

EXPERTOS Y POLÍTICOS: los médicos y el campo de la medicina social en Chile, 1924-1952*

Especialistas e políticos: os médicos e o campo da medicina social no Chile, 1924-1952

Experts and politicians: the doctors and the field of social medicine in Chile, 1924-1952

Resumo

Neste artigo, exploramos o desenvolvimento e a consolidação do conhecimento especializado em medicina social, que se constituiu como o arcabouço intelectual das políticas de saúde no Chile durante a primeira metade do século XX. O objetivo central descreve e analisa os debates e formas de sociabilidade que os médicos desenvolveram, caracterizando as modelos de ingerência na esfera pública, consideradas partes fundamentais de uma ação política que legitimou certas perspectivas de análise e propostas legislativas, que estavam na base dos debates a respeito da definição do papel do Estado e da previdência. Por meio da análise documental de iniciativas de direito, opinião pública, periódicos especializados e sociabilidade intelectual, aborda-se a configuração histórica da legitimidade tecnocrática no Chile contemporâneo, que marcou um tipo de intervenção da sociedade civil por meio da constituição de agendas e propostas para a solução dos problemas descritos como “públicos”.

Palavras-chave: Chile; especialistas; medicina social; legitimidade tecnocrática; campo do conhecimento.

Cristina
MOYANO Barahona^I

 cristina.moyano@usach.cl

^IUniversidad de Santiago de Chile
Santiago, Chile

Javier
RIVAS Rodríguez^{II}

 javier.rivas@uv.cl

^{II}Universidad de Valparaíso
Valparaíso, Chile

Abstract

In this article we explore the development and consolidation of expert knowledge in social medicine, which was constituted as the intellectual framework of health policies in Chile during the first half of the twentieth century. The central objective describes and analyze the debates and forms of sociability that the doctors developed, characterizing the forms of interference in the public sphere, considered as fundamental parts of a political action that legitimized certain perspectives of analysis and legislative proposals, that were in the base of the debates regarding their definition of the role of the State and the welfare. Through the documentary analysis of initiatives of law, public opinion, expert journals and intellectual sociability, the historical configuration of the technocratic legitimacy in contemporary Chile is approached, which marked a type of intervention of the civil society through the constitution of agendas and proposals for the solution of those problems described as “public”.

Keywords: Chile; experts; social medicine; technocratic legitimacy; field of knowledge.

* Este artículo forma parte de los resultados del proyecto FONDECYT1160626, financiado por FONDECYT, Chile, y por DICYT USACH Código 031552MB_POSDOC.

La configuración de actores que hacen uso de la razón técnica como fuente de legitimación en materia de intervención pública suele ser asociada al concepto de tecnocracia. Siguiendo la definición ofrecida por Collier (1979, p. 403), los tecnócratas pueden ser reconocidos como individuos que logran ocupar posiciones clave dentro de instituciones públicas o privadas gracias a que poseen altos niveles de entrenamiento académico especializado, lo cual constituiría el principal criterio por el que son seleccionados para dichos cargos. Participando de este campo de debate, sostenemos que la figura del tecnócrata también debe ser entendida como el resultado de la construcción de un campo de experiencias en el que los actores de esa clase elaboraron narrativas propias que les permitieron generar propuestas y mecanismos de intervención originales, es decir, perfilar un tipo de comportamiento político distintivo. De ese modo, el tecnócrata no se originaría solamente como el resultado de las prioridades impuestas por los tomadores de decisiones, que seleccionan individuos con atributos técnicos; sino también como producto de construcciones discursivas y prácticas que desarrollaron los mismos actores seleccionados. Más en particular, sostendremos que los médicos adquirieron contornos tecnocráticos no por una suerte de “acción transformadora” del Estado sobre sus campos de experticia, sino por las estrategias que asumieron los propios médicos con la finalidad de intervenir en los espacios donde se articulan y deliberan las políticas públicas.

En conjunto con lo anterior, este artículo también dialoga con las discusiones académicas sobre el momento histórico en el que surgen los tecnócratas en la escena pública chilena. En ese sentido, estamos más cercanos a las tesis de Silva (2006), quien plantea que sus contornos históricos se pueden rastrear hasta las primeras décadas del siglo 20, que de aquellas que sitúan el fenómeno tecnocrático como algo relativamente reciente (JOIGNANT, 2011), más propio de la última década del siglo XX. Así, en este artículo sostendremos que la experiencia de los médicos durante las décadas de 1920 y 1950 aportan antecedentes que permiten rastrear un discurso de legitimidad tecnocrática temprana, compartido por otros actores del campo de la medicina social, y que fueron centro de los debates respecto de la participación de los expertos en la elaboración y diseño de políticas sectoriales.

En este artículo se analiza aquel saber elaborado ex profeso para “responder no a las demandas puramente académicas o científicas, sino a los requerimientos de los tomadores de decisiones, que buscarían, por medio de su uso, mayor información y herramientas de legitimación/justificación” (MORRESI y VOMARO, 2016, p.22). Así, teniendo como objetivo específico describir y analizar los debates y formas de sociabilidad que desarrollaron los médicos, como agentes expertos, se busca caracterizar, de forma más general, las formas de injerencia de los actores autoidentificados como productores de un conocimiento elaborado para ser aplicado y que, además, se proponían orientar la acción política, económica o social que legitimó determinadas perspectivas de análisis y acciones concordantes en un período histórico en el que se redefine la acción estatal en la esfera de lo público.

Por medio del análisis documental que considera iniciativas de ley, intervenciones en la opinión pública, revistas expertas, sociabilidad intelectual, entre otros, se aborda

la configuración histórica de la legitimidad tecnocrática en el Chile contemporáneo, conjunto de enunciados y prácticas realizadas por médicos sanitarios que marcó un tipo de intervención de la sociedad civil por medio de la constitución de agendas y propuestas de solución de problemas consignados como “públicos”.

Coincidimos con Delamaza en que la transformación de los métodos y los objetivos de gestión de las políticas públicas no dependen de la mera existencia de mecanismos participativos, sino, en primer término, de la capacidad existente en las contrapartes de la sociedad para hacerlos exigibles (DELAMAZA 2011, p. 48). Así, sería parte de la tradición de “iluminismo democrático” del Estado chileno la escasa participación de la ciudadanía organizada, consagrando el cambio y las reformas desde arriba y con sentido nacional (DELAMAZA, 2011, p. 48). Los médicos formaron parte de este entramado y participaron como agentes intraelitarios en los diseños de políticas de salud, asociadas a un debatido concepto de Estado de bienestar, entre 1925 y 1973.

La crisis oligárquica de fines del siglo XIX, enunciada como pérdida de legitimidad de las elites parlamentarias y experimentada como “cuestión social”, configuró el escenario propicio para que nuevos actores sociales incidieran en la forma de comprender y disputar la relación entre Estado y sociedad (DESHAZO, 2007; MOYANO y RIVAS, 2017). En este contexto de redefiniciones, diversos historiadores (SALAZAR y PINTO, 2000; ILLANES, 2006; YAÑEZ, 2008; BASTÍAS, 2015) han planteado que desde 1880 se inicia un proceso de construcción de un Estado de bienestar que tiene como hito el conjunto de leyes que configuraron la legislación social de inicios del siglo XX. En ese sentido, se ha afirmado que: i) el Estado amplió su capacidad de intervenir en la sociedad, modificando las reglas institucionales del proceso de toma de decisiones, producto de la presión militar de 1924; ii) la construcción del Estado de bienestar nació de un acuerdo intraelites, consolidado en la Constitución de 1925, en que se asume la necesidad de generar una legislación social entendida como “moderna” y “racional”; y iii) este proceso no estuvo exento de disputas, por lo que, entre 1925 y 1950, se debatieron conceptos de bienestar que se consolidaron después de la Segunda Guerra Mundial con fuerte influencia de instituciones como la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre otras (DEVÉS, 2004; YAÑEZ, 2008; HERRERA, 2015).

Dentro de este proceso de transformación, uno de los campos más estudiados ha sido el de la legislación social y el papel que jugaron actores individuales e institucionales, nacionales y transnacionales en la definición de “formas de gobernar lo público” (BASTÍAS, 2015). Asimismo, el avance hacia un Estado de bienestar fue modificando otros aspectos de la vida social, incluido el campo de la salud, siendo un punto de análisis en ese proceso de reconfiguración histórica del Estado.

Los estudios de historia social y cultural de la medicina, como los de Illanes (2006) y Zarate (2008, 2014), se complementan con los trabajos de Molina (2010) y Labra (2000, 2004), que han puesto el foco en la configuración de las políticas como dispositivos de normalización de los cuerpos enfermos y en la definición de una sociedad saludable. La regulación de la salud, entendida como salubridad y sanidad,

implicó la aplicación de medidas que cruzaron el campo de la enfermedad individual para pensarse desde una perspectiva social higienista.

El análisis de las distintas propuestas sobre cómo debía ser la medicina y de qué forma debía normarse la salubridad ha demostrado que, no obstante el acuerdo intraélite de construir un Estado de bienestar, existieron diferentes posiciones ideológicas dentro del marco de la medicina social. Así, pese a la aparente influencia que habría tenido el modelo de medicina social inglés, lo cierto es que la mixtura entre las propuestas conservadoras, radicales, socialistas y falangistas (LABRA, 2004) habría posibilitado la generación de una institucionalidad de salud con características particulares.

La Medicina Social como saber experto

En el marco de las oleadas revolucionario-nacionalistas europeas de 1848, se pusieron en discusión concepciones de higiene y salud pública en las que se promovía mayor intervención del Estado y nuevas prácticas orientadas a la prevención, redefiniéndose la relación salud-enfermedad. Dicho debate fue estructurándose por medio de la movilización de un conjunto de saberes provenientes de la medicina, la salubridad, el higienismo y la sociología que configuraron los soportes de la legitimidad experta de la medicina social y validaron la participación de los médicos en la esfera pública.

Si bien la medicina social¹ puede definirse como un movimiento intelectual que alcanzó a distintos países europeos y latinoamericanos y cuyos conceptos y prácticas formaron un campo compartido por quienes proponían una visión de la salud que “superar(a) a los intereses egoístas de los refinamientos clínicos que buscan la excepción de los pequeños círculos que solo se satisfacen con soluciones parciales” (BOLETIN AMECH, 1946, n. 1, p. 1), es importante considerar que los componentes teóricos y las propuestas de acción institucional no fueron homogéneas.

Por ejemplo, el creciente número de revistas y boletines sobre medicina social dan cuenta de una forma de comunicación que delineó un perfil técnico del actor político. De las 46 revistas y boletines médicos publicados entre 1920 y 1950 y conservados en la Biblioteca Nacional, 19 refieren al campo de la medicina social². Varias de dichas publicaciones fueron expresión de asociaciones regionales situadas en Valparaíso, Viña del Mar, Valdivia y Concepción.

La creación de un campo permite a los expertos disponer de autonomía respecto del Estado y los partidos políticos, pudiendo situarse en distintos tipos de organizaciones, nacionales e internacionales, cuya membrecía obedece a la disposición del capital simbólico proveniente de credenciales académicas y saber aplicado. La creación de asociaciones científicas, gremiales, la participación en encuentros, seminarios, convenios de cooperación, entre otros, constituyen espacios de sociabilidad en los que se movilizan redes y se consolida su posición de poder en la sociedad a la vez que se definen formas de intervenir en lo público.

Por ello, las distinciones entre acción política y técnico-científica realizadas por los expertos suelen ser difusas y porosas, ya que transitan fácilmente desde el campo

académico al mundo político y al Estado, ocupando la opinión pública como fuente de legitimación de la propia técnica movilizada. Pudiendo tener vinculaciones partidarias expresas y conocidas, la relación con los partidos suele ser ambigua y funcional, ya que su relevancia radica en “movilizar el capital simbólico nacido de su profesión”. Es así que logran legitimar sus discursos, sus visiones de mundo y sus recomendaciones específicas por medio de la ciencia aplicada.

La dictación del “Código Sanitario” en 1918, que tomó dos decenios de “lenta y engorrosa tramitación parlamentaria, fue posible más bien por la perseverancia de médicos que eran parlamentarios” (HUNEEUS, 2002, p. 154), no respondiéndolo propiamente a una preocupación de la elite política. El rol inicial de la institución, más fiscalizador que preventivo, demostraría que los médicos expertos tenían una larga tarea por delante (ROMERO, 1972, p. 883) para instalar prácticas y políticas de medicina social.

Así, fueron médicos de distintas corrientes político-ideológicas —independientes, conservadores, radicales y socialistas— los que disputaron la hegemonía las distintas formas de concebir la medicina social y la definición del rol del Estado en la gestión de las políticas de salud. En 1931, recién fundada la Asociación Médica de Chile, los médicos llamaban a “luchar porque la todavía incipiente legislación social chilena hecha en gran parte a base de una medicina —que se ha llamado social— continúe su marcha triunfante a pesar de los intereses egoístas de los refinamientos clínicos” (BOLETIN AMECH, 1931, n. 1, p. 1).

En ese escenario, los médicos transitaron por el mundo académico, gremial y político actuando como críticos de un sistema de salud centrado en el individuo y lo curativo. En conjunto con ello diseñaron propuestas políticas de intervención que coincidían en la necesidad de poner fin a la asistencia filantrópica y caritativa para institucionalizar una medicina social que colaborara con el desarrollo económico y social de la nación. El gran logro institucional fue la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952.

Propuestas legislativas y participación política de los médicos sociales

Las numerosas epidemias que asolaron las ciudades chilenas, como las del tifus y la viruela, generaron una serie de discusiones acerca de cómo enfrentar los problemas de salubridad. La crisis del salitre hacia fines de la primera década del siglo XX aumentó la conflictividad laboral en el Norte Grande y generó una migración continua hacia la zona central, particularmente a las grandes ciudades como Santiago (ROMERO, 1996). El nuevo escenario urbano fue experimentado como “crisis” moral, económica, social y cultural (MAC IVER, 1900). La redefinición de las funciones del Estado fue también objeto de los debates que buscaban resolver esos problemas. La legislación social que avanzaba en el reconocimiento de derechos laborales para los trabajadores asalariados se estructuró sobre un Estado que aumentaba su capacidad de intervención en la sociedad pese a la crítica de liberales y conservadores.

Dentro de ese proceso, la discusión sobre la salud y el estado de las clases populares³ fue tomando una centralidad cada vez mayor en el debate sobre las funciones del Estado, el crecimiento económico y el papel que debían cumplir los expertos en la salud. Así, en el marco de las discusiones que orientaron las leyes sociales de la década del 20, era posible distinguir al menos tres concepciones dentro de la medicina social (LABRA, 2004). Médicos conservadores, radicales y socialistas promovieron distintas iniciativas, algunas de las cuales se concretaron en leyes o instituciones.

Una de las primeras iniciativas en el campo de la medicina social fue el proyecto de Ley presentado en 1922 por el médico y diputado Exequiel González Cortes (YAÑEZ 2008, p. 244), que proponía cautelar la salud de los trabajadores asalariados. En la misma línea se inscribió la promoción de un ministerio que tuviera a su cargo las materias de salud en el país —hasta ese entonces supeditadas a la cartera del Interior—, liderada por el médico Alejandro del Río Soto Aguilar, quien también tendría un rol protagónico en su posterior organización⁴. Ambas propuestas estaban enmarcadas en una concepción de la medicina cuyo objetivo era el mejoramiento de los trabajadores como capital humano, apelando a lo preventivo en perspectiva individual.

En medio de las tensiones y redefiniciones que experimentó el Estado durante la década de 1920 y que se concretaron con la promulgación de la Constitución de 1925, las propuestas previas se materializaron en la creación, en 1924, del Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión Social y en la promulgación de la Ley n° 4.054 de Seguros de Enfermedad, Invalidez y Accidentes del Trabajo.

Dos años después de la aprobación de la Ley n° 4.054, se presentó un nuevo proyecto patrocinado por los médicos Julio Bustos e Isauro Torres, militantes del Partido Radical, quienes, después de realizar un estudio evaluativo sobre el funcionamiento del Seguro Social e influenciados por las corrientes socialdemócratas, mayoritarias en el espacio intelectual que configuraba la OIT, promovieron una iniciativa que buscaba una medicina que, junto con ser preventiva, valorizara y protegiera la salud de los trabajadores y sus familias por medio de un órgano central financiado con impuestos generales.

El objetivo era crear un Consejo Superior de Salud integrado por médicos y autoridades para articular una relación virtuosa entre diagnóstico, planificación y coordinación que pusiera fin a los esfuerzos dispersos e individuales que promovían la filantropía y la caridad.

En 1926, circuló una cuarta iniciativa de ley, esta vez promovida por médicos socialistas agrupados en el Sindicato de Médicos de Valparaíso —donde destacó la figura de Salvador Allende— y en la Vanguardia Médica. Estos expertos planteaban una visión social de la salud que partía de premisas que suponían la socialización de la medicina, una visión integral del problema de la salud social que se entendía como resultante de las desigualdades que generaba el capitalismo. De allí que su propuesta promoviera la técnica aplicada a la resolución “integral” de los problemas médicos sociales, un saber experto necesario para avanzar en una sociedad socialista.

Por último, la concepción conservadora de la medicina social fue encarnada por el Dr. Eduardo Cruz Coke (HUNEEUS, 2002), patrocinador de la Ley de Medicina Preventiva de 1938, cuyos principios quedaron expresados en su obra “Medicina Preventiva y Medicina Dirigida”, del mismo año. Para Cruz Coke, los individuos tienden al reposo cada vez que pueden y, en ese sentido, las enfermedades extienden y justifican esa tendencia, afectando considerablemente el crecimiento económico. Por ello, correspondía al campo de la medicina social la investigación oportuna, la incorporación de las bases técnicas de la epidemiología y del saneamiento ambiental para prevenir las enfermedades que afectaban a los trabajadores. Proponía en ese plano un concepto de medicina dirigida que indicaba la necesidad de aplicar exámenes médicos sistemáticos, periódicos y obligatorios, así como de regular los tiempos del reposo y asegurar la respectiva remuneración.

Tal como se ha expuesto en trabajos abocados al estudio de la constitución de otros gremios profesionales, como el de las asistentes sociales (MOYANO, 2016), se trata de antecedentes relevantes de cara a comprender la fisonomía que asumió la construcción del Estado a lo largo del siglo XX, así como a evaluar la incidencia de aquellos actores que, aunque en principio no vinculados de manera explícita o formal con el mundo público, jugaron un rol esencial en su construcción.

Así, junto con las mencionadas creaciones del Ministerio de Higiene, Asistencia, Trabajo y Previsión social y la Ley n° 4.054, cabría citar la participación que tuvieron en la fundación de la primera escuela de servicio social del país y de Latinoamérica en 1925, en cuya promoción se involucraron activamente los médicos Alejandro del Río e Ismael Valdés. En conjunto, dichas acciones parecen reflejar una voluntad concreta de crear una nueva institucionalidad pública en materia de salud que estuviera compuesta por un nuevo espectro de profesionales que contribuyeran al progreso social de Chile.

Se trata de una constatación especialmente significativa si se considera que, hacia los años 20, el Estado chileno contaba con una débil institucionalidad en materia de salud. Desde el siglo XIX, el grueso de las iniciativas provenía del mundo privado, en la forma de actividades de beneficencia. Instituciones como la Iglesia, organizaciones filantrópicas y obreras asumieron el protagonismo a la hora de proveer alternativas de salud a la población. Sin ir más lejos, los hospitales San Juan de Dios y San Borja fueron creados bajo esa lógica. Mientras tanto, en la esfera gubernamental, desde 1887 los asuntos de salud pasaron a estar supeditados al Ministerio del Interior y recién en 1907 se dispuso la creación de una sección de administración sanitaria.

Del mismo modo, la formación profesional de médicos en Chile puede ser considerada como relativamente tardía. Si bien habían existido alternativas previas, como la Universidad Real de San Felipe o, a partir de 1833, la escuela de medicina dependiente del Instituto Nacional, no fue sino hasta 1842, cuando se creó la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, que se inició una genuina formación universitaria de médicos.

La formación de facultativos en el interior del país contó con decisivos estímulos que apoyaron su fortalecimiento. Cabe destacar la presencia de diversos médicos provenientes del extranjero, entre los que se cuentan Guillermo Blest, Nataniel Cox,

Lorenzo Sazié, Julio Lafargue, Manuel Julián Grajales y Juan Miquel; así como el desarrollo de experiencias formativas en Europa, tal como ocurrió en 1874, cuando José Joaquín Aguirre promovió el envío de estudiantes de medicina a Europa (con Alemania y Francia como principales destinos). En la arena nacional, también se exhibieron claros esfuerzos para contribuir a la circulación de saberes profesionales, tal como lo reflejara la fundación de la Sociedad Médica de Chile en 1869 y de la “Revista Médica de Chile”, tres años después.

La creación de estos espacios de sociabilidad intelectual, en los que circulaban ideas y se construían las legitimidades expertas, se complementó con la realización de congresos en los que se discutieron los principales temas del campo de la medicina social. En el Primer Congreso Chileno de Beneficencia (1918) se discutió el rol del Estado en la asistencia pública y, como resultado, se creó el Consejo Superior de Beneficencia, compuesto por médicos de trayectoria reconocida, como el mismo Alejandro del Río, quien también dirigía la Junta de Beneficencia de Santiago. El organismo reflejó la preocupación de los médicos por organizar y racionalizar los esfuerzos de salud que se desplegaban a lo largo del país, instruyendo la realización de un catastro de todos los hospitales.

Hacia la década de 1920, el gremio médico ya contaba con experiencias concretas en el campo de los esfuerzos abocados a incidir en la normatividad legal sobre los servicios de salud en Chile. En 1882, Federico Puga Borne propuso la creación de un código sanitario. En 1901, Alejandro del Río y Octavio Mura redactaron un documento, en la misma línea sanitaria, que presentaron al Congreso Nacional en 1910, siendo aprobado en 1918 como la Ley n° 3.385, que creaba la Dirección de Sanidad. En 1931, se funda la Asociación Médica de Chile, que declara, como principal objetivo, incidir en las políticas que tocan temas de medicina social. Para ello disponían de una estructura en la que resaltan las comisiones en estudios médicos, legislativos y problemas de salubridad, encargadas de conducir investigaciones y comisiones, como “cuerpo de consultores en la legislación médico social y de salud pública” (BOLETÍN AMECH, 1947, n. 3, p. 7), para la promoción de leyes que vinculasen adecuadamente lo “médico, lo social y lo económico” (BOLETIN AMECH, 1947, n. 2, p. 3). En el año 1946, después de la realización del I Congreso Panamericano de Medicina Social en La Habana, esa forma de injerencia quedó consagrada en las actas de la reunión, donde se indicaba que “Toda institución médico social de América, debe ser dirigida y gobernada por médicos”. Para ello, promovían que esos expertos actuaran como agentes en “los consejos directivos de sanidad, de asistencia, o cualquier otro organismo de función médico social”, porque “es obligación de los Estados de América conceder a las organizaciones médicas, participación en los proyectos y estructuración de los sistemas de prestación de servicios médicos sociales” (BOLETÍN AMECH, 1947, n. 2, p. 4).

Con estos ejemplos de la participación de los médicos en la esfera política, queremos destacar que, hacia la década de 1920, los médicos chilenos habían acumulado un capital de experiencias suficiente para forjar una identidad experta con contornos definitivos. Dentro de dicha fisonomía, destacó particularmente la importancia atribuida al saber científico como rasgo fundamental en el desarrollo del

ejercicio facultativo. Así, cabe resaltar especialmente el papel que jugaron las diversas instancias de las que dispusieron para contribuir a la circulación de saberes, no solo porque explican su difusión, sino porque también contribuyeron a la construcción de redes sociales. También es posible constatar una marcada preocupación por el desarrollo sociopolítico del país, que se expresó en las formas de nominación de los problemas de salud y la promoción de acciones e instituciones como respuestas, que se validaban a través del sustento técnico, en el diagnóstico y en las propuestas de solución.

Desde la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social en 1924 hasta la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, de un total de 41 ministros de Salud, 26 fueron médicos y, de ellos, el 75% tenía adscripción a partidos políticos, un 45% registraba estudios en el extranjero y un 55% había participado en actividades en el poder ejecutivo o del parlamento. Entre 1937 y 1946, período clave en la articulación de los médicos como expertos, todos los ministros fueron médicos, con excepción del año 1946, cuando fue nombrado Fernando Claro Salas⁵. Esta situación generó una reacción en la AMECH, que “lamenta(ba) que las circunstancias políticas hayan determinado la designación de un Ministro de Salubridad, no médico, rompiendo con ello la tradición de los últimos diez años”. Resaltan en su reflexión que, si bien la AMECH “no hace cuestión de personas ni de partidos políticos”, “desea solamente que un técnico capacitado pueda abordar la solución de los graves problemas que afectan a nuestra salubridad dentro del plan general de gobierno” (BOLETÍN AMECH, 1946, n. 1, p. 8). En el período que se extiende del 7 de julio de 1948 al 7 de febrero de 1950, dos nuevos ministros abogados ocuparon el cargo en cartera de salud⁶; es en ese mismo período que se crea el Colegio Médico de Chile. El escenario político de conflicto que puso al Partido Comunista en la ilegalidad y la salida de un grupo de socialistas del gobierno de Gabriel González Videla evidencian que la legitimidad experta de los médicos sociales no contenía una simple jerga tecnocrática.

La construcción de un capital político articulado por la combinación entre el capital social —emanado de las redes científico-técnicas de las que participaban— y militancias político-partidarias, que les permitía disponer de un espacio de enunciación y de participación directa en la definición de agendas en materia de salud, caracterizó a la sociodicea experta en la medicina social. Hacia 1920, varios médicos habían ocupado puestos en el parlamento: los casos de Adolfo Murillo, José Joaquín Aguirre, Adolfo Valderrama, Augusto Orrego Luco, Francisco Puelma y Vicente Izquierdo son ejemplo de ello. Sin embargo, su acción política tenderá a redefinirse en el segundo cuarto del siglo XX, cuando el saber técnico será usado como principal instrumento de validación de su agencia pública, supeditando las militancias político-partidarias a un factor secundario en la legitimidad experta, mientras se consolidaba su capacidad de incidencia como colectivo tecnocrático.

La sociodicea tecnocrática de la medicina social

Durante la década de 1920, el debate entre filantropía y bienestar, entre beneficencia y derechos sociales, no solo delimitó un concepto de medicina social sino también el

rol que debía tener el Estado en la administración de lo público. Fueron años en los que se produce un cambio en el lenguaje político y numerosos técnicos-expertos copan los espacios de ejercicio de opinión para indicar que “la técnica” debía primar por sobre los esfuerzos individuales. Un ejemplo de ello fue la fundación de la primera Escuela de Servicio Social en Chile (MOYANO y RIVAS, 2017), que, en 1925, bajo el alero de la Junta de Beneficencia de Santiago, abrió sus puertas para formar “señoritas” que se convirtieran en agentes técnicos preparados para diagnosticar y solucionar aquellos problemas del “pueblo a nivel ampliado, con el triple objetivo de sanar el daño a sus condiciones de vida, para la prevención de dicho y para su incorporación al proyecto nacional” (REVISTA SERVICIO SOCIAL, 1933, n. 4, p. 10).

Hacia fines de la década, los actores sociales organizados como gremios profesionales fueron dando cuerpo a una discursividad tecnocrática como principal forma de intervenir en el espacio público. El gremio de los médicos fue quizás el más destacado en este ámbito y la medicina social fundamentó las bases de su intervención en la orientación de las políticas públicas. Argumentaban que:

La Técnica es Vida pura. Es la vida misma del hombre proyectada al exterior y casi independizada de él; como vida la técnica contiene la esencia, el principio primordial de aquella; la organización, sin técnica no hay organización, sin organización no hay técnica posible (BOLETÍN MÉDICO, 1936, n. 28, p. 356).

Para los médicos, el impulso arrollador de la técnica en el mundo occidental estaba en la base de la transformación del Estado y también era “agente decisivo del robustecimiento de la antigua concepción solidarista de la convivencia humana” (BOLETÍN MÉDICO, 1936, n. 28, p. 356). Para los médicos reunidos en la AMECH, la medicina social, nacida bajo el alero de las transformaciones socioeconómicas, permitió que “las masas, conquistando derechos y prerrogativas, transformando la huelga en un elemento legal y la revolución en una doctrina”, desplazaran la caridad por la solidaridad (BOLETÍN AMECH, 1947, n. 1, p. 3). Así, ya no eran suficientes “la patología y la terapéutica para curar los males humanos. Es necesario también aplicar la sociología, al mismo tiempo que montar una máquina económica bien financiada, para asegurarle sus salarios mientras dura la enfermedad” (VALLE 1946, p. 3). Tal como indicaban en su Boletín del año 1932:

El peor médico hará mejor administración que el mayor de los filántropos, porque administrar hospitales bien, no es comprar papas baratas, sino que hacer salud rápida y económica (...) No debemos olvidar que todavía seguimos maniatados, con el espectro escuálido y torpe de las juntas de beneficencia, último baluarte, verdaderas fortalezas desde donde se van a ejercitar contra los directores técnicos toda clase de malevolencias (BOLETÍN AMECH, 1932, n. 2, p. 3).

De allí que su propuesta era generar una gran asamblea de directores técnicos de los hospitales para hacer desaparecer las juntas de beneficencia. El nombramiento

de directores técnicos en 1932 fue uno de los primeros triunfos en la propuesta tecnocrática de los médicos. Su experticia técnica los convertía en los agentes más capacitados para ejercer una administración fundamentada en el saber hacer. El arco ideológico que participaba de estas ideas contemplaba desde radicales hasta comunistas. Los puntos de divergencia se encontraban en la definición de la combinación perfecta de la técnica con ideas y principios que estaban fuera de ella. Así, mientras los comunistas incitaban a los médicos a introducir elementos más ideológicos en su práctica, enfatizaban con igual ahínco que “aceptaban la técnica y luchamos por superarnos en ella en cuanto desempeña una función social y su aplicación signifique la liberación de la esclavitud, de la miseria y de otros factores causantes de enfermedades” (BOLETÍN AMECH, 1939, n. 2, p. 5-7).

Dado que la AMECH se constituyó como espacio de representación de la profesión y también de discusiones sobre la medicina social, las disputas sobre el sentido de la organización también revelan las tensiones que se produjeron en la forma de construcción de la legitimidad tecnocrática. Los comunistas percibían que en la AMECH había un grupo de médicos que, amparados en el discurso exclusivamente técnico, tendían a invisibilizar los orígenes económicos de los problemas de salud y, por ende, según ellos, sus propuestas no pasaban de ser expresión de intereses gremiales que no tenían un sentido claro. Para otros, la primacía de la participación político-partidaria en la administración del Estado, particularmente en la salud, era la causa de la incapacidad de implementar una adecuada modernización en la aplicación de una medicina preventiva. Ejemplo de ello es el discurso de asunción del Dr. Etchebarne como director de la Caja de Seguro en 1939, en el que señala enfáticamente que “no vengo a hacer política partidista sino a administrar la caja de seguro obrero cuyos caudales son patrimonio de la nación en forma especial del pueblo” (EL MERCURIO, 1940).

Por su parte, los socialistas también adherían a este discurso tecnocrático, planteando que la:

medicina en sí misma no tiene nada que ver con doctrinas sociales, puesto que es una ciencia y como ciencia es independiente de nuestras concepciones morales o sociales. Cuando el médico entra al hospital o casa del enfermo debe dejar colgadas en la puerta sus doctrinas sociológicas y concentrar todas las fuerzas de su espíritu en su calidad de técnico de la salud (BOLETÍN MÉDICO, 1932, n. 2, p. 4).

Falangistas y conservadores indicaban, a su vez, que el principal problema que tenía la salud administrada por las Juntas de Beneficencia radicaba en la incapacidad de realizar una medicina preventiva. En 1938, el Dr. Eduardo Cruz Coke, ministro de Salubridad y Previsión Social, promueve la ley de medicina preventiva, que quedará consignada como Ley n° 6.174, en la que se expresa un concepto de medicina social que anticipa las enfermedades que pueden surgir en el cuerpo de la sociedad y que requieren ser tratadas antes de que se expresen y afecten el espacio productivo. Sin

embargo, su concepto organizativo, denominado como medicina dirigida, no avanzaba hacia una mayor intervención del Estado en la gestión administrativa de la salud pública.

Según Labra, “la adopción del binomio ‘médico-social’ en el abordaje de los problemas de salud y de sus soluciones permitió la formulación de principios de organización de los servicios que quedó en el stock de directrices técnicas que orientarían la futura estructuración del SNS” (LABRA, 2004, p. 211). El encuentro realizado en 1935 por los médicos del Seguro Obrero buscó organizar una discusión dispersa en la opinión pública con el objetivo de evaluar el desempeño del modelo de administración de la salud de que disponía Chile hasta ese entonces. La manutención de la salud como una obra filantrópica y en manos de privados no permitía una planificación ni aun menos una adecuada gestión de los diagnósticos de la realidad médica de Chile.

Ese mismo año, la AMECH realiza la primera Convención Médica de Chile con el objetivo de introducir una marcada orientación social de la medicina, apoyando decididamente la intervención del Estado en la administración de una medicina preventiva, cuyo foco debía ser el mejoramiento de la calidad de vida del pueblo. Un año más tarde, la AMECH, liderada por una mayoría de médicos socialistas, sistematizó esas reflexiones y las presentó al Frente Popular para que las incorporara a su proyecto de gobierno. La propuesta de la Asociación indicaba pasar de una medicina de corte individualista y curativa a una social y preventiva a cargo del Estado, planteando la necesidad de centralizar los servicios de salud dependientes del Estado, pero con autonomía económica y administrativa, además de la profesionalización del ejercicio de la salud, reconociendo a paramédicos y técnicos que trabajarían en hospitales.

El Servicio Nacional de Salud: modernización y salud pública

La creación de una institucionalidad pública capaz de centralizar y racionalizar el obrar de los diversos servicios de salud del país bajo una estructura directiva compuesta por médicos se transformó en un tópico de interés y debate en el gremio facultativo. La creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952 estuvo lejos de constituir un hito aislado; más bien, fue una suerte de punto culminante en el que fructificaron tanto la legitimidad tecnocrática como el capital de experiencias y mecanismos que habían desarrollado los médicos a la hora de incidir en el desarrollo de la agenda política y en la materialización de políticas públicas.

Pese a que, a la hora de su aprobación, el proyecto de ley que creó el SNS contó con unanimidad legislativa, lo cierto es que, hacia los años 1950, el proyecto ya llevaba cerca de una década circulando, infructuosamente, en comisiones legislativas (JIMÉNEZ DE LA JARA, 2001). Así, más allá del entusiasmo que despertó su promulgación, los orígenes del SNS estuvieron ligados a discusiones e iniciativas que se habían suscitado al interior del gremio médico y que pusieron en agenda pública por medio de las distintas prácticas descritas previamente.

De ese modo, en la década de 1930, es posible encontrar referencias a una propuesta que apuntaban a la creación de un organismo como el SNS. Hacia 1934,

el Dr. Alfonso Asenjo celebraba, por medio de las columnas del “Boletín de la Caja de Seguro Obligatorio”, que el presidente de la República hubiese nombrado, a petición de una entonces joven AMECH, una comisión constituida con la finalidad de coordinar los servicios de salubridad del país (BOLETÍN DE LA CAJA DEL SEGURO OBLIGATORIO, 1934, p. 3).

Así, a la hora de justificar la trascendencia que tenía la constitución de la citada comisión, se argumentaba que ella podía ser el puntapié inicial para el desarrollo de una serie de reformas que, en opinión de los médicos organizados en torno a la AMECH, eran inminentemente necesarias ante la imposibilidad de practicar otro género de medidas más extremas, como lo podía ser la “(...) Destrucción de todo lo existente en materia de salubridad y organización de la prevención y curación de las enfermedades de acuerdo con las directivas generales que sostiene la AMECH en su declaración de principios” (BOLETÍN DE LA CAJA DEL SEGURO OBLIGATORIO, 1934, p. 3).

Las iniciativas que se proponían concretamente eran, en primer lugar, la abolición de la libertad de acción de cualquier organización de beneficencia que desarrollase labores de salud, o bien que su accionar se supeditase a la organización técnica que pudiera proveer un organismo coordinador de servicios médicos en la esfera estatal como el propuesto por la AMECH. La segunda iniciativa inmediata debía ser el suspender la acción municipal en materia de salud, concentrándola en un organismo de carácter nacional. Se argüía la necesidad de abolir cualquier iniciativa ajena al control estatal y técnico para reemplazarlo por un organismo cuya cabeza debía ser “un técnico con autoridad estatal, es decir, un ministro” (BOLETÍN DE LA CAJA DEL SEGURO OBLIGATORIO, 1934, p. 3-4).

La crítica no solo se extendía al mundo de la beneficencia por su carencia de racionalidad técnica, sino también a la inexistencia de una hegemonía experta denunciada en la:

Ausencia de principios y de Plan; dispersión y discontinuidad; intromisión en la dirección de los servicios de los intereses particulares y mezquinos de la clientela político-partidista, casi siempre en pugna con los intereses colectivos; (que) han sido y son todavía las grandes características de los servicios asistenciales en Chile (BOLETÍN DE LA CAJA DEL SEGURO OBLIGATORIO, 1936, p. 3-4).

Por lo tanto, la petición de la AMECH no solo respondía a una finalidad de orden logístico, sino también —y sobre todo— a la construcción, por parte de los médicos, de un campo de acción en el que debían ejercer, en alianza con el Estado, un papel protagónico y directivo. Con ello, la justificación técnica aparecía como uno de los rasgos centrales a la hora de legitimar su trascendencia por sobre otro tipo de actores con los que disputaban el campo de la acción sanitaria.

Como lo sintetizaban los propios médicos agrupados en la AMECH, sus campos de propuestas sobre estas materias podían resumirse, hacia mediados de la década de 1930, en 5 principios:

1. Principio de estatización (previsión y asistencia social como función del Estado).
2. Principio de Unidad y Correlación Funcional.
3. Principio de comando Técnico único, con autoridad legal.
4. Principio de autonomía.
5. Principio de descentralización regional (BOLETÍN DE LA CAJA DEL SEGURO OBLIGATORIO, 1936, p. 3-4).

Su propuesta de crear una institucionalidad capaz de centralizar los servicios médicos en el país había conquistado adhesiones entre los médicos mucho antes de que se materializase el proyecto de ley que constituyó el antecedente directo de la dilatada discusión y promulgación del SNS en el Congreso Nacional.

Cuando el terremoto de Chillán asoló el suelo nacional en 1939, había madurado la discusión en torno a las ventajas que podían proveer iniciativas que tendiesen a la centralización de los diversos servicios médicos diseminados a lo largo del país. Con la finalidad de combatir los estragos del movimiento sísmico, se organizó un Comando Único de los Servicios de Salud Fusionados con sede en Chillán, así como un Consejo Especial de Salubridad en Santiago, por iniciativa del ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Miguel Etchebarne, y con la colaboración de las Direcciones de Salubridad, Beneficencia y Seguro Obrero (ALLENDE, 1939, p. 149). Ambos organismos buscaban racionalizar la administración de recursos para el combate de los problemas de salubridad, los que habían sido detectados por medio de la realización de un catastro a escala nacional.

Amparado en estas experiencias, en su célebre obra “La Realidad Médico-Social Chilena”, Salvador Allende sentenciaba que “La concentración del mando y de los elementos técnicos y recursos materiales en una sola mano, dio en esas circunstancias trágicas y dolorosas, resultados evidentes”. Fue el mismo Allende quien, en 1941, en su calidad de ministro de la cartera de salud, presentó un proyecto de reforma a las Leyes 4.054 y 4.055 que se constituyó en el antecedente directo de la creación del SNS. La comisión encargada de dar vida al proyecto de ley contó con la presencia de connotados médicos de la época, como Exequiel González Cortés y Miguel Etchebarne. Casi una década después —lapso durante el cual el proyecto se mantuvo inactivo en el congreso—, en el contexto de la reactivación de la discusión del proyecto en la comisión unificada de Asistencia Médico Social e Higiene y de Trabajo y Legislación Social (1950), se agregó la mención a la creación del “Servicio Nacional de Salud”.

La trastienda de la discusión sobre el proyecto de ley, reactivada en 1950 y concretada como política pública solo dos años después, revela que en su materialización cobraron un rol central la puesta en juego de las aspiraciones que habían manifestado los médicos desde la década de 1930. Al respecto, Allende destacaba que:

La concepción de un servicio de este tipo representa, además, desde el punto de vista técnico, la satisfacción de los más caros

anhelos del cuerpo médico chileno. Asimismo, representa, indiscutiblemente, economía en dinero, pues se evita la duplicidad de funciones, de dotaciones y habilitaciones. Permite, también, la realización de un plan de tipo nacional, con una visión central, jerarquizando la importancia de los problemas de nuestra patología social (SENADO, Legislatura especial, sesión 33, 06 de septiembre de 1951).

Conclusiones

¿Qué había cambiado entre 1941 y los primeros años de la década de 1950? En el escenario generado por la Segunda Guerra Mundial, se construyó un consenso sobre la necesidad de edificar un Estado de bienestar y una larga sociodicea tecnocrática que avalaron prácticas y propuestas políticas de los médicos, agrupados ahora en una nueva institución, que resultan fundamentales para analizar los cambios en materia de salubridad.

La creación del Colegio Médico en 1948, mediante el Decreto con fuerza de ley (DFL) 9.263, reemplazó a la AMECH y dio un renovado impulso a la capacidad de intervención de los médicos, ya que la nueva organización les proporcionaba atribuciones como interlocutor oficial ante el Estado. Al igual que el pospuesto proyecto de ley que originó el SNS, la creación del Colegio de facultativos constituyó un anhelo dilatado en el tiempo. Así, en 1942, los médicos planteaban que: “Desde hace muchos años que está pendiente de la consideración del Senado de la República un proyecto de ley referente a la creación legal del Colegio Médico” (BOLETÍN DE LA CAJA DEL SEGURO OBLIGATORIO, 1942). Una vez constituido, el Colegio logró tramitar exitosamente un “Estatuto de Médico Funcionario”, también conocido como “Estatuto del Médico Millonario”, debido a la fijación de altas rentas para los facultativos. En pocas palabras, los médicos habían logrado consolidar su capacidad de negociación frente al Estado por medio de una nueva institucionalidad gremial que les daba renovadas atribuciones.

Por último, cabe destacar el rol que jugó en la tramitación del SNS el ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia social de la época, Jorge Mardones Restat, quien consiguió el apoyo del presidente Gabriel González Videla (Servicio Nacional de Salud: 15 años de labor 1952-1967, 6).

Su actuación en la materialización del SNS refleja la sociodicea desarrollada por los médicos chilenos en al menos un sentido más. Tal como lo recuerda Jorge Jiménez de la Jara, Mardones exhibió una excelsa capacidad de negociación política basada en la capacidad de aplicar saberes científicos y técnicos como elementos de argumentación, ganando reconocimiento y aceptación tanto en el mundo gremial como en el político (JIMÉNEZ DE LA JARA, 2001). La anhelada institucionalidad centralizada y reservada para expertos había sido creada.

Por ello, afirmamos que la configuración histórica del dominio experto no solo debe considerarse como proceso técnico, sino también como construcción de discursos legitimatorios que movilizan recursos materiales y saberes para intervenir sobre lo

social, uniendo varios espacios “de modo de construir consensos durables sobre la necesidad y la justeza de ese discurso y de los dispositivos e instituciones asociados a él” (MORRESI y VOMMARO 2016, p. 21).

Lejos de tratarse de casos aislados, las distintas iniciativas de ley dan cuenta de la existencia de un gremio que concibió el ejercicio de su profesión como algo más que la mera intervención sobre los cuerpos enfermos. Así, durante la primera mitad del siglo XX, es posible constatar que los médicos chilenos experimentaron un triple proceso de transformación: por una parte, la construcción de un campo de experticia marcado por el imperio de la técnica y el saber científico como rasgos distintivos y excluyentes a la hora del ejercicio facultativo de la medicina; por otro, la visualización del médico como un agente que debía intervenir el tejido social desde una perspectiva no solo reparativa, sino también preventiva y educativa, para preparar a los individuos a fin de que se integraran a las dinámicas del trabajo moderno. Y, en tercer lugar, la concepción de que la labor del médico también se extendía al campo de la construcción del Estado, mediante el saber experto entendido como insumo para la generación de nuevas prácticas de intervención social normalizadas en instituciones que aspiraban a modernizar la gestión de lo público-privado.

Estos actores dieron vida a una forma original de entender la política en la que se combinó adscripción partidaria, certificación experta, participación en la opinión pública, consolidación de expertos colectivos y la definición de una agenda que orientó los debates en el campo más amplio del bienestar social⁷.

Referencias

ALLENDE, S. *La realidad médico-social chilena*. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, 1939. <http://www.memoriachilena.cl/602/w3-article-7737.html>

BASTÍAS, M. “Intervención del Estado y los Derechos sociales. Transformaciones en el pensamiento jurídico chileno en la era de la cuestión social, 1880-1925”. *Revista Historia*, Vol. 48, n. 1, 2015.

BOLETÍN DE LA CAJA DEL SEGURO OBLIGATORIO.1934.

BOLETÍN MÉDICO. 1936. N. 2.

BOLETÍN AMECH. 1931. N. 1.

BOLETÍN AMECH, 1939. N. 2.

BOLETÍN AMECH. 1946. N. 1.

BOLETÍN AMECH. 1947. N. 2.

BOLETÍN AMECH. 1947. N. 3.

COLLIER, David. “Glossary”. En: David Collier, Editor, *The New Authoritarianism in Latin America*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1979.

DELAMAZA, G. La disputa por la participación en la democracia elitista chilena. *Latin American Research Review*. Vol. 45. p. 274-297, 2010.

DELAMAZA, G. Espacio público y participación ciudadana en la gestión pública en Chile: límites y posibilidades. *Polis*, 2011, [En línea], p.30. URL: <http://polis.revues.org/2132>

DELAMAZA, G. De la elite civil a la elite política. Reproducción del poder en contextos de democratización. *Polis*, 2013 [En línea], p. 36. URL: <http://polis.revues.org/9411>.

DESHAZO, P. *Trabajadores urbanos y sindicatos en Chile: 1902-1927*. Santiago: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, 2007.

DEVÉS, E. *El pensamiento latinoamericano en el siglo XX. Entre la modernización y la identidad. Del Ariel de Rodó a la CEPAL (1900-1950)*. Tomo I. Santiago: Editorial Biblios, 2004.

GONZÁLEZ, M. Conocer, luchar, enseñar: avances pioneros de la investigación y la producción intelectual desde el trabajo social en Chile, 1925-1973. En: Vidal, Paula. *Trabajo social en Chile. Un siglo de trayectoria*, Santiago: Ril editores, 2016.

HERRERA, Patricio. 2015. Las Conferencias Americanas del Trabajo y el debate sobre las condiciones laborales del proletariado en América Latina, 1936-1946. *Revista Mundos do Trabalho*. Vol. 7. N° 7. p. 105-128, 2015.

HUNEEUS, C.; LANAS, M. Ciencia política e Historia. Eduardo Cruz-Coke y el Estado de Bienestar en Chile, 1937-1938. *Revista Historia*. Vol. 35, p.151-186, 2002.

ILLANES, M. Ella en Lota y Coronel: poder y domesticación. El primer servicio social industrial de América Latina. *Revista Mapocho*, N° 49, 2001.

ILLANES, M. *Cuerpo y política*. Disciplinamiento asistencial y visitación popular (Chile, 1900-1940). Santiago: LOM, 2006.

JIMÉNEZ DE LA JARA, J. Mística, ciencia y política en la construcción de sistemas de salud. La experiencia de Chile. *Salud pública México*. Vol. 43, n. 5, Cuernavaca sep/oct, 2001.

JOIGNANT, Alfredo. *Notables, tecnócratas y mandarines*. Elementos de sociología de las elites en Chile. 1990-2010. Santiago: Ediciones UDP, 2011.

LABRA, M. Politics and social medicine in Chile: narratives concerning a difficult relationship. *História, ciências, saúde-Manguinhos* [online] vol. 7, n. 1, 2000: 23-46. ISSN 0104-5970. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702000000200002>.

LABRA, M. Medicina social en Chile. Propuestas y debates (1920-1959). *Cuadernos Médicos Sociales* (Chile), 2004, n. 44. p. 207-219.

MAC IVER, E. *Crisis moral de la república*. Santiago: Imprenta Moderna, 1900. <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0001470.pdf>

MOLINA, C. *Institucionalidad sanitaria en Chile*. Santiago: Lom, 2010.

MORRESI, S.; VOMMARO, G. *Saber lo que se hace*. Expertos y política en Argentina. Buenos Aires: Prometeo, 2016.

MOYANO, C. La visitadora social industrial en Chile: tradición y modernidad en la gestión del bienestar, 1920-1950. *Revista Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 2016 [En ligne], Questions du temps présent, mis en ligne le 07 juillet URL: <http://nuevomundo.revues.org/69328>

MOYANO, C.; RIVAS, J. Visitadoras sociales en la industria: creación de un campo de expertos del bienestar, 1920-1950. *Revista Historia* 396. Vol. 7. N° 1, 2017.

ROMERO, H. Desarrollo de la medicina social y la salubridad en Chile. S/e, 1972. *Revista Médica de Chile*, Vol. 100.

ROMERO, L. *¿Qué hacer con los pobres? Elite y sectores populares en Santiago de Chile 1840-1895*. Santiago: Editorial Sudamericana, 1996.

SENADO, *Legislatura especial*, sesión 33, 06 de septiembre de 1951.

SERVICIO NACIONAL DE SALUD (S.N.S.). Servicio Nacional de Salud: 15 años de labor 1952-1967. Santiago: Talleres de Imprenta de la 1ª sección Educación para la salud del S.N.S., 1967.

SERVICIO SOCIAL, Año V, N° 4, 1933.

SILVA, P. Los tecnócratas y la política en Chile: pasado y presente. *Revista de Ciencia Política*, volumen 26, n° 2, p. 175-190, 2006.

SILVA, P. *En el nombre de la razón*. Tecnócratas y política en Chile. Santiago: Ediciones UDP, 2010.

VALLE, R. La estadística en Medicina Social, en *Boletín AMECH*, Año 1, N° 1, 1946.

VENEGAS, H. Paternalismo industrial y control social. Las experiencias disciplinadoras en la minería del carbón en Chile, Lota y Coronel en la primera mitad del siglo XX. *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*. N° 28, 2014.

YÁÑEZ, J. Antecedentes y evolución histórica de la legislación social de Chile entre 1906 y 1924. *Revista de Estudios Histórico Jurídicos*. N° 21, 1999.

YÁÑEZ, J. *La intervención social en Chile y el nacimiento de la sociedad salarial: 1907-1932*. Santiago: RIL Editores, 2008.

ZÁRATE, M. *Por la salud del cuerpo*. Historia y políticas sanitarias en Chile. Santiago: Editorial Alberto Hurtado. 2008.

ZÁRATE, M.; DEL CAMPO, A. Curar, prevenir y asistir: Medicina y salud en la historia chilena. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [En línea], Debates, puesto en línea el 10 junio 2014 URL: <http://nuevomundo.revues.org/66805>

Notas

¹La medicina social tuvo sus orígenes en Alemania hacia mediados del siglo XIX con importantes promotores como Johann Peter Frank y Rudolf Virchow (Labra 2000), quienes sostuvieron que la medicina debía ser considerada tanto una ciencia social como política a gran escala.

²Catastro realizado en base a las publicaciones médicas disponibles en la Biblioteca Nacional de Santiago.

³Es importante señalar que los primeros debates tenían como eje a las clases asalariadas: obreros y empleados, dejando fuera a quienes no habían experimentado relación formal con el trabajo.

⁴<http://www.bibliotecamisal.cl/wp/wp-content/uploads/2011/09/Biografia-Dr-Alejandro-del-Rio-Soto-Aguilar.pdf>

⁵Cuyo mandato se extendió por 5 meses y 13 días. Fuente: Anales de la República.

⁶Guillermo Varas Contreras y Manuel Aguirre Geisse. Fuente: Anales de la República

⁷Para una referencia sobre el concepto, así como para una visión que apoya su trascendencia en la construcción del Estado chileno a lo largo del siglo XX, véase: Los Tecnócratas y la Política en Chile: Pasado y Presente. Silva, Patricio. Revista de Ciencias Políticas. (Santiago) [online]. 2006, vol. 26, n. 2, p. 175-190. ISSN 0718-090X. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-090X2006000200010>

Cristina Moyano Barahona – Licenciada en Educación en Historia y Geografía (2000) y Magíster en Historia, mención Historia de Chile (2005) por la Universidad de Santiago de Chile. Obtuvo el Doctorado en Historia, mención Historia de Chile, por la Universidad de Chile (2007) y realizó el Posdoctorado en el Instituto de Estudios Avanzados de la Universidad de Santiago de Chile (2009). Especialista en Historia Política e Historia Intelectual.

Javier Rivas Rodríguez – Profesor de Estado en Historia y Ciencias Sociales y Licenciado en Historia por la Universidad de Santiago de Chile (2012), obtuvo el grado de Magister en Historia en la mención de Historia de Chile (2014) y Magister en Historia Económica (2019) por la misma casa de estudios. Posee experiencia en el campo de la Historia Económica y Social, particularmente en el estudio de indicadores antropométricos y del bienestar humano en la historia del Chile contemporáneo.