

En Sagredo Baeza, Rafael, *Medicina preventiva, medicina dirigida*. Santiago (Chile): Cámara Chilena de la Construcción.

“Alimentación y previsión biológica: La política médico-asistencial de Eduardo Cruz-Coke”: Estudio introductorio a la reedición del libro de Eduardo Cruz Coke.

Zárate, María Soledad.

Cita:

Zárate, María Soledad (2012). *“Alimentación y previsión biológica: La política médico-asistencial de Eduardo Cruz-Coke”: Estudio introductorio a la reedición del libro de Eduardo Cruz Coke*. En Sagredo Baeza, Rafael *Medicina preventiva, medicina dirigida*. Santiago (Chile): Cámara Chilena de la Construcción.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/soledad.zarate/18>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pZQR/cbB>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.



MEDICINA PREVENTIVA Y MEDICINA DIRIGIDA

Eduardo Cruz-Coke



BIBLIOTECA FUNDAMENTOS DE LA CONSTRUCCIÓN DE CHILE

CÁMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCIÓN
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
BIBLIOTECA NACIONAL

BIBLIOTECA FUNDAMENTOS DE LA CONSTRUCCIÓN DE CHILE

INICIATIVA DE LA CÁMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCIÓN,
JUNTO CON LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE
Y LA DIRECCIÓN DE BIBLIOTECAS, ARCHIVOS Y MUSEOS

COMISIÓN DIRECTIVA

GUSTAVO VICUÑA SALAS (PRESIDENTE)
AUGUSTO BRUNA VARGAS
XIMENA CRUZAT AMUNÁTEGUI
JOSÉ IGNACIO GONZÁLEZ LEIVA
MANUEL RAVEST MORA
RAFAEL SAGREDO BAEZA (SECRETARIO)

COMITÉ EDITORIAL

XIMENA CRUZAT AMUNÁTEGUI
NICOLÁS CRUZ BARROS
FERNANDO JABALQUINTO LÓPEZ
RAFAEL SAGREDO BAEZA
ANA TIRONI

EDITOR GENERAL

RAFAEL SAGREDO BAEZA

EDITOR

MARCELO ROJAS VÁSQUEZ

CORRECCIÓN DE ORIGINALES Y DE PRUEBAS

ANA MARÍA CRUZ VALDIVIESO
PAJ

BIBLIOTECA DIGITAL

IGNACIO MUÑOZ DELAUNOY
I.M.D. CONSULTORES Y ASESORES LIMITADA

GESTIÓN ADMINISTRATIVA

CÁMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCIÓN

DISEÑO DE PORTADA

TXOMIN ARRIETA

PRODUCCIÓN EDITORIAL A CARGO

DEL CENTRO DE INVESTIGACIONES DIEGO BARROS ARANA
DE LA DIRECCIÓN DE BIBLIOTECAS, ARCHIVOS Y MUSEOS

PRESENTACIÓN

La *Biblioteca Fundamentos de la Construcción de Chile* reúne las obras de científicos, técnicos, profesionales e intelectuales que con sus trabajos imaginaron, crearon y mostraron Chile, llamaron la atención sobre el valor de alguna región o recurso natural, analizaron un problema socioeconómico, político o cultural, o plantearon soluciones para los desafíos que ha debido enfrentar el país a lo largo de su historia. Se trata de una iniciativa destinada a promover la cultura científica y tecnológica, la educación multidisciplinaria y la formación de la ciudadanía, todos requisitos básicos para el desarrollo económico y social.

Por medio de los textos reunidos en esta biblioteca, y gracias al conocimiento de sus autores y de las circunstancias en que escribieron sus obras, las generaciones actuales y futuras podrán apreciar el papel de la ciencia en la evolución nacional, la trascendencia de la técnica en la construcción material del país y la importancia del espíritu innovador, la iniciativa privada, el servicio público, el esfuerzo y el trabajo en la tarea de mejorar las condiciones de vida de la sociedad.

El conocimiento de la trayectoria de las personalidades que reúne esta colección, ampliará el rango de los modelos sociales tradicionales al valorar también el quehacer de los científicos, los técnicos, los profesionales y los intelectuales, indispensable en un país que busca alcanzar la categoría de desarrollado.

Sustentada en el afán realizador de la Cámara Chilena de la Construcción, en la rigurosidad académica de la Pontificia Universidad Católica de Chile, y en la trayectoria de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos en la preservación del patrimonio cultural de la nación, la *Biblioteca Fundamentos de la Construcción de Chile* aspira a convertirse en un estímulo para el desarrollo nacional al fomentar el espíritu emprendedor, la responsabilidad social y la importancia del trabajo sistemático. Todos, valores reflejados en las vidas de los hombres y mujeres que con sus escritos forman parte de ella.

Además de la versión impresa de las obras, la *Biblioteca Fundamentos de la Construcción de Chile* cuenta con una edición digital y diversos instrumentos, como *softwares* educativos, videos y una página web, que estimulará la consulta y lectura de los títulos, la hará accesible desde cualquier lugar del mundo y mostrará todo su potencial como material educativo.

COMISIÓN DIRECTIVA - COMITÉ EDITORIAL
BIBLIOTECA FUNDAMENTOS DE LA CONSTRUCCIÓN DE CHILE

CRUZ-COKE L., EDUARDO, 1899-1974

614.44098 MEDICINA PREVENTIVA Y MEDICINA DIRIGIDA/ EDUARDO CRUZ-COKE L.; [EDITOR
C957m GENERAL, RAFAEL SAGREDO BAEZA].- [1ª ED.] SANTIAGO DE CHILE: CÁMARA CHILENA
2012 DE LA CONSTRUCCIÓN: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE: DIRECCIÓN DE
BIBLIOTECAS, ARCHIVOS Y MUSEOS, c2012.

LXII, 139 P.: IL., FACSIMS., 28 CM (BIBLIOTECA FUNDAMENTOS DE LA CONSTRUCCIÓN DE
CHILE) V. 90

INCLUYE BIBLIOGRAFÍA.

ISBN: 9789568306083 (OBRA COMPLETA) ISBN: 9789568306816 (TOMO XC)

1.- MEDICINA PREVENTIVA - CHILE. 1.- SAGREDO BAEZA, RAFAEL, 1959- ED

© CÁMARA CHILENA DE LA CONSTRUCCIÓN, 2012
MARCHANT PEREIRA 10
SANTIAGO DE CHILE

© PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE, 2012
AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 390
SANTIAGO DE CHILE

© DIRECCIÓN DE BIBLIOTECAS, ARCHIVOS Y MUSEOS, 2012
AV. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 651
SANTIAGO DE CHILE

REGISTRO PROPIEDAD INTELECTUAL
INSCRIPCIÓN N° 215.627
SANTIAGO DE CHILE

ISBN 978-956-8306-08-3 (OBRA COMPLETA)
ISBN 978-956-8306-81-6 (TOMO NONAGÉSIMO)

IMAGEN DE LA PORTADA
FRASCOS DE REMEDIOS

DERECHOS RESERVADOS PARA LA PRESENTE EDICIÓN

CUALQUIER PARTE DE ESTE LIBRO PUEDE SER REPRODUCIDA
CON FINES CULTURALES O EDUCATIVOS, SIEMPRE QUE SE CITE
DE MANERA PRECISA ESTA EDICIÓN.

Texto compuesto en tipografía *Berthold Baskerville 10/12,5*

SE TERMINÓ DE IMPRIMIR ESTA EDICIÓN, DE 1.000 EJEMPLARES,
DEL TOMO XC DE LA *BIBLIOTECA FUNDAMENTOS DE LA CONSTRUCCIÓN DE CHILE*,
EN VERSIÓN PRODUCCIONES GRÁFICAS LTDA., EN MARZO DE 2012

IMPRESO EN CHILE / PRINTED IN CHILE

EDUARDO CRUZ-COKE L.

MEDICINA PREVENTIVA
Y
MEDICINA DIRIGIDA



SANTIAGO DE CHILE
2012

Eduardo Cruz-Coke L.
1899-1974

ALIMENTACIÓN Y PREVISIÓN BIOLÓGICA: LA POLÍTICA MÉDICO-ASISTENCIAL DE EDUARDO CRUZ-COKE

María Soledad Zárate

En Chile, un creciente grupo de biografías, autobiografías y estudios historiográficos evidencian la importante presencia de médicos en contiendas políticas y sociales, en procesos fundacionales como las facultades de Medicina y sociedades científicas, y en controversias culturales y éticas desde mediados del siglo XIX¹.

Uno de esos médicos, Eduardo Cruz-Coke, traspasó los límites de una contribución de carácter científico y clínico para ocupar un lugar preponderante entre los que levantaron diagnósticos médico-sociales y propuestas para el diseño de políticas sanitarias en la primera mitad del siglo XX. Aun cuando es un nombre presente usualmente en los estudios sobre la salud pública chilena, y su obra y personalidad son recordadas y elogiadas por historiadores, médicos y discípulos, todavía está pendiente un análisis histórico detenido del conjunto de sus propuestas y contribuciones a la historia científica y de las políticas sociales del país. Este estudio se propone iluminar algunos aspectos de aquellas contribuciones en el marco de la reedición de una de sus obras, *Medicina preventiva y medicina dirigida*, publicada en 1938.

Esta reedición no es sólo el rescate patrimonial de un texto útil para la comprensión de un instrumento de la medicina preventiva. También es un texto que

¹ Algunos títulos que ejemplifican la presencia de médicos en diversos momentos de la historia chilena son: Alfredo Jadresic, *Historia de Chile en la vida de un médico*; Ricardo Cruz-Coke, *Historia de la medicina chilena*; Claudio Gutiérrez, Flavio Gutiérrez, *Forjadores de la ciencia en Chile: problemas y soluciones*; Adriana Noè Pizzo, *Juan Noé: un testimonio familiar sobre su vida y obra*; Edgardo Enríquez F., *Edgardo Enríquez Fródden: testimonio de un destierro*; María Ester Roblero, *La promesa del asombro, Héctor Croxatto un pionero de la ciencia experimental en Chile*; Sol Serrano P., *Universidad y nación. Chile en el siglo XIX*; Juan Eduardo Vargas Cariola, Benedicto Chuaqui, Ignacio Duarte, *Médicos de ciencia y de conciencia: la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*; Juan Eduardo Vargas Cariola, “Rasgos de la autoimagen social y profesional de los médicos, (1872-1925)””; Juan Eduardo Vargas Cariola, “Los médicos, entre la clientela particular y los empleos del Estado, 1870-1951”.

aporta antecedentes de otros procesos históricos: por ejemplo, la temprana ruta que siguió la ampliación de la seguridad socio-sanitaria vigente en la década de 1930 en Chile y el estado de la práctica médica al momento de su edición. Respecto de su contenido, el texto examina y fundamenta el por qué de la necesidad de modernizar la política médico-asistencial y consolidar una medicina genuinamente preventiva, la que estaba ligada a la transición que debía experimentar el sistema previsional chileno: el desplazamiento de una política de previsión financiera a una de previsión biológica.

Más allá de los evidentes límites y carencias de la puesta en marcha de la Ley de Medicina Preventiva, el texto que la inspiró –y también los que después la invocaron para apoyarla o criticarla– constituye una fuente indispensable para quienes estudian la historia de las relaciones entre economía y salud, el papel del Estado en la política sanitaria, la consolidación de la medicina preventiva y la historia de la comunidad médica previas a la fundación del Servicio Nacional de Salud en 1952.

Este estudio introductorio está dividido en cuatro partes: la primera revisa algunos antecedentes biográficos de Eduardo Cruz-Coke, el recuerdo de su persona y de su obra entre quienes lo conocieron. La segunda, examina algunos antecedentes del contexto político-sanitario de la primera mitad del siglo XX en que este médico inscribió sus principales contribuciones a la salud pública. La tercera, se concentra en el análisis de algunas de sus aportes en materia de nutrición, uno de los ámbitos de su investigación científica de mayor impacto médico-social de la época. Y en la cuarta, se describe y explica su principal contribución a las políticas sanitarias de la primera mitad del siglo XX, la elaboración y puesta en marcha de la Ley de Medicina Preventiva. Se revisan las posiciones ideológico-científicas que la sustentaron, y algunos de los efectos y consecuencias posteriores a su promulgación.

EDUARDO CRUZ-COKE,
PROFESOR E INVESTIGADOR

No existe un estudio biográfico definitivo de Eduardo Cruz-Coke, pero sí pequeñas reseñas biográficas escritas por sus discípulos, por su propio hijo, Ricardo, también médico, y algunas publicaciones que recopilan datos de su trayectoria². La figura de Eduardo Cruz-Coke entre la comunidad médica chilena es reconocida; después de su muerte en 1974, se publicaron una serie de semblanzas que aluden a su personalidad carismática, a sus cualidades como maestro de varias generaciones de estudiantes de Medicina, a su labor como científico, intelectual y activo político del

² Ricardo Cruz-Coke M., “Historia de la obra científica de Eduardo Cruz-Coke Lassabe”, pp. 447-455; Carlos Huneeus, María Paz Lanús, “Ciencia política e historia. Eduardo Cruz-Coke y el Estado de Bienestar en Chile, 1937-1938”, pp. 151-186; Amador Neghme R., *Figuras señeras de la medicina Chilena, Eduardo Cruz-Coke Lassabe (1899-1974)*.

Partido Conservador. Sobre la base de estas fuentes ofrecemos una breve reseña biográfica.

Hijo de madre francesa, nació en una familia de sólida cultura europea en Valparaíso en 1899, se educó en el colegio de los Sagrados Corazones de esa ciudad y luego ingresó a la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile (1915-1921). Durante su época de estudiante universitario dio los primeros pasos en lo que sería un proceso clave de su vida, el activismo cristiano, al ser parte del grupo fundador de la Asociación Nacional de Estudiantes Católicos (ANEC).

Se tituló con una tesis referida a la tuberculosis³ e inició su carrera académica en el área de las ciencias básicas y la clínica, primero como ayudante del profesor Juan Noé y luego como profesor regular del curso Química Fisiológica en la misma universidad (1925). Unos años más tarde fue nombrado secretario de la Facultad de Medicina en 1931. Colaboró en la fundación de la Escuela de Medicina de la Universidad Católica en 1930. También ejerció la Medicina en forma privada, área profesional que lo vinculó a las familias que componían la elite económica y social de Santiago.

Después de graduarse como médico tuvo la oportunidad de viajar a Europa (1926-1927) para estudiar en laboratorios alemanes, franceses e ingleses que le permitieron conocer el trabajo de investigadores como Luis Lapicque y los premios Nobel, Jean Baptiste Perrin, Luis Broglie, Otto Warburg y Frederick G. Hopkins. Su regreso en 1927, se produjo en pleno período de agitación política luego de la dimisión del presidente Emiliano Figueroa y la elección del único candidato, Carlos Ibáñez del Campo. En ese lapso, se integró al intenso proceso renovador de la investigación científica en la Universidad de Chile, especialmente propicio para el progreso de las ciencias biomédicas.

Además de las clases en la Escuela de Medicina y su trabajo en el laboratorio, fue director de la clínica médica del hospital San Juan de Dios y director técnico del Instituto Sanitas⁴, creado algunos años antes por médicos interesados en la elaboración de medicamentos, dado que existían las primeras condiciones para producir algunos de ellos en el país y su importación era una gestión incierta. La sociedad anónima denominada Instituto Médico Técnico Sanitas se había fundado en 1920 con variados propósitos; realizar exámenes de laboratorio y diagnósticos “de toda especie”; preparación y venta de sueros y vacunas, brindar terapéutica física, preparación y venta de artículos alimenticios; establecimiento y administración de sanatorios; participación en otras empresas relacionadas con la Medicina; representación de fabricantes extranjeros de maquinarias y artículos de laboratorio o de otros comprendidos en el ramo de la Medicina y Farmacia⁵.

Durante la década de 1930 y de 1940, su labor académica fue de especial valor para la formación de una generación médica reconocida por su aporte a las ciencias biomédicas, en especial los vinculados a la emergente especialidad de la

³ Eduardo Cruz-Coke, *Tuberculosis y vagotonismo*.

⁴ Véase www.sanitas.cl/?pid=2.

⁵ *Estatutos del Instituto Médico Técnico Sanitas*, pp. 5-6.

Endocrinología que ya contaba, desde principios del siglo xx, con importantes estudios en Europa. Los pioneros estudios sobre proteínas y enzimas de los británicos William Bayliss y Ernest Starling del University College de Londres habían sido determinantes en el surgimiento de la noción de hormona en la primera década del siglo xx. Como define Roy Porter, se trataba de un nuevo campo de interés de la biomedicina, el del

“estudio de los mensajeros químicos reguladores que viajan desde órganos concretos (glándulas endocrinas o sin conductos) a otros lugares del cuerpo a través del torrente sanguíneo”⁶.

En los años de 1930 su trabajo académico y médico-social se vio beneficiado no sólo por avances en materia de institucionalidad sanitaria sino, también, por el desarrollo de las ciencias básicas, el perfilamiento de especialidades médicas como la Pediatría⁷ y el nacimiento de sociedades médicas y publicaciones como el *Boletín Médico de Chile*, la *Revista de Asistencia Social* (1932) y el *Boletín Médico Social* de la Caja del Seguro Obligatorio (1934). No menos importante fue la multiplicación de reuniones clínicas, médico-sociales y gremiales que congregaron a la comunidad médica y asistencial en la década de 1930⁸.

En este ambiente académico, comenzó sus estudios sobre metabolismo, nutrición y endocrinología que lo convirtieron en un reconocido investigador y que consagraron sus mayores contribuciones científicas en el ámbito nacional. Su enfoque físico-químico de los procesos biológicos se adelantaron al conocimiento clínico que se tenía en esos años en el país y sus descubrimientos sobre velocidad y rendimiento como factores determinantes del metabolismo fueron incorporados a la literatura que estudiaba la relación entre el fosfato activado y el oxígeno consumido. Investigó el metabolismo de células cancerosas y en el área endocrinológica dio a conocer sus estudios sobre la hormona tiroidea, foliculina, insulina y los corticoides. Producto de estas investigaciones, publica uno de los primeros tratados de la literatura mundial de la materia, *La corteza suprarrenal* (1942).

Fue en esta época cuando realizó sus mayores aportes a la Medicina y a la salud con sus estudios científicos sobre nutrición que sustentaron trascendentales políticas sociales y sanitarias dirigidas a la protección de las familias trabajadoras,

⁶ Roy Porter, *Historia de la medicina*, p. 155. Los órganos de mayor interés para la Endocrinología eran el páncreas, la tiroides, las glándulas sexuales y suprarrenales. Nuevas enfermedades serían comprendidas, entre ellas la diabetes, causada por un déficit hormonal, como también la regulación de la natalidad, una realidad a fines de la década de 1950 gracias a la identificación de la hormona sexual femenina, el estrógeno.

⁷ Nelson A. Vargas, *Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría*.

⁸ Entre algunas de estas reuniones están el Tercer Congreso de Asistencia Social (1932); el primer Congreso Interno de la Caja del Seguro Obligatorio (1933); la Primera Convención de los médicos directores de provincias de la Caja del Seguro Obligatorio en Los Maitenes (1935); Congreso de Higiene Pública (1935); la Convención Médica en Valparaíso (1936). Es también la época del desarrollo de la Asociación Médica de Chile (AMECH), fundada en 1931.

en particular a las madres y niños. Inspirado en los resultados de la aplicación de encuestas nacionales, examinó la calidad química de la alimentación del pueblo chileno, concluyendo, en diversas publicaciones, que el exceso de productos ricos en trigo y la carencia de lácteos eran los principales factores de la desnutrición en Chile. Entre los resultados concretos de estas investigaciones se cuentan la fundación de la *Revista Chilena de Medicina y Alimentación* en 1933, del Consejo Nacional de Alimentación en 1937, y la promulgación de la Ley Madre y Niño.

Entre todas estas iniciativas se destaca el levantamiento de información realizado por Eduardo Cruz-Coke a través de la aplicación de encuestas, un recurso metodológico que se haría habitual en el diseño de las políticas sociales y que gozaba de creciente credibilidad. El impulso al desarrollo de la Ley de Medicina Preventiva (LMP), que se concentró en la prevención de las enfermedades crónicas como la tuberculosis y la sífilis, de alto impacto en el país, constituye uno de los aportes por el que es más recordado entre la comunidad médica.

Como se aprecia, todos fueron proyectos impulsados durante la década de 1930 y en particular en el período que ejerció como ministro de Salubridad y Asistencia Social (1937-1938). Estas causas sanitarias, que defendió también como senador por el Partido Conservador (1941-1957), son los aportes que lo distinguen como uno de los fundadores de la medicina social y como un pionero de las políticas sanitarias nacionales y de la investigación científica durante el siglo xx en Chile.

Su carrera académica como profesor de Química Fisiológica y Patológica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile se extendió entre 1925 y 1962, a sólo doce años de su muerte (1974), período en el que fue un activo impulsor de las reformas lideradas por el rector Juvenal Hernández. Durante ese lapso ejerció como senador y se comprometió en diversas iniciativas; fue presidente de la Sociedad de Biología de Santiago (1940-1942); incentivó la creación de la Comisión Nacional de Energía y recibió varios reconocimientos internacionales como, por ejemplo, el doctorado *Honoris Causa* de la Universidad de París⁹.

Con su figura se consolidaba la singular participación de algunos médicos en el Estado chileno, camino que ya habían iniciado médicos de gran trayectoria desde fines del siglo xix como, por ejemplo, Adolfo Murillo, Federico Puga Borne y José Joaquín Aguirre.

EDUARDO CRUZ-COKE,
EL MAESTRO

Como líder del laboratorio de Química Fisiológica de la Universidad de Chile, estableció importantes relaciones científicas con ayudantes y estudiantes, todas marcadas por su personalidad, como suelen sostener quienes lo recuerdan, y por un ambiente de trabajo que acogía a estudiantes de distintas sensibilidades polí-

⁹ Mayores detalles en Cruz-Coke M., "Historia de la obra...", *op. cit.*

ticas, muchos de ellos futuros premios nacionales y reconocidos científicos. Un interesante ejemplo de su particular relación con sus estudiantes se ve reflejada en la introducción de la tesis del futuro médico Manuel de Viado en 1938 –un espacio inusual para expresiones emotivas– donde describía las características del vínculo que había establecido con su profesor:

“Pertenezco a la escuela científica e ideológica del Profesor Cruz-Coke, maestro que no solo enseña sino que hace sentir, creer y actuar. Formó parte de una escuela universitaria, es decir, de una comunidad de ideas, emociones, aun más, de ideales compartidos, que nos unen a él y a mí no solo en la relación fría de profesor y ayudante en el sentido transitorio de estudiante que pasa por el aula, sino en la vinculación íntima de personas que tienen las mismas razones de vida universitaria en todo lo que significa de perennidad en el reguero vital de la evolución creadora”¹⁰.

Eduardo Cruz-Coke, el maestro, es uno de los adjetivos más frecuentes con que suele ser evocado por muchos de sus estudiantes, tal como lo hace Héctor Croxato:

“Mis recuerdos, cuando retrocedo a mis años de estudiante, lo ven entrando a su sala de clases, con su paso nervioso, rápido, sin solemnidad, pero una vez frente a nosotros un silencio se hacía de inmediato y súbitamente una atmósfera tensa se cargaba de expectación e incertidumbre”¹¹.

El mismo Héctor Croxato afirmaba en 1967, con motivo de la ceremonia de jubilación de Eduardo Cruz-Coke, que las propuestas en materia bioquímica que había presentado, por ejemplo, en su obra *Acidez iónica en clínica* (1925), encontraron cierta resistencia en el ambiente académico de su época:

“Sus conferencias en la Sociedad Médica, que atraían un público generalmente joven, que no lograba contener el local, terminaban en atronadores aplausos, pero eran también el punto de partida de una controversia que continuaba durante un tiempo en los pasillos del hospital o en la Escuela, donde se libraban algunas polémicas en las cuales los ayudantes debíamos defendernos como si estuviéramos salvando la honra de la bioquímica”¹².

No obstante, aquellos sinsabores parecen poco importantes ante la emoción que experimentaba en su trabajo en el laboratorio tal como muchos lo recuerdan. El mismo Héctor Croxato daba testimonio del

“regocijo que aportó el hallazgo de una reacción específica que permitía reconocer la aparición de vitamina D cuando el ergosterol era irradiado”¹³.

¹⁰ Manuel de Viado, *Medicina dirigida y morbilidad chilena*, p. 9. Cabe señalar que esta tesis estaba dedicada al maestro Eduardo Cruz-Coke y fue merecedora del premio anual que otorgaba el Consejo de la Caja del Seguro Obligatorio.

¹¹ Héctor Croxato, “Cruz-Coke, maestro universitario”, p. 33.

¹² *Op. cit.*, p. 39.

¹³ *Op. cit.*, p. 40.

Otros médicos también dejaron vívidos testimonios de la cercanía que establecieron como sus estudiantes y asistentes. Benjamín Viel, insigne representante de la Medicina Social de la década de 1950 en adelante, es uno de los que recordaba en la década de 1960 la atrayente personalidad del maestro y su legado en la Medicina Social Preventiva, en especial al enseñar que había que “buscar la enfermedad en el presunto sano”¹⁴. Ignacio Matte Blanco, destacado médico siquiátra y sicoanalista, valoraba su impulso a la investigación científica al promover entre los estudiantes la lectura de artículos y monografías publicados en revistas científicas que evidenciaban los rápidos cambios que experimentaba la biología. Ignacio Matte B. también destacaba el apoyo de Eduardo Cruz-Coke a la decisiva incorporación de la Matemática y la Física en los estudios de Medicina en la década de 1930 y 1940. Pero por sobre todo, y al igual que otros discípulos, destacaba la relación personal que los estudiantes establecían con él:

“Los sábados en la tarde nos reuníamos en su casa y nos hablaba sobre algún tema que lo ocupaba. Podía ser un nuevo descubrimiento en bioquímica como un tema de filosofía, historia o poesía. El hecho es que aquellas tardes inolvidables ejercieron una influencia moldeadora e inspiradora altísima en nosotros”¹⁵.

En la ceremonia que celebró la incorporación de Eduardo Cruz-Coke como miembro académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1967, Jorge Mardones Restat valoraba la impronta formativa del maestro al reconocer su influencia en varias generaciones de médicos:

Eduardo Cruz-Coke

“Los discípulos que nos honramos en pertenecer a la Escuela de Cruz-Coke ocupamos hoy día asientos no solo en esta Facultad, sino que en otras de esta y de otras universidades, así como funciones superiores en instituciones de servicio, tanto del país como del extranjero, y en campos que abren las ciencias básicas, diversas clínicas y la Salud Pública. La amplitud de los intereses universitarios e ideologías políticas de sus discípulos, no es sino una consecuencia de la amplitud de miras del maestro, que supo orientar vocaciones y guiar personalidades aun por caminos muy diferentes de los de su ciencia predilecta, la química fisiológica”¹⁶.

¹⁴ Benjamin Viel, “Homenaje rendido al Dr. Cruz-Coke por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile al cumplir 30 años de docencia”, p. 61.

¹⁵ Ignacio Matte Blanco, “Eduardo Cruz-Coke, maestro e inspirador”, p. 71.

¹⁶ Jorge Mardones Restat, “Discurso de recepción al incorporarse como miembro académico de la Facultad de medicina de la Universidad de Chile”, pp. 85-86.

Conocedor del trabajo en el servicio público como ministro de Salud Pública en la década de 1950, Jorge Mardones R. valoraba a Eduardo Cruz-Coke como un hombre de Estado por su decisivo compromiso con el bien común, porque aquél entendía que el valor de la anticipación en Medicina podía ser visible en futuras generaciones y porque sabía “distinguir los asuntos que deben ser abordados con sentido social, de aquellos que deben dejarse a la iniciativa individual”¹⁷. Dicha cualidad fue evidente en la elaboración de la Ley de Medicina Preventiva según Jorge Mardones R., porque aquella disposición fue

“un verdadero anticipo de una acción estatal de lo que hoy se designa como ‘prevención secundaria’, es decir, el conjunto de medidas que impiden que una enfermedad ya establecida conduzca a la invalidez”¹⁸.

COSMOPOLITISMO EN EL PENSAMIENTO DE EDUARDO CRUZ-COKE

Durante la década de 1940, participó en distintas actividades fuera del país que reforzaron su pionero y variado cosmopolitismo como, por ejemplo, su participación en la delegación de Chile en la Conferencia en San Francisco – donde se creó la Organización de las Naciones Unidas– y su visita a la Universidad de Princeton donde dictó conferencias en la Escuela de Altos Estudios Internacionales.

En algunas de esas intervenciones dio a conocer su particular mirada sobre América. Identificando conceptos como civilización y cultura comparaba, por ejemplo, el desarrollo de Estados Unidos y el de los países americanos, recurriendo a la historia colonial, resaltando las diferencias raciales, climáticas, geográficas y hasta psicológicas: “en el americano del norte prevalece la tendencia a la acción; en el del sur a la imaginación”¹⁹. Para él, este diagnóstico permitía entender la tendencia en el pueblo estadounidense a desarrollar “una moralidad basada principalmente en la exactitud y en la verdad”, y la concepción de trabajo presente en aquella comunidad, donde no era comprendido como el “pago de una condena no merecida”, sino “una función vital abierta a la superación y que hay que tratar de hacer lo más alegre posible”²⁰. A su juicio, en este marco, el derrotero posindependencia seguido por las naciones latinoamericanas había reforzado la distancia de América Latina de la acción y del trabajo: la historia republicana de América Latina era la historia de su transformación en “colonias económicas de los grandes países capitalistas”, que proveían de materias primas agrícolas o mineras por medio de un trabajo mal remunerado a diferencia de las manufacturas provistas

¹⁷ Mardones Restat, “Discurso...”, *op. cit.*, p. 87.

¹⁸ *Op. cit.*, p. 88.

¹⁹ Eduardo Cruz-Coke L., “Resumen de conferencias dictadas en la Escuela de Altos Estudios Internacionales de la Universidad de Princeton”, p. 315.

²⁰ *Op. cit.*, p. 317.

por Estados Unidos y Europa, que dependían del rendimiento del trabajo humano apoyado en maquinaria, actividad mejor valorada en términos salariales.

Para Eduardo Cruz-Coke, el punto neurálgico era que la historia del intercambio comercial entre Estados Unidos y América Latina se concentraba en trabajo de baja calidad económica contra trabajo de alta calidad económica.

En su preocupación por establecer políticas de buena vecindad, influenciada por la figura tan admirada de Franklin Delano Roosevelt, apoyó la iniciativa de que América Latina adquiriera la capacidad de crear poder y riqueza nacional, meta que sólo era posible potenciando la industria nacional. Ante la escasa industrialización, sostuvo que

“Chile no tiene destino: llamo destino en este caso a la capacidad de proyectar una personalidad nacional en lo futuro que sea útil a la trascendencia de la condición humana (...) Cuando los obreros de todo el continente puedan comprar diez veces más de lo que ahora pueden comprar, el comercio interamericano será mucho más grande y mucho más sano, aun en el caso de que ellos dejaran de comprar algunos artículos norteamericanos”²¹.

POLÍTICA Y CIENCIA: LA CAMPAÑA PRESIDENCIAL DE 1946

“Yo vengo de la Escuela de Medicina: he sido un profesor y he llegado a la política desde una experiencia técnica, desde una experiencia de hospital. He estado acostumbrado a tratar a un enfermo en el hospital y a observar las reacciones que producían en él los tratamientos empleados, y una vez que un tratamiento no daba resultados, me he acostumbrado a desecharlo. Una vez que una imagen, que una idea, que se puede tener en la experimentación traída al laboratorio y a la experiencia práctica no da resultados, me he acostumbrado a esa disciplina de ir rectificando las imágenes con las realidades, de ir poco a poco rectificando todas las que creemos que pueden ser cosas del espíritu, con la materia me he habituado a lo que San Juan de la Cruz llamaba la prueba permanente del espíritu con la materia. Como enseñan todos los grandes investigadores y todos los grandes creadores, hemos ido confrontando el espíritu con la materia. Eso es lo que hemos tratado de hacer en forma permanente y es el espíritu que hemos querido traer a la política”²².

Esta cita grafica la autopercepción que tenía de sí mismo y del aporte que podía hacer como médico y hombre de ciencia a la actividad política en su calidad de candidato presidencial a mediados de la década de 1940.

²¹ Cruz-Coke L., “Resumen...”, *op. cit.*, p. 327.

²² “Discurso”, *El Diario Ilustrado*, 20 de agosto de 1946, en Pablo Toro, “La Guerra Santa por el bienestar de la patria. Socialcristianismo y política social: la campaña presidencial de Eduardo Cruz-Coke en 1946”, pp. 347-348,

Eduardo Cruz-Coke tuvo un visible debut político, pues se convirtió en ministro de Salubridad durante el segundo gobierno de Arturo Alessandri. Más adelante, junto a su prolífica actividad académica, fue electo parlamentario entre 1941 y 1957 y candidato en las elecciones presidenciales de 1946, apoyado por el Partido Conservador²³. Desde su particular visión del mundo como católico y miembro de ese partido, debatió y visibilizó una serie de diagnósticos médico-sociales que se venían instalando desde principios del siglo XX.

Una de las particularidades de su biografía fue esta incursión en la política partidista, sobre todo su presentación como candidato presidencial. El salto a la política electoral fue tributario de su conocimiento del Estado, de su labor como creador de una política social como la Ley de Medicina Preventiva y de su convicción de la necesidad de contar con un Estado fuerte y comprometido con la nación.

En nuestro acercamiento biográfico es más preciso –y quizá más justo con la persona y su legado– indicar que Eduardo Cruz-Coke fue un conservador singular en el espectro político chileno de las décadas de 1930 y 1940. La combinación de su vocación científica y sus inclinaciones espirituales redundó en su férreo interés de imprimir a la actividad política un sello trascendente ligado a la rigurosidad de la evidencia, del sentido común, de la valorización de la iniciativa privada y de la definición del papel social del Estado, todas aspiraciones que lo convirtieron, a ratos, en un *outsider* de la dupla liberal-conservadora, ya quebrada, o, al menos, debilitada, ante el crecimiento de la alternativa socialista hacia fines de la década de 1930.

La literatura que examina su candidatura y su posterior fracaso han coincidido en destacar como factores importantes de aquélla las características particulares de la personalidad de este médico, su adscripción católica y su calidad de *outsider* de la política y la división del Partido Conservador²⁴. Entre los antecedentes de esta campaña política y de la división de la derecha, el estudio de Sofía Correa sostiene que el triunfo de los partidos políticos de derecha en la Europa de posguerra, y el carisma de Eduardo Cruz-Coke son factores que influyeron de manera determinante en el apoyo de los conservadores a su candidatura. A juicio de Sofía Correa, el social-cristianismo se constituyó en una alternativa al marxismo de la época, corpus ideológico impreciso y vago que descansaba de manera importante en la exaltación de la personalidad de Eduardo Cruz-Coke. Dichas cualidades justifican la comprensión de esta campaña como una auténtica cruzada populista.

El juicio de Pablo Toro, en parte, es coincidente con lo sostenido por Sofía Correa. El valor de la combinación de una respetabilidad académica y profesional más la visibilidad que adquirió como ministro del segundo gobierno de Arturo Alessandri, período en que se instauran el Consejo Nacional de Alimentación, la Ley de Medicina Preventiva y la Ley Madre y Niño, son factores claves para comprender el apoyo político a su candidatura. No obstante, y basándose en inter-

²³ Huneeus y Lanas, *op. cit.*

²⁴ Tomás Moulián, Isabel Torres Dujisin, *Discusiones entre honorables: las candidaturas presidenciales de la derecha entre 1938 y 1946*; Sofía Correa, *Con las riendas del poder. La derecha chilena del siglo XX*, cap. 3.

venciones de la prensa y de la colección de discursos que también nosotros hemos consultado, el análisis de Pablo Toro da un paso adelante respecto de dos materias. Primero, se enuncia lo estratégica que fue la relación entre la propuesta socialcristiana que encarnaba la postulación de Eduardo Cruz-Coke y el creciente fundamento técnico en el que descansaban las políticas sociales chilenas, de las cuales aquél era un sólido impulsor. Segundo, Pablo Toro ofrece pistas que apuntan a distanciar a Eduardo Cruz-Coke de la tradicional categorización de líder populista que ha recibido en investigaciones anteriores.

Si bien el contexto del populismo nacional y latinoamericano –de fuerte retórica antiliberal y nacionalista– fue un telón de fondo clave del quehacer de Eduardo Cruz-Coke, la resolución de los problemas sociales que proponía tomaba distancia tanto del liberalismo clásico como de las distintas versiones del socialismo, operación que para muchos era difícil de comprender, y de compartir, en la década de 1940. Con un lenguaje pleno de frases proféticas, otras extraídas de la literatura y la poesía mística y que apelaban a la renovación o a la refundación nacional, su propuesta pretendía aunar la evidencia científica y la evidencia política. Y en esta línea, el aporte de Pablo Toro nos parece clave, pues revela que, a diferencia de la tradicional figura de caudillos que se definían como apolíticos, Eduardo Cruz-Coke no puede ser inscrito en esa vertiente porque para él, la ciencia podía y debía estar al servicio de la política:

“el abanderado socialcristiano consideraba que el abordaje técnico de los problemas sociales, siendo relevante y necesario, no podía preponderar por sobre la lectura política integral de estos, lo que implicaba reforzar el valor de los canales institucionales de expresión de demandas de cambio, o sea, la política representativa”²⁵.

En la interpretación de Pablo Toro, la política social para Eduardo Cruz-Coke era una “necesaria coronación de los fundamentos del sistema democrático mediada visiblemente por consideraciones espirituales y religiosas”²⁶, definición muy alejada de la vigente, que entiende la acción social del Estado como aquella que privilegia, por sobre todo, resultados eficientes y sustentables. La particularidad de Eduardo Cruz-Coke es que fue representado como el médico y el creyente embarcado en una empresa inédita, privativa del social-cristianismo: impregnar a la política de un sentido de misión. Su figura de médico daba legitimidad a su creencia en la superioridad de la ciencia para la resolución de los problemas sociales; su activo fervor católico aportaba la confianza de quienes valoraban la presencia de un hombre de fe en las turbulentas aguas de la política nacional²⁷.

²⁵ Toro, *op. cit.*, p. 343.

²⁶ *Op. cit.*, p. 345

²⁷ *Op. cit.*, p. 347.

LAS POLÍTICAS SANITARIAS
EN LA PRIMERA MITAD DEL SIGLO XX CHILENO

La discusión sobre la propiedad y aplicabilidad del concepto de ‘estado de bienestar’ al caso chileno, y su cronología más precisa es parte de una discusión que no está resuelta en el campo historiográfico ni tampoco en el de la ciencia política²⁸. La elaboración de políticas sociales a partir de la década de 1920 constituye uno de los rasgos más importantes y consensuados para aludir a la inauguración y posterior consolidación de políticas estatales en salud, educación y trabajo que han adoptado distintas denominaciones como, por ejemplo, *Estado asistencial*²⁹, *Estado proveedor*³⁰ o *Estado benefactor médico-social*³¹. Para otros, el origen de este tipo de Estado estaría en la centralización de los servicios de salud o surgimiento de los sistemas nacionales de salud que para Chile se verifica a partir de la fundación del Servicio Nacional de Salud en 1952.

En lo que existe acuerdo es que desde la promulgación de la ley de la Caja del Seguro Obligatorio, se registran hitos institucionales que van legitimando e incrementando la intervención del Estado en el campo de la salud pública y la Medicina Social. En ese contexto, la figura de Eduardo Cruz-Coke es importante, pues tomando distancia del registro apologético y personalista que ha dominado la historia de la Medicina y de la salud chilena, los aportes de este médico, en particular el establecimiento de la Ley de Medicina Preventiva y la Ley Madre y Niño, configuran hacia fines de la década de 1930 un marco que tanto en su contenido jurídico como científico dio continuidad y perfeccionó el sentido del proyecto asistencial que emergió luego del establecimiento de la Caja del Seguro Obligatorio. Apoyadas en un trabajo investigativo y en la observación de la realidad local, ambas políticas sanitarias se constituyeron en instrumentos que permitieron ampliar la cobertura asistencial existente. A la luz de la historia institucional de la salud pública y de la emergencia del Estado Benefactor chileno, marcaron un hito previo a la reforma que unificó a los servicios de salud en el Servicio Nacional de Salud fundado en 1952 y constituyeron un hito histórico en los sistemas de seguridad socio-sanitaria en América Latina³².

²⁸ Huneus y Lanas, *op. cit.*

²⁹ María Angélica Illanes, *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública en Chile (1880-1973). Hacia una historia social del siglo XX*; Karin Roseblatt, *Gendered Compromises: Political Cultures and the State in Chile, 1920-1950*.

³⁰ Sofía Correa *et al.*, *Historia del siglo XX chileno*.

³¹ Ricardo Cruz-Coke Madrid, “Historia del Estado benefactor médico social en Chile”, pp. 51-57.

³² Juan César García, “La Medicina Estatal en América Latina, 1880-1930”, pp. 70-110.; Gilberto Hochman, “Regulando os Efeitos da Interdependência Sobre as Relações entre Saúde Pública e Construção do Estado (Brasil 1910-1930)”, pp. 40-61; Susana Belmartino, Carlos Bloch, Ana Virginia Perseillo y María Isabel Camino, *Corporación Médica y Poder en Salud, Argentina, 1920-1945*; Patricio Márquez y Daniel J. Joly, “An Historical Overview of the Ministries of Public Health and the Medical Programs of the Social Security Systems in Latin America”, pp. 378-394; Olga Palmero Zilveti, “La seguridad social y la atención de la salud en América Latina”, pp. 181-202.

Para entender la significación histórica de los aportes de Eduardo Cruz-Coke a la consolidación de la Medicina Social y de las políticas sanitarias, es necesario reseñar algunos aspectos sobre los orígenes de la relación entre salud e intervención estatal, y revisar algunos de los principales avances que registró esa relación durante la primera mitad del siglo xx chileno.

En los estudios históricos sobre las primeras políticas de salud en la Europa moderna, los orígenes se establecen a mediados del siglo xix. Por una parte, las deterioradas condiciones de vida del proletariado industrial urbano, evidentes para cualquier observador, se transformaron en el barómetro predictivo de eventuales revueltas sociales. Por otra, los indicadores de mortalidad y morbilidad entre las clases trabajadoras, y sus negativas consecuencias en la demografía y el rendimiento laboral podían traer consigo el debilitamiento de las economías nacionales. Ante este diagnóstico, las elites intelectuales, políticas y médicas de Europa occidental se interrogaron sobre cual era la responsabilidad del Estado en la protección de la salud urbana y colectiva. Fruto de estos debates nacieron incipientes reglamentaciones y legislaciones que identificaron a los trabajadores como su principal foco de atención. Lo que ayer era un asunto de resorte privado se convirtió en una cuestión de debate público que justificaba la intervención estatal en aras del bien común, aunque para ser más precisos, de la economía capitalista. Los efectos socio-sanitarios del capitalismo industrial como la alta mortalidad y mor-

bilidad de la población, y la explosión de enfermedades infectocontagiosas en las urbes europeas decimonónicas, motivaron y justificaron la intervención del Estado liberal en nombre del amenazado bien público. Y específicamente, las relaciones entre una economía capitalista pujante y la higiene fueron el telón de fondo para las propuestas y estudios que respaldaron la intervención del Estado en lo que se suponía parte de la esfera privada de los individuos: la salud individual³³.

Por otra parte, desde mediados del siglo XIX una vertiente de la Medicina conocida como *medicina social*, nacida en Alemania a partir del trabajo de Johan Peter Frank y Rudolf Virchow, cobraba cada vez más seguidores al establecer y aportar evidencias científicas de que buena parte de las enfermedades eran la expresión clínica de la influencia de las condiciones económicas y ambientales sobre los individuos, en particular, entre los más pobres. En este análisis, la salud era entendida como una aspiración colectiva que debía ser protegida y fomentada por el principal agente del bien público: el Estado.

La naturaleza, objetivos y metas de la intervención estatal en los problemas sociales en general, y de los sanitarios en particular, fue debatida desde fines del siglo XIX gracias a la iniciativa de políticos conservadores, a la Iglesia Católica a través de la difusión de la encíclica *Rerum Novarum* y al pensamiento socialcristiano que emergió de ella³⁴. Pero la seguridad social y la implantación de un incipiente Estado social también se constituyeron en estrategias para evitar revueltas sociales y el fortalecimiento de las alternativas políticas de izquierda. Este nuevo Estado Social adoptó diversas peculiaridades que, sin duda, fueron modeladas por la historia y la cultura nacional de cada país del Viejo Mundo; por ejemplo, mientras en Alemania fue consecuencia de la presión de una social-democracia más radicalizada, en Inglaterra fue producto de la vertiginosa expansión de la miseria³⁵.

En el caso chileno, la solución a los problemas sanitarios contó con la importante contribución filantrópica o “caritativa” de las elites durante el siglo XIX. No obstante, una serie de hitos institucionales marcaron la incipiente intervención del Estado en materias de higiene y salud como, por ejemplo, la creación de la sección de Higiene y Beneficencia del Ministerio del Interior en 1886, el establecimiento del Consejo Superior de Higiene Pública y el Instituto de Higiene en 1889 y 1892, respectivamente.

Con el cambio de siglo, el diagnóstico de la comunidad política y médica chilena era coincidente al identificar a la proletarización urbana como una de las consecuencias más negativas y desgarradoras del proceso de capitalización y al sostener que sólo podría ser revertido impulsando un papel más activo del Estado en el campo de la higiene y la salud. Médicos, políticos y ensayistas respaldaron

³³ George Rosen, *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*, en especial los capítulos: “¿Qué es la medicina social? Un análisis genético del concepto” y “Política económica y social en el desarrollo de la salud pública: un ensayo interpretativo”, pp. 77-137 y pp. 200-227, respectivamente.

³⁴ Huneeus y Lanús, *op. cit.*

³⁵ Ignacio Sotelo, *El Estado social. Antecedentes, origen, desarrollo y declive*, pp. 177-182.

debates y futuras reformas –tanto las sanitarias como las laborales que se requerían para recomponer a la clase trabajadora deteriorada– influenciados por la presión social de los trabajadores organizados, el mutualismo obrero internacional, el feminismo europeo, el reformismo sanitario y la institucionalización de los seguros sociales, todos procesos que marcaron en su ideología a los partidos de orientación liberal-conservadora, socialdemócrata y socialista chilenos³⁶.

Entre las principales medidas que encarnaron el proyecto de este incipiente Estado asistencial en la primera mitad del siglo xx están la promulgación de la ley de la Caja del Seguro Obligatorio en 1924, durante el período regido por la Junta Militar liderada por Carlos Ibáñez del Campo y las reformas al *Código del Trabajo* de 1931³⁷. Presentada por el diputado conservador y médico, Ezequiel González Cortés, e inspirada en sus observaciones del sistema previsional alemán, expresión temprana y paradigmática de los futuros estados de bienestar europeos, la ley de la Caja del Seguro Obligatorio declaraba la afiliación obligatoria de la población obrera, hombres y mujeres menores de sesenta y cinco años, a un seguro de enfermedad e invalidez. Con una historia accidentada en sus primeros años, sólo desde 1932 la Caja del Seguro Obligatorio inició un rápido crecimiento organizacional que contó con recursos humanos y financieros que le permitieron tener presencia nacional. En la misma década, reuniones y congresos internos realizados por los médicos que trabajaban en la institución determinaron que la política asistencial debía centrarse en una orientación preventiva. A través del Departamento Médico, la Caja del Seguro Obligatorio lideró una importante política médico-asistencial en la década de 1940, específicamente a través del trabajo realizado, entre otras, por las oficinas encargadas de la protección de madres y niños, la invalidez obrera, la lucha antituberculosa y antivenérea, la oficina estadística y la sección de farmacia³⁸.

Tanto la Caja del Seguro Obligatorio como el *Código del Trabajo* tenían como principales objetivos regular las relaciones entre capital, trabajadores y Estado, y debían incrementar subsidios y fiscalizar beneficios que colaboraran a la reparación de la “cuestión social”. En este nuevo ordenamiento político se modificaba de forma sustancial la responsabilidad política del Estado al sancionar un reglamentado acceso a la Medicina y a la seguridad laboral para la población asalariada e indigente, el que estaba amparado en la nueva Constitución Política de 1925 y que obligaba al Estado a “velar por la salud pública y el estado higiénico del país”³⁹. En este nuevo escenario, se potenció la institucionalización de la salud pública y la consolidación de la medicina social. Los múltiples estudios que el Departamento Médico de la Caja del Seguro Obligatorio y la Oficina del Trabajo publicaron, y el creciente número de monografías y tesis de médicos y abogados –que proponían

³⁶ María Eliana Labra, “Medicina social en Chile: propuestas y debates (1920-1950)”, pp. 207-219.

³⁷ Acompañó a estas leyes, el establecimiento del Ministerio de Higiene, Trabajo y Seguridad Social. Véase a Jorge Jiménez de la Jara (editor), *Medicina social en Chile*, Mario Livingsstone y Dagmar Raczinsky (editores), *Salud pública y bienestar social*.

³⁸ Caja de Seguro Obligatorio, *La Caja de Seguro Obligatorio. Desarrollo estructural y funcional*.

³⁹ Correa *et al.*, *op. cit.*, capítulo IV.

programas y políticas que incrementaban la intervención del Estado en materia sanitaria— así lo corroboran.

En el período en que la Caja del Seguro Obligatorio se organizaba y el país enfrentaba una deplorable situación económica producto de los efectos de la Depresión Mundial, ya se contaba con un relativo consenso respecto de la necesaria participación del Estado en el ámbito de la salud. No obstante, como lo plantea la historiadora María Elena Labra, la naturaleza y calidad de la intervención del Estado en materia sanitaria constituyó un elemento diferenciador de los proyectos ideológicos —liberal, radical y socialista— que pugnaron por la conducción de las políticas sociales desarrolladas entre 1920 y 1950⁴⁰. El proyecto liberal-conservador, el proyecto socialista y el proyecto socialdemócrata nacieron antes de la Segunda Guerra Mundial, período en que el sistema médico asistencial debía privilegiar la recuperación de la fuerza laboral, y el capital humano era protegido y multiplicado por el Estado. En la década de 1950 emergió el proyecto falangista que se inspiró en el modelo inglés de seguridad social creado en 1948.

La orientación liberal-conservadora y la socialdemócrata, apoyadas por médicos como Eduardo Cruz-Coke, Julio Bustos y Manuel de Viado, respectivamente, sugerían la necesidad de aplicar modificaciones al sistema del Seguro Social que, en sentidos distintos, perfeccionarían la protección sanitaria y laboral de la clase trabajadora. Los primeros apoyaban una mayor privatización del Seguro Social, aumentando la contribución de los individuos trabajadores al fondo de capitalización y limitando la función asistencial del Estado a los más pobres; la orientación social-demócrata argumentaba que era el Estado quien debía reemplazar a la Beneficencia en las funciones médico-asistenciales y previsionales resguardando la protección de los asalariados del mercado de trabajo formal; y, por último, la propuesta socialista que apostaba por la implantación de un cambio estructural, la revolución socialista, que reemplazaría la institucionalidad sanitaria vigente por un proceso unificador de todos los organismos de salud.

Según María E. Labra, fue entre la comunidad política de la izquierda chilena que se intensificó el debate que vinculaba los problemas sanitarios con las condiciones socioeconómicas de la población más vulnerable en la década de 1930. La preocupación política y científica coincidían en el argumento de que las enfermedades tenían un origen socioambiental, por tanto, la institucionalidad sanitaria vigente no tenía las herramientas suficientes para intervenir en esa materia. Sobre la base del examen de experiencias internacionales y de una nueva ola de reformismo previsional y sanitario internacional, la comunidad chilena experimentaba, a juicio de María E. Labra, “una actualizada doctrina en medicina social”. Un ejemplo de este impulso fue el Programa de Acción Médico Social presentado en 1939 por el médico y ministro de Salubridad Salvador Allende, que proponía la unificación de todos los servicios de salud. Dicho proyecto reservaba para el Estado la principal responsabilidad de valorar y proteger el capital humano y recogía algunos de los planteamientos que Salvador Allende había presentado en la Primera Convención

⁴⁰ Labra, *op. cit.*, pp. 207-219.

Médica de 1936, en particular los que aludían a la necesidad de que se privilegiara la centralización e integralidad de las funciones sanitarias.

Si bien el proyecto de Salvador Allende fue considerado sólo una década más tarde, la llegada del Frente Popular en 1938 –coalición de centro-izquierda y liderada por el radical Pedro Aguirre Cerda– profundizó el papel estatal en la planificación económica y en la distribución de subsidios a las clases trabajadoras. Asimismo, fue la etapa en que se fortalecieron las prestaciones médico-asistenciales y se desplegaron las atribuciones de la Ley de Medicina Preventiva, inaugurando el período que transformó al Estado en uno de los protagonistas claves de la historia social chilena hasta el golpe militar de 1973⁴¹.

Eduardo Cruz-Coke compartía la importancia y legitimidad de la intervención del Estado en materia sanitaria y alimentaria, y reconociendo las limitaciones del trabajo que hacía la Caja del Seguro Obligatorio, su principal preocupación en materia de política sanitaria fue aportar al perfeccionamiento de la política de aseguramiento médico social de la clase trabajadora que aquella caja brindaba. Las observaciones críticas de Eduardo Cruz-Coke al sistema asistencial en la década de 1930 fueron parte de la sistemática y pública crítica al trabajo que realizaba la Caja del Seguro Obligatorio. No buscaba reestructurar el sistema, crear o suprimir agencias, sino que su propuesta era optimizar los recursos disponibles sin alterar el sistema político, a través de una medicina genuinamente preventiva.

Como se revisa más adelante, la Ley de Medicina Preventiva se convirtió en un instrumento legal de protección anticipada al desarrollo de patologías que podían inhabilitar al individuo trabajador, a diferencia del propósito de la Caja del Seguro Obligatorio que actuaba subsidiando, a través de estipendios muy exiguos, a aquéllos que estaban enfermos o sufrían alguna lesión invalidante.

En términos doctrinarios, su aporte en esta década de 1930 de amplio debate médico-social fue ampliar la concepción de previsión estrictamente económica hacia una de tipo biológica. Esta contribución se sumaba a las ya emprendidas por la clase médica desde fines del siglo XIX, y que en la primera mitad del siglo XX se constituyó un antecedente de la construcción del Estado de Bienestar chileno.

LA RECEPCIÓN POLÍTICA DE LA LEY DE MEDICINA PREVENTIVA

Desde una perspectiva ideológica, la acogida de la Ley de Medicina Preventiva entre la clase política chilena fue en general aprobatoria. El análisis crítico de la Ley de Medicina Preventiva que cada partido político hizo, fue diferenciado en virtud del grado que se le otorgaba a las condiciones socioeconómicas como causa central de las enfermedades que aquejaban a la clase trabajadora. Los partidos Radical, Liberal y Conservador confiaban en la recuperación de la salud bajo políticas sanitarias como la Ley de Medicina Preventiva que no cuestionaban la estructura del

⁴¹ Sobre las políticas asistenciales del período de los frentes populares, véase Roseblatt, *op. cit.*

modelo capitalista chileno, en tanto los partidos de izquierda confiaban en que solo sustituyendo dicho modelo por el socialista, la condición sanitaria de los trabajadores se modificaría⁴². Así lo revelan los debates parlamentarios que comenzaron en el año 1937 y que concluyeron con la promulgación de la ley en febrero de 1938. Sin duda, la rápida tramitación daba cuenta de un consenso importante respecto de las ideas de Eduardo Cruz-Coke sobre acción preventiva sanitaria.

Entre los críticos de la Ley de Medicina Preventiva estuvo Salvador Allende quien, en calidad de parlamentario y médico, presentó algunos argumentos que se concentraron en las limitaciones asistenciales que caracterizaban a esta política sanitaria en su emblemático texto, *La realidad médico-social chilena* de 1939⁴³. Salvador Allende reconocía algunas de las principales virtudes de la Ley de Medicina Preventiva como la conservación indefinida del salario íntegro a obreros y empleados que exhibieran “posibilidades de recuperación”; el valor estadístico que reportaba la administración de un examen de salud obligatorio; la protección del trabajador enfermo durante al menos cuatro meses si es que había trabajado más de un año para el mismo empleador y el carácter irrenunciable de los beneficios.

No obstante, Salvador Allende también identificaba algunas restricciones de la Ley de Medicina Preventiva. En primer lugar, no estaba de acuerdo en denominarla ley de medicina preventiva por cuanto el concepto científico aludía a una atención integral de la salud, es decir, desde el nacimiento hasta el deceso del individuo que la ley no contemplaba; estipulaba beneficios únicamente para los imponentes activos, excluyendo a los imponentes pasivos y a los que no imponían; se restringía a las tres patologías señaladas dejando fuera, por ejemplo, las enfermedades profesionales; tampoco otorgaba beneficios tanto para las madres como para las mujeres embarazadas.

En segundo lugar, la Ley de Medicina Preventiva adolecía de deficiencias respecto de la prescripción del reposo. Por ejemplo, Salvador Allende sostenía que la modalidad presente en los contratos de trabajo no evitaba que aquellas personas a las que se les recomendó el reposo que disponía la ley, fueran despedidas al regresar a su oficio “por temor al contagio o por suponer disminuida su capacidad de trabajo”⁴⁴. Para Salvador Allende, la Ley de Medicina Preventiva también había estimulado la aparición de una nueva cesantía, “la del enfermo o candidato a enfermo”, producto de la actitud de algunos empleadores, quienes a través de los servicios médicos que ellos contrataban y mantenían, descartaban rápidamente a enfermos y candidatos a enfermos y aplicaban exámenes de admisión como requisito previo a la contratación.

Salvador Allende también era crítico respecto de las disposiciones que rodeaban la asistencia de las cardiopatías, las que se concentraban en acciones curativas

⁴² Illanes, *op. cit.*

⁴³ Sobre los comentarios a la Ley de Medicina Preventiva de Salvador Allende y sobre su relación con Eduardo Cruz-Coke, véase María Soledad Zárate, *Salvador Allende y su papel en la difusión de la medicina social y la salud pública, década de 1930*.

⁴⁴ Salvador Allende, *La realidad médico-social chilena*, pp. 180.

insuficientes. Asimismo, se requería estrechar la relación entre los servicios asistenciales y los servicios de medicina preventiva, para hacer efectivo el aislamiento obligatorio de los tuberculosos no recuperados que no recibían beneficios y que eran un foco infeccioso para sus familias. Finalmente, Salvador Allende sostenía que era necesario fundar los organismos auxiliares –sanatorio, casa de reposo, bolsa de trabajo– que había contemplado la ley y que en su ausencia hacían poco viable la recuperación y reinserción de la clase trabajadora.

LA ALIMENTACIÓN DEL PUEBLO CHILENO

Desde fines del siglo XIX, la preocupación por la alimentación del pueblo y la composición de la dieta familiar e infantil se transformaron en una preocupación médica que reparaba en la necesidad de regular hábitos alimenticios muy arraigados, y se comprometía con el consumo de ciertos productos que los estudios nutricionales de la época identificaban como necesarios y, en ocasiones, imprescindibles. Entre estos últimos el caso de la leche fue el más popular, en virtud de su estratégico valor nutricional. Ensayos y monografías clamaban por el aseguramiento del consumo lácteo entre embarazadas y nodrizas, por la promoción a toda costa del amamantamiento materno lo más extenso posible y, en su ausencia, por asegurar la lactancia artificial, denominación que aludía al consumo de leche animal entre los recién nacidos y los menores de edad.

La comunidad médica había identificado en los albores del siglo XX a mujeres y niños como las principales “víctimas” de la explotación capitalista del período y planteaba que la alimentación de la embarazada y del lactante eran la base de una población acorde a los objetivos económicos que desafiaban al país. También los estudios científicos nacionales corroboraban que las enfermedades digestivas y las respiratorias, que padecían los lactantes en una alta proporción, se relacionaban respectivamente con la incapacidad de la madre de amamantar de manera prolongada a sus hijos, por tanto, con la ausencia de agentes inmunológicos presentes en forma privilegiada en la leche materna.

Como se ha planteado en un artículo anterior, la preocupación médica por la alimentación adquirió nuevos matices con el cambio de siglo que serán determinantes para las políticas sanitarias a partir de la década de 1920. Uno de ellos fue la crucial asociación entre salud y alimentación, ejes sustantivos para comprender la visibilidad y crecimiento de la pobreza urbana y proletaria del Chile de la primera mitad del siglo XX. Las altas tasas de mortalidad y de morbilidad de la población en general, y de la población materno-infantil en particular, se vinculaban de manera significativa a estados fisiológicos vulnerables, a enfermedades congénitas, gastrointestinales o enfermedades contagiosas como la tuberculosis que compartían orígenes comunes en una alimentación deficiente⁴⁵.

⁴⁵ María Soledad Zárate, “El licor de la vida. Lactancia y alimentación materno-infantil, Chile, 1900-1950”.

Para enfrentar este diagnóstico, el estudio de los hábitos alimenticios de la población trabajadora y de la más pobre del país se incrementaron dando origen a publicaciones de médicos como Luis Calvo Mackenna, Julio Santa María, Aurora Rodríguez, Salvador Allende y el propio Eduardo Cruz-Coke que, a nuestro juicio, en su conjunto fueron la expresión local de una preocupación ya consolidada internacionalmente:

“fruto de las disyuntivas del racionamiento alimenticio que se impuso en Europa y Estados Unidos luego de la Gran Guerra, la ciencia de la nutrición –y la comprensión de la desnutrición como un severo estado fisiológico– estimuló la elaboración de estudios y estadísticas, y la aplicación de encuestas que sustentaban la formulación de políticas estatales dirigidas a incentivar la estratégica producción y consumo de ciertos alimentos. Un proceso similar se dio en Latinoamérica pero con objetivos distintos. En el caso de Chile, las políticas alimenticias emprendidas por el Estado buscaron recomponer el estado físico de las clases populares expoliadas por el capitalismo industrial y fomentar el nacimiento de ciudadanos vigorosos y comprometidos con una república pujante”⁴⁶.

En un estudio pionero, sostenía que la carencia de proteínas en la dieta de los infantes chilenos era uno de los problemas más severos. Atento a la importancia de factores hereditarios como la historia alimenticia de la madre, abogó también por incrementar el consumo de carne en pos de la prevención de enfermedades como la tuberculosis infantil. Al dar a conocer los resultados de una encuesta aplicada entre familias pobres de la capital a fines de la década de 1920, concluía que el consumo de leche por habitante no alcanzaba los cien gramos en promedio, en contraste con el alto consumo de trigo diario, lo que justificaba la intervención del proceso productivo del “licor vital”⁴⁷.

EL CONSEJO DE ALIMENTACIÓN Y EL PLAN DE MEJORAMIENTO NUTRICIONAL DE EDUARDO CRUZ-COKE

Las décadas de 1930 y 1940 fueron fructíferas en la publicación de diversos estudios nacionales y estudios de investigadores extranjeros pero, sin duda, el de mayor impacto fue el estudio de Etienne Burnet y Carlo Dragoni, patrocinado por la Sociedad de Naciones y realizado sobre la base de una encuesta aplicada en 1935⁴⁸. En 1937, el propio Eduardo Cruz-Coke comentaba los aportes de este informe que completaba los estudios realizados por la Universidad de Chile, el Departamento

⁴⁶ Zárate, “El licor...”, *op. cit.*, p. 250.

⁴⁷ Eduardo Cruz-Coke, “Los equilibrios alimenticios y la alimentación del pueblo chileno” (clase inaugural del curso de química fisiológica y patológica del año 1928), pp. 519-549.

⁴⁸ En la *Revista de Asistencia Social*, tomo VI, correspondiente al año 1937, se publicaron interesantes estudios sobre alimentación popular, entre ellos, un extracto del informe de Etienne Burnet y Carlo Dragoni dirigido a la Liga de las Naciones y al gobierno chileno.

de Nutrición de la Dirección General de Sanidad, el Instituto Bacteriológico y los departamentos técnicos de algunas municipalidades. La conclusión más clara y sintética era que la carencia de “alimentos protectores” condenaba a la población a una menor “resistencia a las infecciones”⁴⁹.

Un signo del peso que adquirieron las preocupaciones nutricionales fue la fundación del Consejo Nacional de Alimentación, creado por Eduardo Cruz-Coke en 1937 cuando era ministro de Salubridad. Al alero e impulsadas por esta entidad surgieron publicaciones dirigidas a mejorar las políticas distributivas del gobierno en materias alimenticias⁵⁰.

Los beneficios de una dieta variada para el desarrollo humano eran conocidos desde la antigüedad, conocimiento reforzado por los estudios nutricionales empíricos de la época. No obstante, la dieta nacional compuesta en lo esencial de derivados del trigo y de papas era deficitaria en cantidad y variedad. Se caracterizaba por la ausencia de carne y alimentos proteicos, verduras y frutas –todos alimentos que contribuían “al crecimiento, la inmunidad y la vitalidad general”– y por la deficiencia de sustancias como fósforo y calcio⁵¹. Estas carencias afectaban a la infancia, cuestión que el investigador y discípulo de Eduardo Cruz-Coke, el médico Jorge Mardones Restat, había profundizado en un par de estudios⁵².

Ante el Consejo Nacional de Alimentación, Eduardo Cruz-Coke presentó una propuesta de acción estatal en el campo nutricional que llama la atención por la distancia argumentativa respecto del influyente discurso eugenésico que inundaba el escenario científico de la época:

“Es necesario llamar la atención a que las estructuras corporales que constituyen características raciales solo en parte son determinadas por factores hereditarios y que aquellas más importantes para la Salud Pública y para el rendimiento social del individuo tienen su origen en condiciones nutritivas, susceptibles de ser perfeccionadas por una alimentación inteligente”⁵³.

La posición de Eduardo Cruz-Coke resultaba interesante para la comunidad científica y política en la cual el valor de la herencia adquiría cada vez mayor peso para explicar la existencia y justificar que cualidades físicas y conductuales fueran interpretadas como una condena social y sanitaria principalmente entre las clases populares. Si el pueblo se alimentaba mejor, sus posibilidades de desarrollo y

⁴⁹ Eduardo Cruz-Coke, “Plan de gobierno de Chile para mejorar la alimentación del pueblo”.

⁵⁰ Numerosos son los suplementos publicados en la *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*. Por su parte, los laboratorios se dedicaron al tema de la composición, y el Ministerio de Sanidad desarrolló una intensa campaña de divulgación en folletos elaborados por el Departamento de Higiene de la Nutrición de la Dirección General Sanitaria de Santiago entre 1938 y 1939.

⁵¹ Se sabía que la carencia de fósforo era determinante de la aparición de caries dentarias, deformaciones óseas y alteraciones en el crecimiento.

⁵² Jorge Mardones Restat, *El problema de la alimentación en Chile*; Jorge Mardones Restat *El aspecto económico del problema de la alimentación en Chile*.

⁵³ Cruz-Coke, “Plan de gobierno...”, *op. cit.*, p. 637.

niveles de productividad también podían optimizarse, es decir, las circunstancias desventajas que acompañaban el nacimiento de los más desposeídos eran susceptibles de cambiar y el Estado podía y debía intervenir de manera virtuosa en ese proyecto. Y algunas “características raciales”, a primera vista inscritas e inamovibles, podían modificarse interviniendo el campo nutricional.

El plan del gobierno para intervenir en el campo alimenticio, liderado por Eduardo Cruz-Coke, incluía la participación activa de organismos dependientes del Estado que podían actuar de forma positiva en la producción como la Caja de Crédito Agrario, la Junta de Exportación Agrícola y la Caja de Colonización Agrícola. Asimismo, enumeraba aquellas instituciones que podían contribuir a la difusión del consumo de alimentos protectores como, por ejemplo, el Comisariato Central de Subsistencias y los Almacenes de la Caja del Seguro Obligatorio, quienes podían

“influir en la determinación de los precios de los artículos alimenticios, y la enseñanza del público sobre la forma conveniente de alimentarse, ejercida tanto por las distintas ramas de la Educación pública como por el Ejército y la Marina, y por una propaganda inteligente de los distintos medios de publicidad, realizada por el Departamento de Nutrición de la Dirección General de Sanidad”⁵⁴.

Entre las acciones para intervenir la producción, Eduardo Cruz-Coke sugería que la Caja de Crédito Agraria podía conceder mayores créditos a bajo interés, en especial, para estimular la explotación de cultivos que el Estado y el Consejo estimaban de mayor importancia. También la Junta de Exposición Agrícola podía fijar la proporción de productos exportables considerando las necesidades específicas del momento, privilegiando, primero, el consumo interno antes que el externo. Y, por último, la Caja de Colonización Agrícola podía potenciar el aumento del rendimiento de la tierra, la sustitución de la explotación extensiva por la intensiva y consolidar una política de difusión del abono.

Respecto del consumo, el Comisariato y los Almacenes de la Caja del Seguro Obligatorio debían establecer un “precio mínimo” de aquellos alimentos que, sobre la base de un análisis de “su valor fisiológico y el estado de la producción nacional”, sería determinado por el Consejo. Finalmente, el peso de la escuela como entidad promotora de una buena alimentación cobraba singular sentido en el pensamiento de Eduardo Cruz-Coke, pues el progreso del país estaba unido a que se le enseñara “al niño primero a vivir correctamente; comer, habitar, vestir y trabajar que a leer de corrido”⁵⁵.

Si las medidas descritas implicaban compromisos por parte del Estado, recursos humanos y económicos particulares, y una cuota de voluntad política excepcional, las propuestas por Eduardo Cruz-Coke para solucionar los problemas que aquejaban a la población rural en materia de alimentación eran aún más exigentes.

⁵⁴ Cruz-Coke, “Plan de gobierno...”, *op. cit.*, p. 637.

⁵⁵ *Op. cit.*, p. 638.

Cerca del 50% de la población vivía en el campo y su consumo alimenticio era deplorable. Trabajando con el Consejo, el Ministerio de Salubridad tomó contacto con agricultores a quienes Eduardo Cruz-Coke se proponía informar de las normas alimenticias usando como guía las sociedades agrícolas territoriales. En materia alimenticia, las normas que debían inspirar su acción frente al inquilino se resumían en el aseguramiento de que cada hijo de inquilino contara con medio litro de leche diario hasta los ocho años, y con medio kilo de carne o leguminosas semanales hasta los quince años de edad, a lo que se sumaba que cada madre que criaba, debía contar con un litro de leche diario. Dicho compromiso sería supervisado por la Asociación de Propietarios recientemente creada y por el Ministerio a través de la labor de visitadoras sociales. Más que sanciones a quienes se resistieran a la medida, se contemplaba considerar aquellas situaciones como antecedente negativo al momento de evaluar una eventual asistencia económica estatal a los agricultores. Mostrando la íntima relación entre política y moral tan presente en su trayectoria, Eduardo Cruz-Coke sostenía que quienes se oponían no podían ser sancionados, pero sus objeciones

“no son valederas sino para quienes ignoran que existen en el país valores morales y deseos de servir en mucha mayor cantidad e intensidad de lo que un examen superficial pudiera revelar”⁵⁶.

En su breve paso por el Ministerio de Salubridad y Asistencia Social, diseñó y propuso junto a la Ley de Medicina Preventiva, una disposición legal destinada a asegurar la alimentación de madres y niños, conocida como la ley N° 6236 o Ley Madre y Niño, promulgada en 1938. Hasta entonces, la Caja del Seguro Obligatorio había concentrado la protección materno infantil en acciones como la asistencia del parto de las aseguradas y del recién nacido hasta los ocho meses, para luego extenderla en 1936 a las esposas de los asegurados y en el caso del hijo hasta los dos años de edad⁵⁷. La nueva ley disponía el aumento de la cuota del Estado, estableciéndose que la tercera parte de la cuota estatal se destinara íntegramente a los servicios Madre y Niño de la Caja del Seguro Obligatorio, recursos que debían financiar los gastos que suponía la extensión asistencial a la esposa y al hijo del asegurado como, por ejemplo, la entrega de leche desecada hasta los dos años del niño luego de la suspensión de la lactancia materna. En especial en el área de la alimentación, la nueva disposición permitía reemplazar la harina tostada de trigo que, al ser carente de las proteínas esenciales, era responsable de la alta morbimortalidad infantil.

Junto al plan de gobierno, a las tareas del Consejo de Alimentación y la Ley Madre y Niño, retomó la preocupación por la alimentación popular a mediados de la década de 1940, proponiendo acciones que contrarrestaran la disminución de la producción de leche que estaba muy por debajo de los promedios internacionales.

⁵⁶ Cruz-Coke, “Plan de gobierno...”, *op. cit.*, p. 640.

⁵⁷ María Soledad Zárate, “Parto, crianza y pobreza en Chile”, pp. 13-47.

Esqueleto de siameses, 1918. Colección Archivo Fotográfico Museo Histórico, Santiago de Chile.

les⁵⁸. El factor crucial para Eduardo Cruz-Coke era el incremento de la producción láctea, acción que suponía modernizar la industria que la sostenía y que inspiró un proyecto presentado en su calidad de senador por el Partido Conservador en 1944. El propósito era alcanzar el consumo lácteo de un litro de leche diario al igual que países como Estados Unidos y Suecia en la década de 1940⁵⁹.

Las conclusiones de Eduardo Cruz-Coke estaban respaldadas por estudios de investigadores cercanos en lo afectivo e intelectual como, por ejemplo, el estudio de los médicos Jorge Mardones Restat y Ricardo Cox de 1942, que revisaba las características del abastecimiento y precios de los principales productos consumi-

⁵⁸ Se citaba como ejemplo a Suecia, donde el consumo de leche alcanzaba los seiscientos litros por habitante y por año, en contraste a Chile donde la cifra era sólo de cuarenta litros.

⁵⁹ Eduardo Cruz-Coke, "Discusión proyecto de ley de fomento a la industria lechera", p. 277.

dos y la política de alimentación emprendida⁶⁰. En ese estudio se concluía que un obstáculo para la disponibilidad de leche era que la producción no era uniforme en el país: sólo entre Aconcagua y Llanquihue se producía el 91% de la leche. La producción del licor vital era en lo principal de carácter industrial y no doméstica, y la escasez y pobreza de las instalaciones fabriles eran significativas⁶¹. Según el censo agropecuario de 1936, la producción del año anterior había sido de 2.277.682 hectolitros⁶², lo que representaba un consumo promedio de 50,53 litros por habitante, cifra que agrupaba al grupo lácteo en todas sus modalidades (leche fresca, condensada, desecada, queso, mantequilla). Jorge Mardones R. y Ricardo Cox sostenían que con los resultados de dos encuestas que estudiaban la estratégica relación entre consumo de leche y salario se confirmaban dos tendencias: la falta de hábito de consumo de leche en hogares económicamente provistos y el aumento gradual del consumo en la medida que crecía el salario.

Pese a este escenario negativo, Jorge Mardones Restat y Ricardo Cox reconocían algunos antecedentes que habían contribuido a la modernización de la producción láctea. Uno de ellos había sido la ley N° 4.869, dictada en 1930 y vigente en Santiago desde 1935, que potenció la pasteurización de la leche y el mejoramiento de su distribución. La Caja del Seguro Obligatorio por medio de una planta pasteurizadora, la Central Santiago, que recibía la mayor cuota de leche para el consumo capitalino, fue una de las principales instituciones involucradas en este proceso tecnológico. No obstante, también sufrió cuantiosas pérdidas y terminó comprando a las otras plantas, convirtiendo la pasteurización de la leche en un monopolio que, de manera inevitable, encarecía el proceso de producción, contribuyendo al descenso de su consumo entre quienes no podían pagar su nuevo precio⁶³. Las apreciaciones de Jorge Mardones R. y Ricardo Cox aludían al escaso éxito de la intervención de una institución estatal como la Caja del Seguro Obligatorio en la tarea de producir leche y abaratar su precio de venta a fines de la década de 1930, dificultades que Eduardo Cruz-Coke retomaba para responder a aquéllos que sostenían que a los niños chilenos no les gustaba la leche:

“Lo que sucede es que a nadie le pueda gustar la leche cuando, sencillamente, no hay leche. Pero quien pueda pasar algún día por los márgenes de nuestra ciudad, calles Santa Rosa esquina de Franklin, San Pablo con Matucana y tantos otros lugares, podrá observar largas filas de mujeres y muchachos esperando con un tarro vacío el paso del carretón lechero para conseguir un poco de este alimento. Si a los niños chilenos les sucediera algún día la desgracia de que por nuestra desidia llegara a no gustarles la leche deberíamos inventar los medios para hacerles recuperar este justo y constructor apetito”⁶⁴.

⁶⁰ Jorge Mardones Restat, Ricardo Cox, *La alimentación en Chile. Estudios del Consejo Nacional de Alimentación*.

⁶¹ *Op. cit.*, pp. 42-44.

⁶² Medida de capacidad equivalente a cien litros.

⁶³ Mardones Restat y Cox, *op. cit.*, pp. 52-54.

⁶⁴ Discusión proyecto de ley..., *op. cit.*, pp. 284-285.

Saliendo al paso de las críticas y temores de la clase política, en especial de su propio partido, respecto de que el Estado asumiera un papel protagónico en la producción lechera, Eduardo Cruz-Coke zanjaba su posición respecto de las responsabilidades y legitimidad del quehacer estatal y de la esfera privada empresarial del Chile de esos años, ofreciendo una visión donde el papel de ambos actores en el campo productivo debía ser complementario:

“En cuanto a las observaciones que se han hecho por diferentes senadores sobre el peligro que representa una exagerada intervención del Estado en la industria y en el comercio de la leche, es necesario recordar que durante años, sin intervención del Estado y dando plena libertad al precio de la leche no se consiguió en Chile que esta industria lograra desarrollarse como el país lo requiere.

Nadie más que yo es partidario de no herir los magníficos resortes de la iniciativa privada, sobre todo en Chile. Pero en cuanto a la leche se refiere no hay que olvidar que para que la leche alcance a ser un negocio sin la protección, ayuda y dirección del Estado, necesitaría elevarse tanto su precio que se limitaría su uso por este otro mecanismo de la imposibilidad que tendrían las clases modestas de adquirirla”⁶⁵.

Eduardo Cruz Coke creía en una equilibrada participación del Estado y la iniciativa privada en la economía productiva, reservando al primero un papel privilegiado en aquellos ámbitos estratégicos para el crecimiento demográfico como el mercado de la leche. Eduardo Cruz-Coke reconocía que el Estado tenía un papel ineludible en la producción de la leche y que era necesario incrementar el consumo de este vital elemento en las nuevas generaciones de chilenos. En sus propias palabras planteaba hasta donde podía llegar la injerencia de la tarea estatal:

“Un Estado que se respeta no debe olvidar que existe una economía mínima de cosas de las que el país debe disponer para vivir, y que esas cosas necesita producirlas cueste lo que cueste”⁶⁶.

EDUARDO CRUZ-COKE Y LA BIOMEDICINA LOCAL: VITAMINAS Y ALCOHOL

“Nuestro pueblo se embriaga porque es sórdida su casa y triste su noche;
se embriaga para perderse en el sueño delirante del alcohol,
quizás porque aunque parezca paradójal,
este sueño daña mas su cuerpo pero menos su alma”.

Su trayectoria en la investigación científica local fue descollante. Las interrogantes e investigaciones relacionadas al campo de la química fisiológica que se planteó a partir de su época de estudiante estuvieron muy influenciadas por el desarrollo

⁶⁵ Discusión proyecto de ley..., *op. cit.*, p. 286.

⁶⁶ *Op. cit.*, p. 287.

de la biomedicina mundial. El cultivo de esta especialidad científica, de creciente desarrollo desde fines del siglo XIX en Europa, hizo su estreno en sociedad difundiendo estudios que apuntaban a la comprensión de las relaciones entre microbiología y enfermedad, entre nutrición, enfermedad y secreciones internas –o sistema endocrino– durante las primeras décadas del siglo XX. Según el historiador inglés Roy Porter, con el cambio de siglo surgió un nuevo concepto que fortaleció los virtuosos nexos entre alimentación y metabolismo, y amplió la investigación biomédica: “la enfermedad por déficit”, es decir, la íntima relación que existía entre el consumo de alimentos saludables y componentes químicos específicos necesarios para una óptima calidad de vida⁶⁷.

Entre algunos de los antecedentes del trabajo químico de investigadores como Eduardo Cruz-Coke, Jorge Mardones Restat y otros, existen varios estudios que se enmarcaron en esta nueva corriente. Por ejemplo, los estudios sobre las dietas y algunas enfermedades de alta resonancia pública como el escorbuto y los trabajos de Justus von Liebig (1803-1873) que sancionaron, de manera importante, que la fisiología humana se sostenía en un conjunto complejo de sistemas y reacciones químicas que condicionaban el metabolismo. Otros autores que se repiten en las tesis e investigaciones de médicos chilenos eran Christian Eijkman, que estudiaba el beriberi y la identificación de factores alimenticios esenciales; la identificación de las vitaminas por Casimir Funk en 1912; las investigaciones de Frederick Gowlands Hopkins (1861-1947), bioquímico de Cambridge que estableció la relación entre factores alimenticios accesorios –denominados vitaminas por Casimir Funk– y las proteínas; y la aislación de la vitamina C por Albert von Szent Györgi⁶⁸.

El conocimiento de esta literatura, su trabajo en el Instituto Médico Técnico Sanitas y sus propias investigaciones alojadas en el laboratorio de Química Fisiológica de la Universidad de Chile, le permitieron a Eduardo Cruz-Coke avanzar en una serie de propuestas biomédicas. Una de las más significativas, tanto por su contenido como por los resultados médico-sociales que se esperaban de ella, fue el proyecto de ley que promovía el enriquecimiento del pan y otros alimentos con vitamina B. Si bien dicho proyecto no se concretó sino hasta la década de 1950 durante el período de Jorge Mardones Restat como ministro de Salubridad, la revisión de algunos de los argumentos ilustra las virtudes de la alianza entre la incipiente biomedicina y la política social que encarna la trayectoria de Eduardo Cruz-Coke.

Según la literatura científica revisada en su investigación, el enriquecimiento del pan con vitamina B en Gran Bretaña, en el contexto de la Segunda Guerra Mundial, había contribuido de manera significativa a la “resistencia moral del individuo”. Esta experiencia lo estimuló a presentar dicho proyecto de ley que, para el caso chileno, revestiría una significación particular:

⁶⁷ Porter, *op. cit.*, p. 154.

⁶⁸ *Ibid.* Cabe señalar que Frederick Hopkins y Christiaan Eijkman compartieron el Premio Nobel de Fisiología y Medicina en 1929.

“La manifestación de carencia de vitamina B es proporcional a la cantidad de harina o pan con que se nutre un individuo. Mientras más se alimenta un pueblo de pan, de farináceos, más se expresa su carencia en vitamina B. Ahora bien, Chile es un país en el cual el 60% de la alimentación está constituida por trigo y por papas, mientras estas cifras se elevan en Estados Unidos solo a un 25%. Este hecho nos impone una fisonomía de carencia vitamínica mucho mayor que la de otros países”⁶⁹.

Dicho proyecto constituía un empuje a los estudios realizados en laboratorios chilenos y al aporte científico que la química fisiológica y la farmacología universitaria local hacían a la medicina social de la época. Aporte que para Eduardo Cruz-Coke era más destacable y cuantificable que el realizado por “sociólogos” cuando afirmaba:

“Con que razón le decía hace poco a mis alumnos de la Universidad de Chile que hace mucho más por la medicina social y por el pueblo, el investigador obscuro buscando una fórmula en un laboratorio o tratando de explicarse una reacción biológica que muchos sociólogos que basan sus experiencias en imágenes consistentes y livianas que la menor brisa disipa”⁷⁰.

La población que más requería reforzar su alimentación era la infantil, dividida entre lactantes, “preescolares”, y que se extendía entre los dos y los seis años, más la población escolar⁷¹. Según Eduardo Cruz-Coke, tanto preescolares como escolares requerían de mayor consumo de vitamina A contenida en la leche y en numerosos vegetales, ambos productos escasos en la dieta infantil. Los escolares padecían de afecciones a los órganos de los sentidos que les impedían un desarrollo mental que sólo podría subsanarse proporcionando suplementos vitamínicos, en especial de la vitamina A contenida en aceites de pescados, “abundantes en las costas chilenas y que habría que industrializar para estos fines”. Asimismo, al analizar la dieta habitual del escolar, Eduardo Cruz-Coke corroboraba que esta consistía en un 70% de hidratos de carbono, lo que daba lugar a un “régimen atrofiante y raquitógeno por excelencia”.

Estas carencias del régimen alimenticio nacional incentivaron el estudio del valor proteico que tendría la levadura y la tórula, sustancias de bajo precio y comestibles de proteínas nobles⁷². Estos suplementos podían ser una alternativa a la

⁶⁹ Discusión proyecto de ley..., *op. cit.*, p 302.

⁷⁰ *Op. cit.*, p 304.

⁷¹ Según las cifras que presentaba Eduardo Cruz-Coke, los preescolares alcanzaban los cuatrocientos mil niños, de los cuales solo ocho mil recibían asistencia estatal y diez mil en asistencia en instituciones privadas a mediados de la década de 1940. La razón de este “abandono” era que este grupo etario registraba una baja tasa de mortalidad respecto de los menores de dos años. Los lactantes hasta los dos años de edad, hijos de los asegurados, eran carga de la Caja del Seguro Obligatorio y los que eran hijos de indigentes y no asegurados contaban con la asistencia de la Dirección General de Sanidad, véase Zárate, “Parto...”, *op. cit.*

⁷² Discusión proyecto de ley..., *op. cit.*, p. 258.

distribución de leche que, como se sabía, era producida aun en una baja cantidad en relación con la demanda existente. Eduardo Cruz-Coke proponía que la levadura y la tórula se podían suministrar a la población infantil, lo que podía costar al Estado aproximadamente entre veinte a treinta millones de pesos, gestión que, a su juicio, podía ser más eficiente que repartir igual cantidad de dinero en instituciones y proyectos diferentes pero sin impacto significativo⁷³.

Junto a los beneficios nutricionales, el enriquecimiento del pan con vitamina B reportaba una segunda ventaja: revertiría algunas de las causas químicas de la alta ingesta alcohólica del pueblo chileno, preocupación que se había instalado tempranamente entre la comunidad médica. Entre los deberes sociales de las primeras generaciones médicas tituladas a fines del siglo XIX, el compromiso de diagnosticar y contener el vicio entre las clases populares adquirió carácter de mandato prioritario. Elías Fernández Frías, Ricardo Dávila Boza y Ramón Allende Padin, entre otros, fueron los primeros en publicar monografías inspiradas en el higienismo imperante, reservando un apartado especial para tratar las conductas “viciosas”. La crítica al alcoholismo no sólo se inspiraba en un alegato moral; se trataba también de un análisis que evaluaba el eventual carácter epidémico de éste y sus consecuencias prácticas en indicadores demográficos. Las recomendaciones médicas para impedir la propagación del alcoholismo, entre otras, suponía revisar la legislación impositiva de producción y tabernas y la penalidad de conductas públicas. Como sostiene Marcos Fernández, la participación de los médicos en la lucha anti-alcohólica tuvo diferentes planos –en el campo de lo médico-clínico, legislativo, policial y hasta en el de la regulación comercial– favoreciendo la visibilidad y la transformación de este consumo en un problema de salud pública, en un factor y una consecuencia del proceso social denominado degeneración de la raza⁷⁴.

En la década de 1940, los diagnósticos respecto del arraigado alcoholismo en las clases populares chilenas comenzaron a incorporar premisas culturales y psicológicas que tomaban relativa distancia de aquéllas que detectaban las causas del alcoholismo sólo en matrices biológicas, fenotípicas o raciales. A juicio de la siguiente cita, Eduardo Cruz-Coke parecía ser parte de esa corriente:

“Nuestro pueblo se embriaga porque es sórdida su casa y triste su noche; se embriaga para perderse en el sueño delirante del alcohol, quizás porque aunque parezca paradójal, este sueño daña más su cuerpo pero menos su alma”⁷⁵.

⁷³ Eduardo Cruz-Coke, *Discursos: política, economía, salubridad, habitación, relaciones exteriores, agricultura*, p. 258.

⁷⁴ Marcos Fernández, “La regulación de los excesos: saber médico, interés gremial y constitución de representaciones sociales en torno al alcohol y las drogas en Chile, 1900-1950”. Según Jorge Mardones y Ricardo Cox el consumo de alcohol *per capita* entre 1927 y 1938 estaba entre los 76,48 y los 77,82 litros por habitante, respectivamente; el vino, las chichas, aguardientes y licores eran consumidos sobre todo fuera del hogar, y en días de fiestas. Véase Mardones Restat y Cox, *op. cit.*

⁷⁵ Cruz-Coke, *Discursos...*, *op. cit.*, p. 297.

¿Cuáles fueron los aportes específicos de Eduardo Cruz-Coke al debate sobre las consecuencias del alcoholismo del pueblo chileno? Definitivamente el dar mayor visibilidad a las razones de carácter nutricional que estimulaban el inmoderado consumo de alcohol. Apelando a la experiencia internacional, difundió experimentos que relacionaban la conducta de ratones y el sistema endocrino, y la inclinación de estos animales por el alcohol⁷⁶. Su análisis se orientaba a investigar las razones del consumo del alcohol que no se asociaban a la voluntad o decisión individual. Recurriendo a la recolección de evidencias locales en estudios de investigadores chilenos como el de Ernesto Onfray Barros⁷⁷, Eduardo Cruz-Coke establecía que las ratas sometidas a un déficit vitamínico, particularmente las del grupo B, incrementaban su consumo de alcohol.

Esta conclusión ofrecía información útil para el diseño de una política interventora de las prácticas alimenticias populares⁷⁸. Como lo explicaba Eduardo Cruz-Coke, el pan y el azúcar, alimentos habituales en la dieta nacional necesitaban de estas vitaminas para “poder quemarse en el cuerpo”, a diferencia del alcohol que no las requiere para hacer el proceso de combustión corporal:

“Cuando un hombre con frío, cansado y hambriento prefiere un vaso de vino a un pedazo de pan o una taza de leche, no debemos ser tan superficiales para juzgarlo como en general lo somos. Muchas veces no se trata en estos casos sino de la instintiva reacción biológica de un organismo desprovisto de vitaminas del grupo B y que espontáneamente escoge el alimento que es capaz de producir energías sin ellas”⁷⁹.

Esta cita es testimonio de la línea científica de Eduardo Cruz-Coke, de la calidad y rigor de sus aportes a la comprensión de la cuestión del alcoholismo como un problema médico-social. Sustentado en evidencias internacionales que él conocía de primera mano, reforzadas por la investigación local, planteaba el valor y utilidad de la ciencia en el levantamiento de diagnósticos, en la corrección de males sociales o en “insuficiencias sociales”. Asociando práctica con voluntad y *siquis*, sostenía que aquellas evidencias permitirían comprender

“trastornos psicológicos que antes permanecían atados al terreno de vagas consideraciones sin respuesta posible. No queremos decir con esto que hayamos encontrado el secreto y la solución del problema del alcoholismo, que el alcoholismo sea solo eso”⁸⁰.

⁷⁶ Dicho ejemplo tenía importancia porque se trataba de especies animales que por su biología y preferencias alimenticias eran, para efectos comparativos, los más semejantes al ser humano.

⁷⁷ Ernesto Onfray Barros, *Influencia de una substancia de la levadura (elemento del complejo vitamínico B): sobre el consumo de alcohol en ratas en experimentos de auto-selección*.

⁷⁸ Eduardo Cruz-Coke se cuidaba de sostener que: “El mayor deseo de alcohol que tienen los individuos mal alimentados sobre los individuos bien alimentados, tiene otros fundamentos de orden fisiológico que no es el caso que aquí analicemos”, *Discusión proyecto de ley...*, *op. cit.*, p. 299.

⁷⁹ *Discusión proyecto de ley...*, *op. cit.*, p. 299.

⁸⁰ *Op. cit.*, p. 300.

En este debate, para Eduardo Cruz-Coke era importante detenerse en la recepción de sus planteamientos que él suponía, en principio, negativa. Temía que sus argumentos pecaran de teóricos y abstractos ante lo cual interrogaba a su audiencia sobre la disyuntiva de abrirse al conocimiento entregando

“al pueblo las vitaminas que necesita, que hemos encontrado en una serie larga de investigaciones, que nos hacen falta y que no solo intervienen como causa del alcoholismo sino que comprometen su salud”,

o insistir en recomendaciones normativas de escaso efecto público “creyendo que prohibiciones y reglamentos son solución suficiente”⁸¹.

LEY DE MEDICINA PREVENTIVA:
UNA POLÍTICA DE PREVISIÓN BIOLÓGICA

La obra que plasmó su trabajo, ideario y acción en el ámbito de las políticas sanitarias fue la elaboración del proyecto de ley de Medicina Preventiva, N° 6174. Dicha ley, su justificación médico-social, su implementación y sus efectos fueron fundamentados en su *Medicina preventiva y medicina dirigida* publicado en 1938, durante su etapa como ministro de Salubridad, Asistencia y Previsión Social del segundo gobierno de Arturo Alessandri, a quien, además, fue dedicado dicho libro. En él reconocía que la promulgación y beneficios de la Ley de la Caja del Seguro Obligatorio de 1924 eran un antecedente crucial de su propuesta que representaba el inicio de una gran parte de la legislación social americana⁸².

Sostenía que los asegurados en las distintas cajas de previsión existentes a la fecha debían ser parte de “un sistema de medicina preventiva y dirigida, integrada en las legislaciones anteriores sobre seguros sociales”⁸³, conclusión a la que llegaba luego de evaluar el trabajo realizado por estas instituciones a través de los resultados de observaciones y de la aplicación de encuestas locales:

“La Ley se fundamenta en una serie de hechos y de encuestas realizados con el objeto de plantear el problema sobre las sólidas bases de una realidad nacional bien investigada, y tiene exclusivamente en vista, soluciones posibles dentro de nuestra economía. Damos aquí a la economía una acepción más amplia, sujeta como está a la influencia de infinitas variables desde las más imponderables como son las espirituales hasta las más concretas como son la justa satisfacción de nuestros instintos primordiales. Y hablamos de soluciones posibles, porque de nada sirven los estudios y las encuestas que tienen por único objeto formular ecuaciones sociales que no se pueden resolver, sino después que otros lo han sido, y que sólo dan motivo a las expresiones estériles de una demagogia fácil”⁸⁴.

⁸¹ Discusión proyecto de ley..., *op. cit.*, p. 301.

⁸² Véase más adelante p. 42.

⁸³ Véase más adelante p. 5.

⁸⁴ *Ibid.*

Aviso publicitario sobre medicamentos, 1939. Archivo Fotográfico y Digital,
Biblioteca Nacional de Chile.

Para Eduardo Cruz-Coke la eficiencia de una política sanitaria estaba relacionada con la economía. Tal predicamento se inscribía en el incipiente debate sobre las íntimas relaciones entre salubridad y economía. No fue él quien inauguraba aquellos debates en Chile. Sus predecesores, en particular los de la comunidad médica, brillaron con luz propia como Salvador Allende, importante defensor de la relación entre salud y economía.

Planteaba una política sanitaria, un derrotero que descansaba en una serie de definiciones, en pleno período de recuperación económica pos crisis de 1929, que apuntaban a delimitar las responsabilidades del Estado, los trabajadores y los empleadores en los procesos productivos. Esta política, que no alteraba o transformaba el modelo de desarrollo capitalista chileno, sí suponía una alta participación del Estado.

Identificaba las principales cualidades de lo que, a su juicio, debía ser una medicina denominada “preventiva”, y establecía la naturaleza o tipo de asistencia que debía brindar el Estado en pos de una economía capitalista pujante. En síntesis, las definiciones de Eduardo Cruz-Coke contribuían a estimular la relación entre política, salubridad eficiente y economía de consumo. Para él la relación entre salubridad y economía estaba dada porque la primera gobernaría a la segunda:

“la salubridad de un pueblo es en gran parte función de su economía privada, ya que los fenómenos de inadaptación del individuo al medio en que se desarrolla, gobiernan toda la patología social”⁸⁵.

El crecimiento de la economía dependía no sólo de una producción eficiente, donde los trabajadores cumplieran de manera satisfactoria su misión en el proceso de creación de bienes y servicios, sino, también, de trabajadores que incrementaran la función de consumo, cuestión que ellos sólo podrían hacer si aumentaban sus ingresos.

La primera tentación para solucionar los problemas de pobreza y falta de salud era subir los salarios, medida popular, pero incierta porque el valor de lo que un trabajador producía no dependía, según Eduardo Cruz-Coke, “solo de nosotros, sino que también de valores y condiciones internacionales”. Bien sabía este médico que la economía chilena estaba subordinada a los vaivenes del capitalismo internacional, a la voluntad e inclinaciones del trabajador y, de manera importante, a las posibilidades humanas de cumplir con las exigencias del proceso productivo:

“El obrero chileno no responde siempre al aumento de salario con un trabajo igual o más intenso, sino que trabaja menos, es decir, que en este caso, compra reposo en vez de cosas”⁸⁶.

Dicha cita era uno de los propósitos sustantivos de la Ley de Medicina Preventiva: revertir los problemas que traía la frecuente “pasividad transitoria” de la clase trabajadora, es decir, su comentado ausentismo, originado tanto en su tendencia al mínimo esfuerzo, como en el hecho de que era víctima de enfermedades y de una alimentación deficiente.

Los bajos salarios y las enfermedades repercutían en la capacidad productiva individual como en la capacidad de consumo; se trataba de un relación de interdependencia que sólo generaba pobreza y atraso. Por ejemplo, la tuberculosis se extendía de manera importante entre trabajadores que percibían ingresos bajos, quienes por su hábitat eran más vulnerables a la enfermedad y, en la eventualidad de tener que abandonar su trabajo, quedaban en la total indefensión. La relación virtuosa entre rendimiento laboral, salud y progreso no sólo traería beneficios para

⁸⁵ Véase más adelante p. 10.

⁸⁶ *Ibid.*

el alza en la producción, meta del incipiente capitalismo industrial local, también era condición inequívoca del alza en el consumo, es decir, del incremento de las posibilidades adquisitivas de la población.

A juicio de Eduardo Cruz-Coke, la política de prestaciones médicas y de entrega de subsidios que se brindaba en Chile, hasta entonces, no estaba dirigida a prevenir clínica y físicamente, sino a prevenir desde el punto de vista financiero a los individuos, aun cuando se tratara de una previsión precaria, frente a eventuales enfermedades. Por ejemplo, la Caja del Seguro Obligatorio distribuía subsidios salariales que disminuían de manera porcentual después de dos semanas de enfermedad, que difícilmente alcanzaban para vivir y menos proteger sanitariamente al individuo asegurado.

Por otra parte, la política laboral estaba inspirada en una comprensión del trabajo como una dura carga y no como una inclinación natural y humana. Este malentendido estaba a la base de quienes confiaban en la supresión del trabajo y no, como proponía Eduardo Cruz-Coke, en identificar las capacidades funcionales de cada trabajador. Parte del descenso del rendimiento laboral, según las encuestas aplicadas por el equipo de este médico, se explicaba porque la clase trabajadora padecía estados mórbidos que no habían sido detectados. En virtud de la realización de diagnósticos tempranos, era posible disminuir las horas de trabajo y no suprimirlas en aquellos casos en que las enfermedades eran detectadas a tiempo y permitían la actividad física.

Los fundamentos de la Ley de Medicina Preventiva eran diferentes a las leyes precedentes, pues proponían una redefinición del concepto de trabajo y de la entrega de beneficios al anticiparse a la enfermedad o, al menos, a su estado más inhabilitante. Es decir, antes que las enfermedades obligaran a los individuos a dejar de trabajar y vivir del cobro de subsidios insuficientes y, con ello provocar la ruina de la familia, la ley ofrecía una alternativa que suponía examinar al individuo que, en apariencia sano, podía albergar una enfermedad:

“reparar a tiempo al hombre-máquina para prolongar su vida útil y ponerlo en condiciones de adaptar su trabajo a su capacidad, sobre todo, cuando esta adaptación va a significar, como en el caso de la TBC y de las enfermedades cardio-circulatorias, una recuperación cierta”⁸⁷.

La Ley de Medicina Preventiva representaba un instrumento para dar vida al giro que Eduardo Cruz-Coke quería producir en la política médico-asistencialista: ofrecer una alternativa a la previsión de tipo financiera que ya existía desde la implantación de la Caja del Seguro Obligatorio, dirigida a compensar pecuniariamente a los individuos y sus familias de eventuales riesgos como la invalidez o la muerte, así como ofrecer un subsidio que hiciera frente a la vejez. Para un médico que sabía que la enfermedad crónica no tenía curación en estado avanzado, la previsión financiera era una alternativa parcial para enfrentar la enfermedad. En países más

⁸⁷ Véase más adelante p. 33.

desarrollados donde las tasas de morbilidad y mortalidad eran más bajas y el estándar de vida más auspicioso, la previsión financiera era útil porque era un factor que colaboraba en el proceso de recuperación médica de la clase trabajadora, susceptible de hacerlo. A diferencia de lo que sucedía en Latinoamérica, que al presentar bajos estándares de vida, reducidos salarios y una importante morbilidad asociada a actividades productivas, era deseable contar con instrumentos que materializaran lo que Eduardo Cruz-Coke denominaba “previsión biológica”, atacando las enfermedades recuperables en estados tempranos donde habían mayores probabilidades de mejoría, consolidando así una política que privilegiara “capitalizar en hombres”:

“Pensamos que la previsión financiera debe seguir a la previsión biológica, pero no al revés. Pensamos que es preciso, según los principios establecidos, impedir que la enfermedad se desarrolle, que la invalidez y la vejez se presenten prematuramente, para que así la muerte aparezca al fin como una consecuencia lógica y a su hora. La previsión financiera debe operar sobre aquello que desborda la previsión biológica o sea sobre el mal inevitable, así como vimos ya que la previsión biológica individual realizada por medio de la medicina preventiva individual tal como la hemos establecido, desborda la medicina preventiva de la profilaxia y del saneamiento”⁸⁸.

En el diagnóstico de Eduardo Cruz-Coke, la capitalización “en hombres”, o el incremento del capital humano, no sólo era una política de aseguramiento de riesgos futuros también era un imperativo de orden sanitario y económico. En plena conciencia de los limitados recursos del Estado chileno, justificaba la concentración de la acción del Estado en el grupo de enfermedades recuperables porque ellas representaban la “adquisición a bajo precio de probabilidades de vida activa”. Su propuesta se fundamentaba en la convicción de que el Estado debía procurar que los gastos asociados a la previsión financiera solventaran de manera anticipada riesgos futuros y los gastos asociados a la previsión biológica debían intervenir en la actividad humana recuperable.

Aun con plena conciencia de los limitados recursos del Estado para la concreción de las disposiciones de la Ley de Medicina Preventiva en las principales ciudades del país, planteaba los posibles alcances de esta política en el mundo rural. Pese a la labor de la Caja del Seguro Obligatorio, la asistencia sanitaria de la población campesina no fue cubierta de manera significativa hasta la creación del Servicio Nacional de Salud en la década de 1950. Dado que buena parte de la población en la época vivía en los campos, es decir, estaba dispersa desde el punto de vista territorial, era difícil que en el primer año de la vigencia de la ley, el millón de imponentes accediera al examen de salud.

“En la ciudad se irá a buscar a la fábrica al obrero que no concurra espontáneamente a la policlínica; en el campo se le esperará en el dispensario, cuando busque al médico para una afección banal. La búsqueda activa en el medio agrícola plantea

⁸⁸ Véase más adelante p. 39.

el difícil problema de la acción sanitaria rural en los países poco poblados y no puede organizarse en Chile, sino muy lentamente.

En todo caso el campesino, que antes no se beneficiaba en la caja, sino con un socorro superficial constituido por una curación o una receta correspondiente a los síntomas que hacían acudir al médico, se verá cogido para un examen de salud simple en vista de las afecciones fundamentales citadas. He aquí un obrero agrícola que acude por una herida en una pierna que se ha hecho la víspera y de la cual habría sanado con medicamentos caseros, es portador de una sífilis; he aquí otro que viene a quejarse de dolores diversos y que era cuidado hasta ayer como un reumático: es un tuberculoso que puede salvarse todavía”⁸⁹.

¿Demandó mayor trabajo y exigencias para el sistema de la Caja del Seguro Obligatorio la aplicación del examen de salud? A juicio de Eduardo Cruz-Coke, se trataba de una exigencia adicional, pero a la vez representaba un excedente de trabajo que podía optimizar con creces el rendimiento asistencial de la Caja del Seguro Obligatorio. Los servicios de aquella institución recibían un 40% de casos donde el individuo era un “falso enfermo”, porque era alguien que necesitaba

“una atención de esta especie, ya sea porque se trata de una enfermedad sin importancia y que el enfermo exagera en vista de sus derechos, ya sea porque se trata de un simulador”.

Aquí resulta iluminadora la crítica a la eficiencia del sistema de la Caja del Seguro Obligatorio que, aunque como reconocía Eduardo Cruz-Coke se trataba de un servicio que simbolizaba “derechos adquiridos y obligaciones legales”, debían armonizarse con el *ethos* que venía inspirando a la política sanitaria: la medicina preventiva. En el corazón de la propuesta estaba presente la genuina aspiración a que esta inversión en recursos económicos y humanos redituara de forma virtuosa, a largo plazo, en los costos que destinaba el Estado para el cuidado de la salud nacional. Se trataba de mirar la política sanitaria no sólo en sus logros clínicos-sociales sino, también, en su viabilidad económica y en la de las políticas estatales.

La Ley de Medicina Preventiva reforzaba la prioridad que la política sanitaria había establecido desde la promulgación de la Caja del Seguro Obligatorio: destinar los mayores recursos a la recuperación y prevención de la población trabajadora.

LA APLICACIÓN DE LA LEY DE MEDICINA PREVENTIVA

La Ley de Medicina Preventiva proponía como medida central la aplicación de un examen médico-anual, anticipado y sistemático de la población trabajadora, que se puede entender como uno de los instrumentos para poner en práctica lo que Eduardo Cruz-Coke denominó “previsión biológica”. El mejor camino para materializar esta idea era hacer uso de la cobertura de las cajas previsionales que controlaban

⁸⁹ Véase más adelante p. 49.

alrededor de un millón cuatrocientos mil asegurados, correspondientes a la totalidad de los activos del país que el Estado “tiene interés en curar y recuperar primero”.

Pese al trabajo que realizaban organismos estatales y cajas de previsión social desde mediados de la década de 1920, los indicadores de morbilidad y mortalidad no descendieron de forma sustantiva en la década siguiente. Al aplicar exámenes sistemáticos y encuestas en distintas poblaciones de asegurados, incluidos estudiantes, todos supuestamente sanos, lo que descubrió el equipo de Eduardo Cruz-Coke fue una alta tasa de morbilidad oculta concentrada en particular en tres enfermedades: la tuberculosis, la sífilis y el grupo de las enfermedades cardiovasculares.

La acción médica y social anticipada podía tener efectos positivos en la mortalidad del grupo pasivo –población entre cero y quince años– en especial entre la población infantil, al intervenir en enfermedades como la TBC, la sífilis y enfermedades agudas producidas por enfriamiento, las relacionadas con la digestión, la nutrición y la deficiente alimentación de la mujer embarazada y de la madre nodriza, y las indirectas como la debilidad congénita, la TBC y sífilis de los padres. La comunidad médica respaldaba con estudios desde fines de siglo XIX la existencia de estas tres enfermedades, particularmente, la TBC y la sífilis⁹⁰.

El estudio estadístico de Eduardo Cruz-Coke proponía que el conjunto de las patologías de mayor impacto se ordenaban en los siguientes grupos. El grupo 1 era atribuible a las enfermedades infecto-contagiosas y a algunas enfermedades profesionales que representaban el 20% de la morbilidad y mortalidad, y que podían ser intervenidas a través de una acción estatal tendiente a modificar causas exteriores como el saneamiento urbano, o con medidas profilácticas como la vacunación y la vigilancia de alimentos y medicamentos. No obstante la dispersión territorial, los bajos salarios y la “cultura individual” de la población chilena atentaba contra las escasas tareas que el Estado podía emprender contra la alta morbilidad de esas patologías, entre ellas la TBC y la sífilis, logrando éxitos discretos sólo en el caso del tifus exantemático o algunas fiebres. En el grupo 2 estaban aquellas patologías relacionadas a desórdenes endocrinos, nutricionales o digestivos, enfermedades que no representaban un problema importante para la vida y productividad del individuo adulto –estimación en la actualidad muy diferente– y que la acción estatal influía poco en sus índices de morbilidad y mortalidad. Y el grupo 3 correspondiente al de las enfermedades de evolución lenta, que “desbordan las posibilidades de una medicina preventiva de tipo sanitario como las del primer grupo”, que difícilmente podían ser atacadas en sus causas y que representaban más del 50% de morbilidad y mortalidad. En este grupo se encontraban enfermedades como la tuberculosis pulmonar, la sífilis y las enfermedades cardiovasculares que podían ser atacadas de forma precoz, por tanto, eran patologías que el examen de salud que estipulaba la nueva ley podía detectar de forma temprana. Para la mejor aplicación de la Ley de Medicina Preventiva, al Estado le correspondía una “pesquisa oportuna” a través de la masificación del examen de salud:

⁹⁰ Rafael Sagredo Baeza, “Nacer para morir, vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías”, pp. 10-57.

“En efecto, al establecer el examen de salud sistemático de todos los asegurados, posibilita el descubrimiento y por lo tanto el tratamiento de estas afecciones, en cuanto puede significar curación, como en el caso de la lúes; gran probabilidad de mejoría en relación a la precocidad del diagnóstico como en el caso de la tuberculosis; y aumento de la probabilidad de vida media como en el caso de las afecciones cardio-vasculares.

En cuanto al grupo constituido por las afecciones cuyo diagnóstico precoz no significa posibilidad de tratamiento eficaz, o representaría un costo excesivo en relación a la vida recuperada no entra, por lo menos por el momento, en el espíritu de la ley. Se comprende, por ejemplo, que la ley no haya sido hecha ni para un Basedow ni para una diabetes”⁹¹.

Para detectar las enfermedades descritas, la Ley de Medicina Preventiva proponía un “examen sistemático de salud, periódico y obligatorio, impuesto por ley, que permita reconocerlas a tiempo” y luego se sugería un “tratamiento anti-luético, reposo relativo y reposo absoluto, en cada caso aplicado según normas explícitas” y se contaba con un “aparato médico y fármaco-lógico aplicado hoy en día a los casos avanzados y las más de las veces incurables”⁹².

Hasta la promulgación de la ley, la posibilidad del reposo para aquellas enfermedades era casi imposible, pues éste no se concedía más que a quienes padecían patologías que les impidieran trabajar. La Ley de Medicina Preventiva proponía modificaciones como la concesión de un reposo más prolongado al enfermo incipiente y,

“no solamente con salario completo durante todo el tiempo necesario, sino además con una defensa contra el riesgo posterior de cesantía. En una palabra el problema se presenta con la exigencia de un reposo pagado y trabajo asegurado al regreso, puesto que la finalidad de la ley es justamente la recuperación de vida activa para la producción. Es lo que hemos llamado reposo preventivo total o parcial según los casos, reposo pagado que representa el embrión de un derecho nuevo para los asalariados; el de trabajar en armonía con su capacidad”⁹³.

En efecto, desde la perspectiva de la historia laboral y sanitaria, se puede estimar que hacia fines de la década de 1930 el repertorio de disposiciones en esos ámbitos registraba un nuevo derecho: el acceso a reposo en virtud de una de las enfermedades consignadas por la Ley de Medicina Preventiva. Pero también se trataba de un deber. La Ley de Medicina Preventiva establecía penalidades para obreros y empleados que rechazaran someterse al examen y a los tratamientos. Asimismo, la ley establecía estrictas sanciones para quienes no respetaran el secreto médico, sanciones que tenían por objeto evitar “que los patrones escojan a sus empleados entre los más sanos (artículo 28)”⁹⁴.

⁹¹ Véase más adelante p. 94. La enfermedad de Basedow era una de las preocupaciones de los estudios clínicos de Eduardo Cruz-Coke. Se trata de una afección más frecuente en la mujer, relacionada con el aumento anormal de la glándula de la tiroides.

⁹² Véase más adelante p. 41.

⁹³ *Ibid.*

⁹⁴ Véase más adelante p. 42.

También la Ley de Medicina Preventiva suponía la imposición de un criterio denominado *medicina dirigida*, que debía ser aplicado por los médicos que trabajaran en la nueva política médico social que inauguraba esta disposición:

“La intervención del médico en la previsión social es capital en un sistema de previsión biológica del tipo que hemos preconizado. Porque, como acabamos de verlo, la base de esta previsión se encuentra en la exactitud del examen de salud, en el criterio por el cual debe decidirse la acción médica y, ante todo, en el reposo preventivo para hacerlo posible económicamente y rendir el máximo de eficacia”⁹⁵.

Eduardo Cruz-Coke identificaba que sólo ciertos médicos podían responder a las exigencias de diagnósticos precisos y seguimiento de medidas eficaces. Reconociendo la importancia y el valor del criterio personal y la comprensión del ejercicio médico como un arte más que una técnica, sostenía que se requería de la práctica de una medicina normativa y orientada a la obtención de resultados:

“Demasiado conocidas son las exageraciones de la farmacología en las cajas y las protestas de los funcionarios que reclaman el derecho de recetar con libertad. Sin pretender restar mérito a aquéllos para quienes la receta significa arte y resultado, como lo decíamos antes, es indudable que la experiencia de la Comisión de Farmacopea de la Caja del Seguro Obligatorio, creada al comienzo del año 1937, es la expresión de la necesidad de que la acción farmacológica sea también orientada. Las cajas sociales ponen en actividad demasiados médicos, principalmente jóvenes, que a veces se ilusionan con ciertas terapéuticas, con peligro para los recursos de la caja y a veces para el enfermo, prescindiendo de su inutilidad. Básteme informar que esta comisión, recientemente constituida en comisión permanente, ha significado a la caja, por la supresión de medicamentos inútiles, la economía de una suma superior a \$ 1.500.000 al año”⁹⁶.

Este comentario junto con precisar la necesidad de inspirar un trabajo más prolijo y acorde con los requerimientos para acceder a los beneficios que estipulaba la Ley de Medicina Preventiva, también deslizaba una crítica importante a las políticas farmacológicas vigentes.

Los anexos que acompañaron el texto de la Ley de Medicina Preventiva revelan la preocupación de Eduardo Cruz-Coke en relación con la escasa homogeneidad de diagnósticos y tratamientos. Sugería que un profesional médico y los que lo asistían debían actuar de manera sincronizada y uniforme bajo las circunstancias que se presentaran. Se trataba de dar un paso adelante no sólo respecto del funcionamiento y eficiencia de una política sanitaria; se trataba de la transmisión y difusión de un *ethos* particular de una ley que describía y aseguraba que las metas que se proponían debían ser producto de procedimientos conocidos y respetados

⁹⁵ Véase más adelante p. 45.

⁹⁶ *Ibid.*

por todos. Aquí es donde cobra tanto sentido el comentario de Eduardo Cruz-Coke acerca de que la ley requería de profesionales que se guiaran menos por sus instintos y escuelas asociadas a maestros, y más por la estandarización de ciertos procedimientos. Un buen ejemplo de esto era el análisis que se ofrecía sobre el tratamiento que recibía la sífilis en las instituciones existentes antes de la Ley de Medicina Preventiva, el que básicamente consistía en la aplicación de la reacción de Wasserman y Kahn, exámenes que no costaban más de \$2 a \$3. La propuesta de la LMP era universalizar este examen a todos los asegurados y aplicar un criterio interpretativo común de los resultados que hiciera de la lucha sanitaria una política más eficiente:

“Hasta ahora, tanto la interpretación de las reacciones serológicas, como los tratamientos anti-luéticos estaban sujetos a cierto desorden y anarquía, tanto debido al criterio particular que para ellos tenía cada médico, cuanto por causa de los mismos enfermos que una vez mejorados de su primera sintomatología (chancro o roséola) creyéndose sanos no volvían más al dispensario”⁹⁷.

La uniformidad y reglamentación de los diagnósticos y tratamientos, a través de pautas preestablecidas, favorecería la disciplina en los tratamientos médicos, el ahorro de recursos y, por ende, la orientación a resultados eficientes, pues, por ejemplo, sólo durante el año 1937 se habían gastado más de trescientos mil pesos en la distribución del Neo Salvarsán y otros productos antiluéticos.

SÍFILIS, TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES

La asistencia médica que brindaban las cajas previsionales a los enfermos sifilíticos y tuberculosos, principalmente en la Caja del Seguro Obligatorio, fue reforzada con la creación de los servicios de medicina preventiva que impulsó la Ley de Medicina Preventiva. Previo a esta ley ya se contaba con un importante número de publicaciones sobre la evolución e impacto de enfermedades como la sífilis y la tuberculosis en Chile. La mayoría de la literatura caracterizaba a la población afectada, debatía sobre las causas socio- económicas, en especial para el caso de la TBC y en la transmisión sexual en el de la sífilis, y proponía el seguimiento de algunas medidas preventivas. El propio Cruz-Coke había escrito un estudio sobre la TBC en 1921⁹⁸.

En torno a la tuberculosis existió un importante número de iniciativas tanto médicas como sociales. Se reunían ligas, se produjeron memorias y monografías, se diseñaron terapéuticas y estudios clínicos diferenciados por el tipo de población que padecía la enfermedad –por ejemplo, lactantes, trabajadores– y también se implementaron sanatorios específicos.

⁹⁷ Véase más adelante p. 60.

⁹⁸ Cruz-Coke, *Tuberculosis...*, *op. cit.*

La Ley de Medicina Preventiva proponía para el diagnóstico precoz y la asistencia de la TBC tres medidas fundamentales que eran fruto del consenso de las investigaciones realizadas por la comunidad médica internacional y nacional:

“1°. *Diagnóstico oportuno de los enfermos.* La enfermedad necesita ser conocida a tiempo para ser curada y la actividad dispensarial ha de organizarse en vista de ello.

2°. *Subsidio suficiente para el lisiado.* El enfermo necesita seguir recibiendo su salario íntegro hasta que pueda volver a su trabajo, no tanto para su propio tratamiento, como para la subsistencia de su familia, que en las condiciones actuales hace subir la tuberculosis adicional como ya se ha expresado.

3°. *Política hospitalaria que mire a la recuperación.* Establecida la imposibilidad práctica de hospitalizar a todos los que lo necesitan por poseer el país un número insuficiente de camas, organizar la hospitalización de manera que se aproveche especialmente en vista de la recuperación y promover una política de construcciones hospitalarias económicas que permita a la brevedad posible aumentar las camas disponibles en el país con ese objeto.

4°. *Vigilancia y control del enfermo que no puede ser hospitalizado.* Organización a su vez de la actividad dispensarial en vista tanto del control del que viene de vuelta de la enfermedad como del que va hacia ella y que por falta de camas o por permitirse la afección va a ser objeto de un tratamiento ambulatorio”⁹⁹.

Algunas investigaciones sobre la TBC en Chile dan cuenta de la centralidad que tuvieron los sanatorios y el reposo durante la primera mitad del siglo XX, el que se expresa en la existencia de reglamentos de sanatorios privados como el usado por la Caja del Seguro Obligatorio en la década de 1930¹⁰⁰. En este escenario, la Ley de Medicina Preventiva representaba un refuerzo clínico y económico para una práctica que contaba con cierta tradición e historia en sanatorios como el de Puente Alto y de Putaendo, dependientes de la Junta de Beneficencia. Ante la carencia de camas e infraestructura, queja común en la década, la Ley de Medicina Preventiva instaba a fortalecer el tratamiento ambulatorio y el reposo domiciliario.

En el caso de la sífilis existía una literatura que examinaba el uso del bismuto y del neosalvarsán como antídotos a la enfermedad; la aplicación de pruebas clínicas como la reacción de Wasserman y la reacción de Kahn; los tipos de sífilis y sus consecuencias hereditarias, la propagación de la enfermedad entre mujeres y niños, la relación entre prostitución y contagio entre otros. Cabe señalar que después de la década de 1950, las publicaciones médicas relativas a la sífilis disminuyeron de manera significativa a partir de los efectos de la aplicación de la penicilina¹⁰¹.

La sífilis era una patología que, aun cuando no registraba una alta mortalidad ni morbilidad debido a que su desarrollo era lento y “oculto”, sí producía conse-

⁹⁹ Véase más adelante p. 57.

¹⁰⁰ Ignacio Duarte y Marcelo López, “Importancia del reposo en los sanatorios para tuberculosos”, pp. 275-276.

¹⁰¹ Véase por ejemplo, Alberto Prado, “La penicilina en el tratamiento de la embarazada sífilítica”; Luis Infante, “El tratamiento de la Sífilis con Penicilina G Benzatina”.

cuencias físicas y estigmatizadoras entre quienes la padecían porque su transmisión más frecuente era por vía sexual. Los perjudiciales efectos en la resistencia física del individuo y su influencia en la desorganización social y familiar justificaban su inclusión prioritaria entre las preocupaciones de la Ley de Medicina Preventiva. No hay que olvidar que la sífilis ostentaba el primer lugar entre las enfermedades denominadas de “trascendencia social”¹⁰².

Entre los tratamientos terapéuticos más discutidos en la década de 1940 estaban los relacionados a los tratamientos contra la gonorrea y la neumonía, que contaban con sulfamidados y sulfapiridina¹⁰³. El arribo y difusión de los antibióticos a mediados de la misma década, proceso documentado en publicaciones médicas, mejoró los procedimientos y los resultados de los servicios de medicina preventiva¹⁰⁴. La introducción de este nuevo tratamiento terapéutico que atacaba el origen clínico de la enfermedad, sin duda reconfiguró la lucha médico-social. Cabe señalar aquí que aún está pendiente un estudio documentado y riguroso que relacione la aplicación del examen anual obligatorio y el tratamiento de reposo que prescribía la LMP con el impacto de los antibióticos a mediados de la década de 1940, particularmente, en enfermedades infecto contagiosas como la TBC y la sífilis.

Una de las novedades sustantivas de la Ley de Medicina Preventiva fue la inclusión de la enfermedad cardiovascular como patología prioritaria, preocupación de Eduardo Cruz-Coke, que resulta sorprendente si se toma en cuenta que en la época, las enfermedades infectocontagiosas concentraban la prioridad de la acción médica estatal ante la visibilidad e impacto social que tenían. Pero, ¿por qué las enfermedades *cardiovasculares* fueron consideradas una de las patologías prioritarias por la Ley de Medicina Preventiva hacia fines de la década de 1930? Según las encuestas realizadas a obreros/as sanos, del 100% de los examinados sólo 3,94 presentaban signos de enfermedades cardiovasculares¹⁰⁵. De aquellos setecientos cuatro individuos, cincuenta y cinco fueron estimados como “descompensados” y seiscientos cuarenta y nueve como “compensados”. A primera vista, tales cifras no parecían justificar un examen de salud preventivo y obligatorio como proponía la ley. No obstante, en el cuadro N° 3 correspondiente a la misma encuesta, pero aplicada en la Caja de los Empleados Particulares, de un universo de mil quinientas personas (mil cincuenta hombres y cuatrocientas cincuenta mujeres), las enfermedades cardiovasculares representaban al 11,33% de los casos, correspondiente a ciento setenta personas. Al examinar la distribución de la mortalidad entre la población activa en el año 1937, cuadro N° 6 en el texto de Eduardo Cruz-Coke, los porcentajes de muerte a causa de enfermedades cardiovasculares (8.871 casos

¹⁰² Catalina Labarca, “Todo lo que Ud. debe saber sobre las enfermedades venéreas. Las primeras campañas de educación sexual estatales entre 1927 y 1938”.

¹⁰³ Ernesto Medina, “Contribución a la historia de la medicina chilena, 1930-1982”, pp. 368-379.

¹⁰⁴ El uso clínico de la penicilina fue determinante para el descenso de la mortalidad materno-infantil, preocupación número uno de las elites científicas y políticas nacionales y latinoamericanas desde mediados de la década de 1940.

¹⁰⁵ Se trataba de una encuesta realizada a 17.819 obreros, distribuida entre 12.324 hombres y 5.495 mujeres.

registrados) correspondían al 16,18% del total, es decir, se incrementaban en el contexto general¹⁰⁶.

El juicio de Eduardo Cruz-Coke fue visionario porque desde la década de 1960, y producto de un cambio en el cuadro epidemiológico de las enfermedades más importantes que afectaban al país, las patologías no transmisibles y las lesiones por accidentes comenzaron a ocupar los primeros lugares de la morbilidad y mortalidad entre la población, desplazando a las enfermedades infecto-contagiosas¹⁰⁷. Entre aquéllas ya estaban las patologías cardiovasculares, las que en la década posterior se encontraban entre las tres causas de muerte junto a los tumores malignos y traumáticos, y accidentes¹⁰⁸.

Pasados los primeros años de la década de 1940, se aprobaron “normas cardiológicas” para la asistencia específica de enfermos del corazón que debían ser seguidas por los médicos tratantes, médicos cardiólogos y por las comisiones de medicina preventiva¹⁰⁹. Las normas contemplaban instrucciones para los diagnósticos de afecciones cardiovasculares, recomendaciones sobre la actividad física, casos y circunstancias que merecían la prescripción del reposo preventivo y el alta médica. El propio Eduardo Cruz-Coke publicaría un estudio sobre la relación entre este grupo de enfermedades y la aplicación de la medicina preventiva a mediados de la década de 1940¹¹⁰.

ESTUDIOS POSTERIORES A LA PROMULGACIÓN DE LEY DE MEDICINA PREVENTIVA

No se dispone de un estudio histórico que analice los efectos, impacto y resultados de la Ley de Medicina Preventiva, pero sí se cuenta con algunas monografías que permiten esbozar que pasó con esta legislación, en su mayoría elaboradas por médicos, tanto discípulos de Eduardo Cruz-Coke como de funcionarios de la Caja del Seguro Obligatorio.

Entre los primeros textos que aparecieron después de la promulgación de la Ley de Medicina Preventiva está el de Jorge Mardones Restat, quien reconocía en 1938 que la Ley de Medicina Preventiva no tenía antecedentes en la legislación mundial y que tendría una repercusión social en tres direcciones al permitir “un aumento del tiempo trabajado tratando la enfermedad oculta en el supuesto sano”; contribuiría a disminuir la probabilidad de que el “sostén de la familia” no pudiera

¹⁰⁶ Nótese que son consideradas las cardiovasculares, las hemorragias cerebrales y las cardio-renales.

¹⁰⁷ Ernesto Medina L., “Evolución de los indicadores de salud en el período, 1960-1977”.

¹⁰⁸ Gonzalo Valdivia, Gabriel Bastías y Patricio Márquez, “Magnitud de la enfermedad crónica en Chile”, pp. 35-40.

http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/salud_publica/1_9.html

¹⁰⁹ Caja de Seguro Obligatorio, Dirección de los Servicios Médicos, *Normas cardiológicas para la atención de los enfermos cardiovasculares en relación con la Ley 6.174 de Medicina Preventiva: cuartilla 13*.

¹¹⁰ *Las enfermedades cardiovasculares y la medicina preventiva*.

trabajar por padecer una larga enfermedad, y disminuiría en cerca de un 40% las probabilidades de muerte en la vida activa¹¹¹.

Carlos Maldonado fue otro de los médicos que a fines de la década de 1930 destacó las virtudes de la Ley de Medicina Preventiva. En un tenor menos científico y derechamente más político, valoraba la nueva ley porque estimulaba el

“progreso económico por el aumento de la producción y por la disminución de gastos que significa la reducción de la invalidez; y armonía social, por la felicidad que significa prolongar la vida activa en buenas condiciones y por el bienestar que ella acarreará a los patrones y obreros como consecuencia de la mayor capacidad productora y del alejamiento de unos de los factores de descontento y de desquiciamiento como es la enfermedad con su cortejo de malestar, dolor y perturbación económica”¹¹².

A un año de su promulgación, valoraba la visibilidad que la Ley de Medicina Preventiva había dado a las afecciones cardiovasculares, pues nada se había hecho por la protección social del cardíaco en el país hasta entonces, salvo la administración esporádica de tratamientos medicamentosos, hospitalización en períodos de crisis y el acceso a una pensión de invalidez. El reposo preventivo y la reducción de la jornada laboral podían ser más beneficiosos para la integración de estos enfermos¹¹³.

En la citada tesis de 1938, Manuel de Viado ofrecía una reflexión sobre la naturaleza de la nueva ley, apelando a un interesante análisis histórico respecto de la “idea social médica” en el mundo y en Chile, y a un diagnóstico más detallado de la situación sanitaria local. Llama la atención el examen minucioso de las discusiones médico-sociales de su tiempo y los juicios de carácter político que ofrecen pistas sobre las preocupaciones ideológicas e intelectuales compartidas con Eduardo Cruz-Coke en el Chile de fines de la década de 1930:

“En el plano económico, el fracaso de una economía libre de tipo individualista es ya de consenso público. Chile reajusta, con diversas medidas de orden indirecto, su economía en un exacto balance de su poder agrícola, minero e industrial. Urge, sin embargo, una economía planificada, una producción ordenada, un nacionalismo económico que refuerce los factores débiles en que dependemos excesivamente de la economía nacional.

En el plano político-social, el aparato administrativo nacional es una excelente arma de trabajo. Necesita solo la idea motriz y el hombre que lo dirija. El advenimiento de las juventudes a la lucha ideológica, sus polarizaciones en dos grandes conglomerados, representados por la idea socialista y el cristianismo social permiten ser optimistas acerca del futuro”¹¹⁴.

¹¹¹ Jorge Mardones Restat, *Efectos sociales de la Ley de Medicina Preventiva*.

¹¹² Carlos Maldonado Boggiano, *La ley 6.174, sobre Medicina preventiva, y su importancia para la Caja de Seguro Obligatorio*, p. 2.

¹¹³ *Op. cit.*, p. 10.

¹¹⁴ Viado, *Medicina...*, *op. cit.*, p. 27.

Manuel de Viado adelantaba parte de las tensiones políticas que se avecinaban al plantear la confrontación entre socialismo y cristianismo social que otros autores han esbozado, respaldaba las críticas que recibía la Beneficencia Pública como una entidad en esencia hospitalaria, por ende, eminentemente curativa. Recogiendo las críticas de la comunidad médica que trabajaba en la Caja del Seguro Obligatorio, y que se hicieron más frecuentes después de la reunión realizada por aquella institución en la localidad de Los Maitenes en el año 1935, Manuel de Viado era optimista, pues a su juicio la Ley de Medicina Preventiva era la consolidación de una propuesta necesaria e ineludible: la consolidación de la previsión biológica por medio del ejercicio de una medicina dirigida. A su juicio, la Medicina dirigida tenía por propósito,

“La orientación organizada y sistemática de todas las fuerzas nacionales al servicio de la salud social. Basada en un fuerte sentido de la responsabilidad individual, tanto en el ejercicio de los derechos como en el cumplimiento de los deberes, tiende hacia una democracia biológica que suprimiendo las diferencias actuales llegue a la nivelación de las clases sociales frente al hecho sanitario de la enfermedad”¹¹⁵.

Ya convertido en médico y adscrito al Departamento de Previsión Social del Ministerio de Salubridad, Manuel de Viado, sintetizó los aportes de la Ley de Medicina Preventiva, privilegiando el estudio de cómo operaba en sus primeros años, análisis que presentó en la Conferencia Interamericana de Seguridad Social celebrada en Santiago en 1942¹¹⁶. Desde un análisis retrospectivo de la historia de la seguridad social colectiva anterior a la Ley de Medicina Preventiva, en particular de la puesta en marcha de la ley N° 4.054 de la Caja del Seguro Obligatorio en 1924 y el *Código del Trabajo* de 1931, Manuel de Viado estimaba que aquellos esfuerzos habían sido precipitados ante la ausencia de una escasa “educación de las masas a los nuevos principios colectivos”. Ambos hitos representaban para él el inicio de una nueva etapa que solo se entendía a la par con el auge de un

“sentimiento nacionalista, expresado en numerosos estudios técnicos de las realidades sociales chilenas y un predominio de los aspectos biológicos de la previsión”.

Esta etapa se caracterizaba por una ampliación de las prestaciones médicas de la seguridad social en una sociedad como la chilena que, en comparación con otras sociedades latinoamericanas, contaba con una población obrera de un nivel cultural superior. La defensa biológica de este grupo debía enmarcarse en un concepto clave de la época: la defensa del capital humano nacional, idea coincidente con la planteada por Salvador Allende años antes.

Entre los primeros resultados positivos de la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva, Manuel de Viado destacaba que a tres años de su puesta en marcha la

¹¹⁵ Viado, *Medicina... op. cit.*, p. 28.

¹¹⁶ Manuel de Viado, “La LMP chilena, síntesis de su espíritu y resultado”, p. 9.

cifra de los examinados alcanzaba a casi los seiscientos mil individuos, los que representaban una cobertura del 10% de la población total según el censo de 1940¹¹⁷. Si bien el crecimiento del número de examinados era lento a causa de las condiciones geográficas del país, la escasa comunicación y la falta de propaganda de los méritos de la ley, existían instituciones que difundían los beneficios de la Ley de Medicina Preventiva, por ejemplo, el Ejército.

En un balance general, el estudio adelantaba consideraciones útiles respecto de la influencia de la relación entre biografía, entorno socioambiental y población en el desarrollo de patologías. El autor sostenía que gracias a los primeros resultados del examen obligatorio en instituciones donde predominaba la población obrera, la sífilis era la patología más frecuente, en contraste a las dirigidas a la asistencia de empleados donde las enfermedades cardiovasculares eran las más habituales. Dicha distribución se explicaba por factores culturales y económicos; la débil constitución familiar y menor educación sanitaria entre las clases populares las hacía propensas a las enfermedades venéreas, y entre los empleados del Estado, la vida sedentaria estimulaba las patologías vasculares.

Sanidad pública. Campaña de salud contra el tífus exantemático transportado por los piojos, 1930. Colección Archivo fotográfico, Museo Histórico, Santiago de Chile.

Pero también se hacían públicos algunos de los límites que tenía la Ley de Medicina Preventiva. Por ejemplo, Manuel de Viado sostenía que pese a que la Ley de Medicina Preventiva había estimulado la construcción de sanatorios propios por

¹¹⁷ Según el Censo de 1940, Chile alcanzaba los 5.023.539 de habitantes.

parte de las cajas de Empleados Públicos, Ferrocarriles del Estado y Carabineros, el número de camas era aún insuficiente para las crecientes demandas que la misma disposición legal generaba. No obstante, la Ley de Medicina Preventiva había traído beneficios significativos en un amplio campo de la acción sanitaria al extender los tratamientos antisifilíticos, al identificar los factores de las enfermedades, al “permitir el goce del clima marítimo a los enfermos cardíacos que lo requieren” y

“contribuir al afianzamiento de una conciencia médica que ve en el esfuerzo mancomunado del Estado, del médico y del ciudadano, la única manera de realizar una verdadera medicina social”¹¹⁸.

Hacia el final de su texto, Manuel de Viado no sólo valoraba algunas virtudes y consecuencias de la Ley de Medicina Preventiva, también reconocía que era una política sanitaria que permitía recolectar información analizar, seleccionar y proponer soluciones sanitarias a problemas instalados en la realidad nacional, o “ver chileneramente un problema americano”¹¹⁹.

El exhaustivo estudio jurídico de la Ley de Medicina Preventiva, publicado por Adriana Figueroa en 1942, contribuyó a visibilizar los límites, las restricciones y varios aspectos deficitarios de la implementación de dicha ley, analizando no sólo las prescripciones que a partir de ella se establecieron sino, también, levantando información de primera mano a través del uso de encuestas que la autora utilizó para la elaboración de su investigación¹²⁰. Uno de los aportes de Adriana Figueroa fue su análisis sobre el examen obligatorio que estipulaba la ley. Su primera constatación fue que, aun cuando se había establecido la obligatoriedad del examen, no se especificaron sanciones para aquéllos que se negaran a cumplir este deber. Y la segunda que las instituciones previsionales no tenían real capacidad de aplicarlo en el ámbito nacional. Por tanto, sugería un plazo más extenso para hacerlo efectivo en toda la población asegurada, no inferior a tres años, que podía aumentar en función del riesgo que presentara una población particular:

“el examen deberá practicarse más a menudo entre aquellos trabajadores que desempeñan labores que por su naturaleza son perjudiciales a la salud. Es indudable que un trabajador del campo, no está expuesto a los mismos riesgos que uno de la industria, ni un obrero que trabaja en la fábrica de calzado tendrá las mismas probabilidades de contraer una enfermedad, que el que lo hace en una mina de carbón o una salitrera”¹²¹.

Entre sus conclusiones, las principales eran: la ausencia de una aplicación integral de la ley por falta de recursos económicos de los servicios sanitarios; la falta de eficiencia de la Ley de Medicina Preventiva en las distintas cajas previsionales; la

¹¹⁸ Manuel de Viado, *La Ley de Medicina Preventiva chilena*, p. 12.

¹¹⁹ *Op. cit.*, p. 12.

¹²⁰ Adriana Figueroa Gajardo, *La ley no. 6174 sobre medicina preventiva*, p. 38.

¹²¹ *Op. cit.*, p. 39.

necesidad de incrementar el número de camas para imponentes que requerían del reposo preventivo; la falta de mecanismos que obligaran a patrones y empleadores a reservar el puesto de trabajo durante el período que la enfermedad se prolongue. Era pesimista respecto de la real comprensión de los beneficios y virtudes de la Ley de Medicina Preventiva por parte de la población beneficiaria:

“Los beneficios que se pueden obtener son muy relativos, si no se logra, en primer término, hacer comprender a la gran masa que hay que comenzar por cuidar individualmente de la salud, y enseñarle a invertir provechosamente el dinero que obtiene con su trabajo, procurándose una habitación higiénica, alimentación suficiente y vestido adecuado”¹²².

Los estudios que analizaron los efectos de la Ley de Medicina Preventiva aportan mayor complejidad a la realidad sanitaria chilena en la medida que no sólo estudiaban a la población trabajadora sino, también, otras áreas de la economía productiva. Es el caso de la tesis de 1942 del futuro médico, Alfredo Jelic Simon, que analizaba la expansión de la tuberculosis y de los efectos de la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva en una población de adultos de clase media de Santiago de 25.566 empleados particulares. De ese universo, 889 eran portadores de la TBC, cifra que representaba el 3,48%, porcentaje alto en comparación con estadísticas extranjeras. Contemplando variables como el sexo, la edad y el salario, Alfredo Jelic ofrecía estadísticas que permitían sopesar la magnitud del Servicio de Medicina Preventiva de la Caja de Empleados Particulares: desde su fundación en 1938 hasta el 31 de diciembre de 1940, se había examinado a 25.990 imponentes, de los cuales, 7.813, o sea, el 30% fueron enviados a la Sección de Tisiología por sospecha de lesión tuberculosa y se les había prescrito reposo preventivo a 1.093, o sea, sólo al 4,2% de los examinados¹²³.

Entre los aspectos conclusivos del estudio de Alfredo Jelic estaba la valorización del trabajo que hacían las enfermeras sanitarias en los servicios de medicina preventiva, quienes controlaban el reposo domiciliario del enfermo ambulatorio y el agravamiento de los pronósticos en individuos mayores de cincuenta años. Asimismo, Alfredo Jelic aseguraba que era necesario incrementar el número de casas-sanatorios para los enfermos que requerían de un reposo más controlado y reforzar el control periódico de la población que era dada de alta¹²⁴.

La aplicación de la Ley de Medicina Preventiva también se concretó en el Servicio Médico Nacional de Empleados. Escrito en 1950, el estudio jurídico de Alejandro González ofrecía un análisis de los resultados de la Ley de Medicina

¹²² Figueroa, *op. cit.*, p. 83

¹²³ Alfredo Jelic Symon, *Primeros resultados de la aplicación de la ley de Medicina Preventiva en Tisiología*, p. 28.

¹²⁴ Jelic, *op. cit.*, p. 90. La bibliografía nacional citada por Alfredo Jelic es abundante y reflejaba el interés por estudiar los efectos de Ley de Medicina Preventiva en la población tuberculosa. Entre los trabajos citados destacaban los de médicos como Manuel de Viado, Guillermo Morales Beltrami y R. Erazo.

Preventiva en este organismo, atendiendo en particular al caso de la sífilis, examinando las fichas clínicas de todos los imponentes, en especial de aquéllas referidas a la detección de sífilis entre los años 1943 y 1947.

Entre 1938 y 1942, los empleados de la capital recibieron los beneficios de esta ley en los distintos organismos previsionales que existían antes de la creación del Servicio Médico Nacional de Empleados como, por ejemplo, la Caja de Empleados Públicos y Periodistas y el Servicio Médico Nacional de la Marina Mercante. A partir de 1942 estos servicios se fusionaron y los empleados eran sometidos, primero a un “ligero examen clínico” practicado por médicos internistas, al examen radiológico “Sistema Abreu”, a la reacción de Kahn o Wasserman, a la revisión de la presión arterial y a un examen dental completo. Luego el individuo era evaluado como sano o probable enfermo. En el último caso era revisado en secciones especializadas y sometido a pruebas específicas, por ejemplo, exámenes de laboratorio de sedimentación globular, investigación bacteriológica del bacilo de Koch, y radiografía de tórax y electrocardiovascular. Adicionalmente, y si el caso lo requería, podía ser revisado en la sección de Oftalmología y Neurología¹²⁵.

Incorporando variables de análisis como el sexo de los imponentes, los distintos tipos de sífilis y su grado de contagiosidad, Alejandro González aportaba interesantes conclusiones sobre el seguimiento de esta patología, la aplicación del examen anual obligatorio y el bajo impacto de la Ley de Medicina Preventiva en su contención. Sostenía, por ejemplo, que cerca del 80% de los empleados de Santiago había sido examinado por lo menos una vez en los servicios de medicina preventiva; que el 70% de los examinados por primera vez correspondía al sexo masculino; la sífilis era 3,4 veces más frecuente entre los empleados que entre las empleadas; que la incidencia de la sífilis había disminuido en un 50% en el período estudiado y era más acentuada en los hombres que en las mujeres; y que pese al incremento del uso de antibióticos a partir de 1943, no alcanzaba porcentajes altos y su uso estaba restringido a la sífilis “contagante”.

Lo cierto es que las cifras de la contención de la sífilis eran modestas: sólo el 29,8% de los que iniciaban tratamiento lo terminaba; el porcentaje de abandono de los tratamientos alcanzaba el 42,8% y

“el 2,2% de sifilíticos acogidos a reposo preventivo y el hecho que el 68% de estos tuvo menos de un mes de reposo, indica que en sífilis este recurso de la Ley de Medicina Preventiva casi no encuentra aplicación”¹²⁶.

Pasado un par de años, uno de los críticos de la Ley de Medicina Preventiva, el connotado médico y Director General de Previsión Social, Julio Bustos, valoraba el pionero carácter epidemiológico de la Ley de Medicina Preventiva frente a las enfermedades sociales en 1947, pero criticaba el carácter restrictivo de sus beneficios al

¹²⁵ Alejandro González Plata, *La sífilis en los empleados de Santiago. Resultados de la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva*, p. 9.

¹²⁶ *Op. cit.*, p. 23.

“excluir a la familia del enfermo y al no considerar ni el aislamiento, ni el tratamiento de los pacientes, considerados como los no recuperables, que son los más graves, los más contagiosos y a quienes la ley excluyó de sus beneficios. Sus servicios atienden, exclusivamente, a los enfermos recuperables, que son los que necesitan de una acción médica más rápida e intensa, que siguen deambulando y diseminando el contagio”¹²⁷.

Confiaba que las modificaciones que se habían presentado a las leyes N° 4.054 y N° 4.055 en el Congreso, a casi diez años de su promulgación, dieran solución integral al mencionado problema, pues, a su juicio, debía imponerse un criterio racional que

“eliminara todo distingo entre medicina preventiva y curativa, pues ambos aspectos no son sino facetas de una unidad (el paciente) que no puede ni debe disociarse y permite la aplicación de los modernos preceptos de la epidemiología contra la enfermedad”.

Justificaba su “crítica severa” al funcionamiento de los servicios de la previsión social en virtud de un mayor rendimiento de los mismos y al comparar la experiencia chilena con la que había observado en otros países.

Sobre la aplicación del examen preventivo en la Caja del Seguro Obligatorio, Julio Bustos señalaba que entre 1938 y 1946, la Caja había efectuado 968.505 exámenes de salud sobre un total de 980.000 asegurados activos, cifra que incluía a los que se examinaban por primera vez como a los examinados en otras ocasiones. Reparaba en el obstáculo que representaba el campo chileno aún, pues una significativa proporción de población rural asegurada no había sido examinada. Respecto de los exámenes practicados en 1946, se detenía en los porcentajes de aquéllos que habían resultado positivos: 5,5% de individuos padecían de TBC, 5,1% de lúes y 4,5% de afecciones cardiovasculares¹²⁸.

En el marco de los veinte años del nacimiento del sistema de seguridad social en Chile, Alfredo Biondi, director de los Servicios Médicos de la Caja del Seguro Obligatorio editó una síntesis de la labor realizada por la institución en el marco del Primer Congreso Panamericano Médico-Social celebrado en La Habana en 1946¹²⁹. En la publicación, el médico Alfredo Rojas Carvajal presentaba un balance de las acciones emprendidas en el marco de la Ley de Medicina Preventiva¹³⁰. Estableciendo que la Medicina Preventiva tenía por finalidad “superar las cualidades físicas y mentales del hombre”, en la práctica esto debía traducirse tanto en acciones que evitaran como combatieran de manera precoz las condiciones desfavorables que amenazan la salud”. Delimitar cuáles acciones sanitarias tenían el carácter preventivo ante la creciente visibilidad e influencia de los factores eco-

¹²⁷ Julio Bustos A, *La previsión y la medicina social chilena en 1946: memoria anual*.

¹²⁸ Bustos, *op. cit.*, p. 26.

¹²⁹ Alfredo Biondi, *Problemas importantes de la Medicina Social en el Seguro Obrero Chileno, Primer Congreso Médico-Social Panamericano, La Habana, 3-8 de diciembre de 1946*

¹³⁰ Alfredo Rojas Carvajal, “Medicina Preventiva en el Seguro Social Chileno”.

nómicos y ambientales en las enfermedades era una tarea compleja. Para Alfredo Rojas, el examen anual que puso en marcha la Ley de Medicina Preventiva era una de esas “acciones sanitarias” porque era un instrumento y una meta realizable para el diagnóstico clínico-social en la década de 1940. Valoraba el incremento del registro y pesquisa oportuna de la tuberculosis que, a su juicio, estaba entre los problemas de salud más importante junto a la mortalidad infantil y el alcoholismo. No obstante, los altos niveles de contagio de esta patología aun no eran enfrentados eficazmente. Por una parte, la falta de camas que materializara el efectivo aislamiento que estos enfermos debían experimentar era una constante en los recintos hospitalarios. Pero más grave aún era la carencia de una “acción epidemiológica” que integrara al núcleo familiar del asegurado tuberculoso, dado que la Ley de Medicina Preventiva solo contemplaba la asistencia del imponente activo. Según Alfredo Rojas, el estudio de la TBC era apropiado para entender, en el marco de la institucionalidad sanitaria vigente y de la necesaria reforma que muchos ya planteaban en la década de 1940, los límites de la acción preventiva:

“La coordinación con otras instituciones de asistencia social se hace necesaria para reducir, en parte al menos, esta insuficiencia de la acción de un Seguro Social reducido solamente a los imponentes como es el caso del nuestro, pero el desiderátum lo constituye sin duda la implantación de un Seguro Nacional Integral que abarque a todos los miembros de la colectividad y a cuyo financiamiento contribuyan en forma complementaria los trabajadores, los patrones y el Estado”¹³¹.

CONCLUSIONES

El trabajo de Eduardo Cruz Coke, tanto en el campo de la investigación científica como en el de las propuestas médico-sociales que elaboró, se inscribió en el legítimo proyecto de incrementar las posibilidades de intervenir exitosamente en la condición física de los más desposeídos y débiles. Para él, esta meta, que era posible de realizar bajo el modelo capitalista, debía tener como norte político reforzar el valor de la clase trabajadora en el proceso productivo y aumentar su capacidad de consumo. Tanto las políticas de alimentación como la Ley de Medicina Preventiva estaban dirigidas a mejorar la calidad de vida de la clase trabajadora y suponían un papel más activo y decisivo del Estado en sectores estratégicos de la economía nacional.

A juicio de Carlos Huneeus, las propuestas de Eduardo Cruz-Coke serían un ejemplo de lo que hoy denominamos focalización del gasto social y que buscaban proteger un derecho anterior a aquéllos ligados al emergente Estado de Bienestar: el derecho a la vida. Profundizando esta línea comprensiva, no hay que perder de vista que lo que animaba de manera sustantiva su pensamiento era la íntima relación entre pobreza y falta de progreso, binomio que sólo podía superarse combi-

¹³¹ Rojas, *op. cit.*

nando dos tareas: el aumento de la calidad y cantidad de la producción económica y el aseguramiento de la salud de quienes eran sus principales protagonistas, los individuos trabajadores. Resguardando ambos procesos, la función de consumo de la clase trabajadora estaría garantizada.

Antes de mediados del siglo xx, la Ley de Medicina Preventiva se convirtió en un instrumento que permitía el anticipado diagnóstico de una buena parte de la población trabajadora. Con el objetivo de conocer los efectos de la aplicación del examen anual obligatorio, se impulsó una serie de estudios y encuestas que aportaron evidencias para la intervención científica, y contribuyeron a la conformación de un importante repertorio de conocimientos médico-sociales sobre la población trabajadora obrera y empleada de la época. La ley favoreció el estudio del desarrollo de patologías en fases iniciales y de políticas eficientes de asistencia médica.

En el ámbito estrictamente operativo, la Ley de Medicina Preventiva fue una buena instancia para intencionar la universalización de procedimientos y la estandarización de protocolos asistenciales, preventivos y curativos. Como Eduardo Cruz-Coke lo señalaba, la disposición patrocinaba que los profesionales sanitarios se apoyaran crecientemente en procedimientos consensuados y técnicos más que en el arte médico y la experiencia individual.

Si bien se trataba de una disposición que sólo se concentraba en la población trabajadora asegurada, cuestión por la cual fue criticada desde que fue discutida en el Congreso, previo a su promulgación no existían disposiciones de carácter universal ni parcial que establecieran acciones de diagnóstico y tratamientos como los estipulados por la Ley de Medicina Preventiva. Aquella representaba claramente una ampliación de la oferta médico-asistencial disponible a fines de la década de 1940, la que hasta su promulgación sólo disponía la entrega de auxilios pecuniarios a individuos de la clase trabajadora asegurada que se enfermaban, que se encontraban en una situación física invalidante. Como se ha explicado, la Ley de Medicina Preventiva se proponía detectar las tres enfermedades seleccionadas antes que afectaran seriamente la salud de los individuos y su capacidad laboral, ofreciendo alternativas que permitieran su recuperación futura y asegurando temporalmente ingresos económicos que apoyaban a la familia.

Más allá de la evaluación de los logros de la Ley de Medicina Preventiva en la pesquisa oportuna de las enfermedades y en el seguimiento de tratamientos que disminuyeran las tasas de morbilidad y mortalidad, su aplicación estuvo acompañada de debates respecto de la naturaleza del oficio médico y de las expectativas sociales y clínicas de una asistencia médica anticipada. Un ejemplo de ello fue el aumento de los estudios que sugerían transformaciones y evaluaciones, especialmente en la Caja del Seguro Obligatorio, durante la década de 1940. Frente a los reparos a la falta de una administración racional de los recursos curativos de la Caja del Seguro Obligatorio, la Ley de Medicina Preventiva aparecía como un instrumento que favorecía la identificación de prioridades y la concentración de recursos en ellas.

La naturaleza y propósitos de la Ley de Medicina Preventiva apuntaban, como sostenía Eduardo Cruz-Coke, a asegurar biológicamente a la población y no sólo

en términos financieros como sucedía con la Caja del Seguro Obligatorio y otras cajas previsionales existentes en la década de 1930. Lo que estaba en juego, más allá de sus límites y dificultades operativas, era la convicción de que la protección sanitaria de los trabajadores debía hacerse efectiva antes que aquéllos fueran víctimas de patologías que habían alcanzado una gravedad irreversible. Por tanto, la Ley de Medicina Preventiva no sólo fue un avance en el campo de la seguridad social, también se constituyó en una iniciativa que fomentaba el valor de la medicina preventiva, y promovía la optimización de los recursos del Estado y privados en la recuperación de parte de la clase trabajadora.

BIBLIOGRAFÍA

- Allende, Salvador, *La realidad médico-social chilena*, Santiago, Lathrop, 1939.
- Belmartino, Susana, Carlos Bloch, Ana Virginia Persello y María Isabel Camino, *Corporación médica y poder en salud, Argentina, 1920-1945*, Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud, 1988.
- Biondi, Alfredo, *Problemas importantes de la Medicina Social en el Seguro Obrero Chileno, Primer Congreso Médico-Social Panamericano, La Habana, 3-8 de diciembre de 1946*, CSO, Santiago, Talleres Gráficos La Nación, 1946. <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0016143.pdf>
- Bustos A, Julio, *La previsión y la medicina social chilena en 1946: memoria anual*, Santiago, Santiago, Imprenta Cultura, 1947.
- Caja de Seguro Obligatorio, *La Caja de Seguro Obligatorio. Desarrollo estructural y funcional*, Santiago, Gutenberg Impresores, 1944.
- Caja de Seguro Obligatorio, Dirección de los Servicios Médicos, *Normas cardiológicas para la atención de los enfermos cardiovasculares en relación con la Ley 6.174 de Medicina Preventiva: cuartilla 13*, Santiago, Imprenta La Nación, 1947.
- Correa, Sofía, *Con las riendas del poder. La derecha chilena del siglo XX*, Santiago, Editorial Sudamericana, 2004.
- Sofía Correa et al., *Historia del siglo XX chileno*, Santiago, Editorial Sudamericana, 2001.
- Croxato, Héctor, “Cruz-Coke, maestro universitario”, en Amador Neghme R., *Figuras señeras de la medicina chilena Eduardo Cruz-Coke Lassabe (1899-1974)*, Santiago, Instituto de Chile, Academia Chilena de Medicina, N° 6, Editorial Universitaria, 1986.
- Cruz-Coke, Eduardo, *Discursos: política, economía, salubridad, habitación, relaciones exteriores, agricultura*, Santiago, Nascimento, 1946.
- Cruz-Coke, Eduardo, “Discusión proyecto de ley de fomento a la industria lechera”, en Eduardo Cruz-Coke, *Discursos: política, economía, salubridad, habitación, relaciones exteriores, agricultura*, Santiago, Nascimento, 1946.
- Cruz-Coke, Eduardo, *Las enfermedades cardiovasculares y la medicina preventiva*, Santiago, Imprenta Stanley, 1946.

- Cruz-Coke, Eduardo, “Los equilibrios alimenticios y la alimentación del pueblo chileno” (clase inaugural del curso de química fisiológica y patológica del año 1928), en *Revista Médica de Chile*, año LVI, N° 4, Santiago, junio de 1928.
- Cruz-Coke, Eduardo, “Plan de gobierno de Chile para mejorar la alimentación del pueblo”, en *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, año 16, N° 7, Santiago, julio 1937.
- Cruz-Coke L., Eduardo, “Resumen de conferencias dictadas en la Escuela de Altos Estudios Internacionales de la Universidad de Princeton”, en Eduardo Cruz-Coke, *Discursos: política, economía, salubridad, habitación, relaciones exteriores, agricultora*, Santiago, Nascimento, 1946.
- Cruz-Coke, Eduardo, *Tuberculosis y vagotonismo*, Santiago, Imprenta y Encuadernación La República, 1921.
- Cruz-Coke M., Ricardo, “Historia de la obra científica de Eduardo Cruz-Coke Lassabe”, en *Revista Médica de Chile*, N° 129, Santiago, 2001.
- Cruz-Coke Madrid, Ricardo, “Historia del Estado benefactor médico social en Chile”, en Alejandro Goic y Ricardo Cruz-Coke (editores), *Quintas Jornadas de Historia de la medicina*, Santiago, Academia Chilena de Medicina e Instituto de Chile, 2002.
- Duarte, Ignacio y Marcelo López, “Importancia del reposo en los sanatorios para tuberculosos”, en *Revista Chilena de Infectología*, N° 26, vol. 3, Santiago, 2009.
- Estatutos del Instituto Médico Técnico Sanitas*, Santiago, Imprenta El Globo, 1926.
- Fernández, Marcos, “La regulación de los excesos: saber médico, interés gremial y constitución de representaciones sociales en torno al alcohol y las drogas en Chile, 1900-1950”, ponencia inédita.
- Figuroa Gajardo, Adriana, *La ley no. 6174 sobre medicina preventiva*, Santiago, Imprenta y Litografía Lesblanc, 1942.
- García, Juan César, “La medicina estatal en América Latina, 1880-1930”, en *Revista Latinoamericana de Salud*, N° 1, ciudad, 1980.
- González Plata, Alejandro, *La sífilis en los empleados de Santiago. Resultados de la aplicación de la Ley de Medicina Preventiva*, tesis para optar al título de médico cirujano de la Universidad de Chile, Santiago, SMNE, s/d, 1952.
- Gutiérrez, Claudio y Flavio Gutiérrez, *Forjadores de la ciencia en Chile: problemas y soluciones*, Santiago, RIL editores, 2008
- Hochman, Gilberto, “Regulando os Efeitos da Interdependência Sobre as Relações entre Saúde Pública e Construção do Estado (Brasil 1910-1930)”, en *Revista Estudos Históricos*, N° 6, vol. 11, São Paulo, 1993.
- <http://www.sanitas.cl/?pid=2>
- http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/salud_publica/1_9.html
- Huneus, Carlos y María Paz Lanas, “Ciencia política e historia. Eduardo Cruz-Coke y el Estado de Bienestar en Chile, 1937-1938”, en *Historia*, N° 35, Santiago, 2002.
- Illanes, María Angélica, *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública en Chile (1880-1973). Hacia una historia social del siglo xx*, Santiago, Colectivo de Atención Primaria, 1993.

- Infante, Luis, “El tratamiento de la Sífilis con Penicilina G Benzatina”, en *Revista del Servicio Nacional de Salud*, vol. 1, Santiago, octubre de 1956.
- Instituto de Ciencias Biomédicas, *Homenaje a los fundadores de las ciencias biomédicas, profesor Eduardo Cruz-Coke Lassabe*, Santiago, ICBM, 1998.
- Jadresic, Alfredo, *Historia de Chile en la vida de un médico*, Santiago, Catalonia, 2007.
- Jelic Symon, Alfredo, *Primeros resultados de la aplicación de la ley de Medicina Preventiva en Tistología*, tesis título médico-cirujano, Santiago, Universidad de Chile, Departamento Médico Coordinador de las Cajas de Previsión de Empleados Públicos, 1942.
- Jiménez de la Jara, Jorge (editor), *Medicina social en Chile*, Santiago, Editorial Aconcagua, 1977.
- Labarca, Catalina, “Todo lo que Ud. debe saber sobre las enfermedades venéreas. Las primeras campañas de educación sexual estatales entre 1927 y 1938”, en María Soledad Zarate, *Por la salud del cuerpo*, Santiago, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2008.
- Labra, María Eliana, “Medicina social en Chile: propuestas y debates (1920-1950)”, en *Cuadernos Médico Sociales*, vol. 44, Santiago, 2004.
- Livingsstone, Mario y Dagmar Raczinsky (editores), *Salud pública y bienestar social*, Santiago, CIEPLAN, 1976.
- Maldonado Boggiano, Carlos, *La ley 6.174, sobre Medicina preventiva, y su importancia para la Caja de Seguro Obligatorio*, Santiago, Editorial Zig-Zag, 1939.
- Mardones Restat, Jorge, “Discurso de recepción al incorporarse como miembro académico de la Facultad de medicina de la Universidad de Chile”, en Amador Neghme R., *Figuras señeras de la medicina chilena Eduardo Cruz-Coke Lassabe (1899-1974)*, Santiago, Instituto de Chile, Academia Chilena de Medicina, N° 6, Editorial Universitaria, 1986.
- Mardones Restat, Jorge, “Discurso de recepción al incorporarse como miembro académico de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile”, (1967)”, en Amador Neghme R., *Figuras señeras de la medicina chilena Eduardo Cruz-Coke Lassabe (1899-1974)*, Santiago, Instituto de Chile, Academia Chilena de Medicina, N° 6, Editorial Universitaria, 1986.
- Mardones Restat, Jorge, *Efectos sociales de la Ley de Medicina Preventiva*, Santiago, Editorial Zig-Zag, 1938.
- Mardones Restat, Jorge, *El aspecto económico del problema de la alimentación en Chile*, Santiago, Imprenta Lagunas & Quevedo, 1936.
- Mardones Restat, Jorge, *El problema de la alimentación en Chile*, Santiago, Imprenta Leblanc, 1935.
- Mardones Restat, Jorge y Ricardo Cox, *La alimentación en Chile. Estudios del Consejo Nacional de Alimentación*, Santiago, Imprenta Universitaria, 1942.
- Márquez, Patricio y Daniel J. Joly, “An Historical Overview of the Ministries of Public Health and the Medical Programs of the Social Security Systems in Latin America”, in *Journal of Public Health Policy* N° 7, vol. 3, United Kingdom, 1986.

- Matte Blanco, Ignacio, “Eduardo Cruz-Coke, maestro e inspirador”, (1963), en Amador Neghme R., *Figuras señeras de la medicina chilena Eduardo Cruz-Coke Lassabe (1899-1974)*, Santiago, Instituto de Chile, Academia Chilena de Medicina, N° 6, Editorial Universitaria, 1986.
- Medina L., Ernesto, “Contribución a la historia de la medicina chilena, 1930-1982”, en *Revista Médica de Chile*, N° 111, Santiago, 1983.
- Medina L., Ernesto, “Evolución de los indicadores de salud en el período, 1960-1977”, en Hugo Lavados Montes, *Desarrollo social y salud en Chile*, Santiago, Corporación de Promoción Universitaria, 1979.
- Moulián, Tomás e Isabel Torres Dujisin, *Discusiones entre honorables: las candidaturas presidenciales de la derecha entre 1938 y 1946*, Santiago, FLACSO, 1990.
- Neghme, Amador, et al., *Figuras señeras de la medicina chilena, Eduardo Cruz-Coke Lassabe (1899-1974)*, Instituto de Chile, Academia Chilena de Medicina, N° 6, Santiago, Editorial Universitaria, 1986.
- Noè Pizzo, Adriana, *Juan Noé: un testimonio familiar sobre su vida y obra*, Santiago, Universidad de Chile, 1987.
- Onfray Barros, Ernesto, *Influencia de una substancia de la levadura (elemento del complejo vitamínico B): sobre el consumo de alcohol en ratas en experimentos de auto-selección*, Santiago, Imprenta Universo, 1942.
- Palmero Zilvetti, Olga, “La seguridad social y la atención de la salud en América Latina”, en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, N° 27, México D.F., 1981.
- Porter, Dorothy, *Health, civilization and the State*, New York, Routledge, 1999.
- Porter, Roy, *Historia de la medicina*, España, Taurus, 2003.
- Prado, Alberto, “La penicilina en el tratamiento de la embarazada sifilítica”, en *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, vol. XVI, N° 7, Santiago, octubre de 1951.
- Revista de Asistencia Social*, t. 6, N° 4, Santiago, 1937.
- Roblero, María Ester, *La promesa del asombro. Héctor Croxatto un pionero de la ciencia experimental en Chile*, Santiago, Ediciones Universidad Católica de Chile, 1995.
- Rojas Carvajal, Alfredo, “Medicina Preventiva en el Seguro Social Chileno”, *Problemas importantes de la Medicina Social en el Seguro Obrero Chileno, Primer Congreso Médico-Social Panamericano, La Habana, 3-8 de diciembre de 1946*, CSO, Santiago, Talleres Gráficos La Nación, 1946. <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0016143.pdf>
- Rosen, George, *De la policía médica a la medicina social. Ensayos sobre la historia de la atención a la salud*, México D.F., Siglo XXI Editores, 2005.
- Roseblatt, Karin, *Gendered Compromises: Political Cultures and the State in Chile, 1920-1950*, Chapel Hill and London, University of North Carolina Press, 2000.
- Sagredo Baeza, Rafael, “Nacer para morir, vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías”, en Rafael Sagredo y Cristián Gazmuri (directores), *Historia de la vida privada*, Santiago, Taurus, 2006, tomo II.
- Serrano, Sol, *Universidad y nación. Chile en el siglo XIX*, Santiago, Editorial Universitaria, 1993.

- Sotelo, Ignacio, *El Estado social. Antecedentes, origen, desarrollo y declive*, Madrid, Trotta, 2010.
- Toro, Pablo, “La Guerra Santa por el bienestar de la patria. Socialcristianismo y política social: la campaña presidencial de Eduardo Cruz-Coke en 1946”, en Fernando Berríos, Jorge Costadoat y Diego García, *Catolicismo social chileno. Desarrollo, crisis, actualidad*, Santiago, Ediciones Alberto Hurtado, 2009.
- Valdivia, Gonzalo, Gabriel Bastías y Patricio Márquez, “Magnitud de la enfermedad crónica en Chile”, en *Boletín de la Escuela de Medicina*, vol. 23, N° 1, Santiago, 1994.
- Vargas, Nelson A., *Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría*, Santiago, Editorial Universitaria, 2002.
- Vargas Cariola, Juan Eduardo, “Los médicos, entre la clientela particular y los empleos del Estado, 1870-1951”, en *Ars Médica*, Santiago, vol. 5, N° 7, 2003.
- Vargas Cariola, Juan Eduardo, “Rasgos de la autoimagen social y profesional de los médicos, (1872-1925)”, en *Ars Médica*, vol. 3, N° 4, Santiago, 2001.
- Vargas Cariola, Juan Eduardo, Benedicto Chuaqui, Ignacio Duarte, *Médicos de ciencia y de conciencia: la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, Santiago, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2005.
- Viado, Manuel de, “La LMP chilena, síntesis de su espíritu y resultado”, en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. XXVI, N° 2, Ginebra, agosto de 1942.
- Viado, Manuel de, *Medicina dirigida y morbilidad chilena*, tesis de licenciado, Santiago, Universidad de Chile, Facultad de Biología y Ciencias Médicas, 1938.
- Viel, Benjamín, “Homenaje rendido al Dr. Cruz-Coke por la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile al cumplir 30 años de docencia” (1963), en Amador Neghme R., *Figuras señeras de la medicina chilena Eduardo Cruz-Coke Lassabe (1899-1974)*, Santiago, Instituto de Chile, Academia Chilena de Medicina, N° 6, Editorial Universitaria, 1986.
- Zarate, María Soledad, “El licor de la vida. Lactancia y alimentación materno-infantil, Chile, 1900-1950”, en Carolina Sciolla, *Historia y cultura de la alimentación en Chile. Mirada y saberes sobre nuestra culinaria*, Santiago, Ministerio de Agricultura, Fundación para la Innovación Agraria (FIA), 2010.
- Zárate, María Soledad, “Parto, crianza y pobreza en Chile”, en Rafael Sagredo y Cristián Gazmuri (editores), *Historia de la vida privada en Chile*, Santiago, Taurus, 2007, tomo 3.
- Zarate, María Soledad, *Salvador Allende y su papel en la difusión de la medicina social y la salud pública, década de 1930*, inédito.