

100 años de la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y el Seguro de enfermedad

Comisión 100 años de Salud y Seguridad Social¹



El año 2024 constituye un momento particular en la historia del país, pues se cumplen 100 años de dos hitos trascendentales: la fundación del Ministerio de Higiene y Asistencia Social y la instauración del seguro de enfermedad.

En efecto, el año 1924 ocupa un lugar singular en los inicios del siglo XX chileno ya que fue el escenario de una crisis política y social que, junto con poner a prueba al gobierno de Arturo Alessandri Palma, representó una ocasión para encauzar una serie de reformas que en el campo social y, particularmente, en el mundo de la salud pública, venían madurando desde fines del siglo XIX. De hecho, desde las reformas sanitarias del gobierno de José Manuel Balmaceda, paulatinamente fue ganando terreno uno de los fundamentos de la salubridad moderna según lo demostraba la experiencia europea, esto es, que **el Estado asumiera un liderazgo en la dirección de los asuntos sanitarios del país**, premunido de las competencias administrativas, científicas y presupuestarias. En otras palabras, esa forma de concebir la salubridad personificaba no solo una aspiración para el mundo sanitario, sino que un símbolo de progreso para una sociedad que discutía cómo resolver las diversas exigencias que encarnó la cuestión social.

Por otra parte, no se debe desestimar el contexto histórico global en el cual se puede enmarcar el hito que conmemoramos, básicamente porque el cambio que encarnaron el nuevo ministerio y los seguros sociales sintonizaron con nuevos fenómenos que emergieron en el orden internacional. Por un lado, la revolución mexicana (1910-1920) y la revolución rusa (1917) se alzaron como modelos alternativos a los cuestionamientos que había despertado el orden social y económico que era fruto de la democracia liberal occidental. Por su parte, el fin de la Primera Guerra Mundial empujó a los países que adhirieron a la Liga de la Naciones, institución creada en 1919 para velar por la paz a nivel internacional, a priorizar la justicia social en tanto se consideró que una de causas de la Gran Guerra habían sido los problemas sociales no resueltos en el transcurso del siglo XIX. Naturalmente, la salud pública ocupó un lugar central entre esas prioridades, como lo demostró la sección de Higiene de la Liga, entidad que se ocupó de asesorar a nivel internacional a las naciones que adolecían de problemas concernientes a la alimentación, salud materno-infantil y las enfermedades sociales. Ciertamente, Chile fue objeto de atención de ese organismo en virtud de los desafíos sanitarios que el país exhibía.

Los grandes cambios en la forma de vida que trajo la revolución industrial, como las nuevas formas de producción, la migración del campo a la ciudad y los problemas sanitarios que esto conlleva debido a las duras condiciones de vida, el hacinamiento, las largas jornadas de trabajo incluso para los niños, y la desigualdad que se producía con las elites económicas, incentivaron a los trabajadores a unirse en gremios

¹ Ministerio de Salud de Chile. Gobierno de Chile. Correspondencia a: marcelo.lopez@minsal.cl

y sociedades de ayuda mutua para sobrellevar los estados de necesidad, en un país donde no existían derechos laborales y la enfermedad se enfrentaba de forma particular o mediante los esfuerzos de la caridad y la beneficencia. Surgen también, los movimientos político intelectuales como el anarquismo y el comunismo que proclaman la lucha del proletariado en contra de la burguesía. Se producen entonces huelgas y masacres y un interés creciente de actores como la iglesia y otros sectores ideológicos de generar reformas para contener la llamada “cuestión social”.

De esa manera, hacia la década de 1920, tanto a nivel local como internacional existía una atmósfera propicia a la introducción de reformas sanitarias que atendieran los dramáticos problemas sociales asociados a ellos. En un país de 3.754.723 habitantes, según se desprende del censo de 1920, y que en palabras del célebre salubrista Alejandro del Río, estaba convertido para 1922 en “una gran mancha en el mapa sanitario de Sud América” era comprensible que desde el mundo político emergieran propuestas para subsanar un escenario en el cual la alta mortalidad infantil (270 por 1000 al finalizar la década), los problemas nutricionales y las altas tasas de morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades infecciosas como la tuberculosis, el tífus y la difteria, entre otras, manifestaban la faceta más cruda de la cuestión social. De hecho, la candidatura presidencial de Arturo Alessandri en 1920, en sintonía con corrientes reformistas de cuño socialista y anarquista, más la corriente salubrista del mundo médico chileno, propuso abordar los principales problemas higiénicos del país que afectaban el desarrollo de la “raza chilena” según el discurso público de entonces.

En un país en crisis, con el parlamento y el ejecutivo en pugna y sin que se materializaran los avances prometidos por Alessandri, un grupo de uniformados liderados por Carlos Ibáñez del Campo irrumpen en el senado en el momento en que se discutía una ley para mejorar la dieta parlamentaria, haciendo sonar sus sables y demandando una serie de reformas. La crisis que desató el “ruido de sables” de septiembre de 1924, fue una oportunidad para comenzar a instalar las bases de la *seguridad social* en Chile, concretamente mediante la creación del seguro de enfermedad, invalidez y de accidentes del trabajo, cuya ley n° 4.054 fue promulgada el 8 de septiembre de 1924.

A partir de ahí, los trabajadores y sus familias comenzaron a disponer progresivamente de una atención médica y provisión de medicamentos garantizados, en virtud de un seguro financiado en

forma tripartita por el Estado, el empleador y el trabajador. A su vez, pocas semanas después, el 14 de octubre se crea el *Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social* que procuró dirigir y planificar la salud pública del país para solucionar no solo las urgencias sanitarias existentes, sino que también proveer el bienestar social y económico que derivaban de la salud. La idea de concebir una institución ministerial dedicada exclusivamente a los asuntos higiénicos del país había sido presentada ya en 1910 por el senador Malaquías Concha, pero no logró prosperar. No obstante, los nuevos vientos reformistas de la década de 1920 generaron un ambiente definitivamente más favorable.

Un hito que merece atención dentro de la nueva institucionalidad que comenzó a nacer fue la constitución, también en 1924, de la Caja de *Seguro Obligatorio u Obrero*, institución que dependió administrativamente del nuevo ministerio. Esta institución fue fundamental dentro de la red de organizaciones del mismo tenor que surgieron para dar cumplimiento a la ley 4.054, como la Caja de Empleados Públicos y Periodistas, Caja de Previsión de Empleados Particulares, Caja de Previsión de la Marina Mercante, entre otras. La Caja del Seguro Obrero contó con la particularidad de acunar a gran parte de los trabajadores del país para que pudieran acceder a las ventajas que ofrecía esta entidad emblemática de la seguridad social. De hecho, a contar de la década de 1930 el desarrollo a nivel nacional de la Caja de Seguro Obrero facilitó el acceso a su servicio médico a cerca de 700.00 mil asegurados y sus familias, por medio de la red de consultorios que se fue gestando, y que tuvo la particularidad de poner el acento en un enfoque médico preventivo y social que se transformó en un punto de referencia para la medicina y la salud pública.

A comienzos de la década de 1930 tras la crisis internacional que desató la caída de Wall Street en 1929, así como la crisis social y política que derivó en la caída del gobierno autoritario de Carlos Ibáñez del Campo, el Ministerio de Higiene se transformó en el Ministerio de Salubridad en 1932. Con las mismas responsabilidades la institución debió emprender su gestión sanitaria en coordinación con la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, organismos que tenía a su cargo la dirección de los establecimientos hospitalarios del país, hecho que revela la fragmentación de la institucionalidad sanitaria chilena, un problema que fue constantemente puesto en el tapete del debate público. Con todo, el Ministerio de Salubridad debió afrontar los desafíos sanitarios

conocidos, muchos de los cuales se incrementaron producto de la crisis económica y social y que sanitariamente quedaron retratados en la obra del salubrista Salvador Allende, “La Realidad Médico Social de Chile” de 1939.

La creación del Consejo Nacional del Alimento (1936) y la promulgación de la ley Madre-Niño (1937) así como la ley de Medicina Preventiva (1938), bajo el gobierno del presidente Arturo Alessandri, junto al liderazgo del ministro de salubridad Eduardo Cruz-Coke, expresaron ciertos niveles de consensos que se generaron en torno al enfoque médico-social que debía inspirar la gestión ministerial. En efecto, esa continuidad se verificó también con la llegada al poder en 1938 del Frente Popular, alianza que, bajo el gobierno de Pedro Aguirre Cerda, propuso un corpus legislativo de “salud integral” para ser tramitado en el Congreso, y que fue suscrito por el ministro de salud, Salvador Allende.

Sin duda, ese enfoque tributario del paradigma de la medicina social que echó raíces a nivel institucional a partir de la década de 1930 trazó el desarrollo ministerial en las décadas siguientes. Además, cabe señalar que, tras el fin de la Segunda Guerra Mundial, emergió una corriente sanitaria globalizante que, encabezada por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), fundada en 1948, heredó un segmento importante de la tarea que había gestionado la sección de higiene de la Liga de las Naciones. No menos relevante fue la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948), que incluyó a la salud como una norma fundamental de la organización social y que, en consecuencia, brindó a la salud pública un rejuvenecido protagonismo en el itinerario social y político en la segunda mitad del siglo XX.

Sobre ese escenario, a contar de la década de 1950, se comenzó a escribir un nuevo capítulo. Junto a la creación del Servicio Nacional de Salud (1952) y la instauración del *Ministerio de Salud* en 1959 el país dispuso de una madura arquitectura institucional y nacional sobre la cual se pudo ahondar en la canalización a la población de los avances científicos que registró la medicina moderna, en la cooperación con la organización de la salud internacional, en el cultivo de la prevención y educación sanitaria, y en la planificación profesional de las campañas sanitarias. Ello quedó en evidencia con el desarrollo de las campañas de inmunización a nivel nacional, tanto en ciudad como en el campo, que no solo atendieron desafíos de larga data como la viruela, sino que canalizaron las innovaciones que representaron las

nuevas vacunas que emergieron como la BCG contra la tuberculosis infantil, el sarampión y la poliomielitis entre las décadas de 1950 y 1960.

A su vez, de manera similar a lo acaecido en la intensa década de 1920, la trayectoria hizo eco de los aires reformistas e incluso revolucionarios que circularon a nivel global en la década de 1960. Quizás el principal reflejo de ese nuevo escenario fue la idea de incrementar la participación social en el desarrollo de las políticas de salud, idea que se encarnó en el concepto de “medicina comunitaria” que, en Chile, así como en otras naciones del denominado Tercer Mundo, alcanzó una importante adhesión. Es cierto que para entonces los índices sanitarios enseñaban mejoras evidentes para la calidad de vida ya desde la década de 1950, como lo expresaron el descenso ostensible en mortalidad infantil (136 x 1000) y mortalidad materna (276 por 100.000), la mortalidad general (14,8 por 1000), el aumento de esperanza de vida (40 años), y una mayor cobertura de agua potable (52 % a nivel nacional), por citar algunos ejemplos. Sin embargo, el contexto histórico de aquel entonces hizo necesario hacer eco de los cambios sociales y culturales reinantes, los cuales impusieron en el campo de la Salud Pública perspectivas más socializantes y democratizantes, como quedó de manifiesto en los gobiernos del presidente Eduardo Frei, donde cabe destacar la labor de su ministro de Salud Ramón Valdívieso, y del presidente Salvador Allende, juntos a sus ministros de Salud, Juan Carlos Concha y Arturo Jirón.

En ese período, la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales, la Ley de Medicina Curativa para Empleados, la campaña de planificación familiar, bajo el gobierno de Frei, y la creación de los Consejos Locales de Salud, la ampliación de los programas de alimentación complementaria (Campaña del medio litro de leche), el incremento de matrículas universitarias para profesiones de salud, el proyecto de Servicio Único de Salud, para aplacar los efectos nocivos de la histórica segmentación del sistema de salud chileno, el Programa de Control de la Tuberculosis, durante el gobierno de Salvador Allende ilustraron una suerte de ahondamiento en el espíritu igualitarista que había impregnado desde las décadas de 1930 y 1940 el trabajo del Ministerio de Salubridad y posteriormente del Ministerio de Salud.

No obstante, el golpe de Estado de 1973 sacudió esa línea evolutiva. Aunque si se observa el contexto global de aquel entonces, el concepto clásico de Salud Pública estaba siendo objeto de

críticas por su carácter verticalista y medicalizador, especialmente desde la década de 1960, discurso que fue representado por la célebre reunión de Alma Ata de 1978, que plasmó la histórica noción de Atención Primaria de la Salud, el hito del 11 de septiembre acarrió una fisura en la trayectoria socializante de las políticas de salud que se habían gestado por casi cinco décadas. Tras la ruptura del orden democrático, se transitó a un esquema que disgregó el espíritu unificador que había encarado el SNS por más de dos décadas, a contar del paulatino despliegue internacional de la influencia neoliberal en el plano de la salud, reinstauró la perspectiva individualista en desmedro del papel del Estado en la provisión de servicios médicos.

De ese modo, el itinerario del Ministerio de Salud bajo el régimen dictatorial se vio compelido a impulsar reformas estructurales cuyo epítome fue un modelo híbrido al que dieron vida el seguro estatal encarnado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) (1979) y el seguro privado que personificaron las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) (1981), así como el despliegue del proceso conocido como municipalización del sector primario de la salud (1980). Puede argumentarse que existieron evidencias de continuidad respecto a la gestión previa del Ministerio de Salud, como el caso del Programa de Control de la Tuberculosis o las políticas de inmunización, que incluso consiguió inaugurar una nueva etapa en su historia con la creación en 1978 del Programa Ampliado de Inmunizaciones. No obstante, el desmedro económico y los lineamientos distantes de un ideal igualitarista afectaron la misión del Ministerio de Salud en el decenio de 1980.

A partir de la década de 1990, puede sostenerse que la evolución del Ministerio de Salud sintonizó nuevamente con cambios políticos trascendentes, tanto a nivel local, como internacional. Tras el inicio de la restauración del sistema democrático, se da curso a un trabajo de restauración del sistema de salud en el plano financiero, profesional y material dirigido inicialmente por el ministro Jorge Jiménez de la Jara. Puede sostenerse que fue un proceso de renovación que sintonizó con una época bañada en la atmósfera de fin de siglo que insinuaba abiertamente el fenómeno de la globalización. Sin duda, la influencia del Banco Mundial en la gestión de las políticas de salud, la pandemia del VIH-SIDA y la vigencia de la APS como movimiento global, fueron hechos que inspiraron nuevos retos para el Ministerio de Salud.

El inicio del siglo XXI encontró al Ministerio de Salud con un país que, desde el punto de vista

sanitario, marca profundas distancias respecto de la década en la que nació como institución. En efecto, en un país que, según el censo del año 2002, contaba con una población de 15.116.435 habitantes, las cifras sanitarias mostraron para el año 2005 una esperanza de vida que se aproximó a los 79,8 años, una mortalidad infantil de 7,2 x 1000, una mortalidad materna de 18,5 x 100.000, un 0,5% de desnutrición, una cobertura de agua potable sobre el 98%, cifras que no solo enseñan cambios socioeconómicos relevantes. Expresan conquistas que ilustran los frutos de un trabajo que concilió capacidad técnica, rigor científico y propósitos políticos coherentes con los requerimientos del país, todos rasgos que han encarnado con avances, acuerdos y discrepancias la finalidad original del Ministerio, esto es, conducir los procesos sanitarios del país y velar por los efectos que la evolución económica y social deparan para la salud.

Avanzadas las primeras décadas del siglo XXI, el contexto social y político del país, inserto en la era de la globalización y de nuevas incertidumbres, permite apreciar el valor histórico que a lo largo del siglo XX simbolizó para el país el establecimiento de la responsabilidad del poder público con la salud pública y la seguridad social. Sin duda, fue una de las bases de una concepción de bienestar social cuya dirección se le adjudicó a la organización administrativa, científica y profesional que sucesivamente representaron el Ministerio de Higiene y Asistencia Social, el Ministerio de Salubridad y el Ministerio de Salud hasta el presente. Asimismo, este acto de conmemoración puede ser una referencia de los frutos que puede ofrecer al país, no sin importantes retos sociales, institucionales y económicos que superar, la conjunción del espíritu de servicio público que han encarnado generaciones de trabajadores de la salud y la elaboración de políticas sobre la base del rigor científico y técnico, como lo revela la historia del Ministerio de Salud.

Los afanes de recobrar el sello igualitarista que distinguió la obra del Ministerio de Salud en el siglo XX han estado presentes en distintas iniciativas, teniendo en cuenta las particularidades políticas y sociales de la presente centuria. Desde esta perspectiva, el gobierno del presidente Ricardo Lagos impulsó una estrategia que permitiera conciliar la capacidad científica y técnica que fue parte de la historia de la Salud Pública del siglo XX, con un sentido de justicia social. Su culminación se logró en el 2002 gracias al plan AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas), un

hito que comenzó a gestionarse bajo la dirección de Michelle Bachelet, la primera ministra de la Salud en la historia de la institución, y que más allá de algunas controversias y adhesiones que despertó en el transcurso de aquella década, personificó la voluntad de superar el histórico apremio que ha encarnado la falta de recursos de diverso orden para satisfacer la demanda de la población que caracterizó a la Salud Pública del siglo XX. En el mismo orden, podemos situar iniciativas como la ley SANNA (2017) durante el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, la campaña de vacunación contra la pandemia de COVID-19 iniciada en el año 2020 por gobierno del presidente Sebastián Piñera o la ley de Copago Cero de FONASA (2023), bajo el gobierno del presidente Gabriel Boric.

No obstante, es perentorio prestar atención a una serie de hechos que configuran el escenario de la presente centuria, tales como la digitalización de la información, el renovado protagonismo de las enfermedades infecciosas, el empoderamiento

de los movimientos sociales, el incesante desarrollo tecnológico, la teoría de género, el calentamiento global, las migraciones, el despertar de nuevas formas de autoritarismo y la crisis de las democracias, entre otros aspectos. Estas particularidades que definen aquello que podría precisar como el espíritu de la época impulsan al menos a debatir la posibilidad de un nuevo paradigma a partir del cual comprender el papel que hoy debe jugar el Ministerio de Salud.

Semejante tarea colectiva es ardua no solamente por la complejidad del momento global que vive la humanidad, tal como ocurrió hace 100 años. Hoy, en los albores del siglo XXI, las ideas igualitarias que relucen en los campos de la economía, el género, la educación, la seguridad social, entre otros ejemplos, bien encarnan una oportunidad para vigorizar el papel del Ministerio de Salud en tanto se considere seriamente su papel histórico como eje del desarrollo social y sostén del derecho a la salud.