



Biblioteca Fundamentos
de la Construcción de Chile

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., facsím., 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 Frödden: 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 apologetico 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-

LA SANGRE

IN HERBIS SALUS

¿Esta Un. cetermizo?

Haga la cura con el milagroso Jarabe de **S. Agustin** del Padre Bonifacio dalle Palme; pues siendo compuesto con puros jugos de yerbas medicinales, es un grande purificador y reenergador de la sangre.

¡CURAR LAS ANGRE! SIEMPRE CURAR LA SANGRE!

He aqui el secreto de los triunfos de la medicina!

El Jarabe de **S. Agustin** cura en pocos dias las enfermedades del estomago, bronquios, pulmones, intestino, hgado, hidropesia, influenza etc.

Para las enfermedades de los niños en Jeneral es un verdadero **SANTO REMEDIO.**

Precio: 2 PESOS EL FRASCO

Pedir folletos que se envian gratis, al unico concesionario para Sud-América:

A. MASSONE-Casilla 841; o al Deposito Jeneral: SERRANO N. 15, Valparaiso.

Venta: Daube y C., y Greve, Santiago-Daube y C., A. Hochstetter y C., Valparaiso-Paully y Rose y M. G. Lermunda, Concepcion.

Aviso publicitario de medicamentos homeopáticos, 1907. Archivo Fotográfico y Digital, Biblioteca Nacional de Chile.

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 Lanas, *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 Zárata, *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

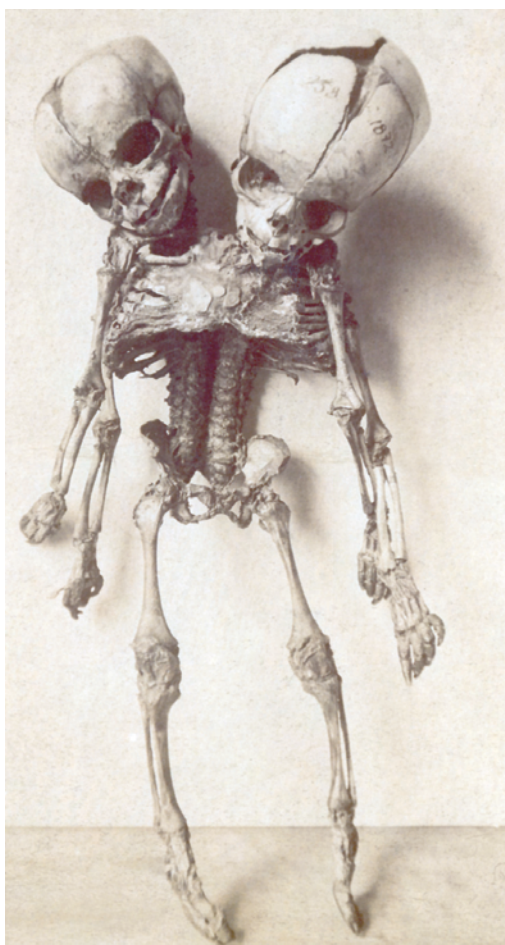
“no son valederas sino para quienes ignoran que existen en el país valores morales y deseos de servir en mucha mayor cantidad e intensidad de lo que un examen superficial pudiera revelar”⁵⁶.

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.*

NOTO QUE YA EL DOLOR NO LE DOMINA...

¡CLARO... PORQUE TOMÉ CAFIASPIRINA!

B A BAYER E R

• Para ese intenso dolor de cabeza que a veces se siente después de tomar bebidas alcohólicas, la Cafiaspirina es una salvación porque no sólo calma rápidamente, sino que al mismo tiempo reanima y restablece el bienestar normal. La Cafiaspirina es un producto Bayer . . . y Ud. ya sabe que "Si es Bayer, es Bueno!"

• Sea precavido: Tenga Cafiaspirina a mano.

"SOBRECITO ROJO BAYER"
M.R. BAYER M.R.
CAFIASPIRINA (M.R.)
COMBINACIÓN de aspirina y cafeína
100 mg. 100 mg.

El sobrecito con una tableta, vale 50 cts.

CAFIASPIRINA

calma y reanima

Cruz Bayer y Cafiaspirina M. R. 0,5 g. Aspirina (Ac. acet. sal. por procedimiento especial "Bayer") 0,05 g. Cafeína y 0,139 g. Almidón.

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 reeditara 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 Lassaube”, 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
- Huneeus, Carlos y María Paz Lanús, “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 Tisiología*, 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.

EDUARDO CRUZ-COKE L.

Ministro de Salubridad, Asistencia y Previsión Social, Profesor
de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

Medicina Preventiva
Y
Medicina Dirigida

Con un apéndice que incluye la Ley
y Reglamento de Medicina Preventiva

EDITORIAL NASCIMENTO

SANTIAGO

1938

CHILE

Al presidente Alessandri

Con afectuosa devoción

PRÓLOGO

Las disposiciones que dan a la ley un carácter imperativo debe agregar, quien la aplique, elementos de convicción social destinados a acentuar su eficacia para que así su ejercicio no sea función sólo de lo coercitivo sino que se realice en un plan de crecimiento orgánico, sólo posible en una atmósfera de colaboración.

Este trabajo, escrito en medio de la agitada vida de acción que corresponde a un secretario de Estado, que expone los fundamentos biosociales y económicos de la Ley de Medicina Preventiva, propios de nuestro país, tiene ese objeto.

Chile posee desde hace unos quince años una legislación de seguro obligatorio que cubre los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte de los asalariados del comercio, de la industria y de la agricultura. (Ley N° 4.054).

A su vez los empleados tanto públicos como particulares y los miembros de las Fuerzas Armadas disponen de Cajas de Seguro Social con diversas categorías de previsión especialmente de tipo financiero que llegan al número de cuarenta.

El 31 de enero de 1938 fue promulgada la nueva ley a que nos acabamos de referir (N° 6.174) que somete a los asegurados de estas diferentes cajas a un sistema de medicina preventiva y dirigida integrada en las legislaciones anteriores sobre seguros sociales.

La ley se fundamenta en una serie de hechos y de encuestas realizados con el objetivo 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.

Las interrelaciones entre salubridad y economía que considera este trabajo han sido planteadas tomando sólo en cuenta uno de sus aspectos, aquél en que la influencia de la primera sobre la segunda se manifiesta en forma más directa. Con

este objeto, en el capítulo correspondiente nos hemos referido principalmente a la acción de la salubridad sobre el consumo.

Las investigaciones en el individuo que se presume sano, realizadas en pequeños grupos en otros países de América, han llegado a resultados parecidos a los obtenidos por nosotros en gran escala y seguidos de la respuesta adecuada. Puede ser temible una curiosidad que quiera ir muy adentro de deficiencias no salvables a primera vista; deja de serlo cuando una serie de correcciones aparecen posibles, destinadas a establecer un plan coordinado que seque en su fuente la causa de esas deficiencias.

El gobierno ha tenido esa curiosidad organizada y paulatina, relativa a la satisfacción de lo que se imponía. Por eso somos optimistas, porque tenemos conciencia de haber tomado un camino en que los sacrificios que imponga el Estado a la colectividad y los esfuerzos e iniciativas que ésta gaste para su bienestar permitirán a las energías empleadas en procurarlo, un rendimiento máximo.

EDUARDO CRUZ COKE

MEDICINA PREVENTIVA
Y
MEDICINA DIRIGIDA

I. ECONOMÍA Y SALUBRIDAD

SUS RELACIONES CON UNA POLÍTICA QUE ACTÚA SOBRE LA CAPACIDAD DE CONSUMO

Como todas las ciencias modernas, las ciencias económicas están sometidas a dos principales disciplinas que representan a su vez dos aspectos parciales del complejo problema que plantean: la financiera y la de economía humana.

Podríamos identificarlas, por analogía con la Física, con otras dos que se completan para el estudio y la solución de los problemas de esta ciencia: la energética y la atomística. En efecto, el aspecto financiero del problema económico considera de preferencia en los movimientos de riqueza, los estados iniciales y finales de los sistemas en juego sin entrar a calificar los elementos intermediarios que los constituyen. El mérito de esta disciplina consiste en que gracias a ella pueden calcularse las probabilidades que tiene una circulación de valores de beneficiar al mayor número, mientras que su defecto, resulta de la misma naturaleza de un método que extrapola y calcula actuariamente sobre las bases de un hombre abstracto de vida ilimitada.

En cuanto a la otra disciplina, menos clásica que la anterior, siempre dentro de nuestra analogía tiene relación con la atomística, y mira más en la evolución de la riqueza de un sistema a los componentes que la desean o la crean, es decir, que la consumen o la producen, que a los resultados estadísticos obtenidos de la integración de todos ellos.

La atomística económica pone el acento precisamente sobre los elementos intermediarios despreciados por la energética. Su ventaja consiste en fundarse sobre el exclusivo objeto de toda economía como es el hombre concreto, de vida limitada y aspiraciones que hay que favorecer en relación con la posibilidad que tiene una colectividad de satisfacerlas. Su inconveniente es el peligro que significaría tomar por general lo que puede ser sólo un elemento particular y de ocasión.

Ambas disciplinas se completan en el arte de coger todo un problema que cada una de ellas por separado no puede resolver; la primera mirando a lo colectivo a partir de ciertos principios, la segunda, a lo individual a partir de cierta observación.

Si hemos planteado aquí este problema es porque la salud es quizá el más importante factor que gobierna la economía humana en su aspecto de ciencia experimental de disciplina concreta. En efecto, es con relación a la atomística económica, que podemos decir que 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.

Ahora bien, si la insuficiencia económica individual se traduce siempre en una morbilidad creciente y si es cierto que la intensidad y la extensión de muchas afecciones como, por ejemplo, la tuberculosis, dependen en gran parte del salario, hay que considerar que influyen poderosamente, a su vez, sobre las condiciones económicas, es decir, prácticamente, sobre el mismo salario. Se puede, en consecuencia, decir que ambos fenómenos, influyendo indefinidamente el uno sobre el otro, llevarían a irremediables deficiencias tanto en la capacidad de producción como en la de consumo de la colectividad, si no operaran compensaciones naturales y medidas de gobierno que amortiguaran los efectos anotados. Es a estas medidas a las cuales nos vamos a referir, ya que la reversibilidad referida significa para el Estado la obligación de arbitrar los medios necesarios para romper el círculo vicioso de una economía privada pobre, que crea una morbilidad alta y una morbilidad alta que influye sobre esa economía aumentando su deficiencia.

La solución aparentemente más simple del problema, la de alzar los salarios, adolece como todas las soluciones directas del defecto de no ir al fondo del problema y de no indicar de qué manera esta alza será posible, ya que no podemos olvidar que no se puede pagar a un individuo más de lo que produce y que el valor de lo que produce no depende sólo de nosotros sino que, también, de valores y condiciones internacionales.

Así, por ejemplo, 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.

Las consecuencias de este hecho son graves para la economía del país y plantea el problema de la pasividad transitoria que la Ley de Medicina Preventiva contribuye a corregir.

En cambio, si cada vez que aumenta su salario el obrero trabajara lo mismo y no menos, podría capitalizar, ya sea por compra de bienes físicos o por ahorro en dinero depositado en bancos o instituciones de crédito. En ambos casos habría aumento de riqueza.

La causa de este fenómeno de ausentismo que, como veremos más adelante, constituye la fuerte pasividad transitoria, reside en dos razones principales.

Nuestro obrero compra reposo, porque lo necesita más que las cosas, como lo demuestra nuestro examen en el supuesto sano en el cual se encuentra un porcentaje de morbilidad latente que determina como reacción una tendencia a los mínimos esfuerzos y una subalimentación que establece el equilibrio entre consumo y aporte alimenticio en un nivel bajo de trabajo físico.

Por otra parte, además, si a un aumento de salario no correspondiera una demanda paralela no sólo de las mismas cosas, sino de nuevas cosas producidas, se



Equipamiento del ejército. Carro sanitario y botiquín de campaña, Ejército de Chile, 1917. Colección
Archivo Fotográfico, Museo Histórico, Santiago de Chile.

determinaría en forma refleja un alza de precios de las primeras y un alza en su costo de producción, sin ningún beneficio económico.

En efecto, si el obrero consume sólo trigo, papas, carne y vino y se le proporciona en un momento dado una doble cantidad de dinero para comprar esos mismos productos dentro de un círculo económico cerrado, esos productos tenderán a subir al doble produciéndose simplemente una desvalorización del circulante, es decir, un cambio de las medidas de los valores.

A la escuela primaria corresponde crear al individuo una escala o sistema de valores. Cuando no lo hace y se dedica sólo a darle conocimientos alejados de la realidad que puede alcanzar, le crea, por reacción, una mentalidad negativa.

A una política de salubridad oportuna le corresponde, por otra parte, impedir que el individuo reaccione con reposo cada vez que pueda, cuando lo fisiológico en un sujeto sano es que el trabajo represente para él no sólo una tendencia natural sino, también, el medio de pagarse la satisfacción de sus aspiraciones próximas, organizadas en una perspectiva de posibilidades sucesivas.

Una política del trabajo que actúa sobre el consumo, necesita, pues, estar apoyada sobre dos columnas representadas por cierta capacidad orgánica y por una organización social de los deseos, tarea que corresponde a una previsión social de tipo biológico y a una escuela primaria en la cual se desarrolle el pensamiento y la imaginación del niño en vista de una acción posible sobre su medio y de una reacción de éste sobre su capacidad.

La Ley de Medicina Preventiva y la medicina dirigida que se instaura por primera vez en una legislación y cuyos fundamentos estudiamos en este trabajo, significan la orientación de una política de salubridad sobre las bases económicas señaladas, tomando en cuenta en primer lugar nuestro hombre chileno. Y si nos hemos referido principalmente a su significado en el consumo, es porque creemos que es lo que en un país como el nuestro hay que estimular primero y porque es el consumo aquello sobre que más propiamente puede actuar la política de salubridad que señalamos.

Desgraciadamente, toda acción sobre el consumo es lenta, ya que, como lo hemos establecido, está en relación con la educación y la salud, es decir, con las aspiraciones y con la integridad de las funciones orgánicas. Es por eso también que se puede decir que el consumo está gobernado por el pasado, ya que una escala de valores no se organiza en pocos días por efecto de la voluntad, sino durante largo tiempo y sobre la base de una organización de los reflejos desde los más inconscientes hasta los más condicionados.

Se podría decir que la importancia de un pueblo no depende de lo que es capaz de producir, sino de lo que es capaz de consumir. La factoría produce, la nación consume. La factoría es obra de una voluntad, en cuanto la producción obedece a los artificios sugeridos por nuestros deseos. El consumo, en cambio, si bien puede adquirir en ciertos momentos caracteres de sugestión colectiva por medio de la propaganda, no adquiere beligerancia en la economía, sino cuando la costumbre incorpora su substrato a una necesidad nueva susceptible de ser compensada por algún sacrificio, necesidad para la cual el organismo requiera estar capacitado.

Como veremos en el curso de los capítulos que siguen, a su vez esta capacitación representa esfuerzos y dinero que gastar de manera favorecer al mayor número.

Ahora bien, las normas y las medidas adecuadas para tratar las enfermedades del individuo no pueden servir para tratar las mismas enfermedades en muchos individuos, porque un factor deja de permanecer constante cuando se quiere generalizar una acción en ese sentido; ese factor son los medios materiales de que se dispone en ambos casos, es decir, en último término, el dinero a que nos referíamos.

En un país con recursos limitados, se comprende que no se puede investigar de acuerdo con normas parecidas, el infiltrado precoz de un individuo separado, en el que pudiere no tomarse en cuenta el factor económico y el de un millón de individuos que requieren ese examen.

Por otra parte, se comprende que a la colectividad le importe más el que se traten ciertas afecciones de sus miembros que otras, interviniendo aquí un elemento de calidad que no entra en juego, cuando se considera al individuo aislado. Al país le interesa más, por ejemplo, que se trate un sifilítico o un tuberculoso, que propagan su enfermedad y que pueden reproducirla, que a un diabético o a un reumático.

Las exigencias de una medicina que interese a una sociedad, va llegando así a un concepto cada vez más preventivo, hasta el punto que se puede decir que una medicina social verdadera no puede establecerse sino sobre las bases técnicas del saneamiento, de la epidemiología y de la pesquisa oportuna de la afección precoz en el supuesto sano.

Cierta medicina social con caracteres demagógicos y estructurada a base de lamentaciones y de consideraciones económicas vagas no es valedera, a pesar de que consideramos la economía íntimamente relacionada con nuestro problema sanitario, tanto que casi podríamos decir que mientras mayor es la insuficiencia económica de un pueblo, mayor es la necesidad que tiene el Estado de arbitrar para él medidas que lo adaptan a las circunstancias desfavorables en las cuales vive.

La Ley de Medicina Preventiva y la medicina dirigida que impone su reglamento y sus instrucciones pretende establecer en nuestro país una previsión biológica verdadera, disminuyendo sobre todo nuestra pasividad transitoria, fuente de ausentismo con grave repercusión sobre nuestra economía; pretende, también, no seguir desperdiciando esfuerzos médico-sociales, muy laudables, pero inútiles en los límites irrecuperables de la vida; pretende organizar al hombre consumidor, estructurado por aspiraciones y deseos.

Plantea además la ley por primera vez una medicina de Estado, que dispone y distribuye los recursos en relación a su rendimiento máximo y no en forma caprichosa, formal y externa, por medidas de acción directa que no se producen.

Toma por fin en cuenta el hecho de que la máquina que hay que reparar en nuestro país, con más urgencia que otras es el hombre, pero no cualquier hombre, sino nuestro trabajador, todavía sano, todavía recuperable de una afección que recién empieza y cuya salud es el principal elemento positivo de riqueza de que podamos disponer.

II. CARACTERES DE LA MORBILIDAD CHILENA

MORBILIDAD ESTADÍSTICA Y MORBILIDAD REAL

Se había ya observado desde largo tiempo en estudios realizados por las cajas de seguros sociales, por ejemplo, en la Caja de Enfermedades de los Comerciantes de Berlín que la morbilidad estadística de los individuos de salario muy bajo era menor que la de los asalariados más favorecidos; pero también que la mortalidad de los primeros era, con mucho, la más alta. Y se comprende: a los salarios más bajos corresponden, por una parte, necesidades vitales apenas compensadas por el salario y que obligan al individuo a prescindir de sus molestias hasta cuando llegan a hacerse suficientemente importantes y le impiden por completo trabajar. Por otra parte, una sensibilidad amortiguada debida a circunstancias de trabajo, cultura y vida social fácilmente imaginables, contribuye a explicar este hecho paradójal.

Se hace, pues, indispensable establecer una distinción entre la morbilidad estadística basada en la asistencia espontánea de los asegurados a los hospitales y policlínicas, y la morbilidad real revelada por el examen de salud de los supuestos sanos.

Ignorar esta diferencia es hacer política de previsión social a partir de bases poco sólidas, como vamos a verlo.

Cuadro N° 1
Resumen estadístico de los salarios en relación con la frecuencia
de las enfermedades en la caja de enfermedades de los comerciantes de Berlín

<i>Salarios</i>	<i>Proporción de asociados</i>		<i>Casos de enfermedades tomando 100 asociados (1909-1911)</i>	
	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
<i>Reichmark</i>				
4.30	32.12	5.77	49	48.6
3.50 a 4.30	23.72	8.77	41.9	40.4
2.50 a 3.50	20.77	28.31	31	43.6
1.30 a 2.50	14.32	37.66	22.4	45.1
1.30	7.07	19.49	35.5	31.4
	98.00	100	179.8	209.1

Desde tiempo atrás nos había llamado la atención el hecho de que no obstante una acción bastante enérgica de parte de los organismos de Estado y de las cajas de previsión social, ni nuestra mortalidad, ni nuestra morbilidad sufrían un retroceso que justificara esos gastos y esas actividades.

Es cierto que podría decirse en general que semejante disminución sólo ha sido obtenida muy rara vez; pero éste es un hecho comprensible en países donde la mortalidad y la morbilidad son bajas, pero no debiera ser válido para Chile¹ y otros países de alta mortalidad y corta vida media, en los cuales una acción sanitaria por parte del Estado debiera manifestarse sobre esas cifras, al realizarse una acción apoyada en principios adecuados.

MORBILIDAD EN EL SUPUESTO SANO

Es así como hemos sido llevados a conocer los caracteres reales de nuestra morbilidad haciendo un examen de salud sistemático en diferentes grupos de obreros, funcionarios, empleados y estudiantes supuestos sanos.

Los resultados de estas encuestas han confirmado ampliamente nuestras previsiones, demostrando la existencia de una gran morbilidad oculta, hasta el punto de que en ciertas fábricas un 30% de los obreros han debido ser enviados a los dispensarios de la Caja de Seguro Obligatorio. Una de las encuestas hecha sobre 17.819 obreros por equipos médicos especializados, está resumida en el cuadro N° 2. En los cuadros N° 3 y N° 4 están resumidas encuestas practicadas por la Caja de Previsión de Empleados Particulares y por la Sección Bienestar de la Universidad de Chile.

¹ Chile, 25 por mil; Francia, 15 por mil; Italia, 15 por mil; Gran Bretaña, 12 por mil; Suiza, 12 por mil; Alemania, 11,8 por mil.

Hemos comprendido, pues, que hacer política sanitaria sobre la base de esperar a los enfermos en los dispensarios era errar el camino; que para los tuberculosos este procedimiento nada significaba fuera de una medicina aparente, estilo consuelo; que los hospitales que los recibían no podían devolvernos más de un 25% capaces de rehacer una vida activa, quedando sometido el resto a una inútil y costosa prolongación de su vida²; que para los sifilíticos el problema era el mismo, dada la cantidad cada vez mayor de lúes secundaria y terciaria que substraen anualmente a la economía una parte importante del esfuerzo productor chileno.

Cuadro N° 2
Resumen de la encuesta realizada entre obreros supuestos sanos
imponentes de la Caja de Seguro Obligatorio

Dirigida por el Dr. CARLOS MALDONADO,
Jefe de los Servicios Médicos.
Dr. José Manuel Balmaceda,
Jefe del Servicio de Medicina Preventiva

		Número	%
1) Total de examinados		17.819	100
Hombres	12.324		
Mujeres	5.495		
2) Sífilis		1.996	13,25
Reacción Kahn positiva	1.578		
En tratamiento	418		
No se practicó reacción	3.361		
3) Tuberculosis		536	3,00
Pulmonar	518		
Otras tuberculosis	18		
4) Cardiovasculares		704	3,94
Descompensados	55		
Compensados	649		
5) Blenorragia aguada		489	2,73
6) Enviados al policlínico por otras causas		2.170	12,13

2) + 3) + 4) representan el 57,6% de la morbilidad

² Véase cuadro N° 5.

Cuadro N° 3

Resumen de la encuesta realizada entre empleados supuestos sanos,
imponentes de la Caja de Previsión de Empleados Particulares

Dirigida por el Dr. Manuel Madrid,
Jefe del Servicio de Medicina Preventiva

		Número	%
1) Total de examinados		1.500	100
Hombres	1.050		
Mujeres	450		
2) Sífilis		123	8,20
Reacciones positivas			
3) Tuberculosis		91	6,06
Pulmonar	91		
4) Cardiovascular		170	11,33
Compensadas	170		
Descompensadas	0		

Por otro lado, el aspecto económico del problema no ofrecía la menor duda.

La sífilis reconocida a tiempo puede ser curada mediante una suma de \$250; reconocida tardíamente representa a lo menos un gasto diez a veinte veces mayor, prescindiendo de la invalidez absoluta o relativa que produce; otro tanto puede decirse de la tuberculosis y de la mayor parte de las enfermedades crónicas de evolución lenta, y cuyo tratamiento oportuno representa obtener un aumento de la vida activa del individuo y, por consiguiente, de su productividad.

Cuadro N° 4

Resumen de la encuesta realizada entre estudiantes universitarios supuestos sanos

Dirigida por el Dr. Miguel Acuña,
Jefe del Servicio Médico del Dpto. de Bienestar
Estudiantil de la Universidad de Chile

		Número	%
1) Total de examinados		1.400	100
2) Sífilis		9	0,64
3) Tuberculosis		41	2,93
4) Cardiovasculares		58	4,14
5) Hemorragia aguda		11	0,79
6) Otras enfermedades		63	4,50

2) + 3) + 4) representan el 59,3% de la morbilidad

Se trataba, pues, sobre la base de estas encuestas reveladoras de una morbilidad real, de estudiar las posibilidades prácticas de modificarla, deteniendo a tiempo los estados incipientes de las enfermedades consideradas.

Esto planteaba otro problema: el de clasificar nuestras principales enfermedades de acuerdo con la acción posible del Estado y sus organismos sobre ellas. Pero previamente busquemos en nuestra mortalidad estadística la repercusión de las encuestas que acabamos de interpretar.

Cuadro N° 5

	<i>Hospital S. José Santiago</i>	<i>Sanatorio Seguro Obligatorio San José de Maipo</i>
	<i>Recibe toda clase de tuberculosos</i>	<i>Recibe tuberculosos tomados a tiempo</i>
Enfermos atendidos	2.119	596
Enfermos recuperados, restablecidos o devueltos a una actividad normal (próxima)	421	452
Rendimiento del establecimiento en individuos activos devueltos a la colectividad	23%	76%

EL GRUPO DE TUBERCULOSIS, SÍFILIS Y CARDIOCIRCULATORIAS,
LLAVE DE NUESTRA MORBILIDAD

Si consideramos ahora nuestra mortalidad estudiada desde el punto de vista estadístico vamos a encontrar en ella la repercusión de este estado de cosas³.

Los datos siguientes corresponden al año 1936:

Mortalidad 114.392:		
de 0 a 15 años	59.362	grupo pasivo
de 15 años o más	55.030	grupo activo

¿Cómo explicar el que encontremos aquí para estas últimas enfermedades solamente un 48,3% en lugar del 60% de nuestras encuestas de morbilidad real?

³ Para calcular a partir de la mortalidad anual la morbilidad instantánea, o sea, el número de enfermos que se encontraría en un examen realizado en un día, es necesario utilizar una ponderación diversa para cada enfermedad, que proviene del número de días que dura, n, y del porcentaje que conduce a la muerte, a, según la ecuación:

$$K = \frac{n \cdot 100}{365 \cdot a}$$

Como no existen antecedentes para poder estimar con suficiente precisión los valores de n y de a para cada enfermedad, todo cálculo tiene que ser sólo aproximado.

Simplemente, porque el grupo 5 que corresponde a enfermedades agudas no ha sido considerado en las encuestas anteriores; además, no olvidemos que las encuestas se han hecho sobre el "supuesto sano", es decir, sobre el individuo en el cual sólo podíamos esperar encontrar una enfermedad oculta de tipo crónico o subagudo correspondiente, a los grupos 2), 3), 4) y 6).

Pues bien, estos grupos representan en conjunto 36.544 muertes, correspondiendo a los grupos 2), 3) y 4) el 72, 5%, cifra que es aún más alta que la de nuestras encuestas.

Grupo pasivo

La mortalidad del grupo pasivo se reparte así:	
de 0 a 2 años	51.862
de 2 a 15 años	7.499
	59.361

La investigación de las causas de mortalidad infantil nos condujo a considerar entre ellas las directas y las indirectas.

Entre las primeras se encuentran la tuberculosis, la sífilis, las enfermedades agudas por enfriamiento y las enfermedades agudas digestivas y de la nutrición.

Cuadro N° 6

Mortalidad durante la edad activa en Chile, en el año 1937

	Número	%
1) Mortalidad total	54.824	100
2) Sífilis	3.515	6,42
Anotadas como tales	199	
Lúes nerviosa	85	
30% de anot. en aparato circulatorio	2.622	
30% de las hemorragias cerebrales	609	
3) Tuberculosis	14.091	25,70
Anotadas como tales	10.165	
Incluidas en afec. respirat. (calculadas)	3.926	
4) Cardiovasculares	8.871	16,18
70% de anotados como tales	6.177	
70% de hemorragias cerebrales	1.421	
Cardiorrenales	1.333	
5) Enfermedades agudas	9.539	17,40
Infecciosas	4.547	
Respiratorias no tuberculosas	4.992	
6) Otras enfermedades crónicas	10.067	18,36
7) Accidentes y quirúrgicas	8.741	15,94



Enfermera realiza curación a enfermo. Colección Archivo Fotográfico, Museo Histórico, Santiago de Chile.

Entre las causas indirectas encontramos, en primer lugar, la debilidad congénita, la tuberculosis y la sífilis de los padres, no solamente como agentes de contagio o de herencia sino, también, como agentes de miseria por la producción de una enfermedad, de una invalidez o de una muerte precoz.

En efecto, sabemos que una proporción muy alta si no la mayor de enfermedades digestivas del lactante se deben a la incapacidad de la madre para proporcionar a su hijo su propia leche; otro tanto puede decirse de las enfermedades respiratorias agudas, cuya aparición depende más bien de un descenso de la inmunidad por alimentación inadecuada que del fenómeno infeccioso en sí.

Para actuar sobre la mortalidad del grupo de los pasivos es preciso, ante todo, actuar sobre la morbilidad del grupo de los activos.

Esta morbilidad, como acabamos de ver, se encuentra condicionada en lo que tiene de previsible en un 66% de los casos por los tres grandes elementos patológicos que hemos citado.

Ahora bien, la tuberculosis, la sífilis y las enfermedades cardiocirculatorias pueden ser conocidas a tiempo y de este modo la probabilidad de vida que gobiernan, comprada a bajo costo. *Estas enfermedades representan la llave de nuestra morbilidad y es sobre ellas donde hay que ejercitar en primer lugar toda acción médica y social.*

III. UNA CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CONSTITUTIVAS DE NUESTRA MORBILIDAD EN VISTA DE UNA ACCIÓN ESTATAL ECONÓMICA E INMEDIATA

Los resultados de nuestras encuestas y el análisis de nuestros datos estadísticos van a permitirnos una clasificación de nuestras enfermedades en tres grupos principales:

I GRUPO

El que se presta a una acción sanitaria del Estado destinada a modificar las causas exteriores que obran sobre la colectividad en relación con su manera de agruparse para vivir. Este grupo está formado, sobre todo, por las enfermedades infecciosas e infecto-contagiosas y en parte por las enfermedades profesionales. Representa cerca del 20% de nuestra mortalidad y morbilidad.

La acción del Estado se manifiesta en estos casos por el saneamiento de las poblaciones (agua potable, alcantarillado, higiene industrial, etc.); la profilaxia (aislamiento, vacunación, desinfección concurrente, etc.) y el control (alimentos, medicamentos, etcétera).

La escasa densidad de nuestra población (6,2 habitantes por km²), el deficiente alojamiento de nuestros conciudadanos y las características de la cultura individual en la gran masa, hacen que las medidas que dependen del ingeniero sanitario y del epidemiólogo, por una parte, de la construcción de habitaciones obreras y de un mejoramiento de los salarios, por otra, no pueden acometerse todas de una vez, ni producir los efectos deseados, sino muy lentamente. De aquí resulta que nos encontrábamos ante la imposibilidad, por medio de medidas de este tipo, de disminuir por el momento nuestra alta morbilidad en sífilis y en tuberculosis y que

solamente el resto del grupo, constituido por las enfermedades agudas como el tifus exantemático, fiebre tifoidea, escarlatina, etc., puede en realidad ser objeto de los beneficios inmediatos de esta acción.

II GRUPO

Constituido por las enfermedades sobre las cuales la acción del Estado y de sus organismos es secundaria e influye muy poco sobre su mortalidad y morbilidad; enfermedades que por otra parte no representan un daño grave para la vida y productividad del individuo.

Se trata de las enfermedades del tipo de las endocrinas, de las de nutrición, de las del aparato digestivo. Ni el bocio exoftálmico ni la úlcera gástrica tienen significado social. Se comprende que sería muy difícil hacer medicina preventiva de la diabetes desde el punto de vista del Estado.

Estas enfermedades representan más o menos el 25% de nuestra morbilidad y mortalidad.

III GRUPO

El último grupo está representado por las enfermedades de evolución lenta que desbordan las posibilidades de una medicina preventiva de tipo sanitario como la del primer grupo. Se trata de enfermedades que difícilmente pueden atacarse en sus causas, que a pesar de ser conocidas no pueden con facilidad suprimirse. Consideraciones principalmente de orden económico y práctico impiden hacerlo, como se comprende fácilmente.

Este grupo está constituido por la tuberculosis pulmonar, la sífilis y las enfermedades cardiovasculares. Representa más del 50% de nuestra morbilidad y mortalidad. (Nos remitimos, al efecto, a los cuadros N° 2, N° 3 y N° 4, que demuestran que el 60% de la morbilidad de los supuestos sanos está comprendido en los tres grupos que acabamos de citar).

Sin embargo, estas afecciones pueden ser conocidas precozmente y atacadas en sus comienzos con gran éxito práctico (aumento de la probabilidad de vida activa) y económico (bajo costo del tratamiento de una enfermedad crónica tomada al principio). En realidad, la sífilis siempre puede ser curada en sus comienzos y la tuberculosis, en un 70% de los casos; en cuanto a las enfermedades cardiovasculares, tomadas a tiempo, pueden significar una mayor duración de vida activa para cada individuo, que es en último término lo que se persigue.

Una acción útil del Estado debe manifestarse, por lo tanto, entre estos enfermos, en primer lugar por un examen de salud periódico y sistemático y enseguida por una intervención terapéutica oportuna y eficaz.

Hablamos aquí de intervención eficaz, porque las cajas y sus servicios médicos manifiestan una tendencia exagerada a contentar a su clientela antes que a ofre-

cerle servicios encausados a su objetivo principal: aumentar la probabilidad de vida media activa y, por lo tanto, de bienestar general. Es frecuente ver hoy día que los dispensarios reciben indistintamente toda una clientela variada que ciertos funcionarios anotan en libros y a la cual los médicos, funcionarios también, recetan productos de una farmacología de circunstancia.

No puede hacerse lucha antituberculosa, por ejemplo, sin la posibilidad de asegurar, al enfermo en reposo, su salario íntegro, con el cual pueda sostener a su familia. Como la cosa sería económicamente imposible si se generalizara, principalmente en el último período de la enfermedad, es preciso combinar en este caso lo económico y lo práctico. Para ello es necesario, de una vez por todas, emprender la lucha iniciándola en los primeros estados diagnosticados a tiempo, para evitar largas estadas en sanatorios con muy bajas probabilidades de recuperación.

LUEGO

Examen de salud sistemático a todos sus imponentes y salario integral a disposición del enfermo que requiere reposo, sin contar los demás medios que cada Caja debe poner en marcha para obtener un efecto útil sobre la morbilidad de sus imponentes, he aquí las medidas que aparecían desde luego como las más urgentes.

Estas medidas debían referirse, principalmente, a este tercer grupo de enfermedades, puesto que representa, como se ha dicho, más del 50% de nuestra morbilidad; que son enfermedades susceptibles de recuperación; que la técnica de su descubrimiento precoz es simple y puede aplicarse de una manera totalitaria y que la acción sobre ellas es posible dentro del marco de una política de Estado como la que puede desarrollar el Ministerio de Salubridad, apoyándose en las cajas sociales y en sus demás organismos.

IV. POLÍTICA DE SUBSIDIOS Y DE TRABAJO

Entretanto, para comprender todo el alcance del problema que acabamos de plantear y desprender la solución que le da la ley a la cual vamos a referirnos, es necesario que contemplemos nuevamente todos los elementos de la política de previsión y de salubridad seguida hasta ahora, porque esta ley está establecida sobre fundamentos muy diferentes que aquéllas que la han precedido.

Estos fundamentos están en relación con un concepto del trabajo basado a la vez en la fisiología individual y en la biología social, con un concepto de la economía de la previsión aplicada allí donde puede operar con más eficacia sobre la compra de probabilidades de vida y con una acción médica establecida, según normas precisas, de manera que constituye una verdadera medicina dirigida.

POLÍTICA DE SUBSIDIOS

La ayuda económica destinada a los asalariados que por su estado de salud necesitan reposo, debe corresponder a una finalidad social que es preciso definir buscando la línea de la mayor recuperación de vida activa posible o del mayor rendimiento de trabajo por vida dentro de las capacidades del individuo.

Esto es primordial en un país como Chile, poco poblado y con un estándar de vida bajo para la mayor parte de la población, relacionado con una proporción muy alta de pasivos que reconoce, entre otras causas, la alta morbilidad oculta de que hemos hablado.

Se trata, pues, de hacer circular los beneficios económicos, en primer término a través de los individuos que se va a poder reintegrar a la corriente productora de estos mismos beneficios y solamente después por consideraciones de justicia y solidaridad social, o por derechos adquiridos dentro de las respectivas cajas entre aquéllos que la sociedad tiene la obligación de mantener vivos, pero que ya no le aportan nada.

Estas últimas consideraciones han determinado en los hombres de espíritu jurídico, la necesidad de establecer subsidios de enfermedad que, por su insuficiencia,

revisten hoy un carácter más bien simbólico que real. La cosa no tendría importancia alguna, si no significando estos subsidios nada o casi nada para el individuo, no le fueran, sin embargo, tan costosos a las cajas que los proporcionan. Buscando una analogía con la física podríamos decir que estos subsidios representan energía degradada, como lo es el calor con respecto a la electricidad en las ecuaciones del segundo principio de la termodinámica.

Actualmente, por ejemplo, en la Caja de Seguro Obligatorio, después de dos semanas de enfermedad, los subsidios no alcanzan a más del 25% del salario y a veces solamente al 12½%. Como este salario se encuentra en el límite de lo estrictamente necesario para la vida mínima del individuo⁴ se comprende que la ayuda en cuestión sea incapaz de alcanzar fin alguno en el orden de una previsión biológica verdadera. Esta dispersión económica constituida por un volumen bastante grande de riqueza⁵; pero que no alcanza para cada individuo a llegar al umbral en que va a poder satisfacer alguna necesidad, es en último término una pérdida absoluta, como lo son las múltiples energías de las excitaciones cardíacas que no alcanzan el límite en que el corazón es capaz de contraerse.

El momento es demasiado grave para hacer una política de apariencias. Es preciso concentrar nuestros esfuerzos económicos tanto en una política de trabajo como en una política sanitaria, como lo decíamos más arriba, en las vías donde los efectos previstos significan, con cierta probabilidad, una ganancia de riqueza, de capacidad de trabajo y de salud social.

POLÍTICA DE TRABAJO

Los principios en que descansa una gran parte de la legislación social del trabajo consideran a éste como una dura necesidad de la cual hay que liberar al hombre cuanto antes. De ahí surge todo un sistema destinado a prever los riesgos de la vejez, de la invalidez y de la enfermedad, principalmente desde un aspecto económico. De acuerdo con estos principios el hombre trabajaría con el fin de reunir un capital destinado a permitirle algún día el descanso. Semejante concepción está en desacuerdo con la fisiología y la psicología del hombre normal. La función del trabajo es inherente a la naturaleza humana; forma parte del conjunto de reacciones necesarias al mantenimiento de la personalidad tanto física como síquica. Solamente es necesario que este trabajo no sobrepase la capacidad del hombre y se encuentre en relación con su deseo, es decir, que corresponda a un cierto agrado.

En los países donde el trabajo es mal pagado se organiza un descontento crónico respecto de él y el hombre espera con impaciencia el momento en que se le ha de liberar. El estudio de esta cuestión excede los límites de este libro, pero volveremos sobre ella en otra oportunidad.

⁴ Salario medio: según la Caja de Seguro Obligatorio, \$12.80 por día; según la Comisión de Salarios del Ministerio del Trabajo, \$14.80.

⁵ Desembolsos en subsidios de la Caja de Seguro Obligatorio durante el año 1937: \$9.000.000.



Médico atendiendo un paciente, 1951. Fotografía de Marcos Chamudes Reitch. Colección Archivo Fotográfico, Museo Histórico, Santiago de Chile.

Quiero solamente mostrar el origen de un círculo vicioso que se establece a partir de estas consideraciones y que la solución del problema no se encuentra en la vía de suprimir el trabajo disminuyéndolo cada vez más, sino en la de relacionarlo con la capacidad funcional de cada uno, de hacerlo entrar así en el orden. Las encuestas nos han revelado a este respecto que la disminución de la capacidad de trabajo del obrero y del empleado se produce, en una gran proporción de casos, por estados mórbidos creadores de un verdadero círculo vicioso de donde el individuo no puede salir. Hemos constatado, por ejemplo, entre individuos que jamás habían ido al dispensario y que no pensaban ir, un gran número que padecían de tuberculosis, afecciones circulatorias, sífilis, blenorragia, várices, etc. Nos remitimos a los resultados que antes hemos consignado (cuadros N° 2, N° 3 y N° 4).

Proceder a eliminar a tiempo estas causas de incapacidad relativa latente que más tarde van a producir perjuicios definitivos es, pues, indispensable.

Pero hay más todavía: según los principios que acabamos de considerar, un individuo puede estar en situación de trabajar de una manera parcial, su capacidad puede estar reducida a cinco horas, por ejemplo.

Para él, ahora, dos graves alternativas se presentan: primero, la de trabajar, según los cánones propios de cada país, 8 horas en el nuestro, o, bien, no trabajar nada. En el primer caso, excediendo su capacidad se prepara una muerte prematura; en el segundo, la cesantía lo espera. En ambos casos padece la familia; los niños así abandonados imponen al Estado el asilo y la asistencia de la niñez fuera de su vía natural, la familia.

Más natural y económico aparece el camino de impedir el naufragio de la familia sosteniendo biológica y económicamente al padre, consiguiendo aprovechar al máximo su capacidad productora de trabajo.

Pero para esto es necesario hacer previsión biológica antes que previsión financiera; reparar a tiempo el 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 tuberculosis y de las enfermedades cardiocirculatorias, una recuperación cierta.

Sabemos, en efecto, que una gran parte de los enfermos tuberculosos incipientes pueden ser tratados ambulatoriamente, siempre que su trabajo sea liviano, y que un reposo parcial con disminución de las horas de trabajo permite a un cardiovascular prolongar su vida útil mucho más allá de lo previsto para un trabajo ordinario, que para él es un trabajo forzado.

Una política del trabajo debe tomar en cuenta, en primer lugar, esta adaptación de la función a la obligación. De su desequilibrio resulta a veces la enfermedad y cuando ésta proviene de otras causas, precipita su evolución disminuyendo el rendimiento por vida humana.

Dificultades de orden práctico parecen impedir la generalización de esta adaptación a todo el trabajo humano; por eso el obrero se encuentra ante la alternativa de que hemos hablado. No es imposible, sin embargo, establecer un sistema en que esta adaptación se haga sin perjuicio para la producción, sobre todo en relación con los enfermos incipientes tuberculosos y cardiovasculares.

Habría otra razón para apoyar la importancia de esta adaptación. El individuo que realiza un trabajo forzado relativo a su capacidad adapta su fisiología al medio de otra manera: su trabajo se hace más lento, la vida se defiende. De aquí resulta una tendencia de la masa obrera a trabajar con la velocidad de aquél que trabaja menos, exactamente como en las reacciones acopladas de la fisicoquímica.

Los patronos tendrían el mayor interés, si pensaran en ello, aun en eliminar, pagándoles el salario, a los individuos, cuya velocidad de trabajo no alcanza cierto nivel. Lo hacen a veces, por lo demás, pero sin tomar en cuenta los intereses del operario, olvidando que éstos y los propios, mirados en un plano temporal más dilatado, vienen a ser los mismos. Y es precisamente en ese plano en el que ha de colocarse una política de Estado.

Las pequeñas economías cerradas que miran sólo sus intereses muy particulares y quieren que corran a cargo del medio social los factores que pudieran molestarla, van produciendo alrededor de ellas una masa de intereses contrarios a los suyos que tarde o temprano las ahoga, y las mata como sucede con las células que en el organismo no disponen en su propio protoplasma con qué neutralizar sus toxinas.

Entre los fundamentos de una economía nacional como la nuestra se encuentran aquéllos que obligan a cada uno a realizar a tiempo la compensación de alguna deficiencia para que éstas no lleguen a acumularse hasta constituir de por sí factores decisivos y pesados en la marcha de una nación joven.

En el próximo capítulo hablaremos de otra consecuencia que produce el trabajo realizado fuera de la capacidad individual de cada uno: la disminución de las jornadas trabajadas por individuo cada año, que hemos llamado pasividad transitoria, y que constituye un grave problema para la producción y el establecimiento de un justo salario.

V. PREVISIÓN BIOLÓGICA Y PREVISIÓN FINANCIERA

La falta de adaptación del trabajo a la capacidad, las características y la cantidad de nuestra morbilidad real, originan entre nosotros una proporción muy alta de pasivos, llamando así a los individuos que durante un período no trabajan y cuyas necesidades económicas pesan, por consiguiente, directa o indirectamente, sobre los individuos que trabajan.

Vamos a clasificar, para el objetivo de nuestra encuesta, a los pasivos chilenos en tres categorías.

I. PASIVOS TRANSITORIOS

Son aquéllos que durante un corto lapso no trabajan y que vamos a considerar como activos para las prestaciones de servicios en nuestros regímenes de previsión, porque conservan su derecho durante cierto tiempo, no obstante el hecho de que no imponen.

Esta pasividad transitoria ha sido calculada, mediante una estadística cuidadosa, por el señor H. Abrahamson, jefe de la Oficina Bio-Social y Estadística de la Caja de Seguro Obligatorio, y aparece en el cuadro N° 7. Sus resultados demuestran que sobre 1.185.500 asegurados que gozan de todos sus derechos no hay sino en un momento dado 900.000 que estén cotizando.

Este hecho se explica por la cotización discontinua realizada por los obreros que tienen un trabajo temporal y por los que se adaptan, disminuyendo su labor a una capacidad de trabajo francamente aminorada.

Cuadro N° 7

Caja de Seguro Obligatorio

<i>Grupos por edad</i>	<i>Población del país</i>	<i>Población asegurada Ley 4.054 30-VI-937</i>	<i>Pasivos permanentes</i>	<i>Total de asegurados activos (incluye los que cotizan en forma discontinua)</i>	<i>Pasivos transitorios</i>	<i>Activos cotizables en cualquier fecha del año 1937</i>
Menores						
de 20 años	2.212.260	145.464	—	160.449 ⁶	38.589	121,86 ⁷
De 20 a 29 años	834.891	440.656	12.041	428.615	103.085	325,530
De 30 a 39 años	598.328	362.750	49.200	313.515	75.410	238,140
De 40 a 49 años	423.855	222.395	49.859	172.536	41.496	131,040
De 50 a 59 años	266.363	141.135	54.393	86.742	20.862	65,880
De 60 años arriba	261.557	39.668	16.560	23.108	5.558	17,550
Total	4.597.254	1.352.068	167.068	1.185.000	285.000	900,000

Cuadro N° 8

<i>Grupo por edad</i>	<i>Número de personas sobre el cual se realizó la encuesta</i>		<i>Semanas trabajadas promedio de personas</i>		<i>Salario semanal medio</i>
Menores de 15 años	H.	7	H.	36,3	63,12
	M.	2	M.	29,7	52,11
	T.	9	T.	34,8	61,04
De 15 a 19 años	H.	312	H.	38,2	38,93
	M.	105	M.	48,3	24,83
	T.	417	T.	41,12	34,76
De 19 a 24 años	H.	797	H.	38,2	52,82
	M.	344	M.	35,8	35,58
	T.	1.141	T.	37,5	47,85
De 25 a 29 años	H.	936	H.	38,7	65,89
	M.	315	M.	38,7	39,3
	T.	1.251	T.	38,7	59,20
De 30 a 34 años	H.	821	H.	39,3	73,49
	M.	284	M.	40,01	35,56
	T.	1.105	T.	39,5	63,59
De 35 a 39 años	H.	723	H.	39,5	78,27
	M.	254	M.	40,7	39,69
	T.	977	T.	40	68,01

⁶ A causa del pequeño número de observaciones que sirvieron de base para este cálculo se deben considerar estas cifras demasiado altas.

⁷ Debe restarse el resto del primer grupo.

<i>Grupo por edad</i>	<i>Número de personas sobre el cual se realizó la encuesta</i>		<i>Semanas trabajadas promedio de personas</i>		<i>Salario semanal medio</i>
De 40 a 44 años	H.	456	H.	39,7	74,24
	M.	172	M.	42,5	35,38
	T.	628	T.	40,4	63,06
De 45 a 49 años	H.	446	H.	40	74,45
	M.	116	M.	42,7	33,54
	T.	562	T.	40,6	65,31
De 50 a 54 años	H.	358	H.	41	72,2
	M.	75	M.	41,1	29,91
	T.	433	T.	41	64,86
De 55 a 59 años	H.	241	H.	41,5	62,8
	M.	50	M.	40,1	34,03
	T.	281	T.	41,3	58
De 60 a 64	H.	128	H.	40,7	51,8
	M.	23	M.	38,2	26,91
	T.	151	T.	40,03	48,21
De 65 arriba	H.	47	H.	40,9	46,91
	M.	8	M.	33,4	36,04
	T.	55	T.	39,8	44,36
Edad no indicada	H.	2	H.	40,7	141,38
	M.	1	M.	52	19,68
	T.	3	T.	44,4	93,82

El cuadro adjunto N° 8 nos demuestra que el obrero chileno trabaja en promedio solamente 40 semanas al año. Se trata de una pasividad transitoria muy fuerte, del orden del 20%, que actúa muy desfavorablemente sobre nuestra economía del trabajo y que es imperioso modificar, obrando sobre las causas que la determinan. Estas causas, como hemos visto, están representadas, en parte, por la alta morbilidad oculta del trabajador supuesto sano.

II. PASIVOS PERMANENTES

Son aquéllos que ya no trabajan, que, por consiguiente, no imponen en las cajas de previsión, pero que están asegurados (que habiendo perdido o no sus derechos, gravitan directa o indirectamente, económicamente sobre la sociedad). (Cuadro N° 7).

Debido a la insuficiencia de la ley N° 4.054 para otorgarles una compensación económica que corresponda a un mínimo de necesidades, estos pasivos por el momento no representan ninguna carga extraordinaria para la economía de las cajas. En realidad, podría serlo en el porvenir, siendo su número superior a 100.000.

Para comprender la gravedad de este problema basta considerar que el número de pensiones de invalidez que mantiene hoy en día la Caja de Seguro Obligatorio es solamente de 3.362, lo que le representa al año \$2.917.697.

Una revisión de los riesgos por financiar, mediante una modificación de la ley, podría significar graves perturbaciones económicas para la caja si no se impone, desde luego, en el marco de los principios básicos de la Ley de Medicina Preventiva de que estamos hablando, una política encaminada a disminuir el número de estos pasivos permanentes por medio de la represión biológica de la invalidez.

III. PASIVOS FAMILIARES

No hablaremos de ellos. Están representados por los individuos naturales que constituyen el medio familiar a cargo del elemento productor de trabajo.

Según el censo de la población de 1930 a cada activo corresponden los siguientes pasivos en:

Agricultura	2,4
Minas	1,5
Industrias	1,7
Comercio	2,2
Navegación	1,6
Comunicaciones	2,2
Defensa nacional	1,4
Administración	2
Profesiones liberales	1,7
Espectáculos	1,5

El seguro que establecen la mayor parte de nuestras leyes médico-sociales se funda en la compensación pecuniaria de los riesgos que significan para el individuo y su familia la enfermedad, la invalidez, la vejez y la muerte. De ahí que las cajas que los toman a su cargo se organicen de modo de encontrarse siempre en situación de pagar a los beneficiarios lo que se les ha prometido. Podría decirse que se empieza por asegurar así al individuo la compra de su ataúd, enseguida, una pensión de vejez o de invalidez y, por último, con qué compensar económicamente la falta de salario derivada de la enfermedad declarada, la mayoría de las veces incurable. La cosa puede parecer justa a un matemático, no a un médico.

El médico sabe que la enfermedad crónica es incurable en su estado avanzado y que lo que se llama previsión en nuestras leyes sociales no lo es más que en su aspecto financiero; que se trata en ella de una previsión de las consecuencias económicas que puede acarrear la enfermedad para el individuo o su familia, pero no de una previsión verdadera de la enfermedad en sí misma, es decir, que no es una previsión biológica. Surge, pues, la necesidad de establecer un distingo entre estos dos aspectos de un problema llamado a adquirir una gran importancia en la vida social de un país nuevo. Digo país nuevo, porque el problema no es el mismo, y ya he insistido sobre este punto, para los países de vieja cultura con un estándar de vida de alto nivel y una pequeña morbilidad que tiene poca influencia sobre el trabajo.

Tampoco es una crítica la que formulo al establecer esta diferencia, pero sí una rectificación de la manera cómo debe plantearse el problema en un país con las características culturales, sociales y sanitarias de Chile.

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.

De este encaje orgánico de una acción en otra resulta una economía muy fuerte de medios y de energía en la lucha por disminuir la morbilidad pasiva de un país nuevo. Porque es la morbilidad pasiva la que hay que atacar, puesto que representa en la colectividad una disminución de energía, luego de producción, luego de riqueza. Hemos visto que esta morbilidad pasiva corresponde entre nosotros a tres grupos de enfermedades: la tuberculosis, la sífilis y las enfermedades cardiocirculatorias. En cuanto a las demás enfermedades agudas o crónicas circunstanciales, como pueden serlo la úlcera gástrica o las múltiples manifestaciones de las distonías neurovegetativas, no representan morbilidad activa y no tienen la misma influencia social ni la misma repercusión sobre el trabajo que las otras. Una coincidencia curiosa hace que justamente este último grupo sea el más difícil de conocer a tiempo en un examen sistemático de salud y que, por otra parte, una vez descubierto no ofrezca la posibilidad de ser tratado con probabilidades de éxito y uniformidad tan precisa como el primero.

Por lo demás, el Estado, al disponer solamente de recursos limitados, no puede enfrentarse a todas las enfermedades, sino a aquéllas que van a significarle una adquisición a bajo precio de probabilidades de vida activa. Es lo que puede hacer con la sífilis, con la tuberculosis y con las enfermedades cardiocirculatorias. El Estado está en la obligación de contemplar primero la producción, la riqueza y la cantidad de vida.

Decíamos en el primer capítulo que a la previsión financiera se le plantea el problema de la inversión de los capitales destinados a cubrir los riesgos futuros y que a la previsión biológica el otro problema, no menos grave, de incurrir en gastos, desde luego, para disminuir esos riesgos actuando sobre la actividad humana recuperable.

El dinero que capitalizado para el primer objetivo se distrae de los fines de una acción sobre la salud presente, debe representar cierta cuota limitada por el estado orgánico de los imponentes actuales. Cada país necesita en este sentido que se establezca un equilibrio propio entre lo que debe capitalizar en hombres en forma directa y lo que debe capitalizar en riqueza física en sus diferentes formas. Se comprende lo absurdo que sería poner el acento en esto último a costa de la salud de toda una generación, cuyos descendientes degenerados vendrían a ser los beneficiarios de una ininteligente pero sabia previsión financiera.

No nos pronunciamos por el momento sobre las proporciones relativas de estas capitalizaciones.

El objetivo de nuestro estudio es señalar la importancia, los límites, las posibilidades y la técnica de una previsión biológica, porque no basta decir que hay primero que capitalizar en hombres, sino que hay que establecer de qué manera.

El equívoco que en esto se ha sufrido durante mucho tiempo, depende del hecho de que en los países que han creado los diferentes criterios de previsión que utilizamos como modelo, siendo países con un alto estándar de vida, han puesto con razón el acento más sobre la previsión financiera que sobre la biológica, teniendo una tasa de morbilidad y mortalidad difícilmente modificable. Entre nosotros el problema llega a ser tan diferente como para requerir invertirse.

En cuanto al criterio inversionista que han de tener las cajas sociales para el servicio de su previsión financiera, no es de la índole de este estudio el que nos reframamos a él. Debemos, sin embargo, establecer que en un país como Chile no es indiferente para la economía y el bienestar general la vía que tomen esas inversiones por el hecho de representar en nuestro país las cajas sociales, los más grandes capitalistas de que dispone la nación.

Esto las obliga a poner sus capitales al servicio de objetivos que correspondan a la estructuración de nuestro destino económico y al mismo tiempo del bienestar mínimo nacional, de manera que interfiera con las iniciativas particulares.

Quizá fueran dos caminos que cumplen con lo anterior, el que las inversiones estuvieran dirigidas hacia la producción de energía barata para la industria y de habitación económica para el pueblo. Estos dos artículos económicos son de primera necesidad y podrían ser mañana como un programa de economía dirigida para las cajas sociales en cuanto a sus inversiones, tomando en cuenta su rendimiento y su seguridad.

VI. LA LEY N° 6.174 DE MEDICINA PREVENTIVA, SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

Las consideraciones que hemos debido hacernos y las bases sobre las cuales pensamos que debe establecerse una acción eficaz sobre la salud pública y el rendimiento del trabajo, nada significarían si sólo fueran imaginarias. Son algo más.

La traducción práctica de las medidas impuestas por los resultados que hemos indicado pueden reducirse a una acción sobre los tres grupos de enfermedades ya citadas. Primero, por un examen sistemático de salud, periódico y obligatorio, impuesto por ley, que permita reconocerlas a tiempo; enseguida, por ciertas medidas simples aplicadas a los casos así descubiertos: tratamiento antiluéptico, reposo relativo y reposo absoluto, en cada caso aplicado según normas explícitas. Para la realización de estas medidas se dispone de todo un aparato médico y fármaco-lógico aplicado hoy día a los casos avanzados y la mayoría de las veces incurables.

Como ya lo hemos señalado, el reposo indispensable para el tratamiento de alguna de estas enfermedades, es imposible hoy día: no se concede más que a los que padecen de una enfermedad que impida materialmente trabajar, y no es, pues, útil, sino para las enfermedades agudas, porque para las enfermedades crónicas, de cierta duración, se encuentra compensado económicamente de una manera insuficiente.

De aquí proviene la necesidad de establecer modificaciones que permitan conceder el reposo al enfermo incipiente que va a poder rehabilitarse tanto más rápidamente cuanto la enfermedad sea detectada más a tiempo. Para esto se hace necesario concederlo de una manera generosa, no solamente con salario completo durante todo el tiempo necesario sino, además, con una defensa contra el riesgo posterior de cesantía. En pocas palabras, 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.

Para lograrlo se requería también una disposición legislativa que lo organizara y le proporcionara los fondos.

Por último, otros recursos eran necesarios para la organización y el perfeccionamiento del armamento médico y para permitir un rendimiento máximo de este reposo.

La Ley de Medicina Preventiva que, sobre estos principios y datos, hemos presentado a las cámaras, y que después de ocho meses de cálidas discusiones ha sido aprobada por la casi unanimidad, es la expresión de estos tres imperativos y pone en manos del seguro social un mecanismo muy amplio y a la vez muy delicado, adaptable a todas las leyes particulares que lo rigen en Chile, de manera de inaugurar una nueva política de previsión social-biológica, como la que el país necesita.

De este modo, la ley que acaba de ser promulgada establece:

- 1° El examen de salud sistemático, periódico y obligatorio para los asegurados de todas las cajas de seguros sociales (42 en la actualidad).
- 2° El reposo preventivo parcial o total con salario completo por un tiempo definido por las necesidades de la reintegración.
- 3° El financiamiento de estas dos obligaciones, la primera mediante un 2,5% de las entradas brutas de las cajas en la forma explicada más abajo; la segunda, mediante un aumento de la imposición patronal en un 1% sobre los salarios (véase el anexo I, ley N° 6.174).

También hay que hacer notar algunas condiciones de aplicación de la ley establecidas en el respectivo reglamento, por ejemplo:

- A. El examen de salud se hace obligatorio con la sanción de la pérdida de todos los derechos del obrero o empleado que se niegue a someterse a él. (artículo 9°).
- B. El examen de salud está orientado en el sentido de una medicina normativa y dirigida. (artículos 13, 16 y 18).
- C. Los tratamientos impuestos, principalmente el tratamiento antifilítico, son obligatorios con las mismas sanciones ya enunciadas en caso de resistencia (artículos 26 y 47).
- D. El secreto médico está rigurosamente establecido con graves sanciones para el médico. Este principio está destinado a evitar que los patrones escojan a sus empleados entre los más sanos (artículo 28).
- E. Las cajas pueden agruparse entre ellas para todas las acciones médicas.
- F. Están autorizadas para hacer las inversiones necesarias con el objetivo de establecer las casas de reposo y sanatorios requeridos por los servicios de la ley, percibiendo un interés deducido de las sumas consultadas sobre la base del 2 1/2% de las entradas totales de las cajas (véase a este propósito el capítulo relativo al financiamiento de la Caja de Empleados). (Anexo II, reglamento de la ley).

No seríamos justos si no manifestáramos aquí que la ley N° 6.174 no hubiera sido realizable inmediatamente sin la ley N° 4.054 con firma del presidente Alessandri, que representa el punto de partida de una gran parte de la legislación social americana y de la que es autor el profesor Exequiel González Cortés.



Asistencia pública. Camillero trasladando a un paciente, 1968. Colección Archivo Fotográfico, Museo Histórico, Santiago de Chile.

POLÍTICA MÉDICA EN EL SEGURO SOCIAL.
CREACIÓN DE UNA MEDICINA DIRIGIDA

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 ver, la base de esta previsión se encuentra en la exactitud del examen de salud y en el criterio, por el cual debe decidirse la acción médica y ante todo el reposo preventivo para hacerse posible económicamente y rendir el máximo de eficacia. No es ya, pues, una medicina individual más o menos caprichosa la que nos interesa, medicina que costaría muy caro, que iría en profundidad en algunos casos, pero dejando multiplicarse los problemas de la gran masa, sino un criterio que llamaré de *medicina dirigida*.

En efecto, tanto el examen de salud como las medidas que impone, no pueden sujetarse al sentido individual de cada médico, sino a una investigación limitada en vista de la acción más eficaz posible y a una acción (reposo preventivo, entre otros) que produzca la mayor probabilidad de años de vida recuperados. Esto exige una dirección precisa de las cosas que hay que investigar y un criterio muy definido de las medidas que deben tomarse en los casos descubiertos, siempre en vista de la economía y de lo posible dentro de la utilidad social.

Un cierto tipo de médico debe responder a esta medicina social que pretendemos instalar bajo las formas de la medicina dirigida a que nos hemos referido.

Los médicos se inclinan demasiado por la naturaleza misma de sus estudios y de su profesión, a guiarse por un criterio personal que presenta en los maestros los caracteres de un arte de los más exquisitos.

Pero, si estas excelencias merecen el honor y la admiración de todos y si las consideramos necesarias al progreso de la medicina y de la salud, podrían hacerse peligrosas, cuando se exhiben como ejemplo ante aquéllos que sólo pueden imitarlas en la forma, lo que sucede en gran proporción.

Entonces dejan de ser un agente de bienestar y a veces de resurrección para convertirse en un galimatías de fórmulas huecas, seudopersonales, pero desprovistas de resultados. Y solamente los resultados nos interesan. He aquí por qué una ley de medicina preventiva como la que hemos establecido precisa ser, desde el punto de vista médico, estrictamente normativa. 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 de 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. Me basta 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.

Nos remitimos, para la mejor comprensión del criterio de medicina dirigida de que acabamos de hablar, al anexo III, que se refiere a las normas impartidas al médico por el Ministerio de Salubridad, Asistencia y Previsión Social, donde están indicadas, además de los consejos que revelan el espíritu de la ley, las reglas sobre diagnóstico, interpretación y conducta que debe observarse en los casos más importantes.

Estas normas con el carácter de instrucciones del Presidente de la República tienen según nuestra Constitución, como también el reglamento, un valor legal.

VII. FINANCIAMIENTO DE LA LEY

El examen de salud y las medidas que requiere, con excepción del pago del reposo preventivo, están financiados con el 2½% de la entrada total de las Cajas.

Hay que separar en tres grupos las cajas de previsión.

- 1) Aquéllas que, como la Caja de Seguro Obligatorio, tienen un servicio médico muy extendido y cotizaciones bajas, por tratarse de un caja obrera.
- 2) Las que, como la Caja de Empleados Particulares, carecen del servicio médico o lo tienen en forma embrionaria, como la Caja de Empleados Públicos, pero cuyas cotizaciones son mucho más altas.
- 3) Por último, aquellas otras que, como la Caja de los Ferrocarriles o de las Fuerzas Armadas, no tienen servicio médico, pero cuyas instituciones subsidiarias lo tienen, aunque depende de ellas, pero no de las cajas.

FINANCIAMIENTO DE LA LEY EN LA CAJA DE SEGURO OBLIGATORIO

Dentro del primer grupo, la Caja de Seguro Obligatorio cuenta con 1.000.000 de asegurados y una entrada total de 150.000.000 de pesos al año, de los cuales el 2½%, que corresponde a \$4.000.000, queda disponible para el examen de salud.

Esta cifra podría parecer muy baja en el orden teórico; prácticamente, según nuestros cálculos, habrá de bastar, puesto que funcionan los servicios médicos y todo el instrumento destinado al examen de salud, y que se trata únicamente de orientar la acción médica de la caja de preferencia hacia los estados iniciales y no a los finales de las enfermedades, por medio de la investigación sistemática de esos estados.

Los \$4.000.000 no son, pues, más que un medio destinado a permitir la realización progresiva de esta conversión de la acción médica.

La lectura de las normas que hemos establecido a este propósito, y que forman parte del anexo III, permiten darse cuenta de la simplicidad de la acción exigida y

de su importancia en el sentido de una previsión verdadera. La caja, por lo demás, tiene el mayor interés en no seguir la vía de una acción médica desorientada y sin eficacia sobre los riesgos.

No se trata solamente para las cajas de asegurar, como lo decíamos, los capitales necesarios a la producción de intereses destinados a cubrir los riesgos futuros, sino, también, de disminuir esos riesgos. Lo que puede no tener igual valor para las cajas, donde ya esos riesgos han sido reducidos al mínimo por una vieja política cultural y sanitaria, como en muchos países europeos, lo tiene muy grande para las que ejercen su acción en aquellos países donde todavía esos riesgos son susceptibles de disminuirse a bajo costo y donde representan para las cajas la mejor colocación de sus capitales.

No disponemos en Chile experiencia propia en lo que se refiere a los cálculos actuariales que gobiernan la economía de nuestras cajas. Nos basamos todavía, para este efecto, sobre las experiencias inglesas, alemanes y danesas, que corresponden a morbilidades muy diferentes.

Según nuestras encuestas podemos decir que una política de disminución de riesgos, de capitalización en hombres, como lo decía en las primeras sesiones del consejo de la Caja de Seguro Obligatorio en 1937, no es solamente un imperativo de orden sanitario para las cajas, lo es también de orden económico.

Su equilibrio económico, en efecto, guarda relación con el número de pasivos que llegarán a pesar sobre ellas y que para Chile se anuncia como muy grande respecto de los activos. Lo prueba, por lo demás, la experiencia de la Caja Nacional de Empleados Públicos en coincidencia en esto con las previsiones que pueden suponerse, considerada nuestra morbilidad real.

La Caja de Seguro Obligatorio tiene, pues, el mayor interés en orientar su política médica hacia la disminución de esta morbilidad oculta que le proporciona cada año una masa de incurables que gravita pesadamente sobre sus servicios. Aun si una ley no le indicara este camino, su conveniencia le habría señalado, tarde o temprano, una iniciativa semejante, como por lo demás ya estaba ensayando tímidamente. Para ello le habrían faltado seguramente posibilidades financieras, en razón de su insuficiencia de fondos circulantes, puesto que el Estado le paga en bonos que no siempre puede cambiar por valores efectivos.

Hoy día, con el aumento del 1% decretado (en junio de 1937) y destinado a realizar su política de habitación obrera a la vez que a proporcionarle un suplemento de entrada anual, a fin de disminuir su déficit actuarial, la caja puede fácilmente hacer frente a la obligación de organizar sus servicios en vista de una acción más útil y profunda. Este 1% rendirá en 1938 una suma cercana a los \$20.000.000.

La gran extensión del país, por causa de la cual sus asegurados de la agricultura viven separados unos de otros en grupos muy pequeños, hará imposible el primer año, que será de organización y arranque de la ley, que el millón de imponentes se beneficien con el examen de salud. Pensamos que durante el primer año lograrán, sin embargo, examinarse 600.000 obreros. 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 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 lo hacían acudir al médico, se verá acogido para un examen de salud simple en vista de las afecciones fundamentales citadas. La experiencia de varios de nuestros dispensarios de campo nos ha mostrado ya, que lo que más interesa a la salud no es justamente la enfermedad de que viene a quejarse el sujeto, sino aquella que, en un plan de medicina dirigida el médico le descubre. 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.

La comparación en un mismo enfermo de su ficha anterior a la ley N° 6.174 con la ficha de su examen de salud es elocuentísima.

En la mayor parte de los casos una larga serie de pequeñas afecciones sin importancia corregidas con cien recursos terapéuticos a través de muchas visitas son la imagen de la primera; una reacción Wassermann positiva con tres cruces que no había sido realizada es la cruda realidad de la segunda. Otro tanto podría decirse de la tuberculosis y de las enfermedades cardiovasculares.

A lo vivo se puede coger por este procedimiento el significado de la ley N° 6.174 y de su medicina dirigida que persigue no malgastar las energías económicas de la previsión en la corrección aparente y caprichosa de una patología sintomática y de circunstancias impuesta hasta ahora al médico por el enfermo o el seudoenfermo.

El cuadro N° 9 que representa el diagnóstico médico de 25.225 individuos atendidos en la policlínica N° 1 de la Caja de Seguro Obligatorio demuestra claramente esta afirmación. En efecto, puede apreciarse que estos diagnósticos no tienen ninguna relación con la morbilidad encontrada en el supuesto sano, ni con nuestras tasas de mortalidad.

Este complemento de examen, en los dispensarios con personal organizado no representa casi suplemento alguno de gastos para la caja, sino, al contrario, la aplicación de los actuales a la realización de una política económica más profunda colocada en la raíz misma de sus problemas. Por consiguiente, el examen de salud puede ser financiado perfectamente en las condiciones actuales de la caja. Las medidas que deben tomarse a consecuencia del examen representan en gran parte las obligaciones actuales de la caja. Podrá decirse que van a representar un excedente de trabajo para los dispensarios; es cierto, pero este excedente será un trabajo de gran rendimiento. Se trata ahora de organizar de otro modo el que se efectuaba hasta hoy sobre el enfermo que se presenta espontáneamente a la policlínica y que en un 40% de los casos es un falso enfermo. Cuando decimos falso enfermo queremos decir que es un enfermo que no necesitaría 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.

Es evidente que la caja no puede suprimir estos servicios que representan derechos adquiridos y obligaciones legales. Pero lo repetimos, es necesario que haga también en este aspecto medicina dirigida, según el espíritu impuesto por la nueva política sanitaria que desarrolla el gobierno.

Cuadro N° 9
Diagnósticos de 25.225 enfermos atendidos en el policlínico N° 1 de Santiago

	Número	%
I. Enfermedades infecciosas y parasitarias	3.120	12,4
II. Tumores	85	0,3
III. Enfermedades reumáticas y endocrinas	361	1,4
IV. Enfermedades de la sangre y org. hematopoyéticos	101	0,4
V. Envenenamientos crónicos	47	0,2
VI. Enfermedades del sistema nervioso y org. de los sentidos	4.393	17,5
VII. Enfermedades del aparato circulatorio	865	3,4
VIII. Enfermedades del aparato respiratorio	1.645	6,5
IX. Enfermedades del aparato digestivo	5.471	21,3
X. Enfermedades del aparato urinario y genital	1,061	4,2
XI. Enfermedades del embarazo y parto ⁸	239	0,9
XII. Enfermedades de la piel y tejido celular	2.023	8,0
XIII. Enfermedades de los huesos y org. locomoción	1,245	4,9
XIV. Malformaciones congénitas	4	0,0
XVI. Senilidad	1	0,0
XVII. Traumatismos	669	2,7
XVIII. Causas mal definidas	2.379	9,4
Diagnósticos no indicados	1.516	6,0

Si los servicios médicos actuales de la caja bastan para lo que se relaciona con las medidas que deben tomarse según los resultados del examen de salud (tratamiento de la sífilis y de la blenorragia, hospitalización para las enfermedades subagudas o crónicas de mejoramiento rápido en condiciones de reposo), no está armada, según la ley actual, para permitir el reposo impuesto, sobre todo en los casos de un tratamiento racional de la tuberculosis descubierta a tiempo, sea que se trate de un tratamiento ambulatorio que precise una disminución de las horas de trabajo o de una exigencia de reposo completo. En efecto, como ya lo hemos visto, el régimen de subsidios es insuficiente e inútil justamente en los casos en que sería más necesario.

El reposo preventivo que impone la ley permite el reposo parcial o total pagado integralmente y sin limitación. Se encuentra financiado por un aumento de un 1% sobre los salarios, que le está destinado exclusivamente.

Con este 1% y tomando un promedio de tiempo de reposo de cuatro meses, el cálculo efectuado para la Caja de Seguro Obligatorio alcanza a un 3%, la propor-

⁸ No se han considerado los casos del centro maternal.

ción de obreros que pueden beneficiarse cada año con el reposo completo. Esta cifra puede ser mayor si una parte de estos obreros queda sometida, no al reposo completo, sino a la jornada normal de trabajo.

Nuestras encuestas han demostrado que justamente más o menos una proporción de ese orden es la que va a necesitar estar en reposo.

El primer año, como lo decíamos anteriormente, el período de arranque de la ley dejará un excedente de esta cuota; por otra parte, el hecho del reposo preventivo que impulsará un mejor provecho de los subsidios que proporciona la actual ley, disminuirá también los gastos de la caja.

FINANCIAMIENTO DE LA LEY
EN LA CAJA DE PREVISIÓN DE EMPLEADOS PARTICULARES

Examen de salud

Los empleados beneficiarios activos de la Caja de Previsión de Empleados Particulares, durante el año 1937, fueron 58.000, sin tomar en consideración los imponentes de las cajas que constituyen sus organismos auxiliares.

Según el artículo 8°, de la ley N° 6.174, se puede disponer hasta de un 2,5% de las entradas brutas de la institución para el examen de salud y la adopción de las medidas que éste impone:

Entradas brutas durante el año 1937	\$137.000.000
2,5%	3.425.000
Entradas calculadas para el año 1938	\$160.000.000
2,5%	4.000.000

Estos \$4.000.000 pueden obtenerse, de acuerdo con lo estipulado en el mismo artículo 8°, rebajando en un 30% los intereses que se acrediten en la cuenta corriente de los empleados. Esto representa, haciendo el cálculo sobre la base del segundo semestre del año 1937, \$3.325.000

Calculando sobre las bases del año 1938 tendremos aproximadamente 4.000.000

El examen de salud de 60.000 individuos puede calcularse en \$1.200.000, practicándolo hasta dos veces al año, a razón de \$20 por persona.

Según el artículo 83 del reglamento, las cajas pueden utilizar una parte de estos fondos para pagar el interés de un capital destinado a la construcción de sanatorios o casas de reposo.

El consejo de la caja de que hablamos ha decidido efectuar una inversión de \$10.000.000 con este objeto y cuyo interés de 6% = \$600.000 será costado de este modo.

Por otro lado, debe considerarse que con el subsidio de reposo preventivo, solamente la mitad de los empleados se encontrarán en situación de pagar su estada en el sanatorio, de donde resulta un déficit que hemos calculado en \$1.200.000, y

que podrá cargarse a esta misma cuenta. Queda entonces \$1.000.000 susceptible de dedicarse al tratamiento antisifilítico, a la visitación social y a los imprevistos.

En resumen, los \$4.000.000 podrán ser distribuidos de la manera siguiente:

Examen de salud de 60.000 individuos a \$20 cada uno	\$1.200.000
Pago de estada gratuita en los sanatorios a 200 empleados o repartición de estos beneficios a todos ellos, según una escala de salarios	1.200.000
6% de interés sobre \$10.000.000	600.000
Tratamiento antisifilítico, visitación social, imprevistos	1.000.000
	\$4.000.000

Reposo preventivo

Las 400 plazas de sanatorio permitirán hacer circular al menos 1.000 empleados durante el año, que recibirán su salario completo. El artículo 55 del reglamento permite a las cajas hacer pagar la estada del empleado en el sanatorio con una parte de su subsidio de reposo. En los casos de salarios insuficientes esto significaría el abandono económico de la familia. De ahí que para los individuos de bajo salario la caja consulta la suma necesaria al pago de su estada sanatorial.

Siendo así que el 1% de la nueva imposición patronal representa alrededor de \$6.000.000 y que la morbilidad enfocada en la ley se manifiesta principalmente en la región de los bajos salarios, puede calcularse que alrededor de 800 empleados podrán disfrutar durante el año 1938, del reposo preventivo total o 1.600 del reposo preventivo parcial.

La práctica del primer año de la ley nos dirá en qué proporción se hará esta repartición que se refiere a los tuberculosos y cardiovasculares, para quienes sobre todo se halla destinada esta segunda forma de reposo.

FINANCIAMIENTO DE LA LEY EN LAS CAJAS DEL TERCER TIPO

De acuerdo con lo dispuesto en el inciso 2° del artículo 1° de la ley, las obligaciones que la ley impone a las cajas de previsión se entienden impuestas, en este caso, a los organismos que mantienen los servicios médicos correspondientes.

Se comprende entonces, que el financiamiento en ellas es más simple, porque las instituciones respectivas disponen ya de las instalaciones necesarias y del personal de médicos y auxiliares, que representan una parte importante de los gastos.



Equipamientos en la clínica Santa María, 1950. Colección Archivo Fotográfico, Museo Histórico, Santiago de Chile.

VIII. RELACIONES DE LA LEY DE MEDICINA PREVENTIVA CON LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE NUESTRA MORBILIDAD

MEDICINA PREVENTIVA Y TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, en cuya evolución adquieren especial importancia las condiciones económico-sociales que influyen en el terreno orgánico en el cual se desarrolla la afección. De ahí que haya que considerarla, para su profilaxia, como constituida por dos componentes: uno infeccioso y otro económico-social.

Cuando las condiciones económicas de un pueblo son de tal manera florecientes que se puede decir de él que su habitación, su alimento y su cultura se encuentran por encima de un umbral suficiente para una expresión de todas sus características vitales, la tuberculosis se desarrolla con aspectos de endemia y con una mortalidad baja, 7 a 12‰. En estas condiciones actúa como factor casi exclusivo el componente infeccioso, debiendo establecerse, en consecuencia, las medidas de protección sobre las bases de la pesquisa oportuna y del aislamiento. Se ha llamado a esta tuberculosis, tuberculosis basal; representa un mínimo de mortalidad por eliminación de los factores contingentes en su determinismo más estricto.

Cuando, en cambio, las condiciones económicas referidas son deficientes, hay hacinamiento y alimentación incompleta, trabajo realizado más allá de la capacidad y aprovechamiento inadecuado de los medios por falta de cultura, la infección progresa en un terreno apto para su desarrollo y adquiere un carácter epidémico que lleva la mortalidad en ciertos casos hasta un 60‰. Al hablar de epidemia nos referimos a una epidemia de curva de evolución muy dilatada en el tiempo (cientos de años o más) que va determinando una lenta inmunización de toda la población de un país, con aumento en su primer periodo de la mortalidad sobre la morbilidad y de la morbilidad sobre la mortalidad en su última etapa.

De los estudios epidemiológicos de Sayé, inéditos todavía, se puede deducir que Chile se encuentra en un punto de su curva epidemiológica que corresponde a una tuberculización masiva, punto álgido de ella, lo que habrá que confirmar extendiendo la investigación, hecha hasta este momento, a otros sectores de la sociedad.

Las medidas adecuadas para combatir este aspecto de la tuberculosis con prevalencia de su componente económico-social se refieren en orden de importancia al salario y a una educación que permita aprovecharlo, por una parte; al alimento y a la habitación, por otra.

Las grandes diferencias que existen en Chile entre la morbilidad de los asalariados con remuneración suficiente (menos de 1% en los profesores secundarios estudiados, en las encuestas dirigidas por Sayé); la de los que reciben salarios bajos (3 a 4% en los obreros de muchas industrias de la ciudad y del campo, según las encuestas del Seguro Obligatorio) y más aún con la de los familiares de los tuberculosos hospitalizados que no tienen ninguna entrada por las razones que hemos anotado en el curso de este trabajo (10%, según otras encuestas dirigidas por Sayé), indican claramente que nos encontramos aquí frente a una "tuberculosis adicional" muy alta. Llamamos aquí, como muchos autores, "tuberculosis adicional" aquella tuberculosis dominada por una super mortalidad producida por la acción favorecedora que sobre la infección ejercen las condiciones económico-sociales.

Una lucha antituberculosa debe plantearse, pues, en Chile, en parte importante, sobre la base de una acción indirecta sobre la enfermedad, acción destinada a eliminar de ella el componente económico-social.

Sería, sin embargo, inexacto establecer que una acción directa fuera inútil ya que existe un terreno común en que ambas acciones se confunden y es aquél constituido por el subsidio oportuno para el individuo fácilmente recuperable que aporta un elemento económico-social importante en esta lucha. Además, como veremos más adelante, la acción sobre el componente infeccioso se hace más imperiosa en los casos de una tuberculosis adicional alta, pero debe estar dirigida por una vía epidemiológica que considere la economía de los medios de acción. Esta vía está representada por la atención preferencial de los familiares de los individuos activos, supuestos sanos, que son descubiertos como tuberculosos en el examen de salud.

No es del resorte de este trabajo el que ahondemos por el momento el problema de la lucha antituberculosa en todos sus aspectos prácticos en Chile, sólo queremos relacionarlos aquí con los principios de medicina dirigida que hemos establecido como una manera de asegurar la inmediata eficacia de la Ley de Medicina Preventiva. (Anexo III, título IV).

Si el país dispusiera de recursos ilimitados para tratar el problema que presentamos, éste dejaría de ser tal en poco tiempo, cualquiera que fuera el camino tomado; y si buscamos una manera de plantearlo dentro de la mayor objetividad y poniendo de relieve unos factores más que otros es porque ni el país ni el Estado dispone de esos recursos, debiendo, por lo tanto, sus gobernantes colocar el dinero público con mucha cautela en favorecer aquellas circunstancias o disposiciones que se presenten con las probabilidades de un máximo rendimiento.

¿Cuáles son esas? No nos referiremos a las medidas de lucha indirecta que no tienen relación con nuestro tema y que abordaremos en otra ocasión para hablar sólo de las circunstancias o disposiciones que permiten ser modificadas por una acción directa.

Éstas son:

- 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 permitírsele la afección va a ser objeto de un tratamiento ambulatorio.

DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE LOS ENFERMOS

Este primer punto no viene a ser sino un caso particular de lo que en el curso de este trabajo hemos repetido con insistencia. Queremos agregar, sin embargo, a nuestra opinión otras muy autorizadas como la de Paula y Benedetti que dice:

“En general, cuando el tuberculoso llega al dispensario no solamente ya ha esparcido ampliamente el contagio, sino también tiene muy limitadas probabilidades de curación”,

lo que confirman hoy todos los tisiólogos, especialmente desde que Braeuning, en Alemania, demostró lo que económicamente esto representa.

Ahora bien, el diagnóstico oportuno de los enfermos no puede ser obtenido sino por medio del examen sistemático del supuesto sano, examen que a su vez plantea el problema de la radiología seriada sobre el cual no insistiremos, pero que no representa ninguna dificultad insalvable en nuestro país. Una contribución importante a la simplificación de esta labor radiológica está constituida por la fluorografía del doctor Abreu, que significa un abaratamiento importante de su costo.

Es necesario realizar este examen sistemático del supuesto sano en masa y la única manera de obtenerlo en corto tiempo era establecerlo sobre la base de las cajas de previsión social que están capacitadas para realizarlo y que controlan alrededor de 1.400.000 de asegurados, es decir, prácticamente la totalidad de los activos del país; precisamente aquellos que el Estado tiene interés en curar y recuperar primero. Por otra parte, a cada activo corresponde alrededor de dos pasivos familiares, es decir, cerca de 2.800.000 personas más. Se comprende que sea éste el camino para abordar en forma económica el problema de los enfermos familiares, ya que los estudios epidemiológicos demuestran que la tuberculosis adicional se concentra en la colectividad en los núcleos representados por los familiares de los tuberculosos pertenecientes al grupo activo y que, supuestos sanos, ha descubierto el examen de salud.

El convenio de coordinación de los servicios de beneficencia y Caja de Seguro Obligatorio en cuanto a la lucha antituberculosa se refiere, permite que los familiares que por el momento no están protegidos por la previsión de las cajas puedan obtener la ayuda preferida de la asistencia social en estos casos y con esto se complete provisoriamente una lucha que así queda extendida en forma concéntrica y en relación económica a su importancia a todo el país.

La Ley de Medicina Preventiva al establecer el examen de salud obligatorio en la forma ordenada en su reglamento y sus instrucciones mira hacia la solución en detalle de todos los principios y consideraciones establecidos aquí y representan para la lucha antituberculosa la solución de este primer punto fundamental, sobre la cual ha de basarse y sin el cual la solución de los demás resulta estéril.

Subsidio suficiente

Como también lo hemos establecido, la ley N° 6.174 concede al asalariado enfermo, incipiente o recuperable un subsidio de reposo que representa su salario íntegro durante todo el tiempo que requiera su mejoría y obvia los inconvenientes que antes habíamos anotado. Viene en este sentido a representar un punto de unión con la lucha directa en cuanto a los requerimientos de salario que ésta exige. La objeción sobre la insuficiencia de la cuota representada por el 1% patronal para cumplir con todos los subsidios que fueren requeridos, no tiene valor. El solo hecho de repartir de una manera eficaz alrededor de \$20.000.000 al año significará al principio un trabajo de encuesta, investigación médica y hospitalización muy complejo. La distribución de una suma mucho mayor con la discriminación necesaria a su buena utilización, sólo podría hacerse después de algún tiempo de la aplicación de la ley. El subsidio puede, según la ley, ser parcial y corresponder a la llamada "jornada de reposo preventivo", utilizable en aquellos casos en que sólo es necesario un tratamiento con exigencia de cortos esfuerzos o una vigilancia de convalecencia con disminución del tiempo de trabajo.

Se comprende ahora que sobre la base de disponer enfermos cogidos en la época en que son recuperables y que van a disponer de su sueldo íntegro durante todo el tiempo que necesitan para curarse, se puede desarrollar una política hospi-

talaria de gran eficacia y rendimiento y una política de control de los enfermos de tratamiento ambulatorio o de control de recuperados económicamente útil.

Política hospitalaria

Actualmente, cuenta el país con 2.060 camas para tuberculosis en todas sus formas, lo que representa una cuota insuficiente para los fines de una lucha como la planteada en este estudio, tanto más cuanto que la mayor parte de ellas necesitan destinarse a enfermos prácticamente incurables. Las nuevas construcciones hospitalarias por habilitarse en el curso de los próximos ocho meses y aquéllas que las cajas de empleados están estableciendo para sus imponentes y que serán también habilitados dentro del citado plazo representan 1.700 camas más.

Requiriendo la Ley de Medicina Preventiva, en su aspecto de lucha antituberculosa, de un número superior aún, de camas y de camas que sean destinadas exclusivamente a enfermos recuperables, el gobierno ha enviado al Congreso Nacional un mensaje en el cual se somete a la consideración del Parlamento un proyecto de ley destinado a aumentar en 1.000 camas para enfermos incipientes, los servicios de lucha antituberculosa, aprovechando los servicios generales de los hospitales que permiten una agregación de camas sin aumento de ellos.

Al mismo tiempo, dicho proyecto de ley establece el financiamiento necesario para la prosecución del plan de construcciones hospitalarias en parte interrumpido por la imposibilidad en que se ha encontrado la Junta de Beneficencia de colocar los empréstitos autorizados con ese objeto (anexo v)⁹.

El número de camas con que se podrá contar, pues, en breve plazo para cumplir con todos los requisitos de una lucha antituberculosa establecida sobre las bases indicadas en este capítulo, será, pues, de 5.000.

La Junta Central de Beneficencia ha acordado que algunos de los viejos hospitales que serán reemplazados por los nuevos para sus servicios de agudos sigan funcionando como hospitales de crónicos o convalecientes o como casas de reposo para cumplir con los fines de la Ley de Medicina Preventiva. Es así como por este capítulo la ley referida permitirá también aumentar el número de camas para tuberculosos ahí donde las condiciones de arquitectura y climatología lo permitan.

No queremos terminar este capítulo sin volver a establecer que estos puntos fundamentales que si bien tocan el corazón de la lucha antituberculosa han dejado al margen de la vía real señalada muchos otros puntos que no corresponden a las intenciones de este trabajo.

SÍFILIS Y MEDICINA DIRIGIDA

La sífilis no aparece en nuestros cuadros estadísticos como importante elemento etiológico directo de nuestra mortalidad ni de nuestra morbilidad, debido al hecho

⁹ En el momento de entrar en prensa este libro la Cámara lo ha aprobado por unanimidad.

de que permanece latente y desconocida en un porcentaje muy alto de casos como lo hemos comprobado y debido a que otras afecciones de curso más agudo interfieren con ella para romper un equilibrio orgánico inestable presentado con las apariencias engañosas de la salud.

La sífilis en esas condiciones va produciendo alteraciones graves en el organismo que se traducen al principio por una disminución de la capacidad de trabajo, y más tarde, por una patología cardiovascular y nerviosa, sin contar que se trata de una enfermedad hereditaria y contagiosa, lo que le ha valido el nombre de enfermedad social.

Si hay alguna afección, por lo tanto, que merezca la atención preferente de una medicina preventiva del tipo de la que señalamos, es ésta, hasta el punto de poder afirmar que la ley N° 6.174 estaría justificada con todas las contribuciones que impone, por la sola necesidad de descubrir y tratar a tiempo una enfermedad que interviene tan poderosamente en disminuir la resistencia individual en todo sentido y en servir de elemento de desorganización social. Es, en efecto, hacer obra vana, organizar una salubridad sobre las bases de tratar las consecuencias de estos males y que se traducen, en gran parte, de nuestra mortalidad infantil, en problemas del niño huérfano o abandonado, en invalidez precoz, en rendimiento insuficiente de esfuerzos.

De ahí la importancia de un examen sistemático y obligatorio que resulta muy económico (las reacciones Wassermann y Kahn hechas en serie no cuestan más allá de 2 a 3 pesos) y de un tratamiento específico que no requiere reposo ni perturba el trabajo y que sólo exige continuidad y disciplina.

Tocamos aquí otro punto importante subsanado por la ley y que se refiere a la eficacia de la lucha referida. Hasta ahora, tanto la interpretación de las reacciones serológicas como los tratamientos antilúéticos 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 roseola) creyéndose sanos no volvían más al dispensario.

Esto ha significado, sólo para el seguro obligatorio, durante el año 1937, no menos de 300.000 pesos gastados en Neo Salvarsán y otros productos antilúéticos colocados, y perdidos para la curación de los enfermos por falta de continuidad en el tratamiento.

Era necesario, pues, establecer las normas de una medicina preventiva sobre las bases de una medicina dirigida que impusiera una disciplina al respecto, tanto para el médico como para el enfermo.

Esta medicina dirigida está establecida en el reglamento y en las instrucciones de la ley. Al enfermo le impone un tratamiento obligatorio y organiza su continuidad; al médico le señala normas precisas para la interpretación de las reacciones serológicas y le entrega una pauta exacta, según la cual ha de dirigir el tratamiento en los diferentes casos (anexo III, título III).

Según nuestras estadísticas no hay menos de 200.000 luéticos activos en Chile, una gran parte de los cuales nunca ha recibido tratamiento alguno estando en condiciones de esparcir su enfermedad.

Existe la posibilidad de descubrirlos oportunamente y de curarlos a bajo precio. A pesar de lo anterior, debido a su gran número, esto representa mucho dinero. Creemos, sin embargo, que un Estado debe afrontar con valentía estas situaciones, porque son las que hay que atacar primero y porque todo lo que se gaste en remediarlos es aprovechado. Lo que se invierta en este capítulo de la salubridad es de un rendimiento máximo en las condiciones señaladas en la ley N° 6.174.

Durante mucho tiempo nos hemos engañado con postulados de una salubridad formal, estructurada sobre la base de esquemas y de soluciones parciales esperando mejores tiempos para abordar el problema en extensión.

Hemos confundido así un concepto de beneficencia, digno y necesario, con el criterio que debe tener un Estado para solucionar sus problemas fundamentales de salubridad, lo que es muy diferente.

Con relación a la salubridad, bajo este último punto de vista, dos objetivos se nos presentan como los más urgentes de alcanzar para mejorar las condiciones físicas y morales de nuestra raza: Neo Salvarsán para todos los que lo necesiten y leche suficiente para las madres y sus hijos en lactancia o primera edad. Todo lo que se gaste en estos elementos representa beneficio nacional efectivo.

Insistimos en esto, porque es previo en toda actitud conocer la importancia relativa de los dioses que van a ser objeto de nuestros sacrificios. La diversidad de nuestros objetivos sanitarios, todos laudables, no ha dispuesto de una escala suficiente de preferencias que signifique orientar una acción por una vía jerárquica de requerimientos.

Se comprende, sin embargo, que no basta señalar la necesidad de disponer de determinado armamento en cantidad suficiente, como serían los arsenicales o las camas de hospitales. Existe, además, en cuanto a ellos el problema de su distribución organizada, eficaz y oportuna.

La ley N° 6.174 provee esto por medio de las instrucciones de medicina dirigida que establece y por medio de la nueva orientación médica dada a las cajas en vista de este objetivo principal de Estado.

No es el caso aquí que nos refiramos a la leche. Se comprende que para ella se necesite también de una política agrícola y económica dirigida por el Estado para obtener, poco a poco, lo que señalamos en tantas ocasiones como las normas de la alimentación de la raza misma. La leche no es un alimento que deba quedar sujeto, en un país como Chile, en cuanto a su producción y a su consumo, al capricho de las circunstancias.

En cuanto a la objeción que puede significar la insuficiencia de fondos de que se dispone para realizar una lucha total como lo impondrían los fundamentos aquí señalados no es valedera. La ley N° 6.174 establece un camino preferencial en nuestra acción sobre la salubridad y a él deberán traerse todos los recursos hasta ahora dispersos y aplicados a acciones sin eficacia ni importancia.

El fin perseguido por el Estado en cuanto a la salubridad, lo repetimos, no puede ser formal. Al Estado le interesa gastar el dinero ahí donde va a representar para la colectividad el máximo de salud y de bienestar.

De ahí que repitamos aquí lo que decíamos en la inauguración de la Escuela de Higiene y Medicina Preventiva al referirnos a cómo considera el gobierno el problema de la salubridad en relación con nuestra economía:

“hay que disponer de todos los resortes y recursos del Estado para comprar salud a tiempo, que es comprar salud barata, para comprar mucha salud, toda la salud que el pueblo necesita”.



Médicos del hospital Salvador, 1971. Fotografía de Miguel Rubio. Colección Archivo Fotográfico, Museo Histórico, Santiago de Chile.

ANEXOS

ANEXO I

LEY NÚMERO 6.174

ESTABLECE EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA

Por cuanto el Congreso Nacional ha dado su aprobación al siguiente:

PROYECTO DE LEY

Artículo primero. Todas las cajas de previsión a que se refiere la ley N° 5.802, dependientes del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, la Caja de Retiro del Ejército y la Armada y la Mutual de Carabineros, establecerán servicios de medicina preventiva, con el fin de vigilar el estado de salud de sus imponentes y de adoptar las medidas tendientes a descubrir, previniendo precozmente el desarrollo de las enfermedades crónicas, como la tuberculosis, la sífilis, el reumatismo, las enfermedades del corazón y de los riñones; como también las enfermedades derivadas del trabajo: el saturnismo, la antracosis, la silicosis, la anquilostomiasis y otras de la misma índole.

Todas las obligaciones que esta ley impone a las cajas de previsión con respecto a los asalariados adheridos a ellas, se entenderán impuestas, tratándose de los servicios médicos de las instituciones en las cuales éstas no dependan de las cajas, a los organismos que mantienen los servicios médicos correspondientes, en las condiciones que determine el Presidente de la República.

Las cajas, en esos casos, tendrán el control del cumplimiento, por parte de esos servicios, de los establecidos en esta ley.

Art. 2°. El examen de salud de los obreros y empleados, y las medidas adecuadas a prevenir el desarrollo de las enfermedades por medio de la pesquisa de su faz pre-clínica, y a determinar las personas que deben acogerse al reposo preventivo, se harán por los médicos de las respectivas cajas de previsión, en conformidad con las disposiciones del reglamento de esta ley.

El examen de salud se realizará fuera de las horas que para su trabajo hayan fijado la industria y el comercio.

Art. 3°. Tanto el patrón o empleador, como el empleado u obrero, podrán reclamar, dentro del tercer día de los acuerdos que los afecten, ante la Comisión Provincial que funcionará en conformidad con el reglamento de esta ley.

En caso de formularse reclamos, quedará suspendida la resolución de la comisión médica, hasta que éstos sean resueltos por la Comisión Provincial.

La Comisión Provincial se compondrá de tres médicos, designados por las siguientes personas:

Uno, por el Presidente de la República;

Uno, por los empleadores o patrones y

Uno, por los empleados y obreros.

Esta comisión coordinará el servicio de las cajas y el de la medicina del trabajo de la Dirección General de Sanidad. Para este efecto, se integrará con un representante de las cajas.

Art. 4°. La Comisión de Medicina Preventiva correspondiente o el médico que ella designe determinará, de acuerdo con el reglamento, el tipo de reposo preventivo para todo obrero o empleado que tenga derecho a acogerse a él y las condiciones en que deba cumplirlo.

Art. 5°. El reposo preventivo se cumplirá en las siguientes formas:

a) En forma parcial, por medio de jornadas de reposo preventivo y

b) En forma total, por medio de reposo preventivo absoluto.

Se entiende por jornada de reposo preventivo la equivalente al 50% de la jornada diaria ordinaria, definida en los artículos 24, 125 y 128 del *Código del Trabajo*.

La forma de reposo parcial no se aplicará en aquellas faenas donde la interrupción de la jornada de trabajo produzca perturbación a juicio de la Comisión Provincial, aplicándose en tales casos la jornada de reposo total.

Art. 6°. El tipo de reposo preventivo que en definitiva se decrete será respetado por el patrón, quien estará obligado a mantener en su trabajo al obrero o empleado en los días u horas en que el trabajo le sea permitido, abonándole el salario proporcional. Deberá también reponer en su puesto al obrero o empleado que haya terminado su periodo de curación preventiva.

Art. 7°. La Caja de Seguro Obligatorio y las demás cajas de previsión a que se refiere el artículo 1°, abonarán al obrero o empleado el salario o sueldo que corresponda a las horas o periodos de reposo preventivo.

El reposo preventivo durará el tiempo que determine la comisión médica respectiva, no pudiendo, sin embargo, exceder de un año; y podrá renovarse cuantas veces se estime conveniente.

Durante todo el tiempo que dure el reposo preventivo, el obrero o empleado percibirá el total de su salario o sueldo.

Art. 8°. Para los fines consultados en la presente ley se establece una imposición patronal de un 1% de los sueldos y jornales a favor de las cajas a que se refiere el artículo 1°.

Esta imposición patronal deberá destinarse en cada provincia al cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 7°.

Además, las cajas a que se refiere esta ley, destinarán no más del 2,5% de sus entradas brutas para los objetos de la presente ley, distintos del pago de la jornada de reposo preventivo.

Para los efectos de este financiamiento, en la Caja de Empleados Particulares y demás cajas similares, se faculta a los consejos respectivos para que puedan acordar la disminución hasta de un 30% de los intereses que se abonan en cuenta corriente a los imponentes de las referidas instituciones.

Art. 9°. El Presidente de la República queda facultado para aumentar hasta un 50% todas o algunas de las contribuciones anteriores, siempre que la ejecución de esta ley demuestre que sus resultados son satisfactorios, que los fondos consultados resultan insuficientes y que la industria particular puede soportar el mayor gravamen.

Art. 10°. Sin perjuicio de someterse a la jornada de reposo preventivo, podrá el obrero o empleado acogerse a los beneficios que les otorgan las leyes vigentes, sobre licencia por causa de enfermedad, debiendo en todo caso la comisión a que se refiere el artículo 4°, juzgar y resolver lo que más conviene al interesado desde el punto de vista de su salud futura.

Art. 11°. El derecho a la jornada de reposo preventivo es irrenunciable. El asalariado que se acogiere a ella no podrá ser despedido desde que inicie los trámites correspondientes hasta que la comisión lo dé de alta, a menos que el despido se funde en alguna causal de caducidad de las contempladas en los artículos 9° y 164 del *Código del Trabajo*, reconocida por sentencia judicial firme.

Para los efectos de esta ley se excluyen de las causales de caducidad del contrato, las señaladas en el inciso 4° del referido artículo 9° y lo dispuesto en el artículo 10 del *Código del Trabajo*.

En ningún caso será causal suficiente la mera enfermedad del obrero o empleado que haya determinado la sujeción de éste al régimen de reposo preventivo.

Art. 12. El obrero o empleado sometido al régimen de reposo preventivo, no podrá desempeñar en las horas destinadas a este tratamiento, ninguna otra clase de trabajo remunerado y si lo hiciere, perderá el derecho a disfrutar de los beneficios que establece esta ley.

Las cuestiones a que dé origen esta disposición serán resueltas por los juzgados del trabajo.

Art. 13. La infracción por parte de los patrones o empleadores, de cualquiera de las disposiciones de esta ley o la resistencia de los mismos a cumplir las disposiciones de las comisiones médicas, será sancionada con multa de 50 a 500 pesos. En caso de reincidencia, la multa se elevará al doble.

La facultad de imponer la multa corresponderá a la respectiva Comisión Provincial Médica.

Podrá reclamarse de la multa ante los juzgados del trabajo del departamento en que funcione la comisión dentro de los 10 días siguientes a la notificación por cédula.

El valor de la multa cederá a favor de la caja que corresponda.

Art. 14. Esta ley regirá sesenta días después del de la fecha de su publicación en el *Diario Oficial*.

Y por cuanto he tenido a bien aprobarlo y sancionarlo; por tanto, promúlguese y llévese a efecto como ley de la república.

Santiago, treinta y uno de enero de mil novecientos treinta y ocho. ARTURO ALESSANDRI. -*E. Cruz Coke.*

ANEXO II

REGLAMENTO ORGÁNICO PARA LA APLICACIÓN DE LA LEY N° 6.174 SOBRE MEDICINA PREVENTIVA

Núm. 360. Santiago, 9 de mayo de 1938. Vista la necesidad de reglamentar la ley N° 6.174, del 31 de enero del año en curso, y lo dispuesto en el artículo 72, N° 2° de la Constitución Política de la República.

Decreto:

Apruébase el siguiente reglamento orgánico para la aplicación de la ley N° 6.174, sobre medicina preventiva.

I. DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°. El presente reglamento se aplicará a las cajas de previsión que a continuación se indican:

- Caja Nacional de Empleados Públicos.
- Caja Nacional de Periodistas.
- Caja de Previsión y Ahorro de los Empleados Municipales de Santiago.
- Caja de Previsión y Ahorro de los Jornaleros Municipales de Santiago.
- Caja de Previsión Social de los Empleados Municipales de Valparaíso.
- Caja de Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez.
- Caja de Previsión y Estímulo del Banco de Chile.
- Caja de Retiro y Previsión Social de los Empleados Municipales de la República.
- Caja de Previsión del Personal de la Marina Mercante Nacional.
- Caja de Retiro y Ahorro de los Empleados Municipales de Magallanes.
- Caja de Retiro y Previsión Social de los Empleados del Club Hípico de Santiago.

Caja de Ahorro y Retiro de los Empleados del Hipódromo Chile.
Caja de Retiro y Previsión de los Preparadores y Jinetes.
Caja de Previsión de los Empleados Particulares.
Sección Previsión del Banco Central de Chile.
Sección Especial de Previsión para los Empleados del Banco Francés e Italiano para América del Sur.
Caja de Retiro y Ahorro de los Empleados del Banco Hipotecario de Chile.
Sección de Retiro y Ahorro de los Empleados del Banco Italiano.
Sección de Retiro y Ahorro de los Empleados del Banco Hipotecario de Valparaíso.
Sección de Previsión del Banco de A. Edwards y Cía.
Sección de Retiro del Banco Alemán Transatlántico.
Sección de Previsión del Banco de Talca.
Caja de Previsión para los Empleados del Salitre.
Sección de Retiro de los Empleados de Gildemeister y Cía.
Sociedad de Previsión Social La Inmobiliaria.
Sección de Retiro de los Empleados de Hochschild y Cía.
Sección de Previsión Social de los Empleados de la Compañía de Consumidores de Gas de Santiago.
Sección Especial de Previsión para los Empleados de la Compañía de Cervecerías Unidas.
Caja de Previsión de la Mutual de la Armada.
Sección de Previsión de la Compañía Sudamericana de Vapores.
Caja de Retiro y Previsión Social de los Empleados del Valparaíso Sporting Club.
Caja de Retiro y Previsión Social de los Preparadores, Jinetes y Empleados de corral del Club Hípico de Concepción.
Caja de Ahorro y Retiro de los Empleados del Club Hípico de Concepción.
Caja de Ahorro y Retiro de los Empleados del Club Hípico de Antofagasta.
Caja de Ahorro y Retiro de los Preparadores, Jinetes y Empleados de corral del Club Hípico de Antofagasta.
Mutual de Carabineros.
Caja de Previsión de los Carabineros de Chile.
Caja de Retiro y Montepío de las Fuerzas de la Defensa Nacional.
Caja de Retiro y Previsión Social de los Ferrocarriles del Estado.
Departamento de Previsión de la Caja de Crédito Hipotecario.
Departamento de Previsión del Personal de la Caja de Crédito Agrario.
Caja de Previsión y Estímulo del Personal de la Caja Nacional de Ahorro.
Caja de Ahorro y Retiro de los Empleados de la Sociedad Rural de Magallanes.

Se aplicará, también, este reglamento a las instituciones de previsión semejantes a las enumeradas, que se creen en el futuro.

Para el mejor cumplimiento de las prescripciones sobre medicina preventiva, el Presidente de la República dictará reglamentos especiales para cada una de las



Hilados de Rayón Said S.A. Enfermera atendiendo a un operario, 1950. Fotografía de Marcos Chamudes Reitich. Colección Archivo Fotográfico, Museo Histórico, Santiago de Chile.

cajas a fin de complementar las contenidas en el reglamento orgánico y desarrollar, de acuerdo con sus modalidades, las disposiciones necesarias para poner en práctica la ley N° 6.174.

El reglamento para la Caja de Empleados Particulares contendrá, también, las disposiciones especiales a que se ceñirán los organismos auxiliares para realizar las prestaciones de medicina preventiva a que se refieren la ley y el presente reglamento.

Art. 2°. Las cajas que actualmente cubren el riesgo de enfermedad, organizarán las prestaciones médicas de manera que comprendan las que ha establecido la ley N° 6.174 sobre medicina preventiva y su reglamento orgánico.

Las cajas que no cubren el riesgo de enfermedad y las que sean de simple ahorro individual, deberán establecer servicios médicos para otorgar las prestaciones que les impone la citada ley. Las cajas podrán asociarse para estos fines, coordinar sus servicios y celebrar convenios entre ellas, con el objeto de hacer una atención más eficiente y abaratar su costo.

La asociación, coordinación o celebración de convenios entre las cajas, con las que ya tengan establecidos servicios médicos, serán obligatorios en aquellas localidades en que el número de imponentes no justifique la creación de servicios propios, a juicio del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.

La organización que las cajas acuerden dar a los servicios de medicina preventiva y los convenios que celebren entre ellas, deberán, también, ser aprobados por el Ministerio.

Art. 3°. Cuando a una caja de previsión no le resultare económico establecer los servicios a que se refiere el artículo anterior, cumplirá sus obligaciones de medicina preventiva, poniendo el 2½% de sus entradas brutas a disposición del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, el cual se encargará de contratar los servicios correspondientes en otra institución de previsión. El subsidio-reposo correrá por cuenta de la caja de la cual fuere imponente.

Art. 4°. Los servicios de medicina preventiva de las cajas deberán vigilar el estado de salud de sus imponentes y adoptar las medidas necesarias para descubrir y tratar oportunamente aquellas enfermedades cuya terapéutica precoz resulta más económica e impide el desarrollo de complicaciones irreversibles, como la tuberculosis y la sífilis, y aquéllas en que una adaptación del trabajo a la capacidad física del individuo permite prolongar la vida activa, como las afecciones cardiovasculares y las enfermedades profesionales.

Art. 5°. Para satisfacer las necesidades derivadas de la aplicación de la ley, las cajas estarán autorizadas para destinar fondos, independientemente o asociadas, con el fin de construir o instalar: casas de reposo, centros de reeducación profesional, colonias agrícolas, centros de recreación y colonias de veraneo y descanso.

Art. 6°. Las cajas a que se refieren los incisos 2° y 3° del artículo 1° de la ley, utilizarán, para los fines de ésta, sin cargo para ellas, las enfermerías, laboratorios, instalaciones, establecimientos y personal sanitario que las instituciones afectas posean o mantengan.

Las jefaturas y funcionarios de las instituciones comprendidas en el inciso 2° del artículo 1° de la ley estarán obligadas a colaborar en la aplicación de las dis-

posiciones sobre medicina preventiva, en la forma establecida por la ley, su reglamento y las instrucciones que los complementen.

Art. 7°. El examen de salud y demás beneficios de carácter médico de que tratan la ley N° 6.174 y el presente reglamento, podrán ser extendidos a los imponentes pasivos y a las familias de los imponentes en los casos y condiciones que se establezcan en el reglamento especial de cada caja.

Art. 8° Los servicios médicos de beneficencia y asistencia social y los dependientes de la Dirección General de Sanidad, colaborarán con los servicios de medicina preventiva de las cajas, especialmente, en lo que se refiere al examen y tratamiento de los miembros de la familia de los imponentes que presenten alguna afección tuberculosa o sifilítica y que no estén afectos a un régimen de previsión.

Art. 9°. Para los efectos de la aplicación de las disposiciones sobre medicina preventiva, el fisco, las municipalidades y las empresas o servicios costeados con fondos fiscales o municipales, serán considerados como patrones o empleadores de los obreros o empleados que ocupen.

Las disposiciones sobre medicina preventiva y el presente reglamento se aplicarán a todos los imponentes de las cajas de previsión enumeradas en el artículo 1°, sin atenerse a la denominación o calidad especial que a ellos les asignen otras leyes o reglamentos, quedando, por tanto, dichas personas, comprendidas en los términos genéricos de “obrerros o empleados” que usa la ley.

II. DEL EXAMEN DE SALUD, DE LOS EQUIPOS MÉDICOS Y DE LAS COMISIONES DE MEDICINA PREVENTIVA

Art. 10. El examen de salud es obligatorio y las cajas adoptarán las medidas conducentes a realizar en forma sistemática el empadronamiento sanitario de la población afiliada.

Art. 11. Las cajas no darán curso a ninguna presentación, en que se solicite alguno de los beneficios facultativos que éstas otorgan, del imponente que no acreditare haberse sometido a examen. Para dicho efecto, los servicios médicos otorgarán un certificado al imponente examinado.

Art. 12. El examen de salud deberá realizarse por lo menos una vez al año, pudiendo las cajas disponer la repetición de este examen cuantas veces lo estimen conveniente.

Los imponentes podrán solicitar, en cualquier momento, que el servicio médico de la caja lo someta a un examen de salud, el cual sólo será gratuito en el caso que hubieren transcurrido más de seis meses del último examen.

Art. 13. El examen de salud tiene por objeto principal la investigación de la tuberculosis, la sífilis, las afecciones cardiovasculares y las enfermedades profesionales y servirá para determinar las personas que deben acogerse al reposo preventivo.

Art. 14. El examen de salud será realizado por equipos médicos en la forma que más adelante se establece.

Art. 15. Los equipos médicos estarán autorizados para hacer los exámenes de salud en las fábricas, faenas, obras, establecimientos u oficinas donde se desempeñen los obreros o empleados y los patrones o empleadores estarán obligados a permitirles la entrada y prestarles la cooperación que soliciten. La resistencia a la labor de las comisiones indicadas, será sancionada de acuerdo con el artículo 13 de la ley.

Este examen deberá realizarse fuera de las horas de trabajo, salvo que se acordare otra cosa con el patrón, empleador o jefe de repartición pública.

Art. 16 Los equipos médicos estarán constituidos por un médico jefe y el personal de ayudantes y auxiliares necesarios.

Art. 17. El examen de salud consistirá en las siguientes pruebas como mínimo:

- a) Examen clínico somero, consistente en: peso, talla, inspección general, pulso, presión arterial y auscultación del tórax (corazón, pulmones);
- b) Examen radiológico del tórax.
- c) Reacción de Kahn o Wassermann.

Si el examen revelare alguna de las enfermedades a que se refiere el artículo 4°, el individuo será sometido de inmediato a tratamiento.

En caso que el equipo médico estimare que el imponente requiere reposo preventivo total o parcial, enviará las informaciones necesarias a la comisión de medicina preventiva correspondiente, la que determinará acerca del reposo preventivo y sus condiciones.

Art. 18. Cuando el examen de salud revelare alguna afección que no se encuentre comprendida entre las mencionadas en el artículo 4° del presente reglamento, las cajas que tengan servicios médicos procurarán al enfermo los medios necesarios para tratarse, en conformidad a las disposiciones que rijan en la respectiva caja.

Art. 19. Las comisiones de medicina preventiva estarán constituidas, a lo menos, por tres médicos, de los cuales uno deberá ser especialista en tuberculosis.

Art. 20 Las comisiones de medicina preventiva y los equipos médicos serán establecidos y designados por los consejos directivos a propuesta de las jefaturas médicas de las respectivas cajas, de acuerdo con las necesidades del servicio.

Art. 21. Las cajas de previsión comprendidas en los incisos 2° y 3° del artículo 1° de la ley, designarán los equipos médicos de exámenes de salud y las comisiones de medicina preventiva de entre el personal sanitario de las instituciones afectas (Caja de Previsión de Carabineros, Caja de Previsión de los Ferrocarriles del Estado, Caja de Retiro y Montepío de las Fuerzas de la Defensa Nacional), siempre que sea reconocido por las cajas en calidad de técnico oficial de ellas, pudiendo integrarlas con un representante de la respectiva caja.

Art. 22. Las comisiones de medicina preventiva y los equipos médicos podrán ser mixtos, esto es, podrán servir a dos o más cajas y estar constituidos por personal perteneciente a diversos organismos de previsión, en conformidad a los acuerdos que celebren entre ellos.

Art. 23. Las comisiones de medicina preventiva, para dictaminar, formarán un expediente con los datos que les proporcione el respectivo equipo médico, a saber:

- a) Historia clínica y examen completo del enfermo, según las normas contenidas en las instrucciones;

- b) Encuesta social que comprenda el estudio individual y familiar y
- c) Informe acerca de las condiciones en que se desarrolla su trabajo, la naturaleza de éste y las relaciones de la labor que desempeña con su estado de salud.

Art. 24. Al expedir un dictamen deberá consignar:

- a) Opinión clínica;
- b) Probabilidades de recuperación del enfermo (total o parcial, transitoria o permanente);
- c) Si para su salud futura debe cambiar de actividades o podrá reintegrarse a sus labores habituales después de terminado el reposo;
- d) Tratamiento y servicio donde debe concurrir para tratarse y
- e) Si debe someterse a reposo o no. En caso afirmativo, si es total o parcial, el tiempo que debe durar, si debe cumplirse en casa de salud o en clima especial, internado o no en un establecimiento.

En caso de acordarle el reposo preventivo, deberá comunicarse su resolución al patrón, empleador o jefe de repartición pública a que pertenezca el afectado, como, igualmente, a la jefatura del servicio médico de la caja.

No debe incluirse en la comunicación destinada al patrón, empleador o jefe de repartición pública, ningún dato referente a los resultados del examen o de la encuesta social.

Art. 25. Las jefaturas médicas de las cajas tendrán la dirección, supervigilancia y control de los equipos médicos y de las comisiones de medicina preventiva y deberán impartir las órdenes necesarias para su mejor desempeño, de acuerdo con el reglamento orgánico, las instrucciones que dicte el Presidente de la República por intermedio del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social y el reglamento particular de cada caja.

En caso de comisiones mixtas, las órdenes deberán impartirse, de acuerdo con el convenio que se haya celebrado entre las cajas contratantes.

Art. 26. El examen de salud obliga a las personas que padecen de sífilis a:

- a) Someterse al tratamiento indicado por el médico;
- b) Concurrir a los servicios de tratamiento en los días y horas indicados y
- c) Someterse a la vigilancia médico-preventiva periódica.

Esta última obligación regirá respecto a todas las personas que la comisión determine, cualquiera que sea su enfermedad y aun cuando no se le somete a reposo preventivo.

El incumplimiento de cualquiera de estas obligaciones hará perder al imponente el derecho de gozar de los beneficios establecidos en la ley y su reglamento, e incurrirá en la sanción contemplada en el artículo 11 del presente reglamento.

Los médicos tratantes tendrán la obligación de denunciar a la jefatura médica de la caja, la trasgresión a lo dispuesto en este artículo.

Art. 27. Los médicos y demás personal, a quienes en razón de sus funciones les corresponde intervenir en el examen de salud o en otorgamiento de los reposos preventivos, estarán obligados a guardar el más estricto secreto acerca de las afecciones de que padecen los interesados, tratamientos y detalles de la encuesta social.

El incumplimiento de esta obligación será motivo suficiente para separarla de

su cargo, si dependiere directamente de la caja. En caso contrario, la caja deberá proceder a reemplazarlo, determinación que comunicará a los jefes del infractor

Los reclamos que se produzcan por infracción a esta disposición serán conocidos por la jefatura del servicio médico de la caja correspondiente, para la aplicación de la medida disciplinaria consultada en el inciso anterior.

III. DE LAS COMISIONES PROVINCIALES MÉDICAS DE RECLAMOS

Art. 28. Funcionará, en cada cabecera de provincia, una comisión provincial médica de reclamos, encargada de conocer y resolver los reclamos que los patrones o empleadores, los obreros o empleados afectados, entablen en contra de los acuerdos que adopten las comisiones de medicina preventiva.

Corresponderá a esta comisión aplicar las multas a que se refiere el artículo 13 de la ley N° 6.174.

El procedimiento será el indicado en el capítulo v de este reglamento.

Art. 29. La comisión provincial se compondrá de tres médicos designados por las siguientes personas:

Uno, por el Presidente de la República, que la presidirá;

Uno, por los empleadores o patrones y

Uno, por los obreros y empleados.

La designación del representante médico de los empleadores o patrones será hecha por los presidentes o sus delegados de todas las organizaciones patronales o de empleadores con personalidad jurídica, de la provincia, en la reunión que convocará el intendente respectivo, para este objeto, resultando elegido el que obtenga mayoría de votos, si dos o más obtuvieren mayor número de votos, el Intendente resolverá el empate.

En caso de no existir organizaciones patronales o de empleadores, la designación será hecha por el Presidente de la República.

En la provincia de Santiago la convocación será hecha por el Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.

La designación del representante de los obreros y empleados se sujetará al mismo procedimiento de citación, convocándose para ello a los presidentes de sindicatos legalmente constituidos e instituciones de empleados con personalidad jurídica, quienes comparecerán representados por el presidente o su delegado.

Si no se produjera acuerdo, se hará votación, resultando elegido el que obtenga mayoría de votos. Si dos o más resultaren con el mismo número de votos el Intendente resolverá el empate.

Si no existieran en la provincia, sindicatos o instituciones de empleados con personalidad jurídica, la designación la hará el Intendente.

Art. 30. El Intendente comunicará al Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, los nombres de las personas designadas para el efecto de dictar un decreto que declare constituida la comisión provincial médica de reclamos correspondientes.

Art. 31. Los miembros de estas comisiones durarán tres años en sus funciones y podrán ser reelegidos.

El cargo de miembro de la comisión provincial médica de reclamos es incompatible con el de miembro de la comisión de medicina preventiva.

Art. 32. Estas comisiones serán convocadas por su presidente cada vez que tengan asuntos que tratar y se reunirán en una oficina de la Intendencia.

Actuará de secretario el que lo sea de la respectiva intendencia, salvo en Santiago y Valparaíso, en donde será designado por el Presidente de la República.

Art. 33. Podrá, por causas graves, el Presidente de la República declarar en reorganización las comisiones provinciales médicas de reclamos.

En la nueva comisión que se constituya no podrá figurar ninguna de las personas que formaban parte de la comisión reorganizada, salvo la designada por el Presidente de la República.

IV. DEL REPOSO PREVENTIVO

Art. 34 Reposo preventivo es un derecho que la ley concede a los imponentes activos de las cajas de previsión, que padecen una o varias de las enfermedades determinadas en el presente reglamento, o que, por su estado deficiente de salud, están expuestos a contraerlas, siempre que la suspensión total o parcial del trabajo sea parte de su tratamiento racional y que se encuentren en condiciones de ser recuperados o de prolongárseles la vida activa y la capacidad productora.

Este derecho consiste en la facultad de reducir la jornada ordinaria de trabajo a la mitad o de suspenderla totalmente, por un período determinado conservándole, al afectado, su ocupación, y teniendo derecho a gozar del subsidio-reposo.

En el primer caso, se llama reposo preventivo parcial y, en el segundo, recibe el nombre de reposo preventivo total.

Para gozar de este derecho se necesita que sea declarado por la comisión de medicina preventiva en la forma establecida por la ley y reglamento.

Art. 35. Las normas técnicas que regirán el otorgamiento del reposo preventivo total o parcial, serán fijadas en las instrucciones a que se refiere el artículo 25.

Art. 36. La forma del reposo parcial no deberá aplicarse en aquellas faenas donde la interrupción de la jornada de trabajo produzca perturbaciones: sustituyéndose en tales casos por la jornada de reposo total.

En caso de duda, deberá, antes de decretarse, pedir informes a la jefatura médica de la caja, la cual se encargará de hacer el estudio correspondiente y evacuar la consulta.

Art. 37. Por jornada ordinaria de trabajo se entiende, para los obreros y empleados afectos al *Código del Trabajo*, la definida en los artículos 24, 125 y 128 del mismo, y para las demás personas a que se refiere la Ley de Medicina Preventiva, la fijada por la jefatura correspondiente, en conformidad a las disposiciones legales y reglamentarias que rijan en las instituciones en que se desempeñan.

Art. 38. Las comisiones de medicina preventiva estarán facultadas para determinar, en cada caso, la forma como las personas que desempeñan funciones que,

por su naturaleza, no están sometidas a jornadas de trabajo, podrán cumplir el reposo preventivo.

Art. 39. Subsidio-reposo es la cantidad de dinero que la caja de previsión a que está afecto el obrero o empleado, abona a éste durante el tiempo que permanece en reposo preventivo parcial o total y equivale, en el primer caso, a la mitad, y en el segundo, al total de la suma sobre la cual el obrero o empleado impone en la caja respectiva.

Esta suma se determinará calculando el promedio de las cantidades sobre las cuales el obrero o empleado haya impuesto en los últimos tres meses.

Respecto a los empleados públicos, esta cantidad será igual al monto del sueldo sobre el cual impone en la caja respectiva, sumados los sobresueldos fijos y las gratificaciones establecidas por ley, determinados en conformidad a la regla del inciso anterior.

Art. 40. El subsidio-reposo que corresponda, se pagará directamente al interesado, en las mismas condiciones de tiempo en que se ajustaban sus emolumentos cuando estaba en trabajo activo, siempre que no tenga cargas familiares. En caso contrario, deberá repartirse esta suma de acuerdo con los resultados de la encuesta social y entregarse directamente a la o a las personas que correspondan, las cantidades necesarias, de acuerdo con las cargas familiares que se hubiesen determinado.

Art. 41. Los reposos preventivos podrán otorgarse en cada provincia hasta concurrencia de los fondos disponibles para este objeto.

Art. 42. El reposo preventivo, una vez acordado, produce los siguientes efectos:

1° Respecto del patrón o empleador:

- a) Respetar el tipo de reposo preventivo acordado;
- b) La obligación de conservarle el puesto al obrero o empleado por el tiempo que dure el reposo preventivo;
- c) No podrá despedirlo desde que inicie los trámites correspondientes, mientras permanezcan en reposo preventivo y hasta que la Comisión de Medicina Preventiva lo dé de alta, salvo los casos previstos por el artículo 11 de la ley, en relación con el artículo 49 de este reglamento.
- d) Deberá colocar a media jornada de trabajo, al individuo sometido a reposo parcial, conservándole el goce del equivalente del 50% de la remuneración de jornada ordinaria de trabajo de que gozaba en el momento de ser puesto en reposo y
- e) Reponer en su puesto al obrero o empleado que haya terminado el periodo de reposo.

2° Respecto del obrero o empleado:

- a) Reduce la jornada ordinaria de trabajo a la mitad o la suspende totalmente;
- b) Percibe la mitad de su remuneración de trabajo ordinario y el subsidio-reposo parcial o el subsidio reposo total, según el caso, deducidos los descuentos autorizados por el presente reglamento;
- c) No podrá desempeñar, en las horas destinadas a reposo, ninguna otra clase de trabajo remunerado y

- d) Deberá cumplir con las siguientes obligaciones.
- 1) Someterse al tratamiento indicado por el médico;
 - 2) Concurrir a los servicios de tratamientos en las horas y días que le hayan sido fijados;
 - 3) Cumplir el reposo en los sitios o establecimientos que se le indiquen y someterse a los reglamentos internos de dichos establecimientos; y
 - 4) Las demás condiciones que se le fijen al otorgárseles el reposo preventivo.

El incumplimiento de cualquiera de las obligaciones indicadas en la letra d), autorizará a la Comisión de Medicina Preventiva para suspender el régimen de reposo al rebelde.

Art. 43. Las cajas de previsión, en relación con el reposo preventivo de los imponentes, deberán cumplir las siguientes obligaciones:

- a) Abonar el total o el 50% del subsidio-reposo que corresponda, deducidas las imposiciones y descuentos legales, las acordadas en los reglamentos especiales de cada caja, de acuerdo con lo prescrito en el presente reglamento;
- b) Abonar el total o el 50% de las imposiciones patronales actuales de los imponentes sometidos a reposo preventivo total o parcial;
- c) Dispensarle atención médica en conformidad al reglamento especial de cada caja; y
- d) Proporcionarle gratuitamente los medicamentos necesarios para el tratamiento antilúético. Las cajas podrán disponer franquicias para abaratarles a los imponentes la adquisición de otros medicamentos.

Art. 44. El reposo preventivo durará el tiempo que determine la Comisión de Medicina Preventiva, no pudiendo otorgarse por períodos mayores de un año, y podrá renovarse cuantas veces se estime necesario.

Las renovaciones se sujetarán a las mismas normas y formalidades prescritas para otorgar el reposo preventivo, y los trámites correspondientes deberán iniciarse ocho días antes de vencido el plazo, a fin de que el patrón, empleador o jefe de repartición pública, sea notificado oportunamente.

Art. 45. El reposo preventivo parcial podrá ser substituido por el simple cambio de labores en jornada ordinaria de trabajo, siempre que éstas sean compatibles con el estado de salud del afectado y la Comisión de Medicina Preventiva así lo resolviere, a propuesta del patrón o empleador.

Art. 46. Las personas sometidas a reposo parcial o total quedan bajo la vigilancia médico-preventiva del servicio médico de la caja que corresponda.

El médico a cargo de esta labor, o el médico tratante, estarán facultados para solicitar del equipo médico respectivo un nuevo examen gratuito del interesado, si se estimare que el individuo sometido a reposo preventivo parcial debe ser favorecido con reposo total por convenir a su restablecimiento, dado el curso seguido por la afección.

Iguales facultades tendrán en el caso en que las personas sometidas a reposo total experimenten, antes del plazo establecido, una mejoría tal que permita colo-



Enfermo del hospital siquiátrico de Putaendo. Fotografía de José Carvajal. Colección Archivo Fotográfico, Museo Histórico, Santiago de Chile.

carlos en reposo parcial o suprimir todo reposo. Asimismo se procederá en el caso de reposo parcial, para los efectos de suprimirlo.

Art. 47. Los médicos tratantes o los médicos a cargo de la vigilancia médico-preventiva del imponente sometido a reposo, deberán dar cuenta a la jefatura médica de la caja que corresponda y a la Comisión de Medicina Preventiva respectiva, cuando el afectado se niegue a observar las condiciones inherentes al reposo, a las cuales se refiere la letra d) del N° 2 del artículo 42 para el efecto señalado en el inciso final de la citada disposición.

Art. 48. El individuo sometido a reposo parcial, o dado de alta después de haber estado en reposo total, se considerará con aptitud física para la industria o faena en que labora, salvo que la Comisión de Medicina Preventiva declare lo contrario.

Art. 49. Las obligaciones que la ley impone al patrón o empleador en sus artículos 6° y 11°, en orden a respetar el reposo preventivo acordado, a mantener en su empleo al obrero o empleado y a reponerlo en su puesto, le impiden dar por terminados los servicios del asalariado desde el momento en que inicia el trámite, durante el reposo preventivo y hasta que la Comisión de Medicina Preventiva lo dé de alta, a menos que pueda invocar alguna de las causales de caducidad a que se refiere el citado artículo 11 de la ley.

Art. 50. El despido de un obrero o empleado efectuado en el lapso comprendido entre la iniciación de los trámites, durante el reposo preventivo y hasta que la Comisión de Medicina Preventiva lo dé de alta, no exonerará al patrón o empleador de ninguna de las obligaciones que la ley o el presente reglamento le imponen, mientras la Comisión Provincial Médica de Reclamos no lo declare así con el mérito de sentencia firme del tribunal competente que reconozca la legitimidad del despido, conforme con lo dispuesto en los artículos 11 de la ley, y 49 de este reglamento.

La negativa del patrón o empleador a reponer al obrero o empleado despedido, a pagarle la remuneración correspondiente o a cumplir cualquiera de las demás obligaciones, facultará a la Comisión Provincial Médica de Reclamos para multar al infractor y reiterar las multas, mientras subsista su rebeldía, sin perjuicio del derecho de los interesados para ocurrir a los tribunales del trabajo, en la forma ordinaria.

Art. 51. Se entenderán iniciados los trámites tendientes a obtener el reposo preventivo, desde el momento en que el equipo médico eleva a conocimiento de la respectiva Comisión de Medicina Preventiva, las informaciones a que alude el inciso 3° del artículo 17, circunstancia que deberá ser comunicada al patrón o empleador.

Resuelto por la Comisión de Medicina Preventiva o por la Comisión Provincial Médica de Reclamos, en su caso, que el obrero o empleado debe someterse a reposo preventivo, los efectos de esta resolución se retrotraerán a la fecha del examen de salud y se entenderá que desde ese momento están iniciados los trámites de que trata el inciso 1° de este artículo.

Se entenderá dado de alta al obrero o empleado después de transcurridos quince días desde el vencimiento del plazo establecido en el artículo 53, a menos que la

Comisión de Medicina Preventiva acuerde la prórroga del reposo, en conformidad al inciso 2° del artículo 44.

Art. 52. Las personas no afectas al *Código del Trabajo*, en los casos contemplados en el artículo 50, sólo podrán ser despedidas de acuerdo con lo establecido al respecto en las leyes, estatutos o reglamentos orgánicos que rijan en las instituciones o servicios en que se desempeñan, y siempre que se pueda invocar causal semejante a las indicadas respecto de los obreros o empleados particulares, u otra de igual o mayor gravedad, establecida con el mérito de sumario administrativo o en sentencia firme del tribunal competente, sin perjuicio de las facultades constitucionales del Presidente de la República.

Art. 53. El obrero o empleado deberá presentarse al patrón o empleador o jefe de repartición pública dentro de los días siguientes al término del plazo durante el cual hubiere estado gozando de reposo preventivo, con el objeto de reasumir sus actividades.

El incumplimiento de esta obligación sin motivo justificado importará la causal de caducidad de los artículos 9° N° 10 y 164 N° 1 del *Código del Trabajo*.

Art. 54. El tiempo durante el cual la persona esté sometida a reposo preventivo, se reputará tiempo trabajado para todos los efectos legales, a menos que la ley expresamente exija trabajo efectivo.

Art. 55. Las cajas deberán establecer en sus reglamentos particulares los casos y condiciones en que sus imponentes podrán utilizar las casas de reposo y demás establecimientos que habiliten o instalen para cumplir las finalidades de la Ley de Medicina Preventiva.

También fijarán las tarifas de costo de la atención y estada en los establecimientos a que se refiere el inciso anterior y la cuota de ellas con que el afectado deberá contribuir en proporción con el monto del subsidio-reposo que reciba.

Esta cuota será descontada directamente del subsidio-reposo.

Iguales disposiciones regirán para todos los tratamientos no gratuitos.

Art. 56. En caso de que el empleado u obrero sea imponente de dos o más cajas de previsión, la Comisión de Medicina Preventiva de la caja en que impone por mayor sueldo será la competente para resolver sobre el reposo preventivo y el equipo médico de ella se encargará del examen de salud.

La resolución que adopte la comisión competente será obligatoria para las otras cajas en que el afectado imponga.

Art. 57. En el caso contemplado en el artículo anterior, la Comisión de Medicina Preventiva comunicará a las demás cajas y a todos los empleadores la resolución adoptada. Esta resolución tendrá carácter obligatorio para todos los patrones o empleadores y su infracción será sancionada en la forma establecida por la ley y este reglamento.

Art. 58. Si se acordare reposo preventivo parcial al imponente que desempeña dos o más cargos, la comisión estará facultada para determinar cuál será el trabajo que podrá seguir desempeñando el afectado, es decir, determinará con cuál o cuáles empleadores podrá continuar trabajando.

En el caso previsto, el afectado tendrá derecho a subsidio-reposo sólo sobre las rentas por las cuales impone en la caja o cajas de previsión a que esté afecto.

Para todos los empleadores rigen las disposiciones legales y reglamentarias pertinentes.

Art. 59. La licencia por enfermedad procederá en aquellos casos en que la naturaleza de la afección de que padece el imponente le impida ejercer su trabajo habitual y no esté comprendida entre las señaladas por la ley y este reglamento, o que, estándolo, no concurren las circunstancias determinadas en el artículo 34 para el otorgamiento del reposo preventivo.

Respecto a los obreros se aplicarán las mismas normas ajustadas a las disposiciones que rigen los subsidios de enfermedad que les acuerda la ley N° 4.054.

V. DEL PROCEDIMIENTO EN LOS CASOS DE RECLAMOS Y DE INFRACCIONES

Art. 60. Los reclamos en contra de las resoluciones de las comisiones de medicina preventiva de que trata el artículo 3° de la ley, deberán ser interpuestos por escrito o verbalmente ante la Comisión Provincial Médica de Reclamos que corresponda, dentro del tercer día, contados desde la fecha en que se comunique la resolución a los interesados.

Las resoluciones de la Comisión de Medicina Preventiva quedarán suspendidas hasta que la Comisión Provincial Médica de Reclamos dictamine.

Art. 61. Recibido el reclamo, el presidente la transmitirá a la Comisión de Medicina Preventiva afectada, para que informe a su tenor y remita todos los antecedentes que obren en su poder. La Comisión de Medicina Preventiva dispondrá del plazo de cinco días para evacuar dicho informe.

Al mismo tiempo comunicará, por carta certificada, el reclamo al patrón o empleador, si fuere obrero o empleado el reclamante, o a éstos en el caso contrario, para que dentro del plazo de que dispone la Comisión de Medicina Preventiva aleguen lo que interese a su derecho y ofrezcan las pruebas que vieran convenirles.

Art. 62. Si los interesados ofreciesen pruebas, la Comisión Provincial Médica de Reclamos les fijará un breve término para rendirlas, término que no excederá de cinco días.

Con el mérito de lo informado por la comisión reclamada y de la prueba que se produzca, se dictará resolución en el plazo de cinco días.

Este plazo se contará desde que la comisión de medicina reclamada haya evacuado su informe o desde el vencimiento del término de prueba, en su caso.

Art. 63. La resolución que se adopte será transcrita a la Comisión de Medicina Preventiva, a la jefatura del servicio médico de la caja y notificada por cédula a los interesados para su cumplimiento.

Art. 64. La infracción por parte de los patrones o empleadores de cualquiera de las disposiciones de la Ley de Medicina Preventiva, o la resistencia de los mismos a cumplir las resoluciones de las comisiones de medicina preventiva a que se refiere el artículo 13 de la ley N° 6.174, será sancionada con una multa de 50 a 500 pesos. En caso de reincidencia, la multa se elevará al doble.

La facultad de imponer la multa corresponderá a la respectiva Comisión Provincial Médica de Reclamos.

Art. 65. Estas infracciones podrán ser perseguidas de oficio o a requerimiento de la parte interesada.

Art. 66. La denuncia particular deberá ser presentada por escrito a la Comisión Provincial Médica de Reclamos que corresponda, con indicación del nombre, profesión y domicilio del denunciante y denunciado y de la exposición clara y detallada de los hechos y fundamentos en que se apoya.

Art. 67. Recibida la denuncia, la comisión citará al posible infractor, así como al denunciante, y examinará separadamente a los testigos y demás medios probatorios que se le presenten, o practicará oficiosamente las investigaciones necesarias para el esclarecimiento de los hechos denunciados.

Art. 68. Cumplidos los trámites a que se refiere el artículo anterior, que no podrán durar más de ocho días, se tendrá por terminado el procedimiento y la comisión dictará sentencia inmediatamente, o, a más tardar, dentro del tercer día.

Art. 69. Las mismas reglas indicadas en los artículos anteriores se aplicarán cuando se proceda de oficio.

Art. 70. Los infractores condenados a pagar multa deberán acreditar, ante la Comisión Provincial Médica de Reclamos respectiva, dentro del plazo de diez días, contados desde la notificación de la sentencia, el pago de la multa impuesta bajo el apercibimiento indicado en el artículo siguiente.

El entero de la multa podrá verificarse directamente en la caja de previsión respectiva o en una tesorería comunal, en calidad de depósito a la orden de la caja que corresponda.

Este pago se acreditará, en todo caso, con el recibo de la respectiva caja o el comprobante de depósito a la orden de ésta en la tesorería comunal.

Art. 71. Transcurrido el plazo de diez días sin que el infractor acredite haber pagado, el presidente de la Comisión Provincial Médica de Reclamos, comunicará ese hecho por oficio a la caja a favor de quien ceda la multa, acompañándole copia, autorizada por su secretario, de la sentencia, con certificación de estar ejecutoriada, para que proceda a su cobro.

Esa copia tendrá mérito ejecutivo y habilitará a la caja a quien aprovecha la multa para demandar su pago ante la justicia ordinaria, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 32 del decreto con fuerza de ley N°148, del 6 de mayo de 1931, y el procedimiento ejecutivo que esa ley establece para el cobro judicial de las multas decretadas por autoridades administrativas.

Art. 72. La sentencia que imponga multa se entenderá ejecutoriada una vez transcurrido el plazo de diez días señalado en el artículo 73, siempre que no se hubiese interpuesto reclamo en la forma indicada en el artículo siguiente o una vez fallado por sentencia firme.

Art. 73. De las multas aplicadas por la Comisión Provincial Médica de Reclamos, podrá reclamarse ante el juzgado del trabajo que corresponda, dentro de los diez días siguientes a su notificación por cédula. El juzgado tramitará las reclamaciones de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 472 al 476, inciso 1°, del *Código del Trabajo*, decreto con fuerza de ley N° 178.

Para dar curso a la reclamación se exigirá que el infractor compruebe haber cumplido con lo dispuesto en el artículo 70.

Art. 74. El patrón, empleador o jefe de repartición pública y los funcionarios dependientes de las cajas están obligados a denunciar, ante el juzgado del trabajo respectivo, las infracciones al artículo 12 de ley de que toman conocimiento.

Art. 75. Las denuncias a que den origen las contravenciones al artículo 12 de la ley serán resueltas por los juzgados del trabajo y se sujetarán al procedimiento indicado en los artículos 472 y 474 del *Código del Trabajo*, decreto con fuerza de ley N° 178.

La sentencia que se dicte acogiendo el denuncia, deberá ser transcrita a la caja de previsión a la cual esté afecto el infractor.

Art. 76. Los jefes directos de los empleados públicos serán los responsables de las infracciones a que se refiere el artículo 13 de la ley. Igualmente, estos jefes responderán personal y directamente de las multas que las comisiones provinciales médicas de reclamos les apliquen.

Art. 77. Los secretarios de las comisiones de medicina preventiva, y de las comisiones provinciales médicas de reclamos, tendrán el carácter de ministros de fe, para hacer las notificaciones de las resoluciones que pronuncien las respectivas comisiones para todas las actuaciones inherentes a su cargo.

Las notificaciones que sea menester practicar se podrán hacer, también, por algún otro empleado de la comisión o personal de carabineros a quien se encomendare la diligencia, quien procederá con sujeción a las instrucciones que se le impartan, dejando testimonio escrito de su actuación en la forma ordinaria.

Art. 78. Las comisiones provinciales deberán remitir, trimestralmente, al Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, un estado de las multas que hubieren sido impuestas, con indicación del nombre y apellido, profesión y domicilio de los infractores y del denunciante, si lo hubiere.

Deberán, igualmente, remitir un estado de los reclamos que se hubiesen presentado, con indicación de los motivos en que se fundaron y de las resoluciones adoptadas.

VI. DE LOS FONDOS DE MEDICINA PREVENTIVA

Art. 79. Los fondos para financiar los gastos que origine el funcionamiento de la ley N° 6.174, sobre medicina preventiva se formarán en cada caja con:

- a) El producto de la imposición patronal del uno por ciento (1%) sobre los sueldos y jornales. Esta imposición se cobrará sobre el monto de los sueldos y jornales por los cuales se impone en la caja; salvo respecto de los empleados públicos que se hará sobre la suma determinada en el inciso 3° del artículo 39.

Deberá contabilizarse por provincias y sólo podrá invertirse en la provincia donde ha sido recaudada para el pago de los subsidios-reposo de los obreros y empleados de la misma.

También se cargará a este rubro el abono de las imposiciones patronales que deben hacer las cajas a que se refiere el artículo 43, letra b);

- b) La suma que la caja deberá destinar, en conformidad al inciso 3° del artículo 8° de la ley, cuyo monto no podrá exceder del dos y medio por ciento (2,5%) de las entradas brutas.

Entiéndase por entradas brutas todos los ingresos que perciben las cajas, provenientes de los recursos que les acuerden las leyes orgánicas respectivas para financiar las prestaciones y para constituir fondos individuales de retiro o de ahorro.

Igualmente, son entradas brutas las que tienen su origen en la rentabilidad de los capitales acumulados y en las comisiones que se perciban por cualquier clase de operaciones;

- c) Los fondos destinados a medicina preventiva que sobren al término de cada año, se acumularán al mismo fondo para el ejercicio siguiente.

Art. 80. Los imponentes voluntarios y los que, como los preparadores y jinetes, no tienen empleadores, deberán aportar el uno por ciento (1%) a que se refiere el artículo 8° de la ley, al integrar en la respectiva caja de previsión las demás imposiciones que las leyes pertinentes les obliguen.

Art. 81. La imposición a que se refiere la letra a) del artículo 79, se pagará conjuntamente con las actuales imposiciones patronales y en la forma prevista para éstas.

El fisco consultará en la ley de presupuestos una partida para el pago de las imposiciones patronales del uno por ciento (1%) que le corresponde de acuerdo con lo establecido en el artículo 8° de la ley N° 6.174.

Art. 82. Las cajas deberán someter, anualmente, antes de la iniciación del año contable, a la aprobación del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, el presupuesto de medicina preventiva.

Art. 83. Las cajas podrán cargar a los fondos de medicina preventiva el interés del capital invertido en construcciones, instalaciones y demás gastos que signifiquen los establecimientos a que se refiere el artículo 5° del presente reglamento.

Art. 84. Los gastos que demande a las cajas la extensión de los beneficios a que se refieren los artículos 7° y 18, no podrán cargarse a los fondos de medicina preventiva.

Art. 85. Las municipalidades deberán consultar en sus presupuestos, en el rubro "gastos fijos", una partida destinada a cubrir la imposición patronal de uno por ciento (1%) de los sueldos y jornales que, en conformidad al artículo 8° de la ley N° 6.174, del 31 del enero del año en curso, deben cancelar a la caja de previsión respectiva.

Los intendentes como subrogantes de las asambleas provinciales, al pronunciarse sobre los presupuestos municipales, deberán objetar aquellos presupuestos en los cuales no se haya dado cumplimiento al citado artículo de la ley.

ARTÍCULOS TRANSITORIOS

Artículo 1. Las cajas estarán obligadas a enviar al Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, dentro de los 30 días siguientes a la vigencia del presente reglamento, el proyecto de reglamento particular a que se refiere el artículo 1° y el proyecto de organización de los servicios de medicina preventiva para los efectos de lo dispuesto en el inciso 4° del artículo 2°.

Art. 2. Las comisiones de medicina preventiva deberán encontrarse designadas, a más tardar, cuarenta días después de entrar en vigor el presente reglamento. Transcurrido dicho lapso, el Presidente de la República procederá a nombrarlas con cargo a la caja respectiva.

Art. 3. Las cajas deberán dentro de los 20 días siguientes a la vigencia del presente reglamento, fijar la suma con que contribuirán a financiar los gastos de medicina preventiva a que se refiere la letra b) del artículo 79 por el año en curso, debiendo comunicar lo resuelto al Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. Transcurrido dicho lapso, será fijada por el Presidente de la República.

Art. 4. El presente reglamento comenzará a regir desde su publicación en el *Diario Oficial*.

Tómese razón, comuníquese, publíquese e insértese en el boletín de las leyes y decretos del gobierno. ALESSANDRI. -E. Cruz Coke. -F. Garcés Gana.

ANEXO III

INSTRUCCIONES PARA LA MEJOR APLICACIÓN DE LA LEY N° 6.174 DEL 31 DE ENERO DE 1938, SOBRE MEDICINA PREVENTIVA

Núm. 1. Santiago, 6 de junio de 1938. En uso de la facultad que me confiere el N° 2° del artículo 72 de la Constitución Política de la República, dicto las siguientes instrucciones para la aplicación de la ley N° 6.174, del 31 de enero de 1938, sobre medicina preventiva:

TÍTULO I INSTRUCCIONES GENERALES

La morbilidad chilena revelada por encuestas realizadas en diferentes grupos sociales y por la estadística de hospitales y policlínicas, presenta caracteres peculiares que son los fundamentos de la actual política de salubridad que desarrolla el gobierno.

Estas características son:

- 1°. La de mantener, largo tiempo oculta, lo que hace acudir al enfermo a la policlínica o al hospital en una época avanzada de su enfermedad.
- 2°. La de referirse sobre todo a tres tipos de afecciones: sífilis, tuberculosis pulmonar y afecciones cardiovasculares, que por sí solas representan más del 50% del total de la morbilidad chilena exceptuando aquélla en relación con la mortalidad infantil.

Fuera de éstas, alrededor de un 20% corresponde a las enfermedades infecciosas, representando el resto los demás grupos de afecciones (quirúrgicas, digestivas, endocrinas, de nutrición, etc.).

Esta clasificación un tanto arbitraria tiene en vista la acción posible del Estado sobre la salubridad del país. En efecto, al grupo de las enfermedades infecciosas corresponde una política de medicina preventiva ambiental profiláctica basada en

el saneamiento de las poblaciones (agua potable, alcantarillado, habitación, etc.); técnica epidemiológica (vacunación, aislamiento, etc. y control (farmacológico, alimenticio, profesional, etcétera).

Con referencia al grupo de enfermedades que hemos mencionado como las que constituyen los principales factores de morbilidad y mortalidad, que se pueden evitar sólo parcialmente con la política anterior y que en su comienzo pueden ser curadas con relativa facilidad, corresponde al Estado su pesquisa oportuna. La Ley de Medicina Preventiva tiene que hacer, pues, en primer lugar, con ellas. 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 cardiovasculares.

En cuanto al grupo constituido por las afecciones cuyo diagnóstico precoz no significa posibilidad de tratamientos eficaz, o representaría un costo excesivo en relación con 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.

Caracteres que debe tener el examen de salud

Medicina dirigida

Estos antecedentes son importantes de considerar para establecer las normas a que debe sujetarse el examen de salud y que son.

1°. No debe investigar lo que no se va a poder detener.

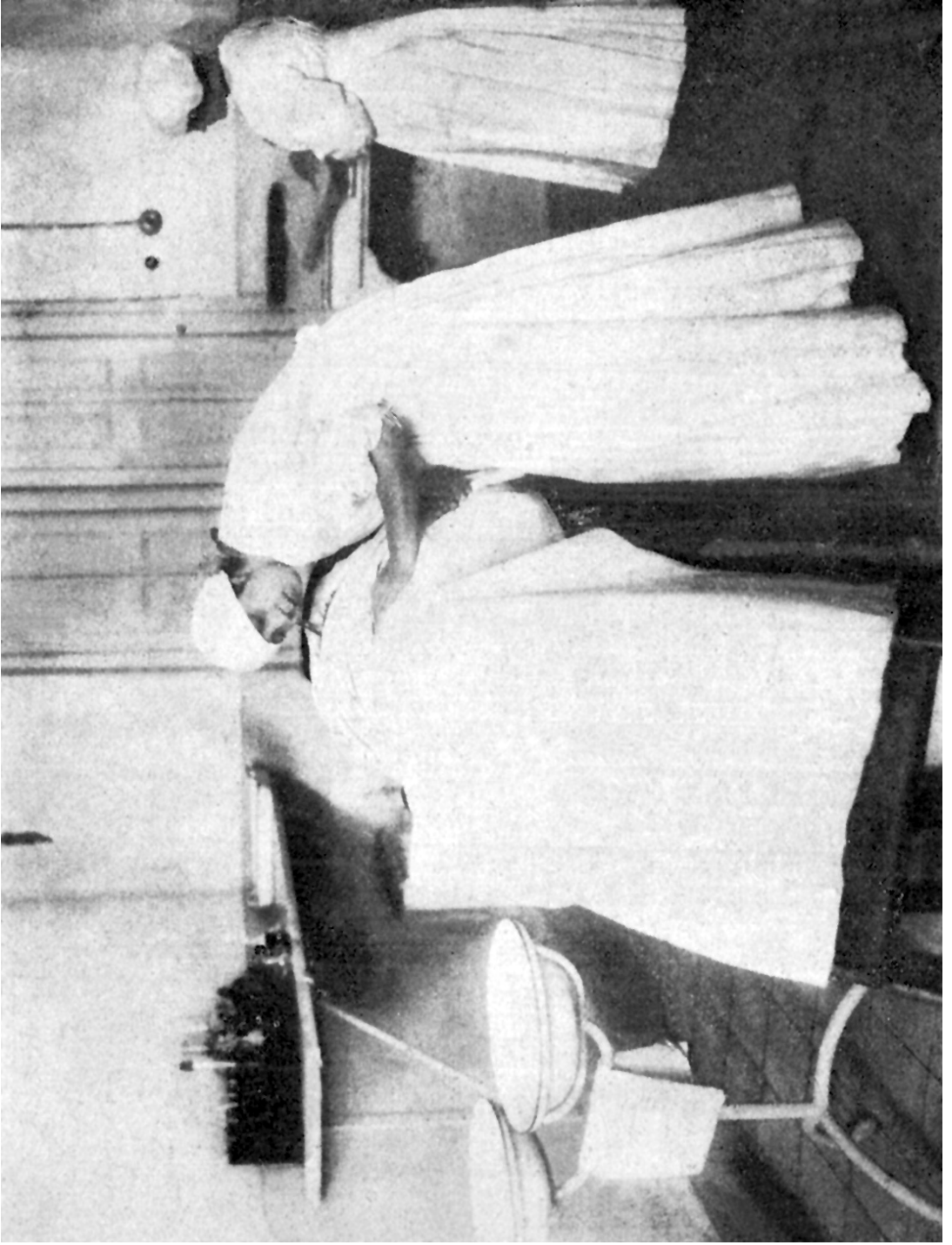
2°. No debe buscar lo que costaría muy caro por el momento, buscar y detener.

El examen de salud deberá, por lo tanto, realizarse en vista principalmente de la investigación de la lúes, de la tuberculosis pulmonar incipiente y de las afecciones cardiovasculares.

El examen general y sumario del individuo revelará naturalmente además otras afecciones que requerirán tratamientos médicos diversos. Las cajas que tengan servicios médicos deberán hacerse cargo de ellas, pues, en todo caso, les será más económico tratar a tiempo a los enfermos que demasiado tarde. Las cajas que no los tengan deberán con el tiempo organizarlos, pero tratándose de afecciones que representan un porcentaje pequeño de morbilidad no deberá esto hoy en día constituir preocupación principal para ellas.

En cambio, todas las cajas deberán disponer desde luego de los medios para detener a tiempo los tres grupos de afecciones que constituyen el motivo principal de la ley.

Estas finalidades se obtendrán objetivando y simplificando al máximo el examen de salud estableciéndolo en tres tiempos:



Pabellón de cirugía, maternidad del Salvador de Antofagasta. Colección Archivo Fotográfico, Museo Histórico, Santiago de Chile.

1^{er} Tiempo. Destinado a separar por medio de una pauta sencilla a los enfermos de los sanos por medio de:

- 1°. El estudio radiológico del tórax (radioscopia; radiografía, sólo en el caso necesario).
- 2°. La reacción de Kahn o Wassermann.
- 3°. El estudio clínico orientado a la investigación de antecedentes de lúes, de tuberculosis y de afecciones capaces de producir lesiones cardíacas y a la constatación de alteraciones que indique un ataque de alguna de estas enfermedades.

Este examen debe ser lo suficiente preciso y breve para juzgar sobre si el obrero o empleado requiere uno más fino con relación a lo pulmonar o cardiovascular. Si el enfermo es encontrado luético se le aplicará, desde luego, el tratamiento respectivo de acuerdo con la pauta indicada en el título III.

Se insiste en que deben despreciarse en este primer examen todas aquellas investigaciones que vayan a molestar inútilmente al enfermo; sondaje, exploraciones uretrales, ginecológicas, etc., para no realizar sino el examen mínimo ya expuesto.

2^o Tiempo. Si el enfermo es sospechoso o confirmado como pulmonar o cardiovascular, se le aplicará alguna de las pautas indicadas en los títulos IV y V de estas instrucciones, con el objeto de decidir la conducta, la más eficaz y económica que debe seguirse con él, en vista de la recuperación de su vida activa.

3^{er} Tiempo. Si se considera que el enfermo requiere reposo preventivo pasará a ser juzgado de acuerdo con los antecedentes obtenidos en el segundo tiempo, por la Comisión de Medicina Preventiva.

El examen de salud deberá permanecer estrictamente secreto.

Se insiste sobre la objetividad del examen de salud a que nos hemos referido para que así sea permitido, no sólo su control, sino también hacerlo comparable, en toda la república, y no sujeto ni al capricho ni al criterio particular de cada funcionario.

Con este objeto los médicos de las diferentes cajas deberán ceñirse estrictamente a las pautas indicadas en estas instrucciones.

Además, los médicos de las diferentes cajas deberán iniciar cursos breves de interpretación radiológica del tórax, sobre todo en vista del diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de tuberculosis incipientes para que cada destino terapéutico sea ajustado junto a la máxima probabilidad de curación, a la máxima economía. En efecto, corresponderá al médico, por lo menos a ciertos médicos calificados, decidir un tratamiento ambulatorio con reposo parcial o un tratamiento sanatorial con reposo total, según un criterio que signifique cierta uniformidad.

Medidas impuestas por el examen de salud

Criterio epidemiológico

Los enfermos que revele el examen de salud y que pertenezcan a cualquiera de estos tres tipos de enfermedades serán así tratados:

- a) Los tuberculosos según la naturaleza, el periodo de su afección y su estado social, serán tratados en forma ambulatoria o en sanatorios de acuerdo con las normas establecidas y la pauta del título IV.

Para tratar la afección de acuerdo con un criterio epidemiológico, los servicios de salubridad, beneficencia y asistencia social se harán cargo preferentemente de los enfermos familiares del tuberculoso asegurado y que ha sido pesquisado. Para esto, dicha dirección establecerá una central de declaración que irá calificando y solucionando los casos en la medida de sus posibilidades.

- b) Los luéticos serán enviados a los servicios organizados para su tratamiento. A su vez para tratar la lúes de acuerdo con un criterio epidemiológico, la Dirección General de Sanidad en relación con las declaraciones respectivas establecidas por los servicios de las cajas, se hará cargo de la profilaxia y del tratamiento familiar respectivo, cuando sea necesario.

- c) Los cardiovasculares, según el caso, serán objeto de cambios de trabajo o de reposo preventivo parcial o total.

El criterio con que debe procederse en este caso es objeto de la pauta indicada en el título V.

En cuanto a los enfermos que revele el examen de salud y que correspondan a otras afecciones, serán enviados a los servicios médicos-curativos que actualmente mantienen algunas cajas o a los servicios generales de asistencia social.

Criterio para otorgar el reposo preventivo

El reposo preventivo que representa la posibilidad de seguir gozando del sueldo íntegro durante la recuperación deberá de preferencia ser otorgado a los casos en los cuales esta recuperación se presenta como más probable y completa.

El espíritu de la Ley de Medicina Preventiva es aumentar la probabilidad de vida activa de los enfermos precoces que la medicina preventiva ambiental no pudo impedir que se produjeran.

Se insiste en que se trata de aumentar con ella la capacidad productora media del individuo chileno, de disminuir el número de pasivos que produce la no intervención de una oportuna acción eficaz en el comienzo de una enfermedad; de retardar la invalidez prematura que en Chile representa un porcentaje muy grande de pasividad para las cajas.

El reposo preventivo, uno de los instrumentos de esta ley, tiene por objeto además, adaptar al individuo a su capacidad de trabajo. En el caso de las afecciones cardiovasculares ya establecidas, aunque en su primer periodo, un reposo preventivo parcial puede prolongar largo tiempo la vida activa del individuo. Representa económicamente un beneficio tanto para la caja en que impone como para la colectividad en que vive, sobre la que de otro modo pesará un número muy grande de pasivos, lastre inútil y grave para una nación joven. En efecto, no hay que olvidar que todo activo aunque no tenga familia tiene cierto porcentaje de pasivos para quienes trabaja y que hay interés en disminuir.

En resumen, la ley deberá comenzar a aplicarse imponiendo un examen de salud objetivo y simple, que tenga en vista principalmente las tres afecciones de anterior referencia y la acción posible sobre ellas. Es una ley que mira hacia la recuperación de vidas activas y con esto hacia el aumento de la capacidad productora más que hacia la prolongación pura y simple de vidas sin objeto.

*Financiamiento del examen de salud
y de las medidas que imponga*

El financiamiento de la ley da margen a muchas posibilidades.

Las cajas pueden disponer hasta del 2,5% de sus entradas brutas para el examen de salud.

Para la Caja de Seguro Obligatorio representa una cifra suficiente para completar sus actuales servicios médicos de manera que este examen se realice en forma sistemática:

- 1°. Fichando a los individuos en cada establecimiento o institución.
- 2°. Aprovechando para realizar este fichaje, los enfermos que acuden por afecciones banales.

Para las demás cajas, el 2,5% de las entradas brutas financiando a su vez con la posibilidad de rebajar en un 30% los intereses de los imponentes, es más que suficiente para un examen de salud.

Tomando como ejemplo la Caja de Empleados Particulares, se puede ver cómo este 2,5% además de cubrir los intereses de inversiones en sanatorios que haga la misma caja, deja margen para financiar el tratamiento antiluéptico de los imponentes o enfermos y la estada en los sanatorios de los imponentes con sueldos bajos, a los cuales la cuota de reposo preventivo deberá casi enteramente ser dejada a la familia.

En la Caja de Seguro Obligatorio, que recibe imposiciones menores, que a la vez corresponden a salarios más bajos, el tratamiento antiluéptico está actualmente consultado en la organización médica coordinada con sanidad de manera que no representa un nuevo gravamen.

En cuanto al financiamiento de sanatorios, corresponde a una política de coordinación con beneficencia que se está estableciendo, según la cual la asistencia social pondrá a disposición de la Caja de Seguro Obligatorio, los hospitales o sanatorios que la caja necesite. Esto en lo que toca al financiamiento del examen de salud del tratamiento antiluéptico y del tratamiento antituberculoso, para el enfermo precoz.

La ley no tiene por objetivo financiar el tratamiento de tuberculoso incurable o que no se puede recuperar. Es cierto que el aislamiento de éste representa desde el punto de vista epidemiológico un elemento importante de prevención, pero esto corresponde a medidas de otra índole, con carácter de emergencia, que el gobierno está estudiando con el objeto de aprovechar las actuales estructuras médicas.

Financiamiento del reposo preventivo

El principal escollo con que se han encontrado los médicos para poder establecer una acción eficaz frente al problema de la tuberculosis incipiente, de los cardíacos y algunas otras enfermedades crónicas susceptibles de curación al comienzo con un reposo impuesto a tiempo, ha consistido en el hecho de que estos enfermos no se encuentran, casi nunca, en condiciones económico-sociales tales que les permita curarse.

En efecto, todos o casi todos tienen familia y prefieren agravarse antes de dejar a los suyos sin sustento, ya que el régimen actual de subsidios no representa casi nada en ese financiamiento cuando se trata de una afección larga. El reposo preventivo que impone la ley contempla la posibilidad de otorgar reposo absoluto con sueldo íntegro al enfermo incipiente recuperable hasta que sea susceptible de volver a una vida de producción activa. Contempla, además, la obligación del patrón de ocuparlo de nuevo sin que en ningún momento el enfermo pierda sus derechos en relación con las leyes del trabajo. Este instrumento económico es decisivo para que la ley dé los resultados que se esperan de ella.

El reposo preventivo se financiará con el uno por ciento (1%) de los salarios, de manera que el patrón no está interesado en evitar la aplicación de la ley en sus operarios, ya que fuera de este pequeño gravamen uniforme, no le significa ninguno más.

La redacción primitiva de la ley limitaba el número de plazas de reposo preventivo en cada establecimiento al cinco por ciento (5%) de los obreros o empleados que trabajaban en él.

En la actual forma de la ley esta limitación está reducida a un promedio inferior por los fondos a disposición del reposo preventivo.

Podría suceder, sin embargo, que en ciertos casos, manteniéndose el promedio provincial bajo, pudieran subir en un determinado establecimiento o faena a una cuota mayor los individuos con este tipo nuevo de subsidio. Es necesario que esto no se produzca, y para conseguirlo, la repartición del reposo debe hacerse teniendo presente que en ningún establecimiento o faena se sobrepase este cinco por ciento (5%) de individuos colocados en reposo simultáneamente.

Para evitar todo lo subjetivo que pudiera significar el otorgamiento del reposo preventivo de una manera caprichosa y de acuerdo con criterios personales muy respetables, pero que no tienen cabida en una ley que tiende a beneficiar con recursos limitados al mayor número, se establecen normas muy precisas sobre los requisitos objetivos necesarios para imponer dicho reposo.

TÍTULO II

INSTRUCCIONES ESPECIALES AL MÉDICO EXAMINADOR

El primer tiempo del examen que se realiza a un imponente (asegurado) tiene por objeto determinar si el individuo es sano, si es sospechoso de tener una lúes, activa

o latente, una tuberculosis, o es enfermo de su sistema cardiovascular, o si tiene alguna enfermedad fácil de descubrir y que requiera tratamiento.

Tanto el interrogatorio como el examen físico deben ser orientados en ese sentido, debiendo ponerse especial atención sobre los antecedentes o síntomas reveladores de alguna de las tres primeras enfermedades, y sólo considerar alteraciones de otra índole que aparezcan en un examen poco detenido.

Del resultado de este examen dependerá que el médico examinador considere sano al imponente o que indique que debe ser examinado con mayor detención en uno de los sentidos señalados, y sometido al tratamiento correspondiente.

Con respecto a la sífilis, deberán considerarse sus antecedentes personales y sus reacciones serológicas.

Sólo se considerarán antecedentes personales positivos los tres siguientes:

- a) Chancro seguido de manifestaciones secundarias.
- b) Diagnóstico anterior de lúes en un servicio especializado.
- c) Reacciones serológicas intensamente positivas realizadas en un laboratorio responsable.

Todo otro antecedente sospechoso de lúes se considerará dudoso.

El resultado de las reacciones serológicas será interpretado así:

Reacciones Positivas: Wassermann †† y †††, Kahn ††, ††† y ††††

Reacciones dudosas: Wassermann † y † y Kahn † y †.

Con respecto a las enfermedades cardiovasculares se interrogará acerca de los antecedentes de reumatismo articular agudo o corea que hayan podido originar una alteración cardíaca. Asimismo, preguntará acerca de las condiciones de trabajo y los síntomas subjetivos que se presenten que solamente adquirirán todo su valor al ser declarados por el enfermo sin serle sugeridos. El dolor precordial sólo interesa cuando presenta los caracteres clínicos de un *angor pectoris*. La presencia de disnea en sus diferentes clases, de dolor precordial, etc., deben discriminarse en relación a la capacidad física del sujeto, no solamente en los esfuerzos ligeros y comunes sino en aquéllos un poco más severos que pueden esperarse del examinado, dadas sus condiciones de trabajo, edad y sexo.

Si bien los datos de identificación serán llenados por un auxiliar; la clasificación del trabajo deberá ser hecha por el médico teniendo en cuenta no sólo el trabajo mismo sino su relación con las condiciones físicas del examinado.

Los antecedentes de tuberculosis se investigarán en el sentido familiar y personal. Se consideran antecedentes familiares intensos la convivencia con tuberculosos que pueden ser fuente de contagio masivo y solamente positivos el hecho de tener familiares enfermos o muertos de tuberculosis aunque sin esta convivencia manifiesta.

Se considerarán antecedentes personales positivos el diagnóstico anterior de tuberculosis por médico o establecimiento responsable, el hecho de haber presentado en los últimos cinco años antecedentes de primo-infección (pleuresía, eritema nudoso, etc.), y la hemoptisis franca. Se evitará toda sugerencia al enfermo sobre todo acerca de los síntomas subjetivos y se tendrá presente, para eliminarla, toda posibilidad de simulación.

En el examen físico es necesario estudiar el estado del corazón y del pulmón. Si el examen radiológico ha sido hecho con anticipación, bastará una simple auscultación.

El pulso y la presión arterial deberán ser tomados en reposo y al final del examen, con el objeto de disminuir al máximo las posibilidades de alteración por el esfuerzo o por la emoción. La presión arterial deberá tomarse de preferencia con aparato de mercurio. En caso de no disponer sino de un manómetro anaeroide, éste deberá ser controlado periódicamente con uno de mercurio.

Se hará además una inspección general rápida y se anotarán los síntomas que en ella se encuentren.

La intención de este primer tiempo del examen es obtener el máximo de rendimiento posible compatible con una buena atención del candidato a examinar sin pretender agotar el diagnóstico, sino solamente reconocer su estado de salud actual en relación con las enfermedades más importantes, motivo de la Ley de Medicina Preventiva.

Recomendaciones para el examen radiológico del tórax

En el examen radiológico del tórax deberá observarse sistemáticamente:

- a) En posición dorso ventral: diafragmas, su posición y movimientos; senos pleurales; hilios; pulmón derecho de vértice a base; izquierdo en iguales condiciones y comparación de ambos campos; sombra cardíaca; pedículo vascular (aspecto y densidad de la aorta).
- b) Rotación del tronco con las manos sobre la cabeza hasta posición transversal. Estudiar la naturaleza de imágenes nodulares hiliares, espacio retrovascular, sombras auriculares y de dilatación aórtica.

El resultado del examen se anotará en la ficha siguiendo esta pauta:

- a) *Sombra cardíaca*: normal o aumentada. Aspecto del aumento.
- b) *Aorta*: ancho y densidad de la sombra.
- c) *Senos pleurales*: libres u ocupados. Densidad del elemento que los ocupa (línea, velo, sombra, masa) y su extensión (forma de la imagen a que da lugar).
- d) *Hilios*: visibles o no. Si son visibles: análogos o dispares. Elementos que los constituyen, (nódulos-sombras); tamaño, forma y número de los nódulos ¿son de volumen análogo?, ¿de densidad análoga?, ¿predominan elementos lineares o sombras?, ¿son estas últimas homogéneas o no?
- e) *Parenquima*: imágenes lineares de carácter patológico. Nódulos (finos, medianos o gruesos) velos, sombras, masas con o sin espacio claro, imágenes cavitarias o aéreas o hidroaréreas, otras imágenes.

Será necesario tomar radiografías sólo en los casos siguientes:

- a) Imagen radioscópica dudosa;
- b) Imagen radioscópica positiva con elementos diversos de diferenciación parcial o imposible;
- c) Imagen radioscópica negativa en individuos con sospechas clínicas importantes, si así lo pide el médico examinador.

Criterio para realizar la clasificación del individuo

- 1) *Sano*. Se considerará todo individuo que no presente ni en los antecedentes ni en el examen motivo para un estudio posterior.
- 2) Requiere un examen posterior y tratamiento con respecto a sífilis:
 - a) Todo aquél que tenga antecedentes positivos de lúes;
 - b) Todo aquél que presente reacciones serológicas positivas o dudosas.
- 3) Requiere un examen posterior y tratamiento con respecto a tuberculosis:
 - a) Todo aquél que tenga antecedentes personales de tuberculosis en los últimos cinco años;
 - b) Todo aquél que tenga lesiones pulmonares sospechosas de tener origen bacilar, constatadas en la radioscopía o el examen clínico;
 - c) Los que teniendo antecedentes familiares intensos (de contagio masivo) presenten síntomas generales sospechosos de impregnación bacilar, aun cuando la radioscopía y el examen clínico sean negativos.
- 4) Requieren un examen posterior y tratamiento con respecto a su estado cardiovascular:
 - a) Todo aquél que tenga antecedentes personales claros de reumatismo articular agudo o corea;
 - b) Todo aquél que tenga síntomas clínicos o radiológicos de alteración cardiovascular;
 - c) Todo aquél que tenga presión arterial máxima superior a 15 cm de mercurio con método auscultatorio o palpatorio (respectivamente 16 cm con método oscilatorio) siempre que el ascenso de la presión no pueda ser atribuido al esfuerzo o a la emoción.
- 5) Se enviará a medicina curativa, en las cajas que dispongan de estos servicios, a todo aquél que presente al examen clínico somero síntomas importantes de alguna lesión no especificada anteriormente y que requiera tratamiento.

TÍTULO III

ESTUDIO Y CONDUCTA EN LOS ENFERMOS SIFILÍTICOS

Frente a un probable luético descubierto en el primer tiempo del examen de salud, pueden presentarse las siguientes situaciones, que obligan a una norma de conducta diversa:

- I. Lúes primaria o secundaria florida.
- II. Reacción serológica positiva y antecedentes positivos
- III. Reacción serológica positiva y ausencia de antecedentes.
- IV. Reacción serológica negativa y antecedentes positivos.
- V. Reacción serológica dudosa y antecedentes dudosos.

Para este objeto se considerarán:

Antecedentes positivos

- a) Diagnóstico anterior de lúes, en algún servicio especializado.
- b) Chancro seguido de manifestaciones cutáneas generalizadas.
- c) Reacciones serológicas francamente positivas, realizadas por laboratorio responsable.

Reacciones serológicas positivas

Wassermann †† y †††
Kahn ††, ††† y †††

Reacciones serológicas dudosas

Wassermann † y †
Kahn † y †

Conducta

- I. Tratamiento específico intenso, de acuerdo con alguna de las dos pautas anexas.
- II. A. Enfermo en tratamiento, continuarlo de acuerdo con la pauta.
B. Lúes reciente, proceder en la misma forma que I; (pero comenzando en la segunda serie de arsenicales).
C. Antiguas. Requieren un tratamiento continuado por varios años, con periodos de descanso, usando arsenicales cada vez que no haya alteraciones viscerales. Deberán tratarse de acuerdo con las características de cada caso.
- III. Repetición del examen haciendo a lo menos reacciones de Wassermann y Kahn.
A. Si ambas resultan francamente positivas, proceder como en el II.
B. Si resultan débilmente positivas o hay disociación entre las dos reacciones, el médico deberá agotar la investigación clínica (punciones ganglionares, ex. de líquido cefalorraquídeo, tratamiento de prueba, etcétera).
- IV. A. Si de los antecedentes se desprende que se trata de una lúes indudable y reciente, proceder como en el II.
B. En caso contrario deberá realizarse una reactivación en la siguiente forma:
Neo-Arsolán 0.15, 0.30 y 0.45, una inyección endovenosa cada cinco días. Cinco días después de la última inyección, practicar una primera reacción de Wassermann y de Kahn. Si persisten negativas, repetir los exámenes después de una semana. Si son nuevamente negativas, repetir los exámenes después de una semana. Si las reacciones resultaren positivas, se procederá como en el caso II, B o C, según los casos.
- V. Se procederá como en el IV B.

*Vigilancia de la marcha del tratamiento
o antisifilítico*

Durante la marcha de un tratamiento antisifilítico deberá realizarse una observación especial del paciente desde los siguientes puntos de vista:

I. Síntomas que siguen inmediatamente a una inyección de Neo

- a) Micro-molestias: sensación de olor y sabor característicos, náuseas que pueden llegar al vómito.
- b) Crisis nitritoides ya sea en forma de fenómenos vasculares leves, congestión de la cara, estado lipotímico pasajero o con manifestaciones francas: estado lipotímico duradero, vaso-dilatación arterial, pulso rápido y filiforme.

II. Síntomas que se presentan algunas horas después

Síntomas de *shock* hemoclásico (como el que puede seguir a cualquier inyección intravenosa), palidez, escalofrío, pulso filiforme y rápido, transpiración fría, enfriamiento de las extremidades, a veces cefaleas, fiebre, vómitos y diarrea.

III. Síntomas tardíos que deben ser buscados

- a) Erupciones cutáneas y lesiones mucosas. Toda erupción cutánea que puede ser atribuida a Neo o bismuto, exigirá el control del médico.

Conviene recordar que las manifestaciones de diverso orden, y pueden ser los llamados fenómenos de biotropismo (herpes furunculosis, líquenes, erisipela, etc.) o eritema del 9° día (aspecto de cuadro infeccioso agudo con hipertermia y erupción generalizada), reacciones congestivas locales, exantemas fijos, urticarianos, eczematosos o eritrodermia, etc., en el caso de ser bebidas al arsénico; y eritrodermias benignas y eritemas variados, en el caso del bismuto.

La mucosa bucal puede ser sitio de inflamaciones (estomatitis bismútica o mercurial), las encías pueden presentar depósito de metal (ribete gingival bismútico). Ligeras erosiones en la mucosa bucal pueden ser el primer síntoma de una agranulocitosis (fórmula leucocitaria).

La aparición de la estomatitis puede evitarse en una proporción importante, realizando durante todo el tiempo del tratamiento un aseo cuidadoso de la boca.

- b) Compromiso hepático. Subictericia, ictericia franca (examen periódico de las conjuntivas).
- c) Compromiso renal. Albuminuria de más de 1‰ de albúmina verdadera o acompañada de cilindruria (examen periódico de la orina a este respecto).
- d) Compromiso del estado general. Enflaquecimiento, anemia, disminución de defensas (control quincenal del peso y observación general), cianosis de los labios.

IV. Complicaciones graves

Cuya sintomatología aparece claramente. Eritrodermia, atrofia amarilla aguda del hígado, agranulocitosis, púrpura celebrí, melanodermias arsenicales.

Conducta

La presentación de cualquiera de estos trastornos obliga a una conducta diversa:

Ia) y II Permiten, por lo general, proseguir el tratamiento, pero es necesario extremar las precauciones del caso. Algunos de estos incidentes pueden agravarse con las dosis siguientes o ser el anuncio de cuadros más serios. La supervigilancia y estudio de cada caso son, pues, de rigor.

Ib) La crisis nitritoide en cualquiera de sus formas exige la suspensión definitiva del tratamiento arsenical.

IIIa) Toda aparición de manifestaciones cutáneas obliga a la suspensión inmediata del tratamiento por el practicante y al envío del paciente al control del médico, quien deberá ordenar la forma de continuar el tratamiento, suspendiendo el medicamento causal.

La estomatitis mercurial o bismútica obliga a la suspensión del medicamento responsable.

La aparición de síntomas sospechosos de agranulocitosis obliga a suspender el tratamiento y solamente se podrá continuar, bajo la responsabilidad del médico, después de conocidos los resultados del examen hematológico.

IIIb) La aparición de una ictericia en el curso del tratamiento obligará a la suspensión del arsenical, salvo que claramente se trate de una hepatitis luética secundaria en que la ictericia se desarrolla al mismo tiempo que manifestaciones secundarias visibles.

La cura arsenical que se ordene en una hepatitis luética debe ser en todo caso controlada por exámenes periódicos de la tasa de bilirrubina en la sangre.

IIIc) Aunque este compromiso puede presentarse con cualquiera de los medicamentos, es necesario tener presente que es el mercurio el que ataca con mayor intensidad al riñón y que le siguen en orden de importancia decreciente el bismuto y el arsénico.

Debe, por consiguiente, en estos casos, continuarse el tratamiento suprimiendo en primer lugar el medicamento a que se atribuye.

IIId) Entre los distintos medicamentos es el bismuto el que ocasiona con mayor frecuencia trastornos del estado general. Su empleo debe hacerse con cautela y aun suprimirse en caso que estos trastornos se presenten (cianosis de los labios).

IV. Estos casos indican la suspensión absoluta de la medicación responsable y el enfermo pasa a constituir un caso clínico. La reanudación del tratamiento debe ser consultada a un especialista en siflografía.

Contraindicaciones del tratamiento arsenical

- 1) Insuficiencia cardíaca.
- 2) Lesiones vasculares avanzadas. En todo enfermo vascular deberá ser meditado el uso de este medicamento, y si se decide emplearlo será necesario controlar su estado general y la marcha del tratamiento con mayor rigurosidad que la habitual.
- 3) Enfermedades infecciosas agudas y su convalecencia.
- 4) Estados de miseria fisiológica.
- 5) Enfermedades avanzadas de la nutrición y de las glándulas endocrinas, en especial hipertiroidismo e insuficiencia suprarrenal.
En toda enfermedad de este grupo deberá procederse como en 2).
- 6) Algunas formas de tuberculosis. El tratamiento antisifilítico de un tuberculoso deberá ser hecho por el tisiólogo, porque depende de las circunstancias de su enfermedad.
- 7) Senilidad.

Contraindicaciones del tratamiento bismútico y mercurial

- 1) Mal estado dentario. Antes de usar estos medicamentos el enfermo deberá tratarse todas las caries.
- 2) Nefropatías agudas y crónicas.
- 3) Tuberculosis. Vale la observación 6) del párrafo anterior.
- 4) Estado de miseria fisiológica.

Precauciones que es necesario tomar para las inyecciones de medicamentos antisifilíticos

A) *Neo-Arsolán* (vía intravenosa)

- 1) La inyección debe practicarse a lo menos tres horas después de una comida y una hora antes de ingerir alimentos.
- 2) El paciente deberá estar en reposo, cómodamente sentado, al menos media hora antes de la colocación de la inyección.
- 3) Inmediatamente antes de iniciar los preparativos de la inyección el enfermo debe recibir X gotas de solución de clorhidrato de adrenalina al 1‰ bajo la lengua.
- 4) Durante la inyección, el enfermo debe estar en decúbito dorsal o a lo menos sentado cómodamente.
- 5) El medicamento debe ser disuelto inmediatamente antes de su colocación, sin calentar el agua ni agitar violentamente. Está absolutamente prohibido preparar grupos de inyecciones para ser colocados a varios pacientes.
- 6) La inyección debe hacerse lentamente. No debe demorarse menos de un minuto para las dosis bajas y no menos de dos minutos para las dosis altas.
- 7) Terminada la inyección, el paciente deberá descansar cómodamente durante, al menos, diez minutos.

B) Compuestos insolubles de bismuto (vía intramuscular)

- 1) La inyección debe realizarse en masas musculares importantes, de preferencia en la región glútea.
- 2) La inyección debe realizarse profundamente y colocarse con lentitud.
- 3) En los casos de individuos que realicen trabajos que los obliguen a estación prolongada de pie, marchas prolongadas, etc., conviene hacer la inyección después de terminado el trabajo, de manera que su reposo coincida con las primeras horas que siguen a la inyección.

Esquema de tratamiento continuo para la sífilis reciente, primaria y secundaria en un individuo normal menor de 45 años y mayor de 20, que no presente contraindicaciones:

<i>Semana de tratamiento</i>	<i>Dosis de medicamento</i>		<i>Curas totales</i>
	<i>Neoarsolán (cgs)</i>	<i>Bismuto (gms)</i>	
1ª semana	15+30+45 ¹⁰	0.20 x 2	Hidróxido de bismuto: VII am.= 160 g.
2ª	60 + 75	0.20 x 2	
3ª	75	0.20 x 2	
4ª	75	0.20 x 2	1) Elevar la dosis a 0.90 por inyección
5ª	75		en casos de individuos de peso superior
6ª	75		a 75 kgs., sin síntomas de obesidad.
7ª	75		Disminuir las dosis en los casos de peso
8ª	75		bajo considerando que la dosis máxima
9ª		0,20 x 2	es de 1.5 cgm por kg. de peso. Dosis total de Neo 6.75 g.
10ª		0.20 x 2	
11ª		0.20 x 2	Hidróxido de bismuto: VIII amp.= 160 g.
12ª		0.20 x 2	
13ª	15 + 30		
14ª	45 +60		
15ª	60		Vale la nota 1) subiendo respectivamente
16ª	60		a 0.75.
17ª	60		Dosis total de Neo 5.70 g.
18ª	60		
19ª	60		
20ª	60		
21ª	60		
22ª		0.20 x 2	
23ª		0,20 x 2	Hidróxido de bismuto XII amp.= 2.4 g.
24ª		0.20 x 2	
25ª		0.20 x 2	

¹⁰ Esta primera serie de bismuto tiene por objetivo acelerar el blanqueo. Tiene, sin embargo, el inconveniente de enmascarar la arseno resistencia (muy rara). El médico puede suprimirla si lo estima conveniente.

<i>Semana de tratamiento</i>	<i>Dosis de medicamento</i>		<i>Curas totales</i>
	<i>Neoarsolán (cgs)</i>	<i>Bismuto (gms)</i>	
26 ^a		0.20 x 2	
27 ^a		0.20 x 2	
28 ^a	30 + 45		Vale la nota 1) subiendo respectivamente a 0.75.
29 ^a	60		
30 ^a	60		
31 ^a	60		Dosis total de Neo: 5.55 g.
32 ^a	60		
33 ^a	60		
34 ^a	60		
35 ^a	60		
36 ^a	60		
37 ^a		0.30 x 2	Yodobismutato de Quinina XVI amp.= 4.80 g.
38 ^a		0.30 x 2	
39 ^a		0.30 x 2	
40 ^a		0.30 x 2	
41 ^a		0.30 x 2	
42 ^a		0.30 x 2	
43 ^a		0.30 x 2	
44 ^a		0.30 x 2	
45 ^a	30 + 45		Vale la nota 1) subiendo respectivamente a 0.75.
46 ^a	60		
47 ^a	60		
48 ^a	60		Dosis total de Neo: 5.55 g.
49 ^a	60		
50 ^a	60		
51 ^a	60		
52 ^a	60		
53 ^a	60		
54 ^a		0.30 x 2	
55 ^a		0.30 x 2	Yodobismutato de quinina XVI amp.= 4.80 g.
56 ^a		0.30 x 2	
57 ^a		0.30 x 2	
58 ^a		0.30 x 2	
59 ^a		0.30 x 2	
60 ^a		0.30 x 2	
61 ^a		0.30 x 2	

Una vez terminado el tratamiento, el enfermo deberá continuar sometido a observación clínica y serológica, que no deberá ser inferior a 3 años.

Esquema de tratamiento discontinuo para la sífilis reciente, primaria y secundaria en un individuo normal menor de 45 años y mayor de 20, que no presente contraindicaciones

Semana de tratamiento	Dosis de medicamento		Curas Totales
	Neoarsolán	Bismuto	
1ª semana	15 + 30 + 45	0.20 x 2	Vale nota 1 del esquema continuo.
2ª	60 + 75	0.20 x 2	
3ª	75	0.20 x 2	Primera serie
4ª	75	0.20 x 2	
5ª	75	0.20 x 2	Neo: 6.75 g.
6ª	75	0.20 x 2	Hidróxido de bismuto: XII amp.
7ª	75		
8ª	75		
9ª			
10ª			Descanso de 3 semanas
11ª			
12ª	15 + 30		Segunda serie
13ª	45 + 60		
14ª	75	0.20 x 2	Neo: 6 g.
15ª	75	0.20 x 2	Hidróxido de bismuto: XII amp.
16ª	75	0.20 x 2	
17ª	75	0.20 x 2	
18ª	75	0.20 x 2	
19ª	75	0.20 x 2	
20ª			
21ª			Descanso de 4 semanas.
22ª			
23ª			Tercera serie
24ª	15 + 30	0.30 x 2	
25ª	45 + 60	0.30 x 2	Neo: 6 g.
26ª	75	0.30 x 2	Yodobismutato: XVI amp.
27ª	75	0.30 x 2	
28ª	75	0.30 x 2	
29ª	75	0.30 x 2	
30ª	75	0.30 x 2	
31ª	75	0.30 x 2	
32ª			
33ª			Descanso 4 semanas
34ª			
35ª			
36ª	15 + 30		Cuarta serie
37ª	45 + 60		
38ª	60	0.20 x 2	Neo: 5.10 g.
39ª	60	0.20 x 2	Hidróxido de bismuto XII amp.
40ª	60	0.20 x 2	
41ª	60	0.20 x 2	
42ª	60	0.20 x 2	

43 ^a	60	0.20 x 2	
44 ^a			
45 ^a			Descanso de 4 semanas
46 ^a			
47 ^a			Quinta serie
48 ^a	15 + 30	0.30 x 2	
49 ^a	45	0.30 x 2	Neo: 4.50 g.
50 ^a	60	0.30 x 2	Yodobismutato: XVI amp. =
51 ^a	60	0.30 x 2	
52 ^a	60	0.30 x 2	
53 ^a	60	0.30 x 2	
54 ^a	60	0.30 x 2	
55 ^a	60	0.30 x 2	

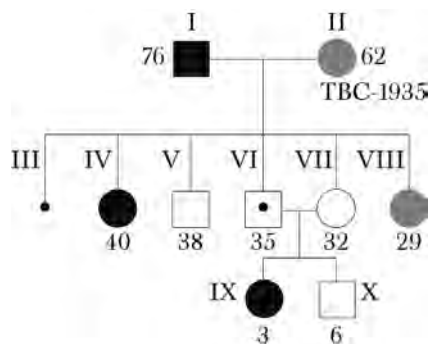
Lo mismo que para el tratamiento continuo, una vez esté terminado, el paciente deberá continuar sometido a una observación serológica y clínica que en ningún caso deberá ser inferior a 3 años.

TÍTULO IV ESTUDIO Y CONDUCTA DE LOS TUBERCULOSOS

El examen tisiológico se efectuará en todos aquellos individuos que el primer tiempo del examen de salud ha señalado como sospechoso de ser portadores de una lesión bacilar.

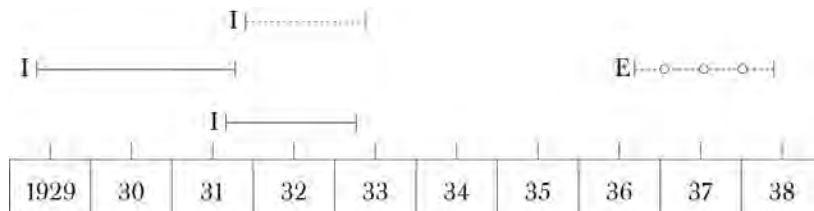
El criterio orientador general debe tener por objeto precisar la existencia o no de la lesión sospechada y su estado de actividad o de evolutividad con miras a su terapéutica posible.

Dada la importancia de los antecedentes en las afecciones tuberculosas se deberá interrogar a fondo sobre los antecedentes familiares relacionados con la afección. Con este objeto anotará el cuadro familiar de acuerdo con el siguiente esquema:



I) padre que murió a 76 años; II) madre de 62 años enferma, tuberculosa desde 1935; III) aborto; IV) hermana muerta a 40 años; V) hermano sano de 38; VI) asegurado objeto del examen; VII) mujer de 32 años sana; VIII) hermana de 29 años enferma; IX) niña muerta a los 3 años, hija del asegurado; X) hijo sano de 6 años.

Se investigarán asimismo, los datos de contagio diferenciando los masivos de los paucibacilares, los intrafamiliares de los extrafamiliares y los continuos de los discontinuos. Se indicará esquemáticamente en la ficha de acuerdo con la siguiente pauta que facilita la lectura de los datos: ——— contagio masivo continuo, contagio paucibacilar continuo: la inicial I, significa intrafamiliar, la E, extrafamiliar: masivo discontinuo: o o paucibacilar discontinuo.



(Contagio intrafamiliar masivo continuo desde IV, 1929 a IX, 31: intrafamiliar discontinuo desde VIII, 31 a III, 33 y masivo continuo desde XI, 31 a IV, 33: contagio extrafamiliar paucibacilar discontinuo desde VIII, 36 a IV, 38).

Por último, se estudiarán los antecedentes mórbidos personales, especialmente aquéllos que puedan tener un origen bacilar, tanto de carácter ganglionar como broncopulmonar.

Se investigará con detenimiento la presencia de signos funcionales (enflaquecimiento, tos, taquicardia, disnea, expectoración, hemoptisis, etcétera).

Se practicará en todo sospechoso de tuberculosis una investigación de la alergia con la Reacción de Pirquet y si la prueba es negativa a las 48 horas, una Reacción de Mantoux.

La baciloscopía estará indicada en aquellos casos en que el médico la juzgue necesaria, con el objeto de apreciar la existencia o no de evolutividad de una lesión, pues la comprobación de bacilos de Koch en un proceso activo obliga a considerar la lesión como evolutiva.

Para la investigación se recurrirá al examen directo (no menos de 10 minutos de observación). Si resultare negativo, al cultivo y cuando sea posible a la inoculación. Si no existe esputo se hará la investigación en el contenido gástrico, con el mismo criterio.

Después de practicados los exámenes radiológicos y físicos necesarios deberá pronunciarse sobre el grado de actividad o evolutividad de la lesión, con una discriminación del conjunto de datos obtenidos.

El grado de actividad puede apreciarse por los siguientes síntomas:

Funcionales

Enflaquecimiento, tos, temperatura, transpiración, taquicardia, expectoración, hemoptisis, disnea.

A este respecto hay que recordar que la disnea (eliminando los procesos de fibrosis intensa y otras causas no tuberculosas de disminución de la hematosis) es un indicio de actividad. Que la tos pueda ser debida a procesos inactivos y que su

ausencia no excluye la posibilidad de una lesión activa. Que la hemoptisis franca es un signo de actividad y que la existencia de hemoptisis y disnea es un indicio de evolutividad.

Pero debe considerarse que a pesar de que cada síntoma tiene una significación propia, es sólo el conjunto clínico el que permite formarse un juicio.

Físicos

Soplos y ruidos agregados, eliminando otras causas patológicas o constitucionales que puedan producirlos.

Radiológicos

Proceso de primoinfección en reabsorción parcial con imagen de tipo exudativo parenquimatosa o de localización hilar; procesos de reinfección de tipo exudativo, homogéneos y localizados; procesos de tipo mixto, de tipo exudativo e indurado; procesos de tipo indurado extensos y densos de la zona ápico-clavicular.

El grado de evolutividad puede apreciarse por la acentuación de los síntomas de actividad.

Calificación de los casos

1) Sanos

Individuos que en el primer examen presentan antecedentes o signos sospechosos y que no se ven confirmados por este examen.

2) Sospechosos

- a) individuos en los cuales no se encuentra nada al examen clínico completo, pero que actualmente conviven con un tuberculoso.
- b) Individuos que a la radiología presentan procesos apicales (imágenes lineares densas con o sin imágenes de tipo exudativo o indurado asociadas).
- c) Individuos que presentan hiperergia tuberculínica.

3) Confirmados

Todos aquéllos en quienes se encuentra en este examen una lesión activa o evolutiva de origen bacilar.

Distinguimos en ellos tres grados:

Grado I. Formas activas de primoinfección.

Formas induradas de reinfección sin síntomas clínicos de actividad.

Grado II A. Formas induradas de reinfección con síntomas clínicos de actividad.

Formas activas mixtas y exudativas de reinfección

Grado II B. Formas evolutivas de primoinfección.

Formas evolutivas iniciales de reinfección.

Grado III. Formas evolutivas avanzadas de reinfección.

Conducta

Sospechosos

Observación cada cuatro-seis meses (4-6 meses).

Si después de un año de observación todos los exámenes de control son negativos, se considerarán sanos.

Confirmado grado I

Cura activa sin reposo, salvo casos muy calificados. Observación cada uno-dos meses (1-2 meses).

Confirmados, grado II A

Reposo preventivo parcial por tres o cuatro meses (3-4 meses), y cura activa.
Renovación del reposo en caso necesario.

Confirmados grado II B

Reposo preventivo total y cura activa. En los casos de enfermos con formas iniciales evolutivas de reinfección que a pesar de este tratamiento no se hagan recuperables a los tres o cuatro meses (3-4 meses), pasará a considerárselos como confirmados del grado III, sometidos a las condiciones generales de la medicina curativa.

Confirmados grado III

Cura activa en las condiciones generales de la medicina curativa. Si sus lesiones tienen tendencia franca a la mejoría pasarán a ser considerados grado II B.

TÍTULO V ESTUDIO Y CONDUCTA EN LOS ENFERMOS CARDIOVASCULARES

Este examen especializado debe realizarse en todos aquellos individuos que el primer tiempo del examen de salud ha calificado como sospechosos de estar afectados de una enfermedad cardiovascular. El criterio orientador general debe tener por objetivo buscar y precisar la afección causal y su estado de desarrollo, y el estado actual de su función circulatoria, para recurrir a todos los medios que conduzcan al mayor ahorro de las fuerzas de reserva del corazón, para que el enfermo pueda sacar partido de dicha fuerza durante el mayor tiempo posible.

Por consiguiente, la ficha se ocupa solamente de aquellos pacientes que son capaces de desempeñar sus actividades en el sitio de trabajo

Se interrogará con detención acerca de los antecedentes de reumatismo articular agudo o corea, las fechas de aparición de las diversas crisis y el tratamiento efectuado en cada una de ellas; las infecciones focales capaces de producir o

agravar una alteración cardíaca ya sean dentarias, amigdalianas o blenorragicas, insistiendo en el número de focos, fecha de aparición, relaciones con la lesión cardiovascular, tratamiento, etc. Asimismo, se investigarán las posibles relaciones de la afección presente con otras enfermedades infecciosas anteriores como el tífus y paratífus, escarlatina, difteria, etcétera.

Los diversos síntomas en relación con las condiciones de trabajo que el paciente desarrolla y los síntomas subjetivos que él espontáneamente declare, deberán ser discriminados por todos los medios posibles para evitar la simulación, incluso, practicando alguna prueba de esfuerzo si se la considera necesaria.

Una vez interrogado y examinado el enfermo el médico deberá, en lo posible, llegar a un diagnóstico del caso en sus tres aspectos, fisiopatológico, anatómico y etiológico, según la clasificación que a continuación se expone:

Diagnóstico fisiopatológico

- 1) Trastornos del ritmo cardíaco.
Arritmia sinusal (respiratoria o no).
Arritmia extrasistólica, definida por la historia, auscultación y examen del pulso.
Arritmia completa, paroxística o permanente, unidas siempre a signos de insuficiencia cardíaca a veces en grado mínimo. Se diagnostica por el examen del pulso.
Taquicardia sinusal o paroxística. Se diagnostica por la historia y el pulso.
Bradycardia sinusal o por disociación aurículo-ventricular ya sea completa o incompleta.
Pulso alternante (pronóstico malo próximo).
- 2) Insuficiencia cardíaca (izquierda, derecha o total). Disnea, ortopnea, estertores de las bases pulmonares, cianosis; además, congestiones viscerales, oliguria, hidrotórax, etcétera.
- 3) Síndrome anginoso. El diagnóstico se basa en la anamnesis del enfermo y en caso de sospechas de simulación se tratará de provocarla con una prueba de esfuerzo.
- 4) Hipertensión arterial. Es esencial o sintomática.
La presión arterial será medida estando el sujeto en reposo para que desaparezca toda fluctuación de tipo emotivo.
Mientras no estemos en condiciones de saber con exactitud las medidas normales chilenas, consideramos como tales las cifras clásicas.
Cifras en un aparato de Hg: Mx normal 11 a 15, Mn-normal 6 a 9, hipertensión diastólica sobre 10.
(En un aparato de tipo Pachon-Gallavardin un cm. más).
Existen casos normales con 16 cms de presión Mx que se distinguen de la hipertensión esencial por tender esta última al aumento progresivo.

Pueden presentarse tres casos diversos:

- 1) Hipertensión sistólica e hipotensión diastólica de la insuficiencia aórtica y de la ectasia aórtica, hipertiroidismo, menopausia, disociación aurículo ventricular.
- 2) Hipertensión sistólica e hipertensión diastólica de la hipertonia vascular, esencial o sintomática.
- 3) Hipotensión sistólica relativa e hipertensión diastólica de la insuficiencia del miocardio provocada por una enfermedad hipertensiva anterior.

Diagnóstico anatómico

- 1) Valvulopatías crónicas, diagnosticables por los soplos característicos y las variantes en el tamaño y forma del corazón; por las sensaciones táctiles en la estenosis aórtica y en la estenosis mitral.
(Todo soplo diastólico es orgánico. El soplo sistólico de la base generalmente no tiene importancia, el de la punta es orgánico o funcional).
- 2) Aortitis, con o sin dilatación. Kahn o Wassermann positivo. En la primera, aumento del área aórtica, ruido sistólico, segundo tono metálico, angina por esfuerzo, opresión, disnea paroxística. En la segunda dominan los síntomas funcionales. La primera puede preceder al Hodgson. Si el enfermo es sífilítico la aortitis debe ser considerada hasta que no sea excluida. Hay que tener presente que la sombra aórtica no está alterada muchas veces y existe una sintomatología indudable. Debe recordarse que la aortitis clásica sólo toma la porción suprasigmoidea y una pequeña parte del cayado de la aorta.
- 3) Aneurisma de la aorta, con o sin insuficiencia aórtica, es decidido frente a la pantalla, presenta pulsaciones localizadas en la región aórtica, puede comprimir los bronquios, provoca, a veces, parálisis del recurrente, desigualdad de los pulsos y de la presión Wassermann y Kahn positivos.
- 4) Arteriosclerosis y otras afecciones arteriales.
- 5) Miocardosis (consecuencia de procesos inflamatorios degenerativos y de trombosis coronaria arteriosclerótica). Produce primer tono apagado, corto, prolongado, desdoblado, arritmias de diversos tipos, ritmo de galope, alteraciones de la curva electrocardiográfica.
- 6) Hipertrofia cardíaca, unida a la hipertensión.
- 7) Enfermedades del pericardio.

Diagnóstico etiológico

- 1) Enfermedad reumática que comprende la poliartritis reumática, el corea y las diversas valvulopatías reumáticas.
- 2) Sífilis que provoca aortitis y aneurisma de la aorta.
Consultar ficha de lúes.
- 3) Arteriosclerosis que localizada en el corazón provoca trombosis coronaria y miocardosis.

- 4) Hipertensión arterial esencial que provoca hipertrofia cardíaca con o sin dilatación y regeneración miocárdica.
- 5) Nefritis que provoca hipertensión arterial e hipertrofia, dilatación y degeneración miocárdica.
- 6) Afecciones del aparato respiratorio.
- 7) Anemia y otras enfermedades de la sangre.
- 8) Enfermedades del cuerpo tiroides que provocan taquicardia permanente o paroxística.
- 9) Infecciones varias que producen valvulopatías, degeneraciones miocárdicas. En este grupo se comprenden las infecciones focales.
- 10) Intoxicaciones habituales: tabaco y café, que pueden explicar extrasístoles y ataques de angina.
- 11) Trabajos inadecuados forzados para el tipo constitucional del sujeto y sobreentrenamiento deportivo.
- 12) Otros factores etiológicos (por especificar).

Clasificación del caso

Para los efectos de la conducta terapéutica los cardíacos se clasifican en: sano, sospechoso, latente y confirmado.

- 1) Sano. Individuo que presentaba síntomas sospechosos en el primer tiempo del examen, este examen especializado no los confirma.
- 2) Cardíaco sospechoso. Individuo que presenta síntomas o signos que habitualmente tienen los enfermos cardiovasculares; pero en el cual el diagnóstico de afección cardiovascular es incierto.
- 3) Cardíaco latente. Individuo sin enfermedad circulatoria actual a quien es conveniente seguir observando porque figura en sus antecedentes un factor etiológico que da con frecuencia lugar a trastornos cardiovasculares (R. A. A. corea, lúes, nefritis crónica).
- 4) Cardíaco confirmado. Individuo en el cual no hay duda de que es portador de una afección cardiovascular. Distinguimos tres tipos de enfermos en este grupo.
 - a) Grado I. Individuo sin limitación de su capacidad física, cuyo rendimiento es comparable a un sano.
 - b) Grado II A. Individuo cuya capacidad física está ligeramente limitada por disnea, fatiga, dolor precordial y, en ocasiones, pequeños síntomas evidentes de insuficiencia cardíaca o alteraciones funcionales importantes.
 - c) Grado II B. Individuo cuya capacidad física está enormemente limitada de modo que una actividad física menor que la ordinaria causa la aparición de síntomas subjetivos cardiovasculares.
 - d) Grado III. Individuos con insuficiencia cardíaca permanente en el cual los síntomas aparecen aun durante el reposo. Estos enfermos no son materia de que se ocupa la ley, pero pueden llegar a serlo una vez que se han compensado y pasan al grupo II en cualquiera de sus formas.

El criterio para la separación de los grados I y II es la actividad física que podría esperarse del paciente si tuviera un aparato circulatorio normal, tomando en consideración la edad, el peso y los hábitos de ejercicio (entrenamiento). No sólo los esfuerzos ligeros y comunes deben tomarse en cuenta para esta apreciación, sino especialmente aquellos esfuerzos más severos, que si no fuera por la presencia de la afección cardiovascular, podría esperarse que el paciente los ejecutaría sin ningún malestar.

La constatación de congestiones viscerales avanzadas, además mecánicas persistentes o pulso alternante, indica que el paciente pertenece al grupo III.

Conducta

- 1) Cardíaco sospechoso. Observando cada seis meses para precisar si es un verdadero cardíaco o no. Después de 2 exámenes de control negativos será considerado sano.
- 2) Cardíaco latente. Tratamiento etiológico correspondiente, (salicilado, anti-luético, supresión de focos, etc.). Observación cada 6 meses o antes si se hace necesario.
- 3) Cardíaco confirmado grado I. Tratamiento preventivo de la insuficiencia cardíaca que además del régimen higiénico-dietético comprende la adaptación del individuo a un trabajo de tipo liviano. Tratamiento etiológico. Observación cada 3 meses.
- 4) Cardíaco confirmado grado II A. Curación de la insuficiencia cardíaca. Tratamiento etiológico. Reposo preventivo parcial o cambio de faenas. Observación cada mes, durante el primer tiempo.
- 5) Cardíaco confirmado grado II B. Lo mismo que el anterior reposo preventivo total durante un mes. Si durante este plazo persistieran las congestiones viscerales o se viera que la lesión no evidencia ser recuperable será considerado como grado III y sometido a las normas generales de la medicina curativa.
- 6) Cardíaco confirmado grado III. Para aquéllos en que el diagnóstico de insuficiencia cardíaca se impone por sí solo, pasa a medicina curativa para hospitalización y cura activa.

Anótese, comuníquese y publíquese. ALESSANDRI. -E. Cruz Coke.

ANEXO IV

FICHAS MÉDICAS

El Ministerio de Salubridad, Asistencia y Previsión Social ha preparado fichas destinadas a ser llenadas en cada uno de los tiempos del examen de salud.

En su confección se ha considerado que el médico gaste el mínimo de tiempo y de esfuerzo intelectual al llenarlas, al mismo tiempo que su lectura posterior y análisis estadístico sea fácil.

La ficha 1 del primer tiempo del examen, consta de dos hojas y es doblada al medio de manera que sirva de carpeta en que se guarden las fichas de los tiempos siguientes y las hojas de evolución clínica cuando se requieran. Sólo las dos primeras páginas están impresas según modelo. Las dos restantes pueden tener un destino diferente en cada caja.

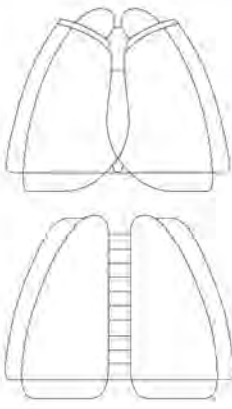
Las fichas 2 de sífilis; 3 de tuberculosis y 4 de enfermedades cardiovasculares, son de una hoja impresa en ambos lados.

A continuación aparecen los facsímiles de las fichas y las instrucciones para ser llenadas. Su tamaño original es de 25 centímetros por 16 centímetros, cada hoja.

1

12		13				14		15	17	
<i>apellido paterno</i>		<i>apellido materno</i>				<i>nombre</i>		H	S	
								16	18	
<i>número cédula identidad</i>		<i>fecha de nacimiento</i>				<i>edad</i>		M	O	
								19	21	
22		23				a	b	c	d	
<i>patrón o empleador</i>		<i>trabajo</i>				<i>muy liviano</i>	<i>liviano</i>	<i>pesado</i>	<i>muy pesado</i>	
24	25	26		27		28				
<i>peso</i>	<i>kg</i>	<i>talla</i>	<i>cm</i>							
Σ		a	b	c	K		W		31	
<i>antecedentes personales</i>		+	?	-					<i>sano</i>	
Tbc.		a	b	c	33		a	b	c	d
<i>antecedentes personales</i>		+	?	-	<i>antecedentes familiares</i>		+++	+	?	-
arts agudo o coreo		a	b	c	35		36			
<i>antecedentes personales</i>		+	?	•	<i>enfleque</i>		+	<i>resfrío frec.</i>		+
37			38	39	40					
<i>de esfuerzo</i>	<i>leve</i>	<i>intenso</i>	<i>de decubito</i>	+	<i>dolor precordial (argor)</i>		+	<i>cirosis</i>		+
EXAMEN RADIOLÓGICO DE TÓRAX										
<i>sombra cardíaca</i>								<i>control</i>		
								mes	año	
<i>aorta</i>										
<i>diafragma y senos costodiafragmáticos</i>										
<i>hilios</i>										
<i>pararqueno</i>										
<i>radiografía</i>										
47								48		
<i>fecha</i>	<i>nombre del radiólogo</i>				<i>firma del radiólogo</i>					

1 sano
 2 W
 3 Tbc.
 4 CV
 5 med
 6 med
 7 med
 8 med
 9
 10
 11 N° ficha

EXAMEN FÍSICO						
	49	a	b		50	
<i>pulso</i>	<i>por min</i>	<i>reg.</i>	<i>arrit.</i>	<i>pres art (Hd)</i>	<i>Hg</i>	<i>51</i>
					<i>52</i>	<i>Pulsp^a</i> <i>anot. b</i>
<i>inspección general</i>						53 57 ^a
<i>pulmones</i>				58	<i>corazón</i>	59 ^a
						
<i>ex. de orina</i>						60 ^a
<i>diagnósticos (si los hay)</i>						61 ^a
<i>fecha</i>	<i>nombre del médico</i>			62	<i>firma del médico</i>	
					63 ^a	

FICHA 1.

1^{ER} TIEMPO

MANERA DE INDICAR EN LA FICHA LOS DATOS OBTENIDOS

Un auxiliar llenará los cuadros 12, 13 y 14 que indican el nombre, 15 y 16 el sexo; 17, 18 y 19 el estado civil. Además el 20, 21, 22 y 23 (en este último el médico hará la clasificación correspondiente); el 24 y 25. Anotará también los datos que envíe el laboratorio (30, 31 y 60), y las fechas (62).

El médico examinador: marcará con una x el casillero correspondiente a los cuadros 23, (el casillero correspondiente a la clasificación del trabajo); 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39 y 40, considerando que los señalados con (+) corresponden a positivo; (?) a dudosa y con (-) a negativos. En el cuadro 33 la indicación (+++) corresponde a contagio masivo (convivencia con tuberculoso bacilífero) en el último tiempo; y el + a la existencia de enfermos o muertos de tuberculosis en la familia. En los cuadros N^{os} 36 a 40 sólo marcará el casillero si fueran positivos. En el 35 anotará el número de kilos y se anotará la x si es clínicamente importante.

En el cuadro 49 anotará la frecuencia del pulso por minuto y señalará con una x el casillero correspondiente al ritmo.

En el cuadro 50 se anotará la presión arterial tomada en la humeral derecha. Si no pudiera hacerse en ella se indicará la arteria en que se ha tomado. Se señalará con una x los casilleros correspondientes a aparato.

En los cuadros 55 a 59 anotará con letra clara y legible los síntomas positivos que encuentre.

(Por la rapidez de anotación y claridad de escritura se recomienda utilizar métodos gráficos. En tal caso cada caja hará las recomendaciones pertinentes a su personal para que emplee los métodos que se han ya generalizado en el país).

El radiólogo: (o mejor un auxiliar del radiólogo al cual él le dicte) llenará los casilleros 41-45 con los datos que proporcione el examen.

En caso que según lo indicado en las recomendaciones necesite una radiografía hará una x en el casillero 46. El informe de la radiografía se escribirá en la página III (o en página aparte). Anotará además la fecha (47), y firmará en el cuadro N^o 48.

Después de conocer el médico examinador los datos del laboratorio y el estudio radiológico, anotará en el cuadro N^o 61 los diagnósticos, si los hay y señalará con una x en uno de los casilleros 1 a 5 el destino posterior del examinado, que se desprenda de la aplicación del criterio señalado anteriormente y firmará en el cuadro 63.

2

Σ

	11	12	13	14	
	<i>apellido paterno</i>	<i>apellido materno</i>	<i>nombre</i>	<i>N° cédula identidad</i>	
		15	16	17	
<i>PRIMARIO</i>	<i>fecha</i>	<i>localización</i>	<i>ultramicroscopio</i>		
			a	b	c
			no	+	-
			d		
		18		19	1°
<i>SECUNDARIO</i>	<i>fecha</i>	<i>características</i>			1
					2°
		20		21	3°
<i>TERCIARIO</i>	<i>fecha</i>	<i>características</i>			3D
					4
<i>otros antecedentes y tratamientos realizados</i>					5
					6
					7
					8
					9
					10

	23	24
<i>dentadura</i>		<i>ex. de orina</i>

	25	a	b
<i>hay alguna alteración que CONTRAINDIQUE el uso del medicamento</i>		sí	no
	26		27
<i>¿qué alteración?</i>		<i>¿qué medicamento?</i>	
		28	a
<i>hay alguna alteración que OBLIGUE A USAR CON CUIDADO algún medicamento</i>		sí	no
	29		30
<i>¿qué alteración?</i>		<i>¿qué medicamento?</i>	
			31
<i>tratamiento propuesto</i>			

EVOLUCIÓN

<i>fecha</i>	<i>sintomas, etc.</i>	<i>tratamiento</i>	<i>reacciones serológicas</i>	<i>examen de orina</i>

FICHA 2.

SÍFILIS

MANERA DE INDICAR EN LA FICHA LOS DATOS OBTENIDOS

El auxiliar llenará los cuadros: N^{os} 8, 11, 13 y 14 y en el cuadro 24 anotará el resultado del examen de orina que envíe el laboratorio.

El médico: en el cuadro 15 anotará la fecha (con la precisión que pueda tener) de la manifestación primaria; y en el cuadro 16 su localización. En caso que no haya habido manifestaciones primarias escribirá no en los cuadros correspondientes.

Después de interrogar al enfermo si se hizo o no examen ultramicroscópico, marcará con una x en el casillero correspondiente los resultados de esta interrogación. Los casilleros b o c sólo se marcarán en caso que la información del enfermo tenga cierta seguridad, en caso, que así no sea marcará el casillero d.

En los cuadros 18, 19, 20 y 21 anotará la fecha y caracteres sobre las manifestaciones secundarias y terciarias si las ha habido. En caso que el interrogatorio sea negativo anotará, según el caso no o ignora.

En el cuadro 22 anotará otros antecedentes que tengan relación con los lúes, como, por ejemplo, diagnósticos anteriores o reacciones serológicas, y los tratamientos que se hayan realizado.

Una vez estudiados los resultados de la ficha 1 y examinado el enfermo deberá responder a las preguntas hechas en los cuadros 25 y 26 haciendo una x en los casilleros correspondientes y anotándola en los cuadros 26, 27, 29 y 30.

En el cuadro 31 anotará el tratamiento que propone después de estudiado todos los antecedentes.

Por último, marcará con una x en los casilleros 1 a 4 el diagnóstico de la etapa de la enfermedad, en uno de los casilleros 5, 6 o 7 la forma de tratamiento que ha prescrito.

El dentista: representará gráficamente en el cuadro 23 el estado de la dentadura, y una vez terminado su tratamiento expresará su autorización para utilizar mercurio o bismuto con un signo convencional y su firma.

3

Tbc.

11	12	13	14
<i>apellido paterno</i>	<i>apellido materno</i>	<i>nombre</i>	<i>N° cédula identidad</i>
15	16	a	b
<i>edad</i>	<i>trabajo</i>	<i>muy liviano</i>	<i>liviano</i>
		c	d
		<i>pesado</i>	<i>muy pesado</i>
<i>hábitos</i>			
17			
18	19		
<i>esquema familiar</i>	<i>contagio</i>		
20			
<i>antecedentes patológicos</i>			

I	1
XXV	2
I	3
II A	4
II B	5
III	6
O. Com.	7
O. Med. Com.	8
N° ficha	9

ENCUESTA SOCIAL

27		28		29				
<i>composición de la familia</i>		<i>salario o sueldo \$</i>	<i>diario</i>	<i>suma de otros salarios de la familia</i>			<i>diario</i>	
<i>número de pers.</i>	<i>coef.</i>		<i>semanal</i>	30	a	b	c	
	1,4		<i>mensual</i>				d	
	1,2	<i>salario total \$</i>						
	1,0		<i>uc. y día</i>					
	0,9	<i>habitación</i>	31	a	b	c	d	
	0,8			<i>mala</i>	<i>aceptable</i>	<i>buena</i>	<i>muy buena</i>	
	0,7	<i>N° piezas</i>	32	33a <i>N° de pers. que duermen con él</i>			33b	
	0,6							
	0,5	<i>carne</i>	34	35	36	37		
	total	<i>consumo familiar</i>	<i>gms/día</i>	<i>leche</i>	<i>consumo familiar</i>	<i>gms/día</i>	<i>gms/uc/día</i>	
31		<i>dadas las condiciones morales del encuestado ¿puede darse reposo en su casa?</i>					38	
39		<i>¿es necesario que sea la familia la que reciba el subsidio-reposo?</i>					40	
40		<i>dada la importancia de su trabajo en la faena ¿puede trabajar media jornada?</i>						
fecha		sí		no				
nombre y firma		sí		no				

BREVE HISTORIA CLÍNICA

	42
--	----

EXAMEN CLÍNICO

(ampliación o rectificación de ficha 1)

<p><i>pulmón</i></p> <div style="text-align: center;"> </div>	<p>43 <i>resto del examen</i></p>
---------------------------------------------------------------	-----------------------------------

45	a	b	c	d	e 46
	<i>1/100.000</i>	<i>1/10.000</i>	<i>1/1.000</i>	<i>1/100</i>	<i>1/10</i>

<i>Baciloscopia</i>	<i>fecha</i>									47
	<i>resultado</i>									

	48
--	----

exámenes de laboratorio

	49
--	----

diagnóstico

	50
--	----

tratamiento

<i>opinión del médico</i>	51	a	b	c	<i>requiere reposo prev.</i>	52	a	b	c
		<i>no</i>	<i>parcial</i>	<i>total</i>			<i>no</i>	<i>por cambio de fecha</i>	<i>por cambio de localidad</i>

puede reemplazarse el reposo

53		54
<i>fecha</i>	<i>nombre del médico</i>	<i>firma</i>

FICHA 3.

TUBERCULOSIS

MANERA DE INDICAR EN LA FICHA LOS DATOS OBTENIDOS

El auxiliar llenará los cuadros 9, 11, 12, 13, 14, 15 y 16, este último sin hacer la calificación, lo que corresponde al médico.

El médico: en el cuadro 16 llenará la calificación del trabajo considerándolo en relación con las indicaciones físicas del examinado y marcará con una x el casillero correspondiente.

En el cuadro 17 anotará los hábitos importantes (fumador moderado o exagerado, bebedor, etcétera).

En el cuadro 18 representará el esquema familiar, de acuerdo con las normas oficiales. En una nueva línea auxiliar inferior representará, siguiendo la misma norma, los allegados, si los hay.

En el cuadro 19 indicará el contagio de acuerdo con las normas oficiales, considerando que cada espacio comprendido entre dos trazos verticales largos corresponde a un año.

En el cuadro 20 anotará los antecedentes patológicos, insistiendo en aquellos casos que aparecen señalados en las normas.

En el cuadro 42 escribirá una breve historia clínica.

En los cuadros 43 y 44 anotará los resultados del examen clínico, solamente en cuanto signifiquen ampliación o rectificación de lo anotado en la ficha 1. Se recomienda igualmente la utilización del método gráfico.

En los cuadros 45 y 46 anotará personalmente los resultados de las reacciones alérgicas que practicará de acuerdo con las normas oficiales.

En los cuadros 47 y 48 anotará los exámenes correspondientes.

En el cuadro 49 anotará el diagnóstico de acuerdo con lo indicado en las normas oficiales.

En el cuadro 50 indicará sólo las líneas generales del tratamiento.

En los cuadros 51 y 52 marcará con una x el casillero correspondiente a la resolución que se derive de la aplicación de las normas sobre reposo preventivo.

Por último, marcará entre los casilleros 1 a 6 aquél que corresponda para calificar el caso según las instrucciones oficiales, y según si envía los antecedentes a comisión de medicina preventiva o a curativa pondrá una cruz en el N° 7 u 8.

La visitadora social: después de practicar la visita correspondiente: en el cuadro 27 colocará en la 1ª columna frente a cada coeficiente el N° de personas (miembros de la familia o allegados) que tengan, de acuerdo con la tabla, ese coeficiente y en la 3ª columna anotará el resultado de la multiplicación del número de personas por el coeficiente respectivo. En la última línea anotará la suma de ambas columnas que corresponderán al total de personas y al total de unidades de consumo.

En el cuadro 22 anotará el salario diario, semanal o mensual del encuestado y señalará con una x el casillero respectivo.

En el cuadro 29 pondrá la suma de los salarios percibidos por los familiares y las cantidades con que contribuyen los allegados, marcando como en el cuadro anterior con una x el casillero que corresponda.

En el cuadro 30 se anotará el salario total en pesos por U. C. y por día, que se calculará en la forma siguiente:

- a) Si los datos anteriores están expresados por día se multiplicará la suma de las cantidades anotadas en los cuadros 28 y 29 por 6/7 y se dividirá por el número total de unidades de consumo que se encuentra en la última línea de la 3ª columna del cuadro 27.
- b) Si los salarios están expresados por semanas o por meses se dividirán por 7 o por 30, respectivamente, y el resultado se dividirá a su vez como en el caso anterior, por el total de unidades de consumo. Después de hechos los cálculos anteriores marcará con una x el casillero que corresponda, según los pesos por unidades de consumo.

En el cuadro 31, después de anotar el tipo de habitación (casa propia o arrendada, cité, conventillo, etc.) marcará en uno de los casilleros a al d con una x la calificación que merezca por su estado sanitario y por su utilidad para que en ella se efectúe el reposo preventivo que podría afectar al examinado.

En el cuadro 32 anotará el número de piezas y en el 33 el promedio de personas por piezas habilitadas como dormitorios.

En los cuadros 34 a 37 anotará el consumo diario de carne y leche, en total y por U. C. día, deduciéndolo en la forma indicada.

Una vez llenados todos los cuadros marcará con una x el cuadro correspondiente a o b de los N^{os} 38 a 40, respondiendo así a las preguntas generales que se le formulen de acuerdo a la impresión personal que se haya formado respecto a las condiciones sociales del encuestado.

FICHA 4.

CARDIOVASCULARES

MANERA DE INDICAR EN LA FICHA LOS DATOS OBTENIDOS

El auxiliar: llenará los cuadros 10, 11, 12, 13, 14, 15 y 16, este último sin hacer la calificación, lo que corresponde al médico. En los cuadros 45 y 46 anotará el resultado de los exámenes de laboratorio.

El médico: en el cuadro 15 llenará la calificación del trabajo considerándolo en relación con las condiciones físicas del examinado y marcará con una x el casillero correspondiente.

En el cuadro 17 anotará los hábitos importantes (bebedor, fumador exagerado o moderado, etc.). En el cuadro 18 anotará los deportes que el enfermo practique y la frecuencia de ellos buscando su posible relación con una afección cardiovascular.

En el cuadro 19 anotará las fechas de las crisis de reumatismo articular agudo o corea que se hayan presentado y la pauta general de tratamiento indicada.

En los cuadros 20, 21, 22, 23 anotará las fechas (año) en que esas enfermedades se hayan presentado y en las lúes hará una referencia a la ficha correspondiente.

En los cuadros 25 y 26 anotará brevemente los antecedentes importantes de las afecciones indicadas.

En el cuadro 42 escribirá una breve historia clínica del caso.

En los N^{os} 43 y 44 anotará los resultados del examen clínico solamente en cuanto signifiquen ampliación o rectificación del resultado de la ficha 1.

En los cuadros 47, 48, y 49 anotará los diagnósticos de acuerdo con lo indicado en las normas oficiales.

En el cuadro 50 indicará las líneas generales orientadoras del tratamiento.

4

C-V

11		12		13		14	
apellido paterno		apellido materno		nombre		N° cédula identidad	
15		16		16		16	
edad		trabajo		a muy liviano		b liviano	
				c pesado		d muy pesado	
17		17		18		18	
hábitos		deportes ¿cuál?		frecuencia			
19							
reumatismo art. agudo o coreo							
(fechas de crisis y tratamientos)							
20		21		22		23	
lúes		tifoideo o paratífus		difteria		escarlatina	
INFECCIONES FOCALES							
24		24		25		25	
dentarias		dentarias		amigdalianas		amigdalianas	
26							
blenorragia							
ENCUESTA SOCIAL							
27		28		29		29	
composición de la familia		salario o sueldo \$		diario		diario	
número de pers.		coef.		total		semanal	
1,4		1,2		1,0		mensual	
0,9		0,8		0,7		suma de otros salarios de la familia	
0,6		0,5		total		30	
						a	
						b	
						c	
						d	
						31	
						a	
						b	
						c	
						d	
						32	
						33a	
						N° de pers.	
						que duermen con él	
						33b	
						34	
						35	
						36	
						37	
ficha		41		41		38	
						sí	
						no	
						39	
						sí	
						no	
						40	
						sí	
						no	
nombre y firma							

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

BREVE HISTORIA CLÍNICA

--	--

EXAMEN CLÍNICO

(ampliación o rectificación de ficha 1)

<i>corazón y vasos</i>	<i>resto del examen</i>
------------------------	-------------------------

EXÁMENES DE LABORATORIO

<i>orina</i>	<i>otras</i>
--------------	--------------

DIAGNÓSTICO

<i>anatómico</i>	<i>fisiopatológico</i>	<i>etiológico</i>
------------------	------------------------	-------------------

<i>tratamiento</i>

<i>opinión del médico requiere reposo prev.</i>	51	a	b	c	<i>puede reemplazarse el reposo</i>	52	a	b	c
	no	parcial	total			no	por cambio de fecha.	por cambio de localidad	
<i>fecha</i>	<i>nombre del médico</i>	<i>firma</i>							

En los cuadros 51 y 52 marcará con una x la resolución que se derive de la aplicación de las normas sobre reposo preventivo.

Por último, marcará entre los casilleros 1 a 6 aquél que corresponda para calificar el caso, según las instrucciones y pondrá una x en los N^{os} 7 u 8, según si envía el caso a la medicina curativa o eleva los antecedentes a comisión de medicina preventiva.

El dentista: representará gráficamente en el casillero 24, en el esquema dental correspondiente, los focos dentarios señalando en especial los que requieren tratamiento.

La visitadora social: procederá con la misma forma indicada para la ficha 3, con la única diferencia que: en el cuadro 32 marcará con una x el casillero correspondiente, siempre que tenga que hacerlo a pie. En la misma forma responderá a la pregunta del cuadro 33 acerca del piso en que vive, si tiene que subir a pie y la distancia que tiene que caminar para llegar a su trabajo.

Encuesta social

La encuesta social que se debe practicar en todo individuo, candidato al reposo preventivo, se hará orientada hacia la investigación de las condiciones de vida familiar que establezcan relación con la mejor aplicación posible de la Ley de Medicina Preventiva.

La verdadera situación social de un medio familiar sólo puede apreciarse de una manera precisa y comparable, relacionando el monto del salario o sueldo con las cargas familiares del imponente. Se comprende fácilmente que, aun con salarios relativamente altos, las condiciones de vida de una familia serán de un nivel inferior si el jefe debe sostener con sus entradas a varias personas, que si con un salario más bajo, solamente debe mantenerse él. De ahí la necesidad de expresar la relación entre las entradas y salidas atribuyendo a cada componente del núcleo familiar un coeficiente de consumo en relación a sus necesidades mínimas.

Este criterio debe servir de base para fijar la situación social en aquellas cajas que tengan tarifas variables para la prestación de sus servicios en casas de reposo, sanatorios, etcétera.

El número de unidades de consumo que representan las cargas familiares se obtiene multiplicando el número de miembros de la familia en las diferentes edades por su coeficiente de consumo.

Considerando que entre nosotros la alimentación representa el gasto más importante de la familia, conviene tomar como base de los gastos totales el costo de la alimentación y, traduciendo las normas internacionales de consumo energético a su coeficiente de costo de la alimentación, variable también con la necesidad variable de alimentos protectores, se ha confeccionado la siguiente tabla de unidades de consumo:

Hombre adulto de trabajo muy intenso	1,4
Hombre adulto de trabajo intenso	1,2
Hombre adulto de trabajo sedentario, mujer y niños hasta 9 años de edad	1

Niños de 7 a 9 años	0,9
Niños de 5 a 7 años	0,8
Niños de 3 a 5 años	0,7
Niños de 2 a 3 años	0,6
Niños de 1 a 2 años	0,5

Una unidad consumo de este cálculo representa un gasto de alimentación de alrededor de \$3, o sea, que, considerando en 80% los gastos de alimentación resulta un costo de \$3.75 por U.C. como equilibrio energético mínimo, por lo tanto, el salario mínimo por unidad consumo debe ser de \$4.

De esta manera se puede obtener la verdadera representación de los gastos familiares que en U.C. permite clasificar los asegurados o imponentes en cuatro grupos según su salario en U.C. por día:

Grupo I menos de	\$5 por	U.C. día
Grupo II menos de	5 a 10 por	U.C. día
Grupo III menos de	10 a 20 por	U.C. día
Grupo IV más de	20 por	U.C. día

Referente a la habitación, la encuesta se orientará solamente hacia la investigación de sus condiciones para saber si puede efectuarse en ella el reposo preventivo parcial o total. Se anotará, por lo tanto, su condición general (casa propia, cité, conventillo, etc.) y se clasificará según sus condiciones sanitarias en mala, aceptable, buena y muy buena.

En el enfermo tuberculoso se investigarán asimismo las condiciones de la habitación (número de piezas por casa, personas que viven en cada pieza y el número de ellas que duermen con el asegurado, objeto de la encuesta) en relación con los datos del posible contagio.

En los enfermos cardiovasculares se anotará también la altura que deben subir (cerros o pisos altos) a pie para llegar a su casa.

La visitadora social deberá apreciar las condiciones morales, costumbres y hábitos de vida del encuestado para resolver si puede estar sometido a reposo en su casa y si debe recibir personalmente el subsidio de reposo o debe serle otorgado a su familia. A este respecto deberá expresar su opinión, afirmativa o negativa.

El espíritu de la ley es que el beneficio del subsidio reposo sea aprovechado en su totalidad en las mejores condiciones posibles que permitan al asegurado realizar su reposo sin dificultades económicas para su familia.

Una encuesta en la faena que ocupa el obrero deberá dictaminar acerca de las condiciones de su trabajo y sobre la importancia para el normal desenvolvimiento del trabajo de la usina, taller o fábrica, con el objeto de informar si es posible someterlo a media jornada de reposo sin que se perjudique la marcha normal del trabajo en la faena.

Como una manera de conocer su situación biológica se deberán investigar algunos datos significativos fáciles de apreciar con precisión con respecto a la cali-

dad de la alimentación familiar, como son el consumo diario de carne y leche por unidad de consumo por día. En caso que el consumo de alguno de estos alimentos no se verifique todos los días, para calcular el consumo diario se dividirá por 7 el semanal.

ANEXO V

CONCIUDADANOS DEL SENADO Y DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS

La lucha antituberculosa para ser eficaz ha de establecerse sobre las tres condiciones impuestas en los fundamentos de la ley N° 6.174 sobre medicina preventiva y que son el diagnóstico oportuno por medio del examen sistemático del supuesto sano, el reposo parcial o total con subsidio suficiente al enfermo recuperable y la hospitalización para el tuberculoso que la necesita.

Las dos primeras condiciones se están realizando por medio de la aplicación de la ley N° 6.174 en referencia; la tercera representa aumentar el número de camas a disposición de dichos enfermos y que en Chile son muy insuficientes.

En efecto, el número de camas necesarias para realizar una lucha antituberculosa eficaz no debiera ser en Chile inferior a 10.000, habiendo actualmente sólo 2.060 en servicio y 1.700 en vías de ser habilitadas.

A pesar del esfuerzo que ha significado duplicar en corto tiempo las disponibilidades en este sentido, la lucha antituberculosa establecida sobre principios de diagnóstico oportuno y recuperación económica y eficaz de los activos requiere un número mucho mayor aún de camas para tuberculosis.

Como cada una de ellas representará de aquí en adelante y sobre la base de la ley 6.174 un rendimiento muy alto de enfermos recuperados para la actividad, se comprende que las inversiones que haga el Estado en este sentido serán las más remunerativas en cuanto a la economía de valores humanos.

A la política pasiva de esperar al enfermo en la policlínica o en el hospital, el gobierno ha reemplazado una política activa de ir a buscarlos a su casa, a su taller o a su oficina para descubrir su enfermedad a tiempo y recuperarlo para la actividad y la producción.

Esta policía implantada principalmente por la Ley 6.174 necesita disponer del número de camas necesarias para realizar esa recuperación en los casos indicados que permita no sólo disminuir la morbilidad y la mortalidad por tuberculosis, sino principalmente aumentar el número de activos reintegrados a la producción.

El rendimiento de salud por cama con el mismo costo para el Estado en estas condiciones es de tres a cuatro veces mayor como se puede deducir del hecho de que la recuperación de un hospital que recibe a cualquier enfermo es de un 20%, mientras que cuando los recibe en un estado incipiente de su afección es del 80%.

El estudio cuidadoso de los servicios generales de muchos hospitales del país ha convencido al gobierno que sería posible agregar a estos establecimientos camas suplementarias que no significarán sino establecer la cama misma a bajo costo, sin tener que aumentar estos servicios generales, entendidos por tales los de administración dirección médica, cocina, lavandería, laboratorio, rayos X, etcétera.

Se podrían de esa manera por las condiciones climatológicas y por la disposición arquitectónica, agregar camas para reposo preventivo en los hospitales de Arica, Iquique, Copiapó, Vicuña, Ovalle, Combarbalá, Putaendo, San Antonio, Valparaíso, Santiago y Constitución, hasta completar una suma de mil a dos mil camas más, cuyo costo no excedería de ocho a diez mil pesos por cama, es decir, la tercera parte del costo de la cama hospitalaria considerada con todos sus servicios generales.

El financiamiento de los \$10.000.000 que esto significaría, puede hacerse sin sacrificio para las diferentes cajas y sin perjudicar sus finanzas sobre la base de un préstamo que harían a la junta central de beneficencia al 6½% de interés y 1% de amortización, préstamo que correspondería, por una vez, al 2% de sus entradas brutas del año.

Estas entradas, que son en parte invertidas en diferentes negocios y colocaciones, no siempre rinden un interés como el que les ofrece esta ley, en la seguridad que queda por demás garantida sus riesgos y responsabilidades. Representaría, además, el 2% de las entradas brutas de las cajas en un año, una suma que para cada una de ellas es relativamente pequeña en relación a sus demás compromisos y que está en situación de entregar para este fin.

Las entradas brutas de las cajas de previsión pueden calcularse para el año 1938 en \$500.000.000.

El financiamiento de \$750.000, que deberá consultar anualmente la ley de presupuestos con el objetivo de servir este préstamo, está también justificado desde el momento en que el Estado no está actualmente en condiciones de contemplar en dicha ley una suma para construcciones hospitalarias que permita terminar el plan hospitalario proyectado en las leyes N° 5.564 y N° 4.711, del 11 de enero y 28 de septiembre de 1935, respectivamente.

El presente proyecto de ley consulta, también, la posibilidad para el seguro obligatorio de servir sus compromisos para con la beneficencia en forma que no vea perjudicadas sus finanzas.

En efecto, la imposibilidad para la Caja de Seguro Obligatorio de amortizar los bonos destinados a préstamos para construcciones hospitalarias a la Junta Central de Beneficencia ha significado la paralización de una parte del plan hospitalario.

Se obvia en este proyecto de ley a este inconveniente determinando que el Seguro Obrero y la Caja de Empleados Públicos y Periodistas seguirán contribuyendo con el 2% de sus entradas brutas al financiamiento indicado.

Las construcciones que se proyectan en el presente proyecto de ley, representan, por otra parte, un instrumento que es de gran urgencia disponer para abordar de lleno la lucha antituberculosa, permitiendo subir el número de camas para esta campaña a 5.000 que, como se ha dicho, representarán sobre las nuevas bases en que está empeñada esta lucha, un gran rendimiento; por otra parte, se trata de construcciones muy económicas realizadas sobre la base de aprovechar la sólida estructura existente y sus servicios generales.

En mérito de estas consideraciones tengo el honor de someter a vuestra deliberación el siguiente.

PROYECTO DE LEY

Artículo 1°. Autorízase a la Junta Central de Beneficencia para contratar con la cajas de previsión un empréstito hasta por la suma de \$10.000.000, que devengará un interés máximo anual de 6½% y 1% de amortización.

El producto de este empréstito será dedicado a la construcción y habilitación de pabellones anexos a los actuales hospitales, cuyos servicios generales permitan agregación de camas complementarias.

Estos pabellones serán destinados exclusivamente a la suplementación de camas para la atención de enfermos tuberculosos incipientes o recuperables que revelen los exámenes de salud practicados por los servicios de medicina preventiva establecidos por la ley 6.174, del 31 de enero de 1938.

Art. 2°. A contar del 1 de julio de 1938, las cajas de previsión indicadas en el artículo 1° de la ley 6.174 sobre medicina preventiva, con la única excepción de la Caja de Retiro y Montepío de las Fuerzas de la Defensa Nacional, destinarán el 2% de sus entradas brutas a cubrir el empréstito que se autoriza por el artículo 1° de la presente ley.

Para el servicio de los intereses y amortización de este empréstito se consultará anualmente en el presupuesto nacional la cantidad de \$750.000.

Art. 3°. Una vez cubierto el empréstito de \$10.000.000 autorizado por el artículo 1°, y las Cajas de Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez, y la Nacional de Empleados Públicos y Periodistas, destinarán el 3% de sus entradas brutas anuales a préstamos a la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social en las mismas condiciones previstas por el artículo 1° y 4° de esta ley, hasta cubrir el monto de los empréstitos autorizados por las leyes N°s 6.022 y 5.564 para completar el plan hospitalario de acuerdo con dichas leyes.

Art. 4°. El fisco pagará en dinero a las Cajas de Seguro Obligatorio de Enfermedad e Invalidez y Vejez y Nacional de Empleados Públicos y Periodistas la parte de los aportes fiscales necesaria para que dichas instituciones cubran las cuotas que les correspondan en los empréstitos a que se refiere esta ley.

Art. 5°. El servicio de los intereses y amortizaciones de los empréstitos a que se refiere el artículo 3°, se imputará a las sumas que se consulte en el presupuesto nacional de acuerdo con las disposiciones de las leyes 5.564 y 6.022.

Art. 6°. Se declara liberada a la Caja de Seguro Obligatorio de los compromisos contractuales no cumplidos de préstamos que como mutuante haya celebrado con la Junta Central de Beneficencia.

Art. 7° Un reglamento fijará las relaciones de la Junta de Beneficencia y de las demás cajas de previsión en cuanto a la distribución y funciones de los servicios hospitalarios establecidos con los fondos que provee esta ley.

Art. 8°. Esta ley comenzará a regir desde su publicación en el *Diario Oficial*.

Santiago, a treinta y uno de agosto de mil novecientos treinta y ocho. ARTURO ALESSANDRI P. -*Eduardo Cruz Coke*. -*Francisco Garcés G.*

ÍNDICE

Presentación	v
Alimentación y previsión biológica: la política médico-asistencial de Eduardo Cruz-Coke <i>por María Soledad Zárate</i>	ix
Prólogo	5
I. ECONOMÍA Y SALUBRIDAD: SUS RELACIONES CON UNA POLÍTICA QUE ACTÚA SOBRE LA CAPACIDAD DE CONSUMO	9
II. CARACTERES DE LA MORBILIDAD CHILENA	15
III. UNA CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CONSTITUTIVAS DE NUESTRA MORBILIDAD EN VISTA DE UNA ACCIÓN ECONÓMICA E INMEDIATA	25
IV. POLÍTICA DE SUBSIDIOS Y DE TRABAJO	29
V. PREVISIÓN BIOLÓGICA Y PREVISIÓN FINANCIERA	35
VI. LA LEY N° 6.174 DE MEDICINA PREVENTIVA, SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	41
VII. FINANCIAMIENTO DE LA LEY	47
VIII. RELACIONES DE LA LEY DE MEDICINA PREVENTIVA CON LOS ELEMENTOS MÁS IMPORTANTES DE NUESTRA MORBILIDAD	55
ANEXOS	
ANEXO I: LEY N° 6.174, ESTABLECE EL SERVICIO DE MEDICINA PREVENTIVA	67
ANEXO II: REGLAMENTO ORGÁNICO PARA LA APLICACIÓN DE LA LEY N° 6.174, SOBRE MEDICINA PREVENTIVA	71
ANEXO III: INSTRUCCIONES PARA LA MEJOR APLICACIÓN DE LA LEY N° 6.174, DEL 31 DE ENERO DE 1938, SOBRE MEDICINA PREVENTIVA	93
ANEXO IV. FICHAS MÉDICAS	119
ANEXO V: CONCIUDADANOS DEL SENADO Y DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS	135

