

# La construcción de la política pública de salud

## The construction of public healthcare policy

Claudio Merino Jara<sup>1</sup>

---

### RESUMEN

El ensayo tiene como propósito reflexionar acerca del desarrollo de las políticas sociales de salud a partir del análisis de los procesos sociales, políticos e institucionales. El desarrollo metodológico utiliza principalmente revisión bibliográfica de distintos corpus de estudio, utilizando como fuentes el trabajo historiográfico de investigaciones inscritas en la historia social de Chile. Se intentará evidenciar que el marco de derecho que sustenta el desarrollo de las políticas en salud está en constante tensión por la disputa política, que observa el cuidado de la vida por una parte como un bien de consumo y por otra un derecho humano colectivo.

*Palabras clave: Salud Pública, política social, Chile.*

---

### ABSTRACT

The purpose of this essay is to reflect on the development of social health policies through the analysis of social, political, and institutional processes. The methodological approach is primarily based on a literature review of various bodies of research, drawing on historiographical work from studies rooted in the social history of Chile. The essay aims to demonstrate that the legal framework supporting the development of health policies is in constant tension due to political disputes, with life care being viewed on one hand as a commodity and on the other as a collective human right.

*Keywords: Public health, social policy, Chile*

---

### INTRODUCCIÓN

En este ensayo, se pretende evidenciar sumariamente aquellos aspectos relevantes para poder generar un marco reflexivo que permita comprender el desarrollo de las políticas públicas de salud y las acciones de base comunitaria que por fuera y en colaboración con el Estado, permitieron avances importantes en el cuidado de la vida.

En este contexto, se entiende la salud como un complejo equilibrio con la vida no humana en constante simbiosis con nuestra geografía y las interacciones sociales que derivan en contextos territoriales, los sistemas de cuidado, según nuestras construcciones culturales, espiritualidad y la forma en la que constituimos nuestra sociedad, sus mecanismos de producción y consumo. La salud es por sobre todo relacional, dependiente de distintos ecosistemas humanos y no humanos. En este sentido, no puede ser entendida sólo como una dimensión antropocéntrica, derivado de las subjetividades asociadas a la calidad de vida y bienestar, o como un insumo para el desarrollo individual, excluyendo la dimensión del cuidado en común-unidad.

---

<sup>1</sup> Universidad de Los Lagos, Trabajador Social, Investigador en el Centro de políticas públicas y desarrollo regional (CEDER), Doctor en Ciencias Humanas. [claudio.merino@ulagos.cl](mailto:claudio.merino@ulagos.cl)

Agradecimientos: la publicación se realiza en el marco de la investigación Fondecyt de Iniciación 11220857. ¿Quiénes pueden elegir vivir sano? Prácticas discursivas en promoción-prevención en salud y sus tensiones en torno a las desigualdades sociales en la Región de Los Lagos.

Por otra parte, las acciones institucionales de salud, al decir de Molina (2010, p. 19) no pueden ser entendidas como la ausencia de enfermedad.

*“Cada individuo, familia, comunidad y población, en cada momento de su existencia tiene necesidades y riesgos que les son característicos, sea por su edad, por el sexo u otros atributos individuales, sea por su localización geográfica y ecología, por su cultura y nivel educativo, o sea por su ubicación económico-social, que se traducen en un perfil de problemas de salud-enfermedad peculiares, que favorecen o dificultan, en mayor o menor grado, su realización como individuo y como proyecto social”.*

En esta interacción de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado se inscribe la construcción de la política pública de salud en Chile. Es decir, como demanda de un derecho en constante construcción, que refleja las distintas dimensiones de la vida. La política social, también, constituye en sí misma un proyecto político estratégico, que observa en el cuerpo social la riqueza base de la nación que debe ser cuidada y fortalecida. Debido a que el cuidado de la vida es un requisito básico para proyectar las formas de desarrollo de una sociedad y su constitución civilizatoria, por esta razón, las dinámicas que adoptan las políticas de salud constituyen la forma en que se valora la condición de humanidad, el valor de la vida y su cuidado.

Por esta razón, no es casualidad que el fortalecimiento de las políticas sociales y en específico salud, se desarrollarán de forma institucional transcurrido un siglo de nuestra historia republicana.

¿Qué acontecimientos y efectos ocurrieron para que las políticas sociales puedan emerger en Chile? ¿Qué implicancias tiene en el marco de la construcción de los derechos sociales? ¿Cuáles son las racionalidades en disputa respecto del cuidado de la vida, en específico el desarrollo de las acciones de salud institucional?

## **DESARROLLO DEL PROBLEMA**

### **Emergencia de un nuevo actor social**

En 1939 Salvador Allende escribía en la realidad Médico Social Chilena que “el capital humano, que es la base fundamental de la prosperidad económica de un país, ha sido subestimado y ha estado abandonado a su propia suerte” (Allende, 1939, p. 196). Las palabras de Allende constituían una crítica a la abulia del Estado liberal respecto

de la ausencia de acciones institucionales vinculadas al cuidado de las personas. También reflejaban los constantes roces entre salubristas y economistas en relación a los procesos de producción y las condiciones sociales-ambientales, debido al estado de salud general de la población, mermada por la ausencia de legislaciones laborales asociadas al trabajo, seguridad social y planificación de las ciudades.

Desde la década de 1920 en adelante se observa una voluntad sistemática de la élite-político económica para desarrollar acciones básicas para garantizar derechos humanos mínimos en salud, vivienda y seguridad social.

El deplorable estado de salud de la población no era el reflejo de una simple desprolijidad de la élite económico-política, sino la cristalización de la organización social, bajo principios liberales rentistas, en el que las relaciones sociales estaban sustentadas en una “especie de ley natural” basada en el individualismo.

El Estado principalmente estaba orientado a resguardar la seguridad interna y externa. Dejando los procesos de producción económica a los intereses particulares, según las reglas y dinámicas económicas del país. Esto agravó el abuso y explotación en contra de un sector mayoritario de la población que arrastraba informalidad laboral con mínima seguridad, extenuantes jornadas laborales y bajos salarios. Condiciones ideales para expoliar la vida de la clase trabajadora, como consecuencia de las externalidades negativas y causa fundamental de los síntomas y problemas de salud de la población: baja esperanza de vida, mortalidad materna y alta mortalidad infantil.

Este fenómeno no era consecuencia de una anomalía genética o biológica, sino producto de un descuido consciente y generalizado, sustentado en formas impúdicas de la relación trabajo-capital, organización y configuración de las ciudades, desigualdades estructurales de género, racismo, entre otras, es decir, una completa desvalorización de la vida.

Desde 1891 Chile ostentaba los primeros lugares respecto a la mortalidad infantil superando al menos en tres momentos cifras superiores a los 300 por mil nacidos vivos. Como señala Illanes: entre 1891-96 (312 x 1000), en 1906 (327 x 1000) y en 1908 (317 x 1000) (Illanes, 2006). Destacando Santiago como una de las ciudades con mayor mortalidad infantil, como refiere Garcés, “en Santiago el año 1887 de los 12.269 fallecidos, 6.781 eran párvulos” (Garcés, 2003, p. 50). Este malestar generalizado se manifestó en una crisis

existencial vital que significó un crecimiento negativo de la población chilena, como, por ejemplo, “en 1885 nacieron en Chile 61.965 personas; ese mismo año murieron 66.818 (Illanes, 2010, p. 27).

La materialización de un malestar profundo provocó la respuesta de la sociedad que, ante la inacción del Estado y sus instituciones, se organizó a través de las sociedades de socorros mutuos. Organizaciones que surgieron al alero de grupos de artesanos ilustrados que bajo ideales de mutualidad y fuerte influencia de la Revolución Francesa, generaron acciones por fuera del Estado para poder cuidar mutuamente a sus asociados, ante el claro diagnóstico de un pueblo “abandonado a su propia suerte”. Esta ayuda no sólo estaba enfocada al cuidado de la salud, además se observaba una clara orientación hacia el desarrollo integral del ser humano, debido a que además de ayudar a las personas enfermas y sus familiares, también contemplaban “la realización de clases de carpintería, arquitectura, albañilería, dibujo lineal y otras materias en horario vespertino” (Grez, 2007, p. 440).

Sin embargo, el malestar era generalizado y fundado en aspectos estructurales. Aquello facilitó la concientización que estos problemas que afectaban la calidad de vida de las personas, estaba asociado a formas estructurales del funcionamiento de la sociedad.

Dada la imposibilidad de seguir tolerando la injusticia y abuso, la sociedad despertó constituyéndose en sujeto político e incorporándose al proceso de las decisiones del país como actor político, dando origen a la Cuestión Social, justamente por su carácter moderno, en el sentido que la movilización de acciones, fundada en una lucha contra el abuso, no estaba dada solo por la pobreza estructural, sino por la fuerza como sujeto político que tensiona las relaciones de la clase dueña del capital económico, los mecanismos de producción y la forma de organización del Estado.

Esta tensión, desnaturalizó las relaciones sociales abusivas, debido a que un sector significativo de la sociedad estaba utilizado/explotado en el proceso de industrialización, sin evidenciar mecanismos de inclusión asociados a los beneficios de la modernidad.

La vida de la clase trabajadora, contemplada como cuerpo-engranaje del sector productivo, comienza a desarrollar en la movilización social, su propio proceso identitario: huelga portuaria en 1903, huelga de la carne en 1905, matanza de Santa María de Iquique en 1907, entre otras. Dejando como saldo masacres y dolor, no obstante, en estas manifestaciones, se comienza a establecer que

el malestar constituye una forma de ordenamiento social y que la represión “es el intento de disciplinar a la sociedad -particularmente a la popular- ya no por la vía del consenso y la negociación, sino por la vía del silenciamiento y de su negación como interlocutor” (Garcés, 2003, p. 85).

¿Qué debió ocurrir para que el Estado comience un cuidado básico de la vida vía políticas sociales? ¿Cuáles fueron los factores que permitieron a la elite-económico política dar un giro mínimo en materia de re-ordenamiento social?

### **Intervención social**

En Chile, al igual que en otros países, los procesos de intervención y desarrollo de las políticas sociales, surgen como respuesta a la contradicción del modelo de producción y su expresión en el metabolismo social, sumado a la organización del Estado y las tensiones entre la clase trabajadora y grupos económicos.

Como señala Sonia Fleury (2021) las políticas sociales surgen como medida paliativa respecto del sistema de producción del modelo capitalista y funciona como gestión estatal para fortalecer la fuerza de trabajo, es decir, que el modelo de producción genera externalidades negativas que afectan la vida, como medida paliativa, el Estado construye políticas sociales para minimizar los efectos del metabolismo social sin intervenir sobre las causas, no obstante, atenuando sus consecuencias. Por eso las políticas sociales, tienen su origen y límite en el propio modelo de producción sobre el que está edificada la sociedad.

En el caso chileno, el proceso de intervención social, increíblemente después de un siglo de historia republicana, comenzó a gestarse. Entre otras razones, debido a que el país se estaba quedando sin fuerza productiva. Las precarias condiciones de vivienda, hacinamiento, insalubridad de las ciudades, enfermedades de transmisión sexual, ausencia de legislación laboral y de protección infantil, entre muchas otras, dejaban como consecuencia una agónica y debilitada población.

En 1910 la esperanza de vida en los hombres era de 25 años y en las mujeres 26.

Los cambios internacionales respecto del rol del Estado en materia de planificación, la debilidad del modelo liberal para enfrentar los escenarios de crisis económicas y la necesidad del país para levantar un proyecto industrial, facilitaban las condiciones de posibilidad para un rol protagónico en términos estatales, que en materia de políticas sociales gestaría el desarrollo incipiente de un Estado benéfico-asistencial.

En este orden y nuevo rol del Estado, una de las acciones más importantes tiene relación con la creación de la Oficina de Estadística del Trabajo en 1907, que permitió tener información respecto de las dinámicas laborales en Chile, flujos migratorios asociados a procesos de producción y temporalidad, jornadas laborales, salarios de los trabajadores, seguridad laboral y en general toda aquella información vinculada al desarrollo productivo, como residencias de trabajadores etc. En este sentido Yáñez (2008) señala que la importancia de la Oficina de Estadística del Trabajo supone una ruptura con la tradición individualista que se venía desarrollando hasta ese momento y constituye una decisión política en la medida que permite constituir a la población como objeto de estudio. Esto permitió establecer vínculos con la Cuestión Social, en la medida que los problemas sociales y las tensiones políticas asociadas al malestar social, suponen una política de Estado en la medida que conoce las dinámicas sociales y constituye una razón de gobierno materializada en el ejercicio biopolítico. Una planificación estatal que anticiparía escenarios políticos, en el que las políticas sociales jugarían un rol clave en armonizar las relaciones sociales.

En esta línea entre 1900 y 1920 se desarrollaron un conjunto de leyes importantes para el cuidado de la vida, también se constituyen las bases para poder reconstruir aquel lazo social fragmentado por la generalización del abuso y la explotación de la clase trabajadora.

Entre las leyes que destaca Yáñez, se encuentra la ley de habitaciones obreras (1906), la ley de descanso dominical (1907), la ley de protección a la infancia desvalida (1912), la Ley de la silla (1914) y la ley de accidentes del trabajo (1916).

Sin embargo, en paralelo al desarrollo de las leyes se necesitaba una estrategia que permita reconstruir y sanar las confianzas de una sociedad profundamente lastimada. Este proceso se inicia en 1924 con la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo a cargo del Dr. Alejandro del Río. Esto permitió unificar distintos departamentos que funcionaban de forma aislada.

También en ese año se crearon una serie de leyes sociales que, en el contexto de la presión de las fuerzas armadas producto de un golpe de Estado contra el presidente Alessandri, facilitan la aprobación de las leyes 4054 del Seguro Obrero Obligatorio y la Ley 4055 de Accidentes del Trabajo y el Código del Trabajo.

Estas leyes no estaban exentas de polémicas y de falencias propias, dado el grado de

experimentación en términos de seguridad social. Como refiere Benjamín Viel (1964) la mentalidad de los legisladores de la época reconocía implícitamente tres clases sociales (“los patrones; los empleados de trabajo intelectual y profesionales; y la clase obrera”), en este contexto la legislación de 1924 olvidó a la clase social media (empleados y profesionales) que dada su cultura e influencia política fue obteniendo leyes de previsión propias, creando una diversidad de financiamiento y beneficios que afectaban la eficiencia del sistema.

*“Las leyes primitivas de este absurdo número de instituciones fueron modificándose paulatinamente en el curso de los años, especialmente después del triunfo de la combinación de izquierda llamada Frente Popular en el año 1938, fecha a partir de la cual nuevas leyes y reglamentos fueron prometiéndole más y más beneficios estimulando así en los grupos obreros un natural deseo de cambiar su régimen previsional e ingresar en alguno de los regímenes propios del grupo empleado” (Viel, 1964, p. 200).*

La ley del Seguro Obrero Obligatorio, aquellas que regulaban la seguridad laboral y el conjunto de leyes creadas desde 1900, así como las distintas estructuras que permitieron su soporte y ejecución, evidencian el giro estatal en materia de políticas sociales, que implicó un cambio de paradigma en términos de la organización de la sociedad y hasta ese momento, la forma individualista de contemplar las relaciones sociales.

Este cambio en la racionalidad estatal, queda sellada en 1925 con la creación de la primera Escuela de Servicio Social Dr. Alejandro del Río, iniciando así un gran proceso de intervención que tendrá en la figura de la “visitadora social” la mediación entre Estado y pueblo vía políticas sociales.

La visita domiciliaria constituye un nuevo dispositivo inédito hasta ese momento que inicialmente, con una fuerte mirada de clase, observará principalmente a la mujer pobre y sus hijos, como sujetos que deben ser civilizados con un fuerte sesgo conservador. La principal misión era recuperar la vitalidad del pueblo, interviniendo sobre los factores que causaban la mortalidad infantil, insistiendo en aquellos de carácter cultural e higiénicos. También, la visita social constituía en sí un dispositivo biopolítico clásico, en el sentido que su objeto principal estaba orientado a calmar los movimientos sociales a través de los nuevos beneficios que se estaban ofreciendo a través de las políticas sociales.

Las políticas de bienestar estatal estaban relacionadas con el control social. Sin embargo, en la medida que avanzan las interacciones principalmente entre las mujer-visitadora de la elite y la mujer pobre, se gestará un fuerte lazo de género que en las décadas siguientes van a constituir uno de los principales insumos al proceso de reconceptualización del Trabajo Social.

*“El rol político de las mujeres de la asistencialidad se habría dirigido hacia determinados nudos críticos del sistema, principalmente: a salvaguardar la reproducción biológica del pueblo, a cooptar a los trabajadores al sistema legal reformado, interviniendo, asimismo, en el campo de las relaciones industriales y agrarias, donde se concentraban las presiones por el cambio estructural. Sin embargo, este rol político, en tanto complejo acto de mediación, estuvo atravesado por corrientes de atracción o seducción entre pueblo y visitadora, cooptándose mutuamente uno a la otra y viceversa, produciéndose un fluido intercambio de deseos y saberes con efectos no controlables institucionalmente y que potenciaron en dichas mujeres la emergencia de una crítica no funcional al sistema, la que se manifestaría claramente en un período posterior: hacia la década de 1960 las trabajadoras sociales se comprometerán decisivamente en la transformación del sistema, tanto en Chile como en toda América Latina” (Illanes, 2006, p. 19).*

Estos procesos de intervención social adoptarán nuevas fuerzas con la victoria del Frente Popular.

En 1941 ingresa a discusión parlamentaria el proyecto que indicaba la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), el cual estaría en carpeta durante 11 años, debido a diferencias internas inicialmente en el propio Frente Popular respecto de su financiamiento, discrepancias políticas e ideológicas de la mirada sanitaria (oscilando entre lógicas instrumentales y otras asociadas al derecho integral en salud). Posteriormente, la discusión del Servicio Nacional de Salud tendría otros matices, como el quiebre formal de las relaciones del Gobierno de González Videla con el partido Comunista en 1948.

En el campo de las discusiones que dificultaban los acuerdos para la creación del SNS se evidenciará claramente las disputas políticas en salud. Más allá de toda discusión técnica, lo que se observa es una mirada respecto del cuidado del ser humano. Por ejemplo señala Molina (2010) que desde el sector conservador liderado por el médico Eduardo Cruz-Coke se conceptualizaba

la salud como un sistema de vigilancia y control de los individuos sanos, en el que la salud constituye un insumo importante para la economía, mirada similar tenía el Partido Radical en el que la salud y la enfermedad de los trabajadores constituye riesgos importantes para la carga económica del país, para la Falange Nacional, el SNS significaba el fortalecimiento de la seguridad económica a través del resguardo de la seguridad física y biológica. Para el partido Socialista, representado en la figura de Salvador Allende, constituía el rescate del capital humano en su dimensión como riqueza base de la nación y como sujeto de derecho que debe ser fortalecido en su dimensión cultural, debido a que el crecimiento, condición “de la prosperidad de un país, es el resultado de salud y cultura de sus componentes” (Allende, 1939, p. 196).

Finalmente, el proyecto que crea el SNS se aprueba en 1952, liderado por la mirada conservadora.

El proyecto que aprobaba el SNS al alero de la ley 10383 establecía modificaciones a la ley del seguro médico obligatorio. Se crea la figura del Colegio Médico de Chile y el estatuto médico funcionario. La disputa ideológica bajo la figura del SNS, cederá a la división entre obreros y empleados, lo que posteriormente permitirá la apertura de un esquema liberal de libre elección que tendrá su foco en el Servicio Médico Nacional de Empleados.

Más allá del campo en disputa respecto de la mirada sanitaria nacional, el SNS fue avanzando y encontrando en la práctica un marco de construcción de derecho que significó un importante avance en materia de política sanitaria. Constituyendo un referente internacional que al alero de otras políticas sociales, permitieron un notable avance en disminuir la mortalidad infantil, incrementar la esperanza de vida de la población y establecer lineamientos nacionales coherentes y coordinados en salud.

En 1960 la esperanza de vida de los hombres era de 54 años y 60 en las mujeres.

A principios de la década de 1960 la salud pública concentraba la mayoría de los recursos a nivel de infraestructura, recursos humanos e instrumental técnico, concentrando el 85% de las camas hospitalarias del país.

El avance gradual en la construcción de derechos experimentó violentamente su interrupción con el Golpe de Estado en 1973. En el caso del SNS ícono del avance de las políticas sanitarias, experimentará paulatinamente su degradación durante la larga noche de la dictadura militar.

En 1979 se elimina y nace en su lugar el Fondo Nacional de Salud.

Durante los 27 años de existencia, tiempo insignificante en términos institucionales, el SNS se constituyó en el principal soporte de la política sanitaria nacional. Evidenciando el esfuerzo institucional por superar racionalidades individualistas, por un marco de derechos sociales en construcción derivados del aprendizaje de las consecuencias negativas de la cuestión social. Logrando “encubar un modelo de atención que tenía grandes ventajas en términos de su influencia en las condiciones de salud del país y que en los hechos demostró resultados significativos en los indicadores de morbi-mortalidad y en la creación de una cultura sanitaria entre la población” (Tetelboin, 2003, p. 16)

## **CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS**

---

La interrupción democrática, por la violencia armada de la dictadura militar, no solo provocó una fragmentación importante de la sociedad. También implicó un cambio profundo en las bases de la construcción de derecho al alero del desarrollo gradual del Estado benéfico asistencial.

La construcción de una política de salud significó que la sociedad a través de los movimientos sociales, la intervención de grupos profesionales y de una intelectualidad médica, con profunda militancia en la medicina social, intervinieran en la racionalidad sobre la cual estaba sustentado el Estado liberal, propiciando nuevas formas de ordenamiento social y un nuevo pacto social Estado-Pueblo, vía políticas sociales.

La transformación del Estado benéfico-Asistencial a un Estado Subsidiario, provocado por la revolución conservadora, al amparo de la Dictadura Militar, ha dejado una herida abierta que no ha permitido sanar.

Las reformas de salud si bien han contribuido al desarrollo de políticas con enfoque en equidad y determinantes sociales, en la práctica funcionan como elementos contextuales que ayudan a comprender los procesos de salud-enfermedad, debido a que no se incorporan de forma estructural en las acciones de salud.

Esto, también implica debilidades en la gobernanza en salud y la intención de abordar la salud en todas las políticas de gobierno. Debido a que

aún no se logra fortalecer el trabajo territorial con las particularidades de cada región, provincias y comunas. Es decir, se ha avanzado en la universalización de programas nacionales, sin profundizar en las necesidades territoriales. Situación que se agudiza en la salud rural, debido al sesgo de homologar la salud urbana y la preponderancia de un modelo hospitalocéntrico.

En el marco de la conmemoración histórica de la construcción de las políticas sociales en Chile, quedan desafíos importantes en salud, que se deben observar en el centenario, es decir, problemas emergentes como la dificultad de acceso y disponibilidad de agua, contaminación ambiental, organización de las ciudades, precariedad e informalidad laboral entre otros, que fortalecen el desarrollo de enfermedades y amenazan con nuevas expresiones de la cuestión social.

## **REFERENCIAS**

---

- Allende, S. (1939). La realidad médico-social chilena. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.
- Fleury, S. (2021). Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina. Universidad Nacional de Lanús.
- Garcés, M. (2003). Crisis social y motines populares en el 1900. LOM Ediciones.
- Grez, S. (2007). De la regeneración del pueblo a la huelga general. Génesis y evolución del movimiento popular en Chile (1810-1890). Ril Editores.
- Illanes, M. A. (2006). Cuerpo y sangre de la política. LOM Ediciones.
- Illanes, M. A. (2010). En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: Historia social de la salud pública en Chile 1880-1973. Ministerio de Salud.
- Molina, C. (2010). Institucionalidad sanitaria chilena, 1889-1989. LOM Ediciones.
- Tetelboin, C. (2003). La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990 reformas de primera generación. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Viel, Benjamín. (1964). La medicina socializada. Ediciones de la Universidad de Chile.
- Yáñez, J. (2008). La intervención social en Chile, 1907-1932. RIL Editores.