarcar pleno empleo, salarios, habitación y distribución equitativa de la renta nacional, Pinto adopta una definición “más apropiada a la realidad chilena” resumida en tres líneas de acción: (1) prevención de los riesgos que afectan la capacidad productiva (epidemiología, saneamiento, seguridad del trabajo y salubridad), en coordinación con un plan de construcción de viviendas higiénicas; (2) curación del individuo que adolece, incluyendo exámenes periódicos generales, diagnóstico precoz, tratamiento clínico y rehabilitación; y, (3) subsidios pecuniarios para el ciudadano cuando se ve privado de su ingreso por enfermedad, invalidez o cesantía.

El desarrollo de tales directrices implica una organización doble, que cuide de la seguridad económica y de la seguridad física o biológica, a fin de obedecer al imperativo de mantener, por un lado, el poder de compra estable y la distribución equitativa de la renta y, por otro, la productividad de la población. Es ésa la fórmula que expresa el concepto de solidaridad que, para ser eficaz, debe conjugarse con otras medidas tales como la elevación de los exiguos salarios, e integrarse a un Plan General de Seguridad Social que contemple los principios de unicidad, uniformidad, continuidad y universalidad en la protección legal de toda la población, en todas las etapas de la vida. En cuanto a la administración del sistema, dada la mezcla de funciones securitarias y médicas en el esquema chileno, Pinto propone la separación entre “servicios pecuniarios” y “servicios personales”, comprendiendo, estos últimos, servicios médicos que atiendan a todos los miembros de la

comunidad, no como caridad sino como derecho específico, organizados en un Servicio Nacional de Salud.

La gran contribución de Pinto y Viel fue la reconceptuación de las funciones sociales del Estado de Bienestar moderno, de modo a abarcar, bajo un mismo principio, instituciones intercomunicadas pero diferentes, con los mismos objetivos y funciones que ya cumplían en el país mas de forma absolutamente irracional. La nueva concepción se puede esquematizar de la siguiente forma:

SEGURIDAD SOCIAL Plan General de Seguridad Social Uniforme (*) Cobertura: Derecho universal de todos los ciudadanos Principio: Solidaridad	
Seguridad Económica (subsidios, auxilios, pensiones, asignación familiar, indemnizaciones, etc.)	Seguridad Física o Biológica (prevención de riesgos, atención curativa, etc.)
Servicios o Prestaciones Pecuniarias	Servicios Personales
SERVICIO DEL SEGURO SOCIAL	SERVICIO NACIONAL DE SALUD

(*) *El Plan debe también comprender: saneamiento ambiental, vivienda popular, educación profesional y otros servicios esenciales.*

Las formulaciones de Pinto y Viel configuran un todo coherente y bien fundamentado que Viel utilizó para especificar su propuesta de medicina socializada, que considera una “consecuencia lógica de una evolución económica social en la cual la clase proletaria, base del capital humano de una nación, es colectivamente poderosa e individualmente tan débil, económicamente hablando, que resulta incapaz de pagar los beneficios que la ciencia y el arte médico pueden hoy poner a disposición de las minorías”. (Pinto y Viel, 1950, p. 90)

El siguiente cuadro muestra los principios guía de la Seguridad Social (conforme adaptación de los autores a la realidad chilena), así como las reparticiones sanitarias y de atención médica ya existentes que integrarían el Servicio Nacional de Salud y las características relativas a la dirección superior, organización y personal.

Propuesta de Organización de la Seguridad Social (1950)	
SERVICIO DEL SEGURO SOCIAL	SERVICIO NACIONAL DE SALUD
Entidades autónomas con dirección y administración propia	
Fuentes de recursos	
Cotizaciones tripartitas	Presupuesto Fiscal
Administración Financiera: Fondo Unico Nacional	
Régimen: de reparto	
Principios o "deber ser"	
<ul style="list-style-type: none"> * Abarcar a toda la población asalariada (la ampliación de la esfera de acción del Seguro Obrero será gradual: primero, incorpora a los propios asegurados, enseguida se integrarán, mediante persuasión, todas las categorías de empleados y profesionales, civiles y militares) * Proteger de manera uniforme y continua en cuanto a edad, actividad, riesgo, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> * Servir a toda a población sin distinción * Considerar al grupo familiar y no sólo al individuo enfermo * Acción selectiva sobre problemas frecuentes * Dirección y administración centralizada y ejecución descentralizada. <p>Comprende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dirección General de Sanidad - Dirección General de Beneficencia (hospitales) - Servicio Médico del Seguro Obrero - PROTINFA - SERMENA - Servicios médicos de otras cajas - Servicios médicos FF.AA y Policías - Servicios médicos municipales - Instituto Bacteriológico - Sección de Biodemografía <p>Dirección Superior: Unipersonal Director General auxiliado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consejo Técnico (jefes de servicios) - Consejo Asesor (representantes de la comunidad, de sindicatos y de las profesiones) - Consejos Regionales <p>Organización Territorial:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zonas o regionales de salud <p>Niveles de atención en cada Zona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitales generales, centros de salud y postas rurales <p>Personal Médico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relaciones contractuales definidas en conjunto com el Colegio Médico

Fuente: Pinto y Viel, 1950, p. 93-98.

Con esos planteamientos en la mano, y asesorados personalmente por Pinto, los diputados Rogers, Carmona y Reyes hicieron las indicaciones que permitieron, mediante la adición de un simple artículo a la ley de reforma del Seguro Social, la creación del Servicio Nacional de Salud, el segundo del mundo capitalista después del inglés.

Respecto del Seguro Social, la propuesta de Pinto y Viel fue desvirtuada. Ya el formato aprobado para la salud logró incorporar en el SNS prácticamente todos los elementos e instancias del Recuadro 2. Sin embargo, la coyuntura política que configuró las reglas del juego decisivo dejó pendientes cuestiones fundamentales de principio debido a la inserción del SNS en el Seguro Social, por lo cual adoleció de las mismas restricciones de recursos y cobertura de éste. De hecho, el SNS no pudo contar con la indispensable independencia financiera que habría tenido si se le hubiera dotado de fondos provenientes de los tributos generales. Así también, en la atención médica se mantuvo la exclusión de los trabajadores rurales, domésticos y por cuenta propia, de los empleados particulares y de los funcionarios públicos. Ambos problemas, por lo demás, marcaron de forma muy importante la trayectoria y los conflictos posteriores del "monumental edificio" en que se convitió el SNS.¹⁷

Ese déficit económico y social fue el costo de las concesiones que debieron hacerse al irreductible transformismo conservador, aunado a la imposibilidad política de que las fuerzas progresistas pudieran presentar un proyecto propio, legalmente separado del Seguro. Por las mismas razones, naufragó el Plan de Seguridad Social, que había sido concebido para articular las políticas económicas y sociales y unificar los diferentes regímenes previsionales en una sola Caja de Previsión.

Por último, cabe destacar que todas las versiones de la medicina socializada presentadas contemplan la planificación en cuanto instrumento de la acción política. Con efecto, desde los años 1920 la idea venía echando raíces en el país, anticipándose así en décadas al boom del planeamiento en salud que, desde mediados de 1960 en adelante, va a difundir la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

El lugar de la medicina privada

En el período estudiado hasta aquí, no hubo ninguna propuesta clara referente a la medicina privada organizada. Esta venía creciendo muy lentamente, con base en maternidades y pequeñas clínicas, consultorios médicos y laboratorios, gracias sobre todo a la demanda de los empleados, que era atendida mediante convenios establecidos inicialmente a través de los servicios de bienestar de las cajas y, más tarde, del Servio Médico Nacional de Empleados. Con todo, esa alternativa no amenazaba el monopolio previsional de la atención médica, en especial la hospitalaria.

En suma, en la época en análisis prevalecieron las divergencias en cuanto a universalizar la cobertura o mantenerla restricta a los obreros. A ello concurría la oposición intransigente de los conservadores. Estos postulaban que la "medicina colectivizada" se debe destinar solamente a todo lo que constituye peligro para la colectividad y a la atención de los grupos sociales "cuyos bajos ingresos no les permiten acudir a la medicina individual" insistiendo inclusive en la imposibilidad de "generalizar una medicina de tipo individual para toda la población".¹⁸

Aunque en la fase aquí examinada esa ideología conservadora hubiese quedado totalmente ofuscada por los ímpetus de cambio en dirección a la socialización de la medicina, más tarde cobró plena actualidad cuando los neoliberales, bajo la dictadura de Pinochet, adoptan tales orientaciones como dogma de fe (7). Así, desde una perspectiva histórica, podemos afirmar que la evolución del sistema de salud chileno se puede resumir en el encadenamiento de tentativas contrapuestas de tornar la medicina estatal un derecho universal o restringirlo a los más pobres, abandonando al resto de la población a las fuerzas del mercado.

Reflexión final

En la literatura pertinente a la evolución del sistema de salud chileno, han primado versiones según las cuales el SNS fue producto del firme compromiso moral y ético de los médicos chile-

17 Para un análisis político detallado de la tramitación y aprobación del SNS en el Congreso Nacional y de su evolución posterior, véase Labra (1997).

18 Senado de Chile. Diario de Sesiones, 7ª Sesión Extraordinaria, 22.11.1950. Discursos del senador Cruz-Coke y del ministro Mardones Restat.

nos con la medicina social, instando a los colegas parlamentarios a aprobar la iniciativa de crearlo. Según otras versiones, el SNS habría sido el resultado de las demandas populares y de las luchas de los sindicatos obreros, canalizadas por los partidos de izquierda, en favor del derecho a la salud de las grandes masas.

Como muestra esta exposición, las políticas de salud y su materialización jurídico-institucional no pueden ser reducidas a los voluntarismos de los actores ni a determinismos históricos. Al contrario, así como ha ocurrido en otras naciones, las transformaciones del sistema de salud de Chile, en el período estudiado, fueron el producto combinado

del funcionamiento de la democracia política, de las reglas institucionales que enmarcaron los procesos decisivos, de influencias externas, de decisiones anteriores, de contingencias internas y de una compleja trama de negociaciones y consensos. De ese modo, los acuerdos alcanzados siempre fueron imperfectos debido a la multiplicidad de intereses en juego en cada coyuntura. Todos esos factores y procesos condicionaron los resultados de las políticas al punto de apartarse, y mucho, de la "imagen-objetivo" de los revolucionarios precursores de la medicina social. Mas, a pesar de todo, lograron impregnar la cultura sanitaria de Chile de concepciones de medicina social que hasta hoy se hacen sentir.

Referencias

1. Labra, Maria Eliana, 2000. *Política e medicina social en Chile. Narrativas sobre una relación difícil. História, Ciência, Saúde - Mangueiras*, 7(1):23-46.
2. Labra, Maria Eliana, 1997. *Política, Saúde e Interesses Médicos no Chile (1900-1990)*. Rio de Janeiro. Tesis de Doctorado en Ciencia Política, IUPERJ-Instituto Universitário de Pesquisa do Rio de Janeiro.
3. Buss, P. M. & Labra, M. E., 1995. *Sistemas de Saúde. Continuidades e Mudanças*. (Argentina, Brasil, Chile, Espanha, Estados Unidos, México e Québec). São Paulo-Rio de Janeiro:Hucitec-Fiocruz.
4. Sigerist, Henry E., 1987. *Hitos en la Historia de la Salud Pública*. México D. F., Siglo XXI, 3a. ed.
5. Rosen, George, 1994. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo, Hucitec-Unesp-Abrasco.
6. Rosen, George, 1980. *Da Policia Médica à Medicina Social*. Rio de Janeiro, Ed. Graal.
7. Piñera, José, 1991. *El Cascabel al Gato. La Batalla por la Reforma Previsional*. Santiago, Ed. Zig-Zag.
8. Labra, Maria Eliana, 1985. *O Movimento Sanitarista nos anos 20. Da "Conexão Sanitária Internacional" à Especialização em Saúde Pública no Brasil*. Rio de Janeiro, Tesis de Maestría en Administración Pública, Fundación Getulio Vargas.
9. Cruz-Coke, Eduardo, 1938. *Medicina Preventiva y Medicina Dirigida*. Santiago, Ed. Nascimento.
10. Allende, Salvador, 1939. *La Realidad Médico-Social Chilena*. Santiago, Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.
11. Bustos, J. y De Viado, M., 1942. *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.
12. Bustos, Julio, 1939. *Salud Pública y Previsión Social*. Santiago, Superintendencia de Seguridad Social.
13. Pinto, Francisco y Viel, Benjamín, 1950. *Seguridad Social Chilena. Puntos para una Reforma*. Santiago, Editorial del Pacífico.

Nota de los editores: se sugiere al lector vincular este artículo con el libro de la Dra. Carolina Tetelboin, referente a un período posterior, y que está comentado en la Sección LIBROS.