

## Asistentes sociales en el SNS. Burocracia, Estado y políticas sociales en Chile, 1952–1973

Social workers in Chilean National Health Service (NHS).  
Bureaucracy, State and social policies in Chile, 1952–1973

Maricela Gonzalez <sup>1</sup>

mgonzalez@santotomas.cl

Jorge Farah<sup>2</sup>

jfaraho@gmail.com

---

**Resumen:** El artículo analiza la historia de la implementación de la exitosa política sanitaria chilena del Servicio Nacional de Salud (SNS) entre los años 1952 y 1973, periodo que se caracterizó por la expansión en la cobertura de los beneficios sociales, el mejoramiento de los indicadores de calidad de vida de la población chilena y la tendencia a la universalización de la asistencia. Se utiliza como eje de análisis el trabajo desarrollado por las asistentes sociales a fin de examinar una arista poco trabajada por la historiografía del Estado y que consiste en explorar el desenvolvimiento de las burocracias encargadas de la implementación de las políticas sociales, a fin de desentrañar las tensiones, contradicciones y arreglos que se juegan en la construcción de la acción estatal más allá de sus objetivos y metas. Como profesionales que interactuaban con las personas, las asistentes sociales soportaron el peso del trabajo cotidiano de la política social y contribuyeron a la legitimación del Servicio, a la vez que mostraron las disputas al interior de los equipos de salud y la crítica situación del rígido aparato burocrático.

**Palabras clave:** Estado Benefactor, Chile, asistentes sociales, implementación, política sanitaria.

**Abstract:** This paper analyses the story behind the implementation of the successful Chilean health policies by the National Health Service (NHS), between 1952 and 1973, a period distinguished by the expanded coverage of social benefits, the improvement of quality of life indicators and a tendency to universalise assistance among the Chilean population. The analysis has been centred on the work performed by social workers so as to examine an aspect that has been under-addressed by historiography about the State, a perspective that consists in exploring the performance of those bureaucracies in charge of implementing social policies, to discover the strains, contradictions and arrangements involved in building the State's actions, beyond its objectives and goals. As professionals in close contact with the people, social workers endured the burden of the everyday work around social policies, and contributed in legitimising the Service, as well as bringing out existing disputes among the health teams and the critical situation of the stiff bureaucratic structure.

**Keywords:** Welfare State, Chile, social workers, implementation, health policy.

---

<sup>1</sup> Escuela de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales y Comunicaciones, Universidad Santo Tomás. Calle Ejército n°146, Santiago, Chile.

<sup>2</sup> Doctorado en Ciencias Sociales. Universidad de Granada. Av. del Hospicio, s/n, Granada, España.

## Introducción

Las burocracias han sido un tema poco estudiado por la historiografía chilena. Antes de 1980, cuando el sector público era significativo en términos de la generación de empleo, la participación en la economía y el gasto estatal, se abordó en algunos trabajos el estudio de los empleados del Estado con un carácter global y desde una perspectiva fundamentalmente económica (Cleaves, 1974; García y Urzúa, 1971; Humud, 1969). Otras investigaciones han enfrentado el tema de los funcionarios públicos como actores políticos y/o miembros de la clase media, dado que la ampliación del aparato estatal posibilitó el ensanchamiento de este sector a través de la educación, los mayores ingresos y la preparación técnica (Candina, 2009, 2013; Estrada, 1985; Petras, 1969; Tomic, 1980).

La literatura histórica ha tomado poco en cuenta también el papel del burócrata en los procesos de implementación de la política pública, a pesar de que ya desde la década de 1970 –fundamentalmente a partir de los trabajos de Michael Lipsky– se produjo una valorización de los llamados “street-level bureaucrats” (burócratas de nivel de calle), esto es, los trabajadores del servicio público que interactúan con ciudadanos y que tienen una discrecionalidad considerable en la ejecución de su trabajo (Lipsky, 1980, p. 3)<sup>3</sup>.

Como puntualizaron Lipsky y otros teóricos posteriores, los burócratas, anteriormente considerados por Weber como sujetos de segunda fila, impulsores de decisiones ajenas y extraños al proceso político (Weber, 1980), son en realidad personas que en su función cotidiana sí ejecutan decisiones frente al público, por lo que son un componente crítico de la concreción de la política. Este poder los lleva a ser reproductores, a nivel local, del control social del Estado pero, al mismo tiempo, se trata de funcionarios sensibles a las necesidades de las personas y, en ese sentido, pueden alterar el curso establecido de un programa social.

En ese marco, el artículo se propone examinar la conformación del Estado Benefactor chileno desde la figura de la implementación de la política pública<sup>4</sup>. El objeto de análisis es el Servicio Nacional de Salud, institución cuyos principios y rasgos se aproximan al modelo europeo y, dentro de él, se estudiará a las asistentes sociales como funcionarios de “nivel de calle”, dado que trabajaron principalmente en la ejecución de la política sanitaria, con

roles destacados en la atención de casos sociales, grupos familiares y asociaciones comunitarias.

Se pretende discutir historiográficamente su inserción, aporte y, particularmente, los diálogos que establecieron con la institucionalidad burocrática del SNS y con los otros actores del proceso sanitario. La hipótesis de base afirma que fueron profesionales relevantes para concretar los objetivos globales que inspiraron al Servicio y permitieron expandir la cobertura de la política, establecer vínculos significativos con la comunidad e implantar una pedagogía sanitaria con las usuarias de los principales programas. Nos aproximamos, así, al estudio historiográfico del aparato estatal desde la perspectiva de las *prácticas*, es decir, de la conjugación entre *lo hecho* y el *modo de hacerlo* (Bourdieu, 2007, p. 85-90), dado que las prácticas desbordan el punto de vista prescriptivo y normativo que suele dársele a la política social y se abren hacia facetas menos observadas, más oblicuas y sinuosas del proceso histórico. Nos desprendemos así de la visión monolítica del Estado para dar paso al análisis de la *acción estatal* como un proceso donde se tejen reformulaciones, negociaciones, arreglos y divergencias (Graycar, 1983, p. 379-393).

El artículo se organiza en dos partes. En la primera se realiza un breve recorrido por el origen del servicio social en Chile, enfatizando la relación histórica de la profesión con las ciencias médicas. En la segunda parte se describen las principales tareas y roles que tuvieron las asistentes sociales del SNS y se profundiza en las características y tensiones que se expresaron en este proceso de conformación del proyecto de Estado Benefactor en Chile. Se conducirá el trabajo tratando de responder a las interrogantes: ¿qué nos dicen los relatos de las asistentes como profesionales dentro de los equipos sanitarios? ¿qué aristas de la política sanitaria nos muestran, diferentes al relato prescriptivo de los médicos y de los indicadores epidemiológicos y sociales generales?

## Panorama general de las asistentes sociales chilenas en la medianía del siglo XX y su posición al interior del SNS

Encontramos a las primeras asistentes sociales profesionales en Chile –tituladas como “visitadoras”– a

<sup>3</sup> La importancia de estos burócratas la planteó Lipsky en el marco de la crisis de los Estados de Bienestar desde preguntas como: ¿por qué no funcionan las políticas públicas?, ¿por qué la intervención del Estado no es todo lo eficiente y eficaz que se ha previsto?, ¿por qué no hay un transcurso lineal entre políticas bien formuladas y ejecuciones adecuadas?

<sup>4</sup> No existe una posición única acerca de la existencia en Chile y Latinoamérica de un Estado de Bienestar. La diversidad de autores y posturas es amplia y, a efectos de este trabajo, se ha seguido la hipótesis de Carmelo Mesa-Lago, que plantea la existencia de un Estado Benefactor latinoamericano sui generis, inspirado en el paradigma europeo de posguerra, caracterizado por su estratificación y desarrollo fragmentario, lo que le habría impedido el universalismo en los sistemas de seguridad social y sanitarios (Mesa-Lago, 1985, p. 99).

finis de la década de 1920, luego de que se creara la Escuela de Servicio Social de la Junta de Beneficencia el año 1925, seguida en 1929 por la Escuela Elvira Matte de Cruchaga, anexa a la Universidad Católica de Chile. Ambas compartieron el espíritu modernizador del Estado asistencial chileno y se esforzaron por procurar una intervención científica de la miseria, a pesar de que la primera propiciaba un acercamiento “neutro” a los problemas sociales, mientras que la segunda buscaba la formación de profesionales inspiradas en valores cristianos (Illanes, 2007, p. 290-291).

No se fundaron nuevas escuelas sino hasta 1940, cuando se creó la primera de carácter estatal dependiente del Ministerio de Educación con sedes en Santiago, Temuco y Concepción. Desde 1950 estas escuelas fueron traspasadas a la Universidad de Chile —con dependencia de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales— y las antiguas visitadoras asentaron su proceso de profesionalización, pasando a llamarse “asistentes sociales” (Hederra, 1950-1951). Durante esa década y la siguiente se consolidó su formación propiamente universitaria, se fundó el Colegio de Asistentes Sociales (Farah, 2010), se amplió la formación a regiones (Gómez, 1995, p. 22) y el número de profesionales tituladas fue aumentando de modo sostenido, de manera tal que hacia 1968 había 2.263 asistentes sociales activas y un 90% de las que se habían titulado en los últimos diez años se encontraba trabajando profesionalmente (Ministerio de Salud Pública, 1970, p. 297).

A pesar de que el campo laboral de las asistentes sociales era amplio, hacia mediados de la década de 1960 trabajaban más de 700 de ellas en el sector salud y 636 lo hacía en el SNS, lo que equivalía a cerca de un 30% de las profesionales en ejercicio y poco menos de un 20% de todas las tituladas desde la creación de las primeras escuelas de servicio social.

Debido a esto, las asistentes sociales representaron históricamente un sector profesional importante en el ámbito sanitario y fueron relevantes actores en la modernización de las instituciones asistenciales emprendida por los médicos en la década de 1920. Alejandro del Río, médico de avanzadas ideas sanitarias, asumió en ese momento el liderazgo intelectual y práctico de la reforma a los hospitales y siendo miembro de la Junta de Beneficencia y Asistencia Social, escribió profusamente sobre los cambios que debían realizarse y elaboró proyectos específicos para transformar edificios asistenciales, tecnificar la administración hospitalaria y ajustar la infraestructura a

diseños racionales y científicos (Bernales y Del Río, 1917; Del Río, 1917, 1918, 1921). Al mismo tiempo, junto con Ismael Valdés y Gregorio Amunátegui se convencieron de la necesidad de crear un nuevo oficio que saliera de los estrechos recintos médicos y se dedicara a la “investigación de las causas” (Sand, 1927, p. 43)<sup>5</sup> de las enfermedades, causas que se relacionaban directamente con las condiciones sociales de vida de las personas, con la miseria de las viviendas y la carencia de recursos y conocimientos para prevenir y atacar los males.

Entre 1920 y 1925 el estamento médico debatió abundantemente acerca de las características deseables de esta nueva profesión. Se escuchó la opinión de las Damas del Patronato (gestoras de las Gotas de Leche<sup>6</sup>) que fueron consultadas debido a su “conocimiento de lo que es la enfermedad en la casa de un pobre” (Isaza y Valdés, 1923; p. 249 y 254). También se visitaron servicios asistenciales en Estados Unidos y Europa y se leyeron obras canónicas como el libro *El hospital como agente social en la comunidad* de Lucía Cornelia Catlin, donde se sostenía que el servicio social constituía una rama especializada de la atención hospitalaria (Catlin, 1919, p. 198).

De esta manera, una impronta sanitaria marcó a las primeras visitadoras, formadas para nutrir de profesionales a los nuevos hospitales, cuyo boceto tenía en mente Alejandro Del Río. Este sello formativo tuvo efectos inmediatos en los espacios laborales y en estos primeros años de vida profesional las visitadoras sociales se insertaron mayoritariamente en los servicios de salud. A modo de ilustración, constatamos que entre 1926 y 1932, es decir, en los primeros siete años de existencia de la Escuela de la Beneficencia, un porcentaje no menor al 41% de las visitadoras que ejercían la profesión, lo hacía en el ámbito sanitario, principalmente en hospitales de la Junta, Asistencia Pública, maternidades, Dirección Nacional de Sanidad, Seguro Obligatorio, entre otros (De Bray, 1932, p. 195-206)<sup>7</sup>.

El lazo entre Servicio Social y lo sanitario se mantuvo en Chile hasta entrados los años setenta, lo que se explica desde procesos históricos hermanados. Por una parte, las escuelas estatales incorporadas a la Universidad de Chile a comienzos de los cincuenta desarrollaron un acercamiento a las ciencias sociales y jurídicas, mientras que la Escuela de la Beneficencia fue traspasada al SNS en 1952, con una fuerte formación sanitarista.

Por otro lado, el SNS asumió responsabilidades en la formación de profesionales —de hecho, mantuvo

<sup>5</sup> René Sand fue un sanitarista belga que Alejandro Del Río conoció en Europa y que inspiró la fundación de la primera escuela de servicio social en Chile.

<sup>6</sup> Las Gotas de Leche fueron instituciones filantrópicas extendidas por varios países del mundo desde fines del siglo XIX. Su objetivo fue combatir la mortalidad y la desnutrición infantil y apoyar a madres pobres que criaban. En Chile quedaron al alero del Patronato Nacional de la Infancia y la primera se inauguró en 1911.

<sup>7</sup> Los datos fueron trabajados sobre la base del total de visitadoras ejerciendo entre 1926 y 1932 y fueron los siguientes: 1926: 50%; 1927: 52,3%; 1928: 64,8%; 1929: 41,8%; 1930: 46,6%; 1931: 47,4%; 1932: 44%.

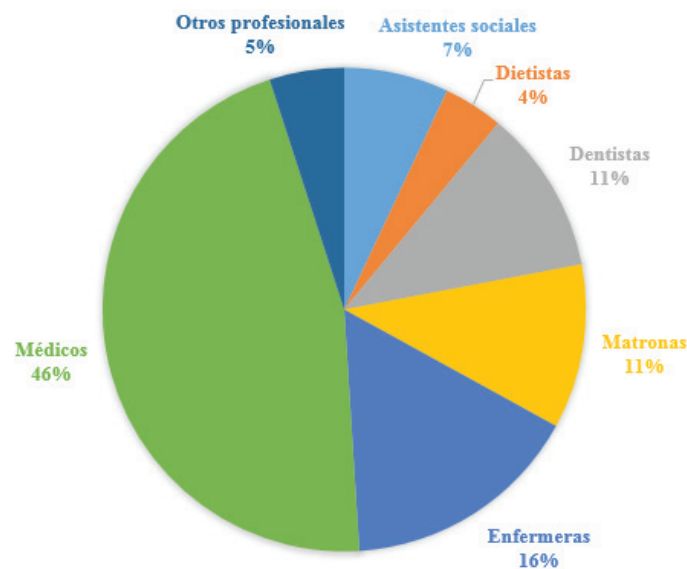
también bajo su tutela la formación de enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, nutricionistas, entre otros— para construir y mantener la burocracia sanitaria que necesitaba. Esto implicó que las asistentes sociales instruidas por el Servicio fueran entrenadas específicamente para desempeñarse en él<sup>8</sup>. Así, en el primer ciclo del plan de estudios se realizaban visitas para conocer la atención médica al niño, desde el segundo año se analizaban casos sociales del programa materno-infantil y en los periodos siguientes se realizaban estadías prácticas en organismos dependientes del Servicio en Santiago y regiones (Álvarez *et al.*, 1966, p. 30-31). Hacia fines de la década de 1950 la relación entre la profesión y el SNS se estrechó cada vez más, definiéndose en 1961 normas propias de la Sección de Servicio Social de la institución, especificándose los deberes en las zonas y centros de salud, en la Casa Nacional del Niño, en hospitales y consultorios externos, en la atención materno-infantil y con menores en situación irregular; de manera creciente, se fueron concretando también las funciones de las asistentes sociales en los organismos locales de salud y en la participación comunitaria (Álvarez *et al.*, 1966, p. 86-94).

Así, siendo el SNS la institución que cubría cerca del 70% de las prestaciones de salud del país, las asistentes sociales llegaron a constituir un 7% de los profesionales

que integraban el equipo sanitario del Servicio (Gráfico 1), pese a no tener una formación estrictamente médica. Esta presencia también se ilustra teniendo en consideración que en el quinquenio 1959-1963, de las 487 asistentes sociales tituladas, 141 de ellas (es decir, un 29%) trabajaba en el SNS, porcentaje que se mantuvo más o menos estable hasta 1975. Adicionalmente, hay que considerar que el número absoluto de estas profesionales creció y en el año 1973 llegaron a trabajar 873 asistentes sociales en el Servicio, casi doblando a las 484 que figuraban en el año 1965 (Instituto Nacional de Estadísticas, 1970-1975; SNS, 1965-1968).

## El SNS como proyecto de Estado Benefactor en Chile: las asistentes sociales, sus prácticas de intervención social y las tensiones en la implementación de la política sanitaria

Las asistentes sociales fueron, por varias razones, actores estratégicos en la implementación de la política sanitaria chilena en el periodo 1952-1973, etapa que coincide con el auge del denominado Estado Benefactor. A su



**Gráfico 1.** Porcentaje de profesionales del equipo sanitario del SNS. Promedio años 1965-1973.

**Graph 1.** Percentage of professionals in the NHS health team. Average years 1965-1973.

Fuente: Elaboración propia, a partir de las estadísticas contenidas en (Ministerio de Salud Pública, 1970, p. 297).

<sup>8</sup> Se estimaba que el SNS necesitaba conformar una planta de 30.000 funcionarios para empezar a operar (Editorial, 1955, p. 55) y hacia 1973 tenía más de 70.000 empleados entre profesionales, técnicos y personal de servicio (Lavados, 1983, 105).

presencia numérica al interior de la institución se le suma la posición organizacional que ocuparon (básicamente subordinada), su formación social y jurídica pero con el sello sanitario anteriormente descrito, y el rol profesional de trato directo con las personas. Todos estos elementos hicieron que en el flujo de la política social —que va desde la formulación de sus objetivos más generales hasta llegar a la ejecución de los programas específicos (Meny y Thoening, 1992; Parsons, 2007; Sabatier, 2007)—, las asistentes sociales se ocuparan mayoritariamente en esta última etapa, lo que en el contexto del SNS se denominó el área “operacional” (no directiva) del Servicio.

Esa posición y sus funciones a cargo caracterizan a las asistentes sociales como “burócratas de calle” encargadas de llevar a la práctica el programa sanitario del país y permiten visualizar, en los pliegues de la política pública, las prácticas efectivas de intervención desplegadas en el periodo estudiado. Sus tareas se concentraban en la atención de público, el trabajo de oficina, los trámites internos, las visitas a salas y reuniones; a esto se le sumaban las actividades en terreno, que implicaban visitas domiciliarias, trámites externos, promoción comunitaria y formación y animación de grupos<sup>9</sup> (Álvarez *et al.*, 1966,

p. 23). Y aunque la mayor parte de ellas se desempeñaba en los hospitales del Servicio (Tabla 1), también estuvieron presentes en los equipos de salud de los consultorios, policlínicos, sanatorios, centros materno-infantiles, casas de socorro, hogares y casas de menores, en centros especializados y reparticiones administrativas (Wiegand y Ramírez, 1954, p. 63).

## Las rutinas de la acción

Un examen detallado del trabajo de las profesionales permite indagar en aspectos específicos de la implementación de la política sanitaria, dando cuenta de un trabajo diferenciado a partir de su inserción en distintas instituciones del Servicio.

Comenzando por el trabajo hospitalario, se puede señalar que había tres procesos donde intervenía la asistente social: al ingreso, en la permanencia y en el egreso del enfermo. En el ingreso, el énfasis estaba en “intervenir en forma oportuna para hacer un ambiente propicio y cordial al enfermo”; con este objeto se le daba “a conocer el régimen de vida de la institución”, informándosele de los servicios con que contaba, del trabajo del equipo médico y las ventajas de

**Tabla 1.** Evolución del número de asistentes sociales trabajando en el SNS por tipo de establecimiento, años 1965-1975.

**Table 1.** Evolution of the number of social workers working in the NHS by type of establishment, years 1965-1975.

Año	Hospital	Consultorio	Dirección de Zona	Servicio Delegado de Hospitalización	Asistencia Pública	Hogar/Casa de Menores	Jefatura Área	Control Anti Venéreo	Centro de Adiestramiento	Total de Asistentes Sociales
1965	393	62	4	2	5	7	3	1	3	484
1966	399	67	8	2	4	4	...	...	3	487
1967	378	64	10	3	6	...	...	1	3	476
1968	346	59	15	1	10	...	...	...	...	500
1969										...
1970	467	57	3	1	6	40	...	...	...	651
1971	478	71	8	1	8	33	...	...	...	698
1972	640	61	8	3	...	49	...	...	...	773
1973	684	95	16	4	22	48	...	...	...	873

Fuentes: Elaboración propia, a partir de (Instituto Nacional de Estadísticas, 1970- 1975; SNS, 1965-1968).

<sup>9</sup> Con este estudio en Santiago y regiones, Orieta Álvarez determinó que el trabajo en “el establecimiento” ocupaba cerca de un 65% de las horas de una asistente social, mientras que el terreno consumía el otro 35%.



“esta forma de atención” (Wiegand y Ramírez, 1954, p. 69). Recién llegado, se le aplicaba una encuesta para consignar sus datos de identificación (atención médica previa y de hospitalización presente: servicio, sala y cama), información médica (diagnóstico) y constitución del grupo familiar. Además, en un espacio en blanco, la asistente social era libre para rellenar con información que profundizaba los datos generales y que prescribía también un “tratamiento social” (Wiegand y Ramírez, 1954, p. 66).

Durante su permanencia, la asistente social realizaba una vinculación con el ambiente del hospitalizado (familia y trabajo principalmente), a fin de establecer las características de personalidad y los elementos de su entorno que podían ayudar o dificultar el proceso de recuperación. Se atendían todos los problemas generados por la hospitalización, como ausentismo laboral o abandono de los hijos y se preocupaba también de los estados emotivos, en particular de la “regresión” que padecían muchos internados y que originaban irritabilidad, inconformidad, quejas y dudas. Adicionalmente, la asistente social gestionaba los beneficios para la persona una vez establecido el diagnóstico médico, como pensiones de invalidez, acogida en la unidad de medicina preventiva, subsidios, etc.

Por último, se preocupaba en especial de la situación de egreso del enfermo, “preparándolo a él y a su familia para que el ambiente le sea favorable en el hogar y en el trabajo” (Wiegand y Ramírez, 1954, p. 71). Se le explicaban con detalle las instrucciones dadas por el médico, se lo enlazaba con la Caja de Previsión que le correspondiese y se lo guiaba para hacer uso de beneficios externos. En algunos casos, el enfermo era egresado del hospital por “medida disciplinaria”; en dichas circunstancias se lo encauzaba para que continuara con el tratamiento médico, “procurando modificar aquellos rasgos de su personalidad que la determinaron” (Wiegand y Ramírez, 1954, p. 72).

A nivel de los policlínicos generales, por su parte, el servicio social sólo intervenía a expresa solicitud del enfermo o del médico. Era frecuente que los pacientes solicitasen la ayuda de la asistente social cuando tenían problemas que impedían la hospitalización inmediata (por ejemplo, no tener a quién dejar el cuidado de los hijos) o cuando era necesario orientarlo respecto de un servicio especializado. También acudían para obtener rebaja o gratuidad en el pago de la atención médica y para solicitar la tramitación de gestiones que no estaban a su alcance (por ejemplo, buscar un domicilio transitorio para personas de provincia o falta de camas). En síntesis, se trataba más bien de acciones paliativas de corto alcance y de breve duración (Wiegand y Ramírez, 1954, p. 67).

En los policlínicos especializados, en cambio, la labor era más demandante e integral. A menudo se debían estudiar los factores psíquicos, físicos y sociales que estaban presumiblemente influyendo en la enfermedad, cooperar en los tratamientos médicos ambulatorios, resolver los problemas individuales que pudiesen agravar la enfermedad y vigilar de cerca al enfermo a fin de asegurar que durante el tratamiento y la convalecencia siguiera asistiendo al control médico (Wiegand y Ramírez, 1954, p. 68).

Pero el hospital y los policlínicos podían ser más que centros de asistencia sanitaria. Para la asistente social Rosa Carrasco, el hospital era el eje alrededor del cual giraban todas las acciones del SNS y le correspondía coordinar las iniciativas emprendidas por la comunidad para mejorar sus condiciones de salubridad (Carrasco *et al.*, 1963, p. 33). Lo mismo ocurría con consultorios y unidades sanitarias que, al preocuparse de las circunstancias ambientales generales en las que vivían las personas, fueron los que desarrollaron de manera precursora el trabajo comunitario en salud (Urzúa, 1947, p. 26, 1952, p. 33)<sup>10</sup>.

Al pasar el tiempo, el SNS se acercó al “terreno” a través de campañas de vacunación, control de la madre embarazada y del niño sano y mediante la labor de saneamiento, líneas de trabajo a partir de las cuales fue incrementando su presencia y profundidad en las poblaciones. Además de suscribir una noción amplia de salud que implicaba velar por el bienestar general de la población, el Servicio tomó conciencia de que persistían graves problemas de condiciones sanitarias que agravaban o impedían que otros programas tuvieran éxito y, por ende, que se hacía necesaria una intervención en las circunstancias socio-ambientales para generar un “piso sanitario” que favoreciera la mejora global de la calidad de la salud de la población y de los indicadores específicos de evaluación (principalmente mortalidad y morbilidad). En ese sentido, era perentorio “fomentar las relaciones comunales con el fin de obtener colaboración de la comunidad en los programas de salud” (Carrasco *et al.*, 1963, p. 34); por un lado, para contrarrestar el desconocimiento que un espectro de la población seguía teniendo acerca de las enfermedades y sus modos de transmisión; y, por el otro, “por la necesidad de orientar a los individuos en la participación activa que les [permitiera] solucionar sus problemáticas comunes, especialmente las que incidían en salud” (Carrasco *et al.*, 1963, p. 34).

De esta manera, el SNS pudo traducir —como sostiene Lipsky (1980, p. 40)— los objetivos prescriptivos del modelo sanitario al nivel de la intervención concreta en la vida de las personas, mediante la presencia de las asistentes

<sup>10</sup> El trabajo de las unidades sanitarias, nacidas a mediados de la década de 1940, adelantó, en muchos sentidos, la filosofía y la intervención sanitaria del SNS, pues propició experiencias pioneras de coordinación de acciones de salud, trabajo con sectores populares, educación sanitaria, entre otros.

sociales, quienes a la larga fueron las que pusieron al S.N.S en contacto directo con los problemas sanitarios. Como señaló Verónica Romero<sup>11</sup>, asistente social entrevistada para esta investigación:

*Los alumnos de medicina de último año salían a trabajar en terreno, salían a hacer visitas domiciliarias, a ver a los grupos, a la comunidades [...] Y éramos las asistentes sociales las monitoras de los estudiantes de medicina. Uno los llevaba a ver la realidad. Los alumnos de medicina, que en general eran de clase alta, no habían visto nunca una "callampa"<sup>12</sup>. ¿Cuándo la habían visto? ¡Jamás en su vida! Cada una de nosotras salía con un grupo de 3 o 4 alumnos de medicina, íbamos a las poblaciones con ellos, ellos veían las entrevistas nuestras<sup>13</sup>.*

Al SNS ese trabajo comunitario le sirvió para ganar legitimidad en la población chilena, dado que requería "que sus programas fuesen aceptados" (Carrasco *et al.*, 1963, p. 35). El trabajo comunitario, entonces, permitió llegar a un mayor número de personas en menos tiempo y, a la vez, implementó acciones más cercanas a las necesidades de cada territorio. Para eso, el Servicio trató de conocer las estrategias que las propias comunidades utilizaban para resolver sus problemas de salud y, en particular, realizó un trabajo coordinado con otras instituciones locales. Hacia 1965 se podía estimar que el trabajo había alcanzado ya a 19 comunidades con poblaciones entre mil y quince mil habitantes, entre las cuales contaban "caseríos rurales, "poblaciones callampas", comunidades artificiales (formadas por familias que antes se encontraban diseminadas en la ciudad y fueron agrupadas en un sector determinado) y áreas industriales semi-urbanas" (Carrasco *et al.*, 1963, p. 33).

Fue el caso de la Unidad Sanitaria Dr. Alejandro del Río, en Puente Alto, donde la asistente social y dos alumnas en práctica articularon a los vecinos de la población "Esfuerzo" con miembros de la Juventud Católica y empleados de la Fábrica Textil Victoria para crear la Policlínica Rosa M. de Ojeda, que atendía primeros auxilios y contaba con una posta infantil que funcionaba una vez a la semana y una oficina de asistencia social (Oñate y Riquelme, 1953, p. 9 y ss.). Posteriormente, a iniciativa de esta última se creó el Club Social "La Igualdad", orientado "a la solución de problemas y al mejoramiento de las condiciones de vida" (Oñate y Riquelme, 1953,

p. 33) y que quedó estructurado en tres comités: salubridad, bienestar y divulgación cultural. El Club detectó que sus principales problemas eran el agua potable y la de regadío, la extracción de basuras, el alumbrado público, el mal estado de los puentes, la dificultad de tránsito en las calles de la población y la falta de vigilancia policial. Por su parte, la Unidad Sanitaria "priorizó la labor de protección de la salud de los escolares y prevención de las enfermedades, aplicando en forma intensiva la vacunación, e investigando [...] el grado de nutrición de los alumnos" (Oñate y Riquelme, 1953, p. 35); también organizó un club de madres y llevó a cabo otras acciones como medicina curativa, control de enfermedades infecciosas, saneamiento ambiental y control de enfermedades venéreas (Oñate y Riquelme, 1953, p. 6).

Las asistentes sociales cumplieron varias funciones en estas experiencias comunitarias. Fueron mediadoras entre necesidades identificadas por los vecinos y los recursos provenientes del municipio y de otras instituciones del sector. Fueron "asesoras" de grupos de pobladores y, en calidad de tales, hicieron coordinación entre sus miembros y el personal técnico de los centros de salud. Ayudaron también en la elaboración de programas de trabajo para comités de vecinos (Oñate y Riquelme, 1953, p. 19) y participaron de todas las actividades comunitarias, incluyendo su asistencia a las reuniones y acompañamiento en las gestiones realizadas frente a otras instituciones. Este trabajo de "amplificación de fronteras" permitió diversificar los roles que cumplían los organismos de salud y se extendieron así los alcances de la política sanitaria, tejiendo una tupida red de intercambio entre el nivel central y el local (Honig, 2006, p. 357-383)<sup>14</sup>.

En la Población Recreo de la Unidad Sanitaria San Miguel se realizó un trabajo de este tipo, identificando primero problemas y recursos de la comunidad, para elaborar luego un programa de acción que tomaba como foco de intervención a la familia, pero que se centraba, en lo asistencial, en una atención preferente a los niños. Se priorizaban temas como el presupuesto familiar (sobre todo alimentación, higiene y formación de hábitos) y la salud física (poner en práctica y controlar el seguimiento de las normas que prescribían el médico y la enfermera sanitaria) y se trataba de tener incidencia en problemáticas como el bajo rendimiento escolar, relaciones familiares, trabajo infantil, entre otros (Atlagic y Soto, 1953, p. 35). También se organizaron grupos infantiles y adolescentes

<sup>11</sup> Los nombres de las asistentes sociales entrevistadas han sido deliberadamente cambiados a fin de proteger la privacidad de las personas y resguardar la confidencialidad de los relatos orales.

<sup>12</sup> Asentamiento informal o campamento pobre. Se denominó así por la rapidez con que se reproducían.

<sup>13</sup> Entrevista a Verónica Romero, asistente social. Entrevistada en Santiago de Chile, 19 de enero 2012.

<sup>14</sup> El concepto de "amplificación de fronteras" lo acuñó Meredith Honig al investigar políticas educativas, estudiando a implementadores de de primera línea y que a través de ese rol son capaces de construir alianzas nuevas —generalmente no tradicionales— entre el nivel central y las comunidades locales.

“como una forma de propender a la conservación de la salud integral y elevar el nivel de vida a través del uso positivo de las horas libres” (Atlagic y Soto, 1953, p. 36), todo ello en el contexto de brindar la “oportunidad de ejercer su derecho a la recreación como un elemento fundamental para su normal desarrollo como ser humano” (Atlagic y Soto, 1953, p. 36).

Las experiencias comunitarias se caracterizaron por la realización de un trabajo donde se integraban instituciones públicas y privadas, siempre articuladas por el Servicio. El caso que hemos examinado de la Unidad Sanitaria Alejandro del Río no fue un ejemplo aislado. El año 1963 el SNS organizó una intervención piloto, a cargo del Departamento de Servicio Social, para crear un jardín infantil que cuidara a niños pobres del sector aledaño al Consultorio N°1 en Santiago. El motor fue el propio Servicio Nacional de Salud, pero se propendió a que el Jardín llegase a ser autogestionado y financiado por la propia comunidad. Para estos efectos, se decidió su ubicación en una propiedad que fue cedida por el Ministerio de Tierras, y se comenzaron trabajos de reparación hechos por el Rotary Club en colaboración con empresarios del sector y clubes de madres del área (Pizarro, 1963, p. 12-13). Industriales y comerciantes otorgaron donaciones en alimentos y becas mensuales en dinero para atender a niños sin recursos. Por su parte, el Ministerio de Educación puso a disposición una maestra parvularia y la Universidad de Chile comprometió a dos alumnas en práctica de forma permanente.

La experiencia del Jardín Copiapó favoreció la proyección de planes similares en otras comunas. Particularmente interesante fue el caso del Jardín Lo Valledor, nacido de la inquietud de una agrupación de centros de madres del sector que, apoyados por la asistente social para gestionar un local del Policlínico del SNS, formaron un comité integrado por la Dirección del Consultorio, la FECH (Federación de Estudiantes de la Universidad de Chile), el grupo “Las Abejas” de los centros de madres y la asistente social de la Población Lo Valledor. Este mismo comité se hizo cargo del directorio del Jardín una vez que éste empezó a funcionar y se estructuró siguiendo el ejemplo del Plan Piloto con cobros mensuales a los niños de acuerdo al ingreso familiar, un sistema complementario de financiamiento a través de donaciones de industriales y particulares y un sistema de alimentación elaborado en el propio recinto.

Intervenciones como las descritas testimonian no sólo el acercamiento del SNS a la vida comunitaria del Chile popular, sino el progreso del servicio social, que vivió

en este periodo su propia profesionalización y un cambio desde una orientación más bien higienista y funcionalista a otra con énfasis en el desarrollismo comunitario y la crítica social. Así, la internacionalización de la profesión (Illanes, 2016; Aylwin *et al.*, s.d.), su sintonía con el ideario panamericanista y garantista de Naciones Unidas y su disposición más preventiva y promocional sintonizaron con los proyectos de cambio y movilización social que fueron apropiándose del espectro político y cultural chileno de la década de 1960.

Con todo, se mantuvo como una constante del trabajo de las profesionales una intervención social dirigida a mujeres pobladoras, por ser el programa de salud materno-infantil la política sanitaria más importante del SNS y dado que ellas parecían ser mejores receptoras y multiplicadoras de los hábitos y normas de salud que se inculcaban a la población. Ana María Ojeda, asistente social entrevistada, señaló haberse dirigido especialmente a “sensibilizar a las madres”, preguntando en los barrios aledaños al hospital dónde podía ser hallada una embarazada no inscrita en el servicio de salud para “convencerla de controlarse [...] y evitar los riesgos de un parto no cuidado<sup>15</sup>” (Entrevista a María Ojeda). Los hombres no participaban de las acciones educativas de la salud pública, pero sus esposas acudían con fidelidad a las citas médicas, se integraban a los centros de madres que pululaban en todas las poblaciones del país y eran las principales receptoras de la intervención comunitaria.

Este trabajo “entre mujeres” no estuvo animado por ninguna suerte de solidaridad de género ni alentó la identificación entre ambas partes. Las acciones educativas estimularon la vida doméstica de las beneficiarias del SNS y las actividades productivas desarrolladas no estuvieron destinadas a mejorar la economía familiar, así como tampoco a incorporarlas al mercado laboral. Sin embargo, las asistentes sociales ejercieron un rol protector de las mujeres pobres, pues en un país machista, con una participación femenina no superior al 25% de la población económicamente activa (Muñoz, 1988, p. 94), portador de una cultura patriarcal y tradicionalista, animaron desde sus oficinas y en su trabajo en terreno, un mejoramiento en la vida de estas mujeres para que fuesen mejores madres, tuviesen hijos más sanos y familias más felices; las instruyeron para que conocieran e hicieran uso de sus derechos previsionales, para que usaran la política de planificación familiar, limitaran el número de hijos y evitaran los peligros del aborto clandestino. Estos elementos le sirvieron a Caroline Ware, trabajadora social y profesora visitante de la OEA en Chile durante la década de 1960, para observar con

<sup>15</sup> Entrevista a Ana María Ojeda, asistente social. Entrevistada en Santiago de Chile, 07 de mayo 2014.



sorpreza y satisfacción que en un contexto de relaciones sociales más bien de corte “feudal” (Ware, 1988, p. 122), donde “el poder y la autoridad estaba principalmente en manos de los hombres” (Ware, 1988, p. 121), hubiese un gran nivel de actividad asociativa en un ejército de mujeres emprendedoras incorporadas activamente a los planes desarrollistas y comprometidas en el trabajo local. La mujer chilena aparecía, a los ojos de Ware, como “el elemento responsable de la comunidad” y es probable que una parte importante de ese logro se debiese a la empatía que las asistentes sociales habían logrado con sus problemas y el empoderamiento que habían potenciado en ellas.

### *Tensiones, contradicciones y complejidades en la construcción del Estado Benefactor en Chile desde la política sanitaria*

A pesar de que la teoría sociológica destaca la importancia de la implementación dentro del ciclo de la política pública, lo cierto es que los llamados “street-level bureaucrats” suelen ser funcionarios que no obstante su elevado nivel de discrecionalidad, tienen menor rango dentro de la estructura institucional, y se los tilda de “burócratas menores, de ventanilla” (Aguilar, 1993, p. 86). No por nada la mayor cantidad de profesionales y técnicos que pueden ser calificados en esta categoría se ubican en rangos inferiores de remuneraciones, estatus y reconocimiento y, como lo puntualizó Elmore, poseen pocos recursos personales y organizacionales para llevar a cabo su trabajo adecuadamente (Elmore, 2002, p. 36).

En el contexto del SNS, la estructura jerárquica estaba organizada a partir de la profesión médica y de los privilegios que ésta había obtenido históricamente. En efecto, en su origen el Servicio había dependido de los médicos para lograr consenso en la clase política y permitir que el proyecto de crear una institución unificada de salud pública se aprobase en el Congreso. Así, los médicos negociaron, al evento, dos leyes previas que los favorecieron: la del Colegio Médico (Ley N°9263, Chile, 1948) y la Ley de Estatuto del Médico Funcionario (Ley N°10223, Chile, 1951). De esta manera, si la primera fortaleció a la organización médica y la dotó de un control monopólico

sobre el desempeño de la profesión y permitió unir fuerzas gremiales, el Estatuto posibilitó que médicos cirujanos, farmacéuticos, químico-farmacéuticos y dentistas dispusieran de los siguientes derechos exclusivos:

- Un escalafón de grados y remuneraciones diferente al resto de los funcionarios públicos, con sólo cinco grados
- Un sueldo base muy superior al de los otros empleados. El artículo 8° de la Ley establecía que, para los médicos, dos horas diarias de trabajo mensual del grado 5° equivalía “al sueldo base del grado 13° de la escala de grados y sueldos de la administración Civil del Estado” (Ley N°10223, 1951). Para los farmacéuticos (Ley N°10223, 1951), el sueldo base del grado 5° por media jornada, equivaldría al 9° del resto de la administración pública<sup>16</sup>
- Una jornada completa de 36 horas semanales (Ley N°10223, 1951), sin inhabilitar el ejercicio libre de la profesión, aunque premiando la exclusividad
- Reconocimiento de la labor docente, con asignaciones del 20% del sueldo base y, sobre todo, valorando el papel pedagógico de los médicos en donde se ofrecía docencia clínica<sup>17</sup>.

Estas condiciones permitieron reclutar médicos que pudieran dedicarse con exclusividad al ejercicio público de la profesión pues el Estatuto aumentó en un 125% el valor de la hora médica y los siguió facultando para trabajar de forma privada. Al mismo tiempo, todos los cargos superiores de la institución estaban reservados para los médicos y los que quisieran “hacer carrera” funcionaria, podían trabajar 6 horas en el Servicio percibiendo un sueldo de \$16.560, y aspirando a recibir \$33.040 mensuales después de 25 años de trabajo<sup>18</sup>.

El estatus preferencial de los médicos fue percibido y resentido por otros profesionales del SNS. Tamara Henríquez, asistente social entrevistada para esta investigación, retrata el hecho de la siguiente manera:

*Ellos caminaban como si los siguiera una corte [...] eran como los reyes [...] y todos nosotros, los otros estudiantes de medicina, las enfermeras, las asistentes sociales, todos los seguíamos como si fuera una*

<sup>16</sup> El aspecto de la Ley sobre sueldos y remuneraciones, bonos, suplementos y reajustes, era largo y complejo y fue creado para prever las situaciones derivadas de la fusión de servicios pre-existentes. Las actas del Consejo de Salud del SNS están llenas de modificaciones y aclaraciones a la Ley y, por ende, el espíritu original, que tenía por objeto fijar mínimos arancelarios para las prestaciones médicas, se convirtió en “una tarifa con aplicaciones múltiples” (Romero, 1977, p. 74). Pese a esto, la Ley N°10.223 equiparó los sueldos de los médicos que provenían de instituciones muy diferentes al momento de la creación del SNS; por eso, más allá de las excepciones, el Estatuto asentó la uniformidad de las rentas de los médicos por hora de trabajo (Neghme, 1977, p. 669).

<sup>17</sup> De manera inédita en Chile, los médicos de hospitales, que eran los que en realidad estaban formando a las nuevas generaciones, percibieron, por la dictación del Estatuto, la misma remuneración que los docentes universitarios. Este vínculo entre el SNS y la Universidad se vio fortalecido en 1954, cuando se consagró un régimen de reciprocidad entre el personal de ambas instituciones (Neghme, 1977, p. 670).

<sup>18</sup> Esa remuneración inicial de \$16.150 era la misma que percibía un funcionario luego de haber trabajado toda una vida en la administración pública, habiendo llegado al grado N°1 del escalafón (Vargas, 2000).

*autoridad suprema [...] mientras él miraba desde su superioridad*<sup>19</sup>.

Este resentimiento fue manifestado por las asistentes sociales, que señalaron su descontento con su posición en el SNS, reclamando ser poco reconocidas por su aporte técnico a la institución. Denunciaban que a menudo se veían obligadas a desarrollar labores poco específicas y que su actividad profesional no estaba incluida en la Planificación Nacional de Salud, lo que les generaba una enorme disconformidad (Álvarez *et al.*, 1966, p. 7).

Como muestra la Tabla 2, en la V Zona de Salud de Santiago observamos que, en las áreas hospitalarias, un 70% de las horas trabajadas estaban dedicadas a la atención de casos y a las visitas domiciliarias, cifra que aumentaba a 90% en los establecimientos especializados. Esta concentración en labores asistenciales contribuía a “crear confusión sobre las verdaderas funciones de este profesional, ya sea en el equipo de salud, frente al público, como también en alguna medida al desconocimiento del rol del Asistente Social” (Álvarez *et al.*, 1966, p. 19). En el fondo, se sentían constreñidas a un rol mínimo y rutinario, dedicadas a “satisfacer y resolver los problemas de reubicación de los enfermos que habían perdido el interés clínico” (Ministerio de Salud Pública, 1970, p. 295).

La Tabla 3 exhibe los resultados de una encuesta aplicada el año 1966 a cinco zonas de salud y muestra que la insatisfacción de las asistentes sociales crecía en relación

directa con el mayor nivel jerárquico del cual dependían. En general, se manifestaban satisfechas y reconocidas al interior de su equipo de trabajo, conformado por otras asistentes sociales y señalaban que sus jefaturas técnicas valoraban la contribución profesional que hacían y esto daba como resultado una “consistencia de procedimientos que reafirman la proyección profesional y determinan el progreso y prestigio de la profesión” (Álvarez *et al.*, 1966, p. 33). Sin embargo, se hacía patente una divergencia con las jefaturas administrativas, que demandaban preferentemente acciones de colaboración médica que se distanciaban de los fines y la formación profesional. Esto llevaba a la conclusión de que “a 40 años de la creación del Servicio Social en Chile, pese a todos los esfuerzos realizados tendientes a una preocupación profesional, los asistentes sociales del SNS aún no son utilizados plenamente, y se desconoce su valer profesional” (Álvarez *et al.*, 1966, p. 34).

Por otra parte, de información arrojada por esta misma encuesta se extrae que los cuadros administrativos superiores opinaban que ellas no podían cumplir debidamente sus funciones porque no tenían “los recursos necesarios para resolver los problemas”, limitándose “a escuchar a los enfermos” (Álvarez *et al.*, 1966, p. 28). Algunas jefaturas eran especialmente críticas, afirmando que las profesionales daban “esperanzas que no [podían] cumplir” y que, en vez de “solucionar inmediatamente”, hacían volver inútilmente a las personas. Algunos habían señalado: “cuando están en la oficina, no atienden” y

**Tabla 2.** Distribución horaria de Servicio Social en la V Zona de Salud del SNS, año 1968.

**Table 2.** Distribution of hours of Social Service in the V Health Zone of the NHS, year 1968.

Actividades	DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS HORAS	
	Áreas Hospitalarias	Establecimientos Especializados
Entrevistas y consultas	42	58
Actividades en Terreno (visitas domiciliarias y trámites externos, incluyendo tiempo de desplazamiento)	29	32
Educación de Grupos (reuniones, clubes, centros, comités)	3	1
Supervisión	1	1
Reuniones Técnicas y Administrativas	7	4
En Administración	18	4

Fuente: Ministerio de Salud Pública (1970, p. 299).

<sup>19</sup> Entrevista a Tamara Henríquez, asistente social. Entrevistada en Santiago de Chile, 09 de octubre 2012.

**Tabla 3.** Grado de satisfacción e insatisfacción de Asistentes Sociales del SNS, en porcentaje, año 1966.**Table 3.** Satisfaction and dissatisfaction degree of NHS Social Workers, in percentage, year 1966.

<b>Zona</b>	<b>Nivel</b>	<b>Satisfacción %</b>	<b>Insatisfacción %</b>
<b>PROVINCIAS</b>	Con el SNS como organismo nacional	34.4	65.6
	Con el establecimiento en el cual usted trabaja	59.4	40.6
	Con el Jefe Administrativo del cual usted depende	56	44
	Con el Jefe Técnico del cual usted depende (Asistente Social Jefe)	64.4	35.4
	Con el equipo de Servicio Social al cual usted pertenece	62.8	37.2
	Satisfacción general	64.2	35.8
<b>SANTIAGO</b>	Con el SNS como organismo nacional	32.9	67.1
	Con el establecimiento en el cual usted trabaja	59.3	40.7
	Con el Jefe Administrativo del cual usted depende	60	40
	Con el Jefe Técnico del cual usted depende (Asistente Social Jefe)	74.6	25.4
	Con el equipo de Servicio Social al cual usted pertenece	78.5	21.5
	Satisfacción general	63.9	36.1

Fuente: Álvarez *et al.* (1966, p. 26).

“solamente se preocupan de llenar documentos que no utilizan” (Álvarez *et al.*, 1966, p. 28).

La mayor parte de estos procesos han sido descritos por la literatura sociológica, siendo los funcionarios del nivel de calle representados como el eslabón que soporta las tensiones que enfrenta la implementación de políticas en el trabajo del día a día (Elmore, 2002, p. 36). Por ende, cuando los superiores encuestados estimaban que las asistentes sociales carecían de vocación, que mostraban “incapacidad para solucionar los problemas”, que su rol se había “burocratizado” y que exhibían “malas condiciones personales” (Álvarez *et al.*, 1966, p. 28), es probable que hayan estado dando cuenta de la distancia que se había empezado a producir entre los niveles superiores de mando —encargados de dirigir la política sanitaria, articular las propuestas con el nivel político y proyectar las metas en el mediano plazo— y los implementadores de “primera línea”, ocupados en interactuar con la demanda creciente por servicios de salud y lidiar con los usuarios de los programas sociales.

Este distanciamiento tuvo que ver también con las dificultades del SNS —y en particular el estamento médico— para practicar un ideario sostenido en lo preventivo

y social, pero que en lo concreto privilegiaba las acciones curativas pues las necesidades de recuperación de la salud consumían cerca de un 60% del presupuesto del Servicio y un 80% de los gastos médicos se prodigaban en hospitales y policlínicos (Bravo, 1962, p. 21). En ese marco, las asistentes sociales se mantenían siendo profesionales “de colaboración médica”, su trabajo “no estaba integrado a los programas de salud” (Álvarez *et al.*, 1966, p. 28) y en no pocas ocasiones su rol se reducía a liberar camas para la llegada de nuevos pacientes.

La doctrina del SNS y su adscripción a los grandes objetivos de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) brindaban un sello demasiado ambiguo para orientar los programas específicos y más todavía cuando éstos tenían un alto componente social o comunitario<sup>20</sup>. Consecuencia directa de esto fue el reclamo de las asistentes sociales por no tener un lugar claramente delimitado al interior del Servicio o porque, aun cuando cumplían funciones definidas dentro de él, no tenían “la jerarquización debida”. En la Ley N°10383 (Chile, 1952), que creó el Servicio Nacional de Salud, no existía ningún apartado que se refiriera al Servicio Social, por lo que las asistentes sociales de los diversos organismos anexados siguieron

<sup>20</sup> El carácter ambiguo de las políticas públicas y sus efectos sobre los procesos de implementación han sido descritos por Lindblom (1980, p. 86) y Lipsky (1980, p. 40).

desempeñando las funciones que realizaban en estas distintas instituciones. El año 1954, la Dirección General, a través de la Sub-Dirección Normativa, dio a conocer los lineamientos para el Servicio Social dentro del SNS, señalando sus funciones generales y los principios de organización, pero los programas de servicio social y la determinación del número y calidad de los profesionales requeridos quedaron supeditados a las características de cada zona de salud. Las asistentes sociales se percibieron, en definitiva, como un miembro más “del conjunto de funcionarios encargados de resolver los problemas de la protección, fomento y de la reparación de la salud como los de bienestar” (Álvarez *et al.*, 1966, p. 87).

Sumado a lo anterior, la acción del SNS, como la del Estado en general, estaba sometida a un ritmo burocrático que enlentecía el trabajo y ocupaba los tiempos profesionales en tareas muy rutinarias, en detrimento de intervenciones educativas o comunitarias. A ese respecto, un tema relevante fue el registro de la información, que era recabada posteriormente por el Sub Departamento de Estadística del SNS. De hecho, este sistema –que era la herramienta básica para el trabajo de las asistentes– contemplaba cinco instrumentos y existían 23 formularios

distintos para consignar una diversidad de información (Álvarez *et al.*, 1966, p. 21).

Finalmente, y como evidencia la Tabla 4, hacia fines de la década de 1960 se estimaba que el S.N.S tenía cerca de un 43% de déficit de asistentes sociales y que esta necesidad generaba dificultades más o menos serias para cubrir los problemas de la población e implicaba también recarga de trabajo, insatisfacción laboral y dificultades para hacer una proyección de la carrera profesional, lo que agudizaba la percepción de menoscabo.

De manera similar, y tal como lo ha señalado Emanuel de Kadt (1976), la política de salud enfrentaba, en los años '60, no sólo un problema de carencia de recursos, sino que se encontraba envuelta en un círculo perpetuo de déficit: al proporcionar mejores y mayores beneficios, proyectaba hacia el futuro un incremento en las necesidades sanitarias debido a que la población se empoderaba de sus derechos y acudía al Estado en demanda de más salud (SNS, 1959, 1962; Viel, 1961). Por otro lado, era el reflejo de la misma desigualdad regional tan característica de Chile, razón por la cual los recursos se concentraban muy inequitativamente en las ciudades más pobladas y en las áreas urbanas, en detrimento de las rurales. Así, la

**Tabla 4.** Necesidades y déficit de Asistentes Sociales por Zonas de Salud y Dirección General del SNS, año 1966.

**Table 4.** Needs and deficit of Social Workers by Health Areas and General Direction of the NHS, year 1966.

Zona	Total de Asistentes Sociales	Necesidades	Déficit
<b>Arica</b>	3	9	6
<b>I. Antofagasta</b>	11	21	10
<b>II. La Serena</b>	8	15	7
<b>III. San Felipe</b>	5	24	19
<b>IV. Valparaíso</b>	67	144	77
<b>V. Santiago</b>	323	474	151
<b>VI. Rancagua</b>	11	26	15
<b>VII. Talca</b>	20	47	27
<b>VIII. Chillán</b>	11	21	10
<b>IX. Concepción</b>	41	68	27
<b>X. Temuco</b>	15	41	26
<b>XI. Valdivia</b>	8	21	13
<b>XII. Puerto Montt</b>	4	11	7
<b>XIII. Punta Arenas</b>	5	11	6
<b>Dirección General</b>	26	41	15
<b>TOTALES</b>	<b>558</b>	<b>974</b>	<b>416</b>

Fuente: Álvarez *et al.* (1966, p. 16).

falta de asistentes sociales era cercana al 32% en la V Zona (Santiago), pero llegaba a casi un 80% en la III Zona (San Felipe) y superaba el 60% en las zonas más extremas como Arica (66,7%), Temuco (63,4%), Valdivia (62%) y Puerto Montt (63,6%). Con esto —señalaba Orieta Álvarez en su estudio—, era claro que las profesionales del servicio social presentaban un rendimiento bajo el nivel satisfactorio y, del total de ellas, sólo un 26% estaba contratada (Álvarez *et al.*, 1966, p. 32).

## Conclusiones

La política de salud chilena durante el periodo del SNS ha sido destacada históricamente por sus logros sanitarios, el carácter pionero que adquirió en Latinoamérica y sus alcances en cuanto a cobertura, desarrollo institucional y participación de la comunidad. A mediados de la década de 1970 la mortalidad infantil había disminuido a 79,3 por mil (de 120 en 1960, 197 en 1940 y 246 en 1920), la atención profesional del parto cubría a casi un 90% de las mujeres y la tasa de mortalidad materna descendía a 13 por 10.000 nacidos vivos en 1975. Chile se ubicaba, con estas cifras, al nivel de países industrializados, a pesar de que su economía y otros indicadores sociales lo situaban como un país pobre y subdesarrollado.

Illuminada por estos éxitos, la historiografía sobre el Estado Benefactor chileno y las políticas sociales y sanitarias del periodo han dejado en una zona opaca las prácticas de su implementación y aunque el examen de ésta no oscurece la importancia de dichos logros, sí enriquece su mirada y expone la complejidad que tuvo a partir de sus prácticas.

Como han mostrado otros trabajos similares (Finlay y Sandall, 2009, p. 1228-1235; Gilson y Walker, 2004, p. 1251-1261), el estudio de los agentes profesionales o llamados “street-level bureaucrats” no debe reducirse a un examen exclusivo de los problemas que tiene el Estado para resolver las necesidades a las que se enfrenta, ni tampoco expresan una suerte de dicotomía entre los “discursos” y las “prácticas” sociales. Antes bien, su mayor virtud interpretativa reside en que facilitan una comprensión amplia de *cómo se gestan* y *quién encarna* el quehacer concreto de las instituciones, trascendiendo su ideario. Si ciertamente muestra las dificultades que a menudo dichos funcionarios enfrentan por la posición que ocupan dentro de la organización (bajas remuneraciones, falta de reconocimiento y estatus, altos niveles de tensión en la resolución de problemas), es también verdadero que presentan un relato humano de ese “modo de hacer” que da vida a las instituciones.

En el caso de las asistentes sociales, más allá de su perpetuo descontento, señala también su cercanía a

las usuarias, su capacidad para llevar al SNS fuera de los estrechos márgenes de la consulta médica y su vinculación con las comunidades, desde las que pudieron hacer de intérpretes y voceras al interior de la gran máquina burocrática que llegó a ser el Servicio.

## Referencias

- AGUILAR, L. 1993. *La implementación de las políticas. Estudio introductorio*. México D.F., Miguel Ángel Porrúa, 470 p.
- AYLWIN, N.; FORTTES, A.; MATUS, T. [s.d.]. La reinención de la memoria. Indagación sobre el proceso de profesionalización del Trabajo Social chileno 1925-1965. Santiago, s.e., 401 p.
- BOURDIEU, P. 2007. *El sentido práctico*. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 456 p.
- BRAVO, A. 1962. *Doctrina y política del SNS*. Santiago, SNS, 27 p.
- CANDINA, A. 2009. Por una vida digna y decorosa. Clase media y empleados públicos en el siglo XX chileno. Santiago, Universidad de Chile, 107 p.
- CANDINA, A. 2013. Clase media, Estado y sacrificio: la Agrupación Nacional de Empleados Fiscales en Chile contemporáneo (1943-1983). Santiago, LOM, 241 p.
- CLEAVES, P. 1974. *Bureaucratic politics and administration in Chile*. Berkeley, University of California Press, 352 p.
- ELMORE, R. 2002. Organizational models of social program implementation. In: S. OSBORNE (ed.), *Public Management, Critical Perspectives. Tomo V: Policy making, ethics and accountability in public management*. Londres, Routledge, p. 23-59.
- ESTRADA, B. 1985. Clase media en América Latina: interpretaciones y comentarios. *Cuadernos de Historia*, 5:37-63.
- FINLAY, S.; SANDALL, J. 2009. “Someone’s rooting for you”: Continuity, advocacy and street-level bureaucracy in UK material healthcare. *Social Science & Medicine*, 69(8):1228-1235. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.07.029>
- GILSON, L.; WALKER, L. 2004. “We are bitter but we are satisfied”: nurses as street-level bureaucrats in South Africa. *Social Science & Medicine*, 59(6):1251-1261. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.020>
- GRAYCAR, A. 1983. Informal, voluntary and statutory services: the complex relationship. *British Journal of Social Work*. XIII(4):379-393.
- FARAH, J. 2010. La consolidación de un espíritu gremial. Nacimiento y primeros pasos del Colegio de Asistentes Sociales (1955- 1965). In: M. GONZÁLEZ (ed.), *Historias del Trabajo Social en Chile, 1925-2008. Contribución para nuevos relatos*. Santiago, Ediciones Técnicas de Educación Superior, p. 73-107.
- GARCÍA, A.; URZÚA, G. 1971. *Diagnóstico de la burocracia chilena (1818-1969)*. Santiago, Editorial Jurídica, 254 p.
- GÓMEZ, L. 1995. Génesis y Evolución de los 60 años del Trabajo Social en Chile. In: M. QUIROZ, *Antología del Trabajo Social chileno*. Concepción, Universidad de Concepción, p. 11-29.
- HONIG, M. 2006. Street-level bureaucracy revisited frontline district central-office administrators as boundary spanners in education policy implementation. *Educational Evaluation and Policy Analysis*, 28(4):357-383. <https://doi.org/10.3102/01623737028004357>
- HUMUD, C. 1969. *El sector público chileno entre 1830-1930*. Santiago, Universidad de Chile, 268 p.
- ILLANES, M. 2007. Cuerpo y sangre de la política. La construcción



- histórica de las visitadoras sociales en Chile, 1887-1940. Santiago, Lom Ediciones, 497 p.
- ILLANES, M. 2016. Participación popular: una utopía política; otro Servicio Social. Chile, 1963-1965. In: P. VIDAL, *Trabajo social en Chile. Un siglo de trayectoria*. Santiago, RIL Editores, p. 61-93.
- KADT, E. 1976. Las desigualdades en el campo de la salud. En: M. LIVINGSTONE; D. RACZYNSKI, *Salud pública y bienestar social*. Santiago, CIEPLAN, p. 27-63.
- LAVADOS, I. 1983. *Evolución de las políticas sociales en Chile 1964-1980*. Santiago, CEPAL-ILPES-UNICEF, 153 p.
- LINDBLOM, CH. 1980. *The Policy-Making Process*. Nueva Jersey, Prentice-Hall, 131 p.
- LIPSKY, M. 1980. *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York, Russel Sage Foundation, 244 p.
- MESA-LAGO, C. 1985. *El desarrollo de la seguridad social en América Latina*. Santiago, Naciones Unidas, 348 p.
- MENY, Y.; THOENING, J. 1992. *Las políticas públicas*. Barcelona, Ariel, 271 p.
- MUÑOZ, A. 1988. *Mundo de mujer. Continuidad y cambio*. Santiago, CEM, 599 p.
- PARSONS, W. 2007. Políticas públicas: una introducción a la teoría y la práctica del análisis de políticas públicas. México, FLACSO, 815 p.
- PETRAS, J. 1969. Política y fuerzas sociales en el desarrollo chileno. Buenos Aires, Amorrortu, 345 p.
- ROMERO, H. 1977. Hitos fundamentales de la medicina social en Chile. In: J. JIMÉNEZ (ed.), *Medicina social en Chile*. Santiago, Aconcagua, p. 11-86.
- SABATIER, P. 2007. *Theories of the policy process*. Boulder, Westview Press, 344 p.
- TOMIC, B. 1980. *El Estado, la clase media y la integración económica*. Caracas, Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, Serie Materiales de Trabajo, 340 p.
- VARGAS, J. 2000. Los médicos, entre la clientela particular y los empleos del Estado 1870-1951. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica7/Art05.html>. Acceso el: 01/02/2015.
- VIEL, B. 1961. La medicina socializada en Chile y en aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile. Santiago, Ediciones de la Universidad de Chile, 195 p.
- WEBER, M. 1980. *El político y el científico*. México, Premia Editora, 89 p.
- Santiago, 8 de agosto de 1952.
- DE BRAY, L. 1932. El desarrollo del Servicio Social en Chile. *Servicio Social*, VI(2-3):195-206.
- DEL RÍO, A. 1918. Reformas urgentes en nuestros hospitales. *Revista Beneficencia Pública*, II(4):381-387.
- DEL RÍO, A. 1921. Organización de la Beneficencia Pública en las pequeñas poblaciones. *Revista Beneficencia Pública*, V(3):203-218.
- DEL RÍO, A. 1917. Discurso del Secretario General del Congreso Dr. Alejandro del Río con motivo del cierre del Primer Congreso de la Beneficencia, Primer Congreso de Beneficencia Pública. *Revista Beneficencia Pública*, I(2):199-202.
- EDITORIAL. 1955. Boletín del Servicio Nacional de Salud, I(2):55-56.
- ESTADÍSTICAS DE SALUD. 1965-1968. Santiago, SNS Dirección de Estadísticas y Censo.
- ESTADÍSTICAS DE SALUD. 1970-1975. Santiago, Instituto Nacional de Estadísticas.
- HEDERRA, A. 1950-1951. Las Escuelas de Servicio Social y la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales Universidad de Chile, XI(60-67). Disponible en: [http://web.uchile.cl/vignette/analesderecho/CDA/an\\_der\\_articulo/0,1361,SCID%253D2581%2526ISID%253D211,00.html#](http://web.uchile.cl/vignette/analesderecho/CDA/an_der_articulo/0,1361,SCID%253D2581%2526ISID%253D211,00.html#). Acceso el: 19/12/2012.
- HISTORIA DE LA ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL "DR. LUCIO CORDOVA" DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE. 1966. *Revista de la Escuela de Servicio Social de Santiago*, 4:7-8.
- ISAZA, R.; VALDÉS, M. 1923. La "acción social" de los hospitales. *Revista Beneficencia Pública*, VII(1):249-254.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. 1970. *Recursos Humanos de Salud en Chile*. Santiago, Consejo Nacional Consultivo de Salud, 325 p.
- NEGHME, A. 1977. La educación médica y el Servicio Nacional de Salud. *Revista Médica de Chile*, 105(10):668-673.
- OÑATE, L.; RIQUELME, G. 1953. Ensayo de organización de la comunidad bajo los auspicios de la Unidad Sanitaria Dr. Alejandro del Río. *Servicio Social*, XXVII(3):5-28.
- PIZARRO, S. 1963. Experiencia sobre jardines infantiles financiados por la comunidad, trabajados por Servicio Social del Área Central. *Servicio Social*, XXXVI(1-2):12-18.
- SAND, R. 1927. Las escuelas de servicio social. *Servicio Social*, I(1-2):42-66.
- SNS. 1959. Servicio Nacional de Salud. Primera etapa, 1952-1958. Santiago, SNS, 64 p.
- SNS. 1962. Servicio Nacional de Salud, 10 años de labor 1952/1962. Santiago, SNS, 107 p.
- URZÚA, H. 1947. Unidades Sanitarias en Chile. *Boletín de la OSP*, 26(5):428-436.
- URZÚA, H. 1952. Unidades Sanitarias en Chile. *Boletín de la OSP*, 33(1):11-17.
- WARE, C. 1988. El desarrollo de la comunidad y el trabajo social en América Latina: mis experiencias (1945-1976). Caracas, Editorial Ekiwá, 247 p.
- WIEGAND, G.; RAMÍREZ, E. 1954. *Evolución del hospital en Chile y servicio social de colaboración médica en un hospital general*. Santiago, Chile. Memoria de prueba no publicada para optar al título de asistente social. Universidad de Chile, Escuela de Servicio Social, 89 p.

Submitido: 25/04/2016

Aceito: 26/01/2017

## Fuentes primarias

- ÁLVAREZ, O. et al. 1966. Trayectoria y proyecciones del Servicio Social en el Servicio Nacional de Salud. Santiago, Escuela de Salubridad Universidad de Chile, 98 p.
- ATLAGIC, E.; SOTO, E. 1953. Programa de Servicio Social en Población Recreo. *Servicio Social*, XXVII(2):33-36.
- BERNALES, D.; DEL RÍO, A. 1917. Organización del servicio médico de los hospitales. *Revista Beneficencia Pública*, I(1):7-13.
- CARRASCO, R. et al. 1963. El desarrollo de la comunidad rural y urbana. *Servicio Social*, XXXVI(3):32-47.
- CATLIN, L. 1919. El hospital como agente social en la comunidad. *Revista Beneficencia Pública*, III(2):198-209.
- CHILE. 1948. Ley N° 9263. Diario Oficial de la República de Chile. Santiago, 10 de diciembre de 1948.
- CHILE. 1951. Ley N° 10223. Diario Oficial de la República de Chile. Santiago, 17 de diciembre de 1951.
- CHILE. 1952. Ley N° 10383. Diario Oficial de la República de Chile.