

Sistemas de salud en Chile y Costa Rica: aproximaciones históricas de su configuración inicial

HEALTH SYSTEMS IN CHILE AND COSTA RICA: HISTORICAL
APPROXIMATIONS OF ITS INITIAL CONFIGURATION

César Alfaro Redondo

Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica

<https://orcid.org/0000-0001-5226-3310>

cesaralfare@gmail.com

RESUMEN: Chile y Costa Rica fueron dos de los países latinoamericanos que más tempranamente configuraron sus sistemas de salud a inicios del siglo XX. Los indicadores demográficos y epidemiológicos actuales que poseen ambos países son el resultado de un largo proceso de respuestas sociales organizadas por múltiples actores, generando procesos de construcción institucional simultáneos y diferenciados. Con el propósito de llevar a cabo una aproximación histórica a dicho proceso, el objetivo del presente artículo es comparar la configuración inicial de los sistemas de salud de Chile y Costa Rica durante la primera mitad del siglo XX. Para ello, se propone utilizar como categorías de análisis las respuestas organizativas e institucionales provenientes de la beneficencia, el higienismo, la filantropía y la cuestión social.

PALABRAS CLAVE: historia social de la salud, historia comparada, sistemas de salud, seguridad social.

ABSTRACT: Chile and Costa Rica were two of the Latin American countries that configured their health systems earlier at the beginning of the 20th century. The current demographic and epidemiological indicators in both countries are the result of a long process of organized social responses carried out by multiple actors, generating simultaneous and differentiated institutional construction processes. To carry out a historical approximation of this process, the objective of this article is to compare the initial configuration of the health systems of Chile and Costa Rica during the first half of the 20th century. For this, it is proposed to use as categories of analysis the organizational and institutional responses from charity, hygiene, philanthropy, and the social issue.

KEYWORDS: social history of health, comparative history, health systems, social security.

SISTEMAS DE SALUD EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

Definido a partir de una conceptualización muy general y sintética, la Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) expresa que el sistema de salud de una nación comprende “todas aquellas actividades cuyo propósito primario es promover, restaurar o mantener la salud” (WHO 5). En adición a lo anterior, Hernández elabora una definición más amplia y compleja de los elementos que suelen reflejarse en la dinámica de un sistema de salud:

En el intento por formular (quizá en un nivel aún abstracto) qué es un sistema de salud, éste se entiende como la respuesta de una sociedad que —ante su contexto social y condiciones de salud— construye estructuras heterogéneas, dinámicas y cambiantes, cuyas interrelaciones resultan en la organización y asignación de funciones y recursos, además en la generación de conocimientos, conceptos, instrumentos, acciones y prácticas que tienen como propósito promover, mantener o restablecer la salud (Hernández 12).

Cabe indicar que la definición anterior debe entenderse en un sentido de trayectoria. Por lo tanto, se debe reconocer que los resultados de evolución institucional en el espacio y el tiempo han sido, a su vez, consecuencia de diversas culturas ciudadanas, acuerdos políticos y estructuras socioeconómicas que se han cristalizado en diversas lógicas de acuerdo con las especificidades de los regímenes de bienestar (Moreno 67). La comprensión de este sentido de trayectoria puede ser realizada desde diversas perspectivas del conocimiento. Sin embargo, el enfoque histórico resulta particularmente importante, pues no solo permite aproximarse al proceso de configuración inicial, sino que también favorece la comprensión de lo presente y sus tensiones.

En el caso de América Latina, estas respuestas societales se introdujeron como programas de seguro social mucho antes que en otros países en vías de desarrollo en África, Asia y Oriente Medio (Mesa Lago 14). En uno de sus aportes, Mesa Lago ordenó y calificó los países latinoamericanos en tres grupos, basados en la fecha en que introdujeron sus primeros programas de seguro social en pensiones y enfermedad-maternidad, así como el grado de desarrollo alcanzado en esos programas: pionero-alto, intermedio y tardío-bajo. Cabe indicar que el autor elaboró esta clasificación a partir de un conjunto de principios, entre los cuales se encuentran la universalidad en la cobertura, la igualdad, equidad o uniformidad en el trato, la solidaridad y redistribución del ingreso, la comprensividad y suficiencia de las prestaciones, la unidad y responsabilidad del Estado, la eficiencia y participación en la gestión y la sostenibilidad financiera (Mesa Lago 15).

A partir de esta taxonomía, el grupo pionero-alto está compuesto por Uruguay, Argentina, Chile, Cuba, Brasil y Costa Rica, ya que, en los años veinte y en los años treinta del siglo XX, estos países fueron los primeros en establecer los sistemas de seguros sociales en la región, alcanzando la mayor cobertura y desarrollo de dichos sistemas. El grupo intermedio lo integran Panamá, México, Perú, Colombia, Bolivia, Ecuador y Venezuela, los cuales implementaron sus programas principalmente en los años cuarenta y cincuenta, influenciados por

el Informe Beveridge y los convenios de la OIT. Esto permitió una cobertura y desarrollo medio de sus sistemas. Finalmente, el grupo tardío-bajo está representado por Paraguay, República Dominicana, Guatemala, El Salvador, Nicaragua, Honduras y Haití, dado que introdujeron sus programas en los años sesenta y setenta y, además, tenían la menor cobertura y desarrollo de sus sistemas (Mesa Lago 15).

Para efectos de las aproximaciones de análisis histórico comparado que se procuran en este artículo, se discutirán los casos de Chile y Costa Rica, ambos pertenecientes al grupo pionero-alto. Asimismo, ambos países presentaron procesos de configuración semejantes y, en mayor o menor medida durante los distintos momentos históricos, existieron procesos de circulación de ideas que incidieron en las decisiones estructurales y operativas de las instituciones emergentes. Por lo tanto, el análisis de ambos casos permitiría reconocer las dificultades y virtudes experimentadas en sus contextos respectivos e interrelacionados.

En esta línea de abordaje metodológico, se plantea que pensar globalmente la historia puede ser ordenado, pero también requiere flexibilidad. Para ello, Olstein describe cuatro estrategias principales para la comprensión del pasado: la comparación, la conexión, la conceptualización y la contextualización. En este sentido, comparar y conectar son dos estrategias principales para pensar globalmente sobre la historia. Las comparaciones reúnen dos o más unidades para describir o analizar sus similitudes y diferencias, mientras que las conexiones unen dos o más unidades para evaluar su interdependencia. La historia comparada y las historias relacionales son dos ramas históricas basadas en estas dos estrategias, respectivamente (Olstein 11).

Además, según destaca Hochman, la historia de la salud y de la medicina es una actividad esencial tanto para la historia social como para la salud pública en la región latinoamericana. Para la salud pública, los estudios históricos pueden servir para producir identidad, compromiso y comprensión tanto sobre el origen y evolución de los problemas que enfrenta, así como también sobre la complejidad de

los procesos de negociación, fragmentación y discontinuidad que se producen en el fenómeno salud-enfermedad. Por lo tanto, es una historia que puede contribuir a incorporar una perspectiva social de larga duración en la formación y en las actividades de los profesionales de salud, trascendiendo la formación biomédica tradicional y eventualmente ofreciendo sugerencias sobre los principales desafíos y sobre las perspectivas de la salud colectiva y de la medicina social en América Latina y el Caribe (Hochman 12-20).

Hochman también afirma que, como parte integrante de la historia social, la historia de la salud es un espacio vital para entender dimensiones aún poco estudiadas en los países latinoamericanos, a saber: las interacciones entre los procesos sanitarios y los contextos sociales, culturales, económicos y políticos; la continuidad y el cambio en las condiciones de vida de las poblaciones urbanas y rurales; las relaciones entre el Estado y diferentes grupos sociales y étnicos y las relaciones entre la salud y los procesos de construcción del Estado y de la Nación. Una historia social de la salud puede contribuir a la comprensión y elucidación de las relaciones entre Estado, salud y sociedad en América Latina y en el Caribe, permitiendo comparaciones e indicando semejanzas, diferencias y aspectos distintivos. También permite enmarcar la experiencia histórica latinoamericana en el contexto internacional y establecer un diálogo más consistente con la también creciente producción en historia social de la salud y la enfermedad en otros continentes (*ibid.*).

Para efectos del presente artículo, se plantea como objetivo principal comparar la configuración inicial de los sistemas de salud de Chile y Costa Rica durante la primera mitad del siglo XX. Inicialmente, se describirán los principales aspectos históricos de las respuestas sociales organizadas en cada uno de los países estudiados. Posteriormente, se utilizarán como categorías de análisis para la comparación aquellas respuestas provenientes predominantemente de la beneficencia, el higienismo, la filantropía privada y la cuestión social. La temporalidad definida para el proceso de investigación se debe a que, durante las primeras décadas del siglo XX y hacia finales de la primera mitad del

siglo, ya se habían puesto en práctica diversas acciones relacionadas con la totalidad de estas corrientes de ideas. Derivado de ello, se hicieron evidentes diversas problemáticas organizativas que dieron origen a las iniciativas de unificación.

En relación con las categorías de análisis propuestas, autores como Pedro Carasa y Pedro Aguilar mencionan que los objetivos teóricos y prácticos de la “beneficencia” se nutren de la concepción de pobreza de cada momento. A modo de ejemplo, en el periodo colonial, dentro de los marcos del catolicismo, la pobreza era una virtud sacra. Más tarde, para los ilustrados, la pobreza se convirtió en un criterio político-social concebido como un peligro social y, con la asistencia liberal, la pobreza estuvo permeada por una visión económica (Carasa 32-36). Sumado a lo anterior, es importante destacar que la beneficencia pública fue percibida por una parte de las clases trabajadoras como una respuesta inadecuada, insuficiente y asociada a un paternalismo moralista y autoritario ante sus dificultades. Esto generó un fuerte rechazo en la cultura política del movimiento obrero y de la izquierda (Aguilar 10). Entre las diversas formas en que esta corriente de ideas se expresó, una de ellas fueron las instituciones de carácter religioso cuya función era la de hospicios o lazaretos, que más tarde se transformarían en hospitales. En el contexto latinoamericano, ha sido evidente la herencia colonial y la influencia de las órdenes religiosas durante dicho periodo.

El higienismo, en tanto, tuvo su origen hacia fines del siglo XVIII y se orientaba principalmente a la preocupación por las enfermedades transmisibles de la época (fiebre amarilla, cólera, etcétera). Este pensamiento se fundamentó, principalmente, en el impacto que produjo en los países europeos el proceso de la Revolución Industrial. Cabe indicar que esta corriente de ideas comprende una compleja definición, ya que en los procesos explicativos de las enfermedades se entrecruzan diversos aspectos. En primer lugar, se trata de una mayor valorización de la asistencia y la disciplina social, la identificación de la degradación física de los sectores más carenciales y el develamiento de las consecuencias sanitarias de las diferencias sociales. En segundo

lugar, la higiene pública es entendida como la administración de los desperdicios físicos (inmundicias, cloacas, mataderos) y los desperdicios morales (alcantarilleros, traperos, prostitutas) interesándose por el control de los establecimientos. La higiene pública se redefine como las modificaciones a las que el Estado social obliga al hombre, como la vacunación en cuanto mecanismo de protección colectiva, la utilización de argumentos sanitarios para el acondicionamiento de los espacios privados (por ejemplo, la vivienda) y públicos. Finalmente, al higienismo le compete la necesaria transformación de la espacialidad de las ciudades, el otorgamiento de un mayor énfasis en la limpieza del cuerpo, así como el registro y análisis de datos que permitieran acciones orientadas a la prevención (Vigarello 236-273).

Por su parte, la cuestión social es descrita por el historiador chileno Sergio Grez, citando a James O. Morris, como

la totalidad de (...) consecuencias sociales, laborales e ideológicas de la industrialización y urbanización nacientes: una nueva forma dependiente del sistema de salarios, la aparición de problemas cada vez más complejos pertinentes a vivienda obrera, atención médica y salubridad; la constitución de organizaciones destinadas a defender los intereses del nuevo “proletariado”; huelgas y demostraciones callejeras, tal vez choques armados entre los trabajadores y la policía o los militares, y cierta popularidad de las ideas extremistas, con una consiguiente influencia sobre los dirigentes de los amonestados trabajadores (Grez 9).

Finalmente, en su sentido etimológico, “filantropía” deriva del griego *φίλος* (*philos*) y *ἄνθρωπος* (*ánthropos*) y se utiliza para designar el amor por la especie humana y a todo lo que a la humanidad respecta, expresada en la ayuda desinteresada a los demás. Sin embargo, su definición teórico-conceptual es más compleja que lo descrito anteriormente. En la era griega clásica, la filantropía comienza en un paradigma teológico, pues fue empleada para describir a las criaturas mitológicas cuyas acciones promovían la causa de la civilización humana. Posteriormente, los filósofos socráticos se apropiaron del

término para describir el papel fundamental del conocimiento y del sabio en el avance de la civilización humana. A mediados del siglo IV a. C., la filantropía adquiere tintes políticos, tanto en los filósofos socráticos como en los discursos de los oradores clásicos, para describir las virtudes cívicas del liderazgo político. En la era moderna, la filantropía reaparece a finales del Renacimiento como un término de significado filosófico en los escritos de Francis Bacon, quien lo emplea para describir el concepto de bondad y el hábito de hacer el bien (Sulek 397-398). A la fecha, la Real Academia Española posee una única definición de “filantropía” para el idioma castellano: “Amor al género humano”.

Como se observa en esta primera aproximación a las categorías analíticas, las transformaciones conceptuales acontecidas en diversos contextos históricos, así como las tensiones interpretativas de cada una de ellas, brindan una oportunidad para profundizar en ellas desde una perspectiva de la historia de los conceptos. No obstante, dicha profundización escapa a los alcances inmediatos del presente trabajo.

PRINCIPALES ASPECTOS HISTÓRICOS DE LAS RESPUESTAS SOCIALES ORGANIZADAS

Según el informe de revisión de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el sistema de salud de Costa Rica es, en términos generales, sólido. La esperanza de vida supera a la de muchos países de la OCDE y los costarricenses tienen acceso casi universal a una gama completa de servicios de atención médica –incluidos los más complejos desde el punto de vista tecnológico–, con protección efectiva contra los gastos catastróficos en salud. La esperanza de vida al nacer en Costa Rica es similar al promedio de la OCDE, que pasó de 66,9 años, en 1970, a 79,9 años, en 2015. Tomando como referencia los indicadores de bienestar, los costarricenses califican su salud por encima del puntaje promedio de los

países que integran dicha Organización –6,4 es el puntaje de Costa Rica, mayor al 6,1 promedio de los países de la OCDE–. Además, el seguro de salud llegó a casi el 90% de la población en el año 2000. Posteriormente, se produjo un periodo de estancamiento, hasta que la cobertura comenzó a expandirse una vez más en 2008, alcanzando el 95% en 2014 (OCDE, *Reviews* 13).

Por su parte, en décadas recientes, Chile ha mostrado mejoras comparables a las de otros países de la OCDE. Sin embargo, el nivel de salud de la población cae relativamente bajo el promedio de la OCDE. La expectativa de vida promedio en Chile ha subido rápidamente en los últimos cuarenta años y en 2015 fue de 79,1 años –76,5 años para hombres y 81,7 años para mujeres–, levemente menor respecto del promedio de la OCDE, de 80,6 años –77,9 para hombres y 83,1 para mujeres–. Así como los pares OCDE, en Chile la carga de enfermedades es dominada por enfermedades no transmisibles (OCDE, *Estudios* 6). La cobertura de atención médica en Chile es brindada principalmente por el Fondo Nacional de Salud, más comúnmente conocido como FONASA, o por los esquemas de cobertura privada, las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). FONASA cubre cerca del 78% de la población, las ISAPRES cubren cerca de un 17-18% de la población, mientras que otro 3-4% es cubierto bajo un esquema de seguro de las Fuerzas Armadas. Si bien es cierto que las ISAPRES son un actor clave en el sistema de salud chileno, el compromiso que poseen en la salud pública y la prevención es débil (OCDE, *Estudios* 7).

Es importante mencionar que los logros alcanzados por ambos países en el sector salud, y que se reflejan en sus indicadores demográficos y epidemiológicos actuales, son el resultado de un largo proceso de respuestas sociales organizadas, llevadas a cabo por múltiples actores. Esto dio pie a procesos de construcción institucional simultáneos y diferenciados, acontecidos durante los últimos dos siglos. Es precisamente la complejidad de este largo proceso la que releva la importancia del enfoque histórico como herramienta para la construcción del conocimiento en este ámbito particular.

De manera general, la génesis del sistema de salud en Costa Rica es ubicada por los investigadores sociales a partir de la década de 1940, cuando se creó la Caja Costarricense de Seguro Social y se promulgó una profunda reforma social, bajo la presidencia del doctor Rafael Ángel Calderón Guardia. Sin embargo, Ana Botey indica que, antes de la década del 1940, existió una temprana participación del Estado en el ámbito de la salud mediante acciones, programas, proyectos e instituciones creadas por los liberales que condujeron posteriormente a la creación de la Caja Costarricense del Seguro Social. Por lo tanto, fue esta temprana participación del Estado la que impulsó la construcción de la salud y la enfermedad como un asunto público, de creciente competencia estatal, expresado, entre otros elementos, en la creación de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública (1922), la Secretaría de Salubridad y Protección Social (1927), la Caja Costarricense del Seguro Social (1941) y la promulgación del Código Sanitario (1943) (Botey 1).

En el caso de Chile, la historiadora María Illanes destaca que, al incorporarse las sociedades de socorros mutuos al tema del desarrollo de la salud pública, fue posible transitar de la figura secular de aseo urbano y ordenanzas sobre mercados y mataderos —propia del modelo liberal del Estado— hacia la creación y el ejercicio de un concepto de salud social en las Sociedades de Socorros Mutuos. Sin embargo, a lo largo del siglo XIX y principios del XX, ambos conceptos de salud popular e institucional no llegaron a encontrarse, evidenciando así una sociedad desintegrada. Sumado a lo anterior, también se señala que las pestes jugaron un importante papel al visibilizar la pobreza y las difíciles condiciones de vida de las personas. Fue precisamente en este contexto histórico que se dio un fortalecimiento de las organizaciones populares de las sociedades obreras de socorros mutuos, el nacimiento del Partido Demócrata y el surgimiento de la intelectualidad médica. Por lo tanto, a lo largo de este proceso se fueron configurando poco a poco los sujetos y los conceptos que contribuirían a abrir el cauce de la reforma social-legislativa del siglo XX (Illanes 23-25).

A partir de lo anterior, es posible ver que las respuestas sociales organizadas que emprendieron ambos países configuraron, por sí mismas, un complejo entramado de relaciones entre los distintos actores involucrados. Por lo tanto, para aproximarse a dicho análisis histórico se proponen un conjunto de categorías de análisis que permitan el ejercicio comparativo.

COMPARACIÓN A TRAVÉS DE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Cabe indicar que las corrientes de ideas descritas anteriormente –beneficencia, higienismo, filantropía y cuestión social– fueron asumidas por diversos actores sociales con mayor o menor capacidad de agencia y, por lo tanto, su puesta en ejecución derivó en la creación de un conjunto de instituciones configuradas de forma particular para cada uno de los países analizados.

Para el caso de Costa Rica, una de las respuestas sociales de carácter caritativo y/o de beneficencia fueron las instituciones de carácter religioso donde se prestaba albergue y cuidado a los desamparados, pobres, ancianos y enfermos. Los primeros hospicios especializados fueron los lazaretos o leprosarios, los cuales se transformarían, más tarde, en hospitales (Malavassi, *Entre la marginalidad* 22). En relación con el higienismo, se describe el hecho de que el gobierno, a través de la Subsecretaría de Higiene y luego a través de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, publicó materiales que tenían como propósito central divulgar los principios higienistas en todas las escuelas del país (Marín 19). Por su parte, como evidencia de la filantropía privada llevada a cabo en Costa Rica, existe lo documentado en relación con el encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central durante el periodo 1914-1921. Cabe indicar que las actividades de filantropía privada –claramente acompañadas de los elementos políticos y económicos de la expansión estadounidense– llevadas a cabo por la Fundación Rockefeller tuvieron

como principales frentes la lucha contra la típica tríada conformada por la anquilostomiasis, la malaria y la fiebre amarilla (Malavassi, “El encuentro” 125-126). Junto con los aspectos relacionados con el higienismo y la filantropía privada, existió también una intensa discusión sobre los procesos de salud-enfermedad que acontecieron como consecuencia de las condiciones de vida asociadas al conflicto capital-trabajo, es decir, vinculados con la cuestión social. El trabajo realizado por Monge en torno a la constitución del Banco Nacional de Seguros, creado en 1925, da cuenta de ello, pues si bien es cierto existió un inicio temprano de la participación del Estado en la atención de los procesos de salud-enfermedad en general, los riesgos del trabajo no necesariamente fueron asumidos con el mismo nivel de atención estatal que en las demás circunstancias. En este sentido, el nacimiento del obrero empezó a destacarse y a actuar en los primeros años del siglo XX, ya que, al igual que como ocurrió en otros países, el obrero es un producto histórico y una categoría moral y social (Monge 81). Respecto de este tema, es importante mencionar que en la conquista de la cobertura de riesgos del trabajo incidieron de forma importante las demandas de protección laboral del movimiento obrero.

Para el caso chileno, el hospital más antiguo fue el del Socorro, llamado hoy Hospital San Juan de Dios, el cual data de 1553, asociado a la orden seráfica de San Francisco. Durante el siglo XVIII se inauguraron diversos establecimientos asociados a la beneficencia, entre ellos: La Caridad (1726), Las Recogidas (1734), La Casa de Expósitos (1758), el Hospital de Mujeres de San Francisco de Borja (1772) y muchos otros más a lo largo del territorio chileno. Lo anterior ejemplifica algunos de los principales refugios de la beneficencia pública durante el periodo colonial (Ferrer 12).

Desde el primer proyecto de Constitución Política para Chile, ya era evidente el interés por levantar al país de sus pésimas condiciones de insalubridad, creando así la Junta Providencial de Sanidad, la cual estuvo compuesta por médicos, cirujanos, boticarios, químicos, naturalistas y profesores de otros ramos, con el fin de atender los problemas de salud pública. A estas preocupaciones asociadas al

higienismo le sucedieron muchas otras formas de organización: entre ellas, la creación de la Junta General de Salubridad, la cual contaba con atribuciones para estudiar y proponer medidas tendientes a contener la propagación de epidemias e indicar los medios más adecuados para atender a los enfermos. Al mismo tiempo, se creaban las Juntas Departamentales de Salubridad, con especiales obligaciones asociadas a la profilaxis general, principalmente en tiempo de epidemias (Ferrer 17). Las manifestaciones hechas por el Dr. Alejandro del Río durante una conferencia dada en la Universidad de Chile tenían un tono semejante al de Ferrer:

En efecto, la cifra de nuestra mortalidad permanece en el mejor de los casos estacionaria, o sólo con leves oscilaciones, en términos hoy desconocidos en el mayor número de los países civilizados; el coeficiente de la mortalidad infantil es abrumador; las endemias de profilaxis segura i conocida no cesan; las epidemias tienen libre campo de acción como en épocas se recuerda el horror i las plagas sociales, la fatídica triada: alcoholismo, tuberculosis i males venéreos, afectando al jérmen de la vida, llevan rápidamente a menos una raza que, en sus buenos tiempos, fué proverbialmente sana i fuerte (Del Río 7-8).

Por su parte, las evidencias relacionadas con la cuestión social se hallan vinculadas a la existencia de la Caja del Seguro Obrero, la cual tuvo su proceso de formación entre las últimas décadas del siglo XIX y primeras del XX. Fue en este contexto en el que se dio un proceso de cuestionamiento al orden sanitario del siglo XIX, lo cual propició el paso a uno de los intentos por responder a los desafíos de la cuestión social.

En el mismo sentido de lo anterior, se desarrolló la discusión sobre cómo entender y generar una respuesta a los problemas sociales y de condiciones de vida de la población, produciendo un paulatino cambio de paradigma en la forma de abordar las soluciones a los problemas sociales. Así, se dio el paso desde un modelo centrado en la caridad privada, con énfasis en la libertad individual, hacia

otro que abogó por acciones científicas, planificadas y con mayor participación del Estado (Ahumada 90). Además, parte de estas ideas también habían sido promovidas a partir de experiencias acontecidas en el extranjero. Tal es el caso de lo expuesto por el Dr. Exequiel González Cortés:

El funcionamiento de la institución alemana de seguros, verdadera maravilla técnica y administrativa, me dió la visión nueva de un mundo de mayor justicia social y me impulsó a estudiarlo con entusiasmo y cariño, en la esperanza de ver establecida en mi patria esa gigantesca organización (González 5).

Con una presencia aparentemente menor que en otros países latinoamericanos en el ámbito de la salud, en el contexto chileno también se desarrollaron iniciativas asociadas a la filantropía. Por ejemplo, según Ramacciotti, en los informes de la Fundación Rockefeller se destaca la Escuela de Salubridad con dependencia universitaria, creada en 1944. Hasta 1949, la Escuela de Salud Pública contó con el financiamiento de la Fundación y posteriormente tuvo un funcionamiento autónomo como parte de la Universidad de Chile. Dicha escuela tuvo como objetivo capacitar a funcionarios de salud, ingenieros sanitarios, enfermeras de salud pública, especialistas en nutrición y otros expertos técnicos, a la vez que procuró montar un centro de salud que se convirtiera en el centro de demostración y docencia. A partir de 1954, la Escuela de Salubridad fue un lugar de referencia para la capacitación de recursos humanos. Durante la primera mitad del siglo XX, las Escuelas de Salubridad de México y Chile permitieron subsanar las dificultades idiomáticas para quienes no contaban con conocimientos de inglés. Así, tuvieron más posibilidades de acceder a la formación en salud pública en América Latina (Ramacciotti 24).

INTERRELACIÓN DE LAS CORRIENTES DE IDEAS Y NECESIDADES DE UNIFICACIÓN

Las respuestas sociales y organizativas propias de la beneficencia, el higienismo, la filantropía privada y la cuestión social supusieron importantes mejoras en las condiciones de vida de las personas en ambos contextos analizados. Sin embargo, tanto en Chile como en Costa Rica, la interrelación de estas corrientes de ideas provocó un conjunto de circunstancias operativo-institucionales que se expresaron como complementariedades, sobreposiciones y/o ausencias de cobertura. A continuación, se presentan algunas aproximaciones históricas que ejemplifican dichas interrelaciones.

A partir de las ideas de la beneficencia, en el contexto costarricense surgieron dos figuras que incidieron sobre la configuración inicial del sistema de salud: la del “hospital” y la del “médico de pobres”. Luego de varios esfuerzos que no se concretaron, en 1833 se creó el Lazareto General del Estado de Costa Rica, destinado a aislar y recluir a los leprosos que deambulaban por los caminos y cuya administración recaía en la Junta de Caridad (Malavassi, *Entre la marginalidad* 62-63). Este modelo —que reunía en su seno a las principales autoridades políticas, a figuras destacadas de la Iglesia Católica y a señoras pertenecientes a las élites locales y que poseían una trayectoria de vinculación a las labores de beneficencia— se extendió al resto de las provincias del país. Por su parte, la figura del médico de pobres correspondía a un proyecto orientado a establecer médicos de pobres en cada uno de los departamentos del país¹, los cuales serían pagados con fondos municipales y con el derecho exclusivo de otorgar certificaciones en los casos de medicina legal (Archivo Nacional de Costa Rica, Fondo congreso, signat. 8079, 1847, f.1). Obsérvese que en este caso el médico de pobres es una figura que combina un fundamento asociado a la beneficencia (pobreza), al mismo tiempo que su financiamiento provenía de recursos propios de los gobiernos locales, cuyos principales objetivos estaban asociados

¹ La división territorial de la época correspondía a departamentos.

con el higienismo. Una situación semejante aconteció en Chile, ya que los servicios sanitarios estaban encomendados a los médicos de ciudad, nombrados por el presidente de la República y financiados con sueldos fiscales. Entre sus obligaciones se encontraban servir en los hospitales y lazaretos del lugar de su residencia, asistir a un dispensario gratuito, visitar cárceles, cuarteles y demás establecimientos penales para inspeccionar el aseo e higiene de los mismos, así como informar a las autoridades administrativas sobre asuntos de salubridad pública e indicar medidas higiénicas convenientes de adoptar en caso de epidemias, entre otras (Ferrer 26). En estos dos ejemplos anteriores, es posible observar interrelaciones de complementariedad entre la beneficencia y el higienismo.

Tras las repuestas de estas corrientes se sumaron las vinculadas con las ideas provenientes de la cuestión social. Por ejemplo, en el contexto chileno es posible identificar conceptos centrales de cada una de esas corrientes (beneficencia, higienismo y cuestión social) en los mensajes presidenciales de Arturo Alessandri durante el periodo 1920-1925:

Hay que velar porque su trabajo [el de los trabajadores] sea remunerado en forma que satisfaga las necesidades mínimas de su vida y las de su familia: no sólo las de su vida física sino las de su perfeccionamiento moral y de su honesta recreación. Hay que protegerlos en los accidentes, en las enfermedades y en la vejez. La sociedad no puede ni debe abandonar a la miseria y al infortunio a quienes entregaron los esfuerzos de su vida entera a su servicio y progreso. (...) Defendamos también la raza combatiendo por todos los medios, con todas las energías posibles, el alcoholismo, las enfermedades de trascendencia social y las epidemias engendradas por falta de higiene y de cultura. Esforcémonos por el desarrollo de la beneficencia pública, organizándola sobre las bases del concepto científico moderno que la impone, no por razones sentimentales, sino como un deber ineludible y premioso de defensa social (Alessandri 33).

Los vínculos operativo-institucionales entre la beneficencia y la cuestión social pueden observarse más específicamente en las alternativas de solución a los problemas financieros. En este sentido, se señala que, en el Primer Congreso de la Beneficencia Pública, si bien es cierto que no se trató directamente el tema de los seguros sociales, el abogado y profesor Julio Philippi discutió sobre nuevas formas de financiamiento a la Beneficencia Pública. Esto reflejaba la idea de que la mejora de las condiciones de vida de las personas y la creación de seguros necesarios para enfermedad, invalidez o vejez bajaría la asistencia a los hospitales y, en consecuencia, significaría una menor presión financiera a la Beneficencia Pública (Santelices 157-158).

En cierta forma, el “Proyecto sobre seguro obligatorio” –propuesto posteriormente, en 1922, por Exequiel González Cortés– retomaría la argumentación de esta iniciativa. En primer lugar, este proyecto evidenciaba las condiciones precarias bajo las que vivía la población, ya que si el jefe de hogar, por alguna razón, dejaba de trabajar significaba perjudicar a toda la familia. Y, en segundo lugar, indicaba las malas condiciones bajo las que se encontraban muchos de los hospitales del país, dando como solución la creación de una Caja de seguros sociales que ayudaría a la Beneficencia en el financiamiento de las atenciones de salud (González 254-259).

Por otra parte, en el caso de Costa Rica, la interrelación que se dio cuando aparecieron en escena las ideas de la cuestión social pueden observarse en la transformación de la figura del médico de pueblo y sus renovadas responsabilidades. Esto, pues con la aprobación del “Proyecto de Médicos Oficiales”, el 26 de octubre de 1931, se dejaban atrás los conceptos vinculados a la beneficencia y filantropía:

La ley de 1894 (...) [estaba] inspirada en un sentimiento de caridad como su mismo nombre parece indicarlo y no en una ley de protección social que contemple antes la colectividad que el individuo (Archivo Nacional de Costa Rica, serie Congreso, exp. 15994, 1931, fs. 1-34).

Esta ley asignaba a los nuevos médicos oficiales atribuciones como Jefe de Sanidad, Médico de enfermos pobres, Médico Forense, Médico Escolar, Médico de Hospital y Médico relacionado con la Ley de Accidentes del Trabajo. Para ello, se incorporó un nuevo capítulo sobre dichas obligaciones que contemplaba la asistencia sin demora o pretexto a los accidentes ocurridos a los obreros, comprendidos o no en dicha ley. Asimismo, estaban obligados a suministrar, sin demora, a las autoridades judiciales y políticas los informes o dictámenes que les solicitaran en relación con el artículo 65 de la ley de accidentes del trabajo.

Décadas más adelante, y de forma semejante para ambos países, las interrelaciones complejas y diversas entre la beneficencia, el higienismo, la filantropía privada y la cuestión social hicieron visible la necesidad de llevar a cabo una unificación de las respuestas ante los procesos de salud-enfermedad.

En el caso de Costa Rica, según lo destaca Lenín Sáenz, desde el inicio de la segunda mitad del siglo XX la firma norteamericana Gordon A. Friesen concluyó el estudio de los recursos, organización y funcionamiento de los establecimientos hospitalarios, haciendo énfasis en la desarticulación existente entre esos establecimientos y en la necesidad de llegar a establecer mecanismos de coordinación entre ellos (Sáenz 37). Por lo tanto, se pretendió resolver el problema de unificación de los servicios de salud por medio de dos vías principales: la integración de los servicios o una adecuada coordinación entre las instituciones que los prestaban. Posteriormente, en 1961, una comisión analizó la legislación, la organización y la situación económica de los servicios y recomendó unificar todas las instituciones estatales, adoptando las recomendaciones del estudio elaborado por Friesen. Para ello se plantearon dos alternativas: la creación de un nuevo Instituto Nacional de Salud o la refundición de los servicios existentes en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Precisamente ese mismo año un proyecto de ley del Dr. Rodrigo Loría Cortés propuso la creación de un Servicio Nacional de Salud presidida por el ministro de Salubridad, que asumiría las

funciones, atribuciones y obligaciones de todas las instituciones de salud existentes. Además, la recaudación y administración de sus fondos se le encargaría a la CCSS, a la que también le correspondería pagar las prestaciones del régimen de Enfermedad y Maternidad, así como de los accidentes de trabajo (Sáenz 37-38). Cabe indicar que esta necesidad de unificación discutida a mediados de siglo se reflejó en algunas de las reformas realizadas en las décadas posteriores. No obstante, dichas reformas no lograron resolver sustancialmente las condiciones de multiplicidad institucional existentes, las cuales se mantienen hasta la fecha.

En el contexto chileno, desde 1911, cuando las ideas asociadas con la cuestión social aún no habían sido plasmadas en proyectos de ley que dieran origen a una determinada institucionalidad, ya se indicaba que:

Tal es la nómina, en líneas generales, de nuestras leyes sanitarias vigentes que, si bien aúnan diversas y variadas disposiciones, no forman, sin embargo, el todo armónico, unitario, que, como eslabones de una misma cadena, debe corresponder toda legislación sanitaria codificada (Ferrer 30).

En el mismo sentido de lo anterior, y teniendo como propósito explícito la fusión de varias dependencias dedicadas a la salud pública en una autoridad sanitaria única, en 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud de Chile (SNS), a través de la Ley 10.383. Las instituciones fusionadas fueron el Servicio Médico de la Caja de Seguro Obrero (1924), el Servicio Nacional de Salubridad (1925), la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA, 1942), la sección técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección General del Trabajo, los servicios médicos y sanitarios de las municipalidades y el Instituto Bacteriológico de Chile (1929). Posteriormente, al disolverse la Caja de Accidentes del Trabajo, en 1968, el SNS asumió la administración de los hospitales y servicios médicos de esta.

Cabe indicar que la unificación que se había procurado con la creación del SNS fue luego disuelta y descentralizada en 1979, junto con el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), a través del Decreto Ley n.º 2763 del 3 de agosto de 1979, que reorganizó el Ministerio de Salud y creó los Servicios de Salud, el Fondo Nacional De Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

Como se observa, en Costa Rica las reformas realizadas no lograron resolver sustancialmente las condiciones de multiplicidad institucional existentes y se mantienen hasta la fecha; mientras que, en Chile, la unificación que se había alcanzado actualmente se encuentra disuelta y descentralizada.

CONCLUSIONES

El interés por llevar a cabo una aproximación histórica orientada a la comparación de la configuración inicial de los sistemas de salud de Chile y Costa Rica durante la primera mitad del siglo XX permitió la identificación de algunas similitudes y diferencias de interés. En primera instancia y en un sentido teórico-metodológico, la utilización de las respuestas organizativas e institucionales provenientes de la beneficencia, el higienismo, la filantropía y la cuestión social, en cuanto categorías de análisis, evidenció la necesidad de comprender más profundamente las transformaciones de dichos conceptos a lo largo del tiempo. En este caso, el abordaje desde la perspectiva de la historia de los conceptos brindaría importantes aportes interpretativos a la temática en cuestión.

Un segundo aspecto de interés en relación con la comprensión histórica de la configuración inicial de los sistemas de salud de Chile y Costa Rica apunta a que los desafíos que enfrentan ambos países siguen estando presentes en la actualidad. Esta vigencia estaría dada por el hecho de que las interrelaciones de las corrientes de

ideas analizadas siguen operando en complemento, sobreposición o ausencia de cobertura. Por lo tanto, una mirada de largo alcance –como la que se propone en el presente artículo– permite no solo comprender lo acontecido en el pasado, sino también contar con algunas claves de lectura para entender los desafíos de ambos sistemas de salud en la actualidad. Para el contexto chileno, la Convención Constitucional que inició sesiones el 4 de julio de 2021 incluyó en el texto definitivo de la propuesta de Constitución Política de la República de Chile de 2022 (Capítulo II Derechos Fundamentales y Garantías, Artículo 44) un conjunto de elementos que se orientan a un carácter universal, público e integrado del Sistema Nacional de Salud. Este sistema deberá regirse por los principios de equidad, solidaridad, interculturalidad, pertinencia territorial, desconcentración, eficacia, calidad, oportunidad, enfoque de género, progresividad y no discriminación. En este sentido, los hallazgos históricos de la configuración inicial del sistema de salud chileno brindan importantes experiencias organizativas, técnicas y programáticas que sería conveniente revisar.

Es importante mencionar que, tanto la estrategia metodológica –análisis histórico a través de la comparación– como las categorías de análisis seleccionadas para llevar a cabo la presente discusión –beneficencia, higienismo, filantropía privada y cuestión social– son susceptibles de ser aplicadas para analizar comparativamente otros contextos, aportando así al pensamiento global de la historia. Para el contexto latinoamericano, esta posibilidad de comparar a través de las similitudes y diferencias en los procesos de configuración inicial de los sistemas de salud constituiría también un posible punto de entrada para aproximarse a otros procesos históricos vinculados. Un ejemplo de lo anterior sería la historia de los movimientos sociales, la historia de la circulación de saberes y la historia cultural, entre otras.

En este ejercicio preliminar de investigación histórica prevaleció la estrategia metodológica de la comparación. Sin embargo, durante el trabajo con las fuentes también emergieron aspectos que darían la posibilidad de analizar los procesos históricos de ambos países en un

sentido relacional, generando así nuevas posibilidades y perspectivas de abordaje de la temática en cuestión.

REFERENCIAS

- ARCHIVO NACIONAL DE COSTA RICA, serie congreso, exp. 15994, 1931, fs. 1-34.
- _____. signat. 8079, 1847, f.1.
- ALESSANDRI, ARTURO. *Recuerdos de Gobierno, Administración 1920-1925, Tomo I*. Santiago de Chile, Nascimento, 1967.
- ARMUS, DIEGO. “La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna”. *Asclepio*, Vol. 54, No. 2, 2002, pp. 41-60.
- AGUILAR, MANUEL. “La huella de la beneficencia en los Servicios Sociales”. *Zerbitzuan: gizarte zerbitzuetarako aldizkaria, Revista de Servicios Sociales* vol. 48, 2010, pp. 9-16.
- AHUMADA BENÍTEZ, DANIEL. “El proceso de formulación de la ley de la Caja del Seguro Obrero obligatorio de 1924”, *Notas históricas y geográficas*, vol. 21, 2018, pp. 89-121.
- BOTEY, ANA. *Los Actores Sociales Y La Construcción de Las Políticas de Salud Del Estado Liberal En Costa Rica (1850-1940)*. Universidad de Costa Rica, 2013.
- CARASA, PEDRO. *Pauperismo y revolución burguesa en Burgos 1750-1900*. Valladolid, Ediciones Universidad de Valladolid Autoridad UVA, 1987.
- CARBONETTI, ADRIÁN, LILA AIZENBERG Y MARÍA LAURA RODRÍGUEZ. “La Historia Social de La Salud Y La Enfermedad: Conformación, Logros Y Desafíos”. *Estudios*, núm. 30, 2013, pp. 145-157.
- CARRO, MARÍA DEL ROCÍO Y GABRIEL ESPINOZA CARRO. “La historia de la Seguridad Social en Costa Rica”. *Revista Judicial*, núm. 119, 2016.

- DEL RÍO, ALEJANDRO. "El problema sanitario". Conferencia dictada el 28 de julio de 1923, Universidad de Chile, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*, vol. 3, núm. 3, 1924.
- GARCÍA, JOSÉ. *Beneficencia y sanidad en el siglo XVIII*. El Hospital de San Juan de Dios de Murcia, Universidad de Murcia, España, 1996.
- GONZÁLEZ CORTÉS, EXEQUIEL. "Proyecto sobre seguro obligatorio". *Boletín de la Oficina del Trabajo*, vol. 21, 1923, pp. 254-259.
- _____. *Los Seguros Sociales (enfermedad, maternidad, invalidez, ancianidad y muerte)*. Santiago de Chile, S/E, 1927.
- GREZ, SERGIO. *La "cuestión social" en Chile: ideas y debates precursores, 1804-1902. Vol. 7*. Santiago de Chile, Ediciones DIBAM, 1995.
- HERNÁNDEZ, LUCRECIA. *Sistemas de salud: marco conceptual*. Ciudad de Guatemala, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2006.
- HOCHMAN, GILBERTO Y DIEGO ARMUS. *Cuidar, Controlar, Curar: Ensaíos Históricas Sobre Saúde E Doença Na América Latina E Caribe*. Río de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2004
- ILLANES, MARÍA. *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia: historia social de la salud pública-Chile-1880/1973 (Hacia una historia social del siglo XX)*. Santiago de Chile, Colectivo de Atención Primaria, 1993.
- FERRER RODRÍGUEZ, PEDRO. "Higiene y asistencia pública en Chile". Conferencia dictada en la V Conferencia Sanitaria Internacional Americana, Santiago de Chile, Imprenta Barcelona, del 5 al 12 de noviembre de 1911.
- MARÍN, JUAN JOSÉ. "De curanderos a médicos. Una aproximación a la historia social de la medicina en Costa Rica (1800-1949)". *Diálogos. Revista electrónica de historia* 1/2 (2000). 1-38.
- MALAVASSI, ANA PAULINA. *Entre la marginalidad social y los orígenes de la salud pública: leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica (1784-1845)*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2003.

- _____. “El encuentro de la Fundación Rockefeller con América Central, 1914-1921”. *Diálogos. Revista electrónica de historia* 7 (2006): 115-149.
- MESA-LAGO, CARMELO. *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. Santiago: CEPAL. Unidad de Estudios Especiales, 2005.
- MINISTERIO DE SALUBRIDAD, PREVISIÓN Y ASISTENCIA SOCIAL DE CHILE. “Ley 10.383: Modifica La Ley 4054 Relacionada Con El Seguro Obligatorio”. Agosto de 1952.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE CHILE. “Decreto Ley n.º 2763: Reorganiza el ministerio de salud y crea los servicios de salud, el fondo nacional de salud, el instituto de salud pública de Chile y la central de abastecimiento del sistema nacional de servicios de salud”. 3 de agosto de 1979.
- MONGE ALFARO, CARLOS. *Nuestra historia y los seguros*. San José, Editorial Costa Rica, 1974.
- MORENO, LUIS. *Ciudadanos precarios. La “última red” de protección social*. Barcelona, Editorial Ariel, 2000.
- OLSTEIN, DIEGO. *Thinking history globally*. Londres, Palgrave Macmillan, 2015.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *World Health Report: Health Systems Improving Performance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
- ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS (OCDE). *Reviews of Health Systems: Costa Rica*. OECD Publishing, 2017.
- _____. *Estudios de la OCDE sobre salud pública: Chile hacia un futuro más sano evaluación y recomendaciones*. OECD Publishing, 2019.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *100 Años de Salud Costa Rica Siglo XX*. San José, Organización Panamericana de la Salud, 2003.

- RAMACCIOTTI, KARINA INÉS. “La Fundación Rockefeller y la enfermería en Chile y Argentina en los años cuarenta”. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, S/N, 2019, pp. 1-19.
- SANTELICES, RAMÓN, JULIO PHILIPPI Y JORGE MATTE. “Los impuestos a favor de la beneficencia”. *Revista de la Beneficencia Pública*, S/N, 1917, pp. 157-158.
- SÁENZ, LENÍN. “Desarrollo del Sistema de Salud en Costa Rica”. En Organización Panamericana de la Salud, *100 años de salud. Costa Rica. Siglo XX*, San José, Organización Panamericana de la Salud, 2003, pp. 33-51.
- SULEK, MARTY. “On the classical meaning of *philanthrôpía*”. *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly*, vol. 39, núm. 3, 2010, pp. 385-408.
- VIALES, RONNY. “Construcción, trayectoria y límites del régimen liberal de bienestar en Costa Rica. 1870-1940”. *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, vol. 9, 2008, pp. 1407-1438.
- VIGARELLO, GEORGES. *Lo sano y lo malsano. Historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid, Abada Editores, 2006.