

# Seguridad Social y Seguridad Biológica para el siglo XX: la experiencia de la sección médica de la Caja del Seguro Obligatorio

Social Security and Biological Security for the 20th century: The experience of the medical section of the Mandatory Insurance Fundy

Marcelo López Campillay<sup>1</sup>

## RESUMEN

---

**E**n el año 1924, como producto de la crisis política y social que afectó al gobierno del reformista presidente Arturo Alessandri, se originó una nueva etapa institucional con la dictación de la ley N° 4.054 que fundó el seguro de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo. A cien años de este hito trascendental para la seguridad social chilena, el presente artículo pretende verificar el importante papel que en ese terreno ejerció la Caja del Seguro Obligatorio, una de las principales instituciones que nacieron para materializar una generación de derechos sociales y que, a su vez, fue una herramienta para procurar la seguridad social y biológica de los trabajadores y sus familias.

De este modo, mediante el examen de los principales lineamientos del trabajo de la sección médica de la Caja del Seguro Obligatorio, entre las décadas de 1930 y 1940, es posible apreciar que el enfoque preventivo, médico-social y los principios de planificación y la racionalización técnica y administrativa fueron los rasgos esenciales de su identidad institucional. Al mismo tiempo, a partir del análisis de esta experiencia es posible proponer que, en el afán de resguardar la aplicación de un derecho social y guiados por una inspiradora concepción socializante de la salud, los equipos profesionales la Caja del Seguro Obligatorio fraguaron experiencias pioneras que fueron claves para diseñar la ley de medicina preventiva y el futuro Servicio Nacional de Salud, que se constituyeron a la postre en hitos indiscutidos que favorecieron la consolidación de la seguridad social en el siglo XX chileno.

*Palabras clave:* Seguridad Social; Caja del Seguro Obligatorio; Ciencia; Prevención; Medicina Social; Tuberculosis.

## ABSTRACT

---

In 1924, as a result of the political and social crisis that affected the government of reformist President Arturo Alessandri, a new institutional stage arose with the issuance of Law No. 4,054 that founded insurance for illness, disability and work accidents. One hundred years after this transcendental milestone for Chilean social security, this article aims to verify the important role that the Compulsory Insurance Fund played in this field, one of the main institutions that were born to materialize a generation of social rights and that, In turn, it was a tool to ensure the social and biological security of workers and their families.

In this way, by examining the main guidelines of the work of the medical section of the Compulsory Insurance Fund, between the 1930s and 1940s, it is possible to appreciate that the preventive, medical-social approach and the principles of planning and Technical and administrative rationalization were the essential features of its institutional identity. At the same time, based on the analysis of this experience, it is

---

<sup>1</sup> Presidente de la Sociedad Chilena de Historia de la Medicina. Doctor en Historia, Pontificia Universidad Católica de Chile. Correspondencia a: [marcelo.lopez@minsal.cl](mailto:marcelo.lopez@minsal.cl)

possible to propose that, in the desire to safeguard the application of a social right and guided by an inspiring socializing conception of health, the professional teams of the Compulsory Insurance Fund forged pioneering experiences that they were key to designing the preventive medicine law and the future National Health Service, which ultimately became undisputed milestones that favored the consolidation of social security in the Chilean 20th century.

*Keywords: Social Security; Mandatory Insurance Fund; Science; Prevention; Social Medicine; Tuberculosis.*

## **1. PRESENTACIÓN**

El año 1924 ha gozado de diversas lecturas en nuestra historia en virtud de las repercusiones políticas y sociales que derivaron de la crisis que golpeó al gobierno del presidente Arturo Alessandri. En verdad, es inevitable aludir a una serie de sucesivos hechos que suele ser citada como un hito que trazó una nueva dirección en el desarrollo de la vida de la República en las primeras décadas del siglo XX. Entre esos episodios históricos se cuentan desde la asonada que emprendieron el 4 de septiembre de aquel año un grupo de oficiales del Ejército en las salas del Congreso, conocido como el “ruido de sables”, como medida de presión en favor de un ansiado conjunto de leyes sociales que se habían empanzanado en los meandros de un desprestigiado poder legislativo, hasta la renuncia del presidente Alessandri, la instauración de una Junta Militar, y la redacción de una nueva Constitución Política en el año 1925.

Sin embargo, sin desmerecer el trabajo analítico que ha congregado el quiebre democrático del año 1924 para la historia política y social, es nuestro afán centrarnos en un episodio que simboliza un cambio de época en la forma de concebir el papel que debía cumplir la salud como un valor central para la universalización efectiva de la promesa del ideario del progreso. En este sentido, es ampliamente conocido que desde las postrimerías del siglo XIX la valoración de la higiene o la salud pública se consideró como un factor insoslayable para aquellas propuestas que comenzaron a esbozarse con la finalidad de resolver los dilemas sanitarios de la denominada cuestión social. Es cierto que, desde el período colonial, como los demostraron las campañas de inmunización contra la viruela y las facultades de control higiénico que se le endosaron a

los cabildos, existió una arista colectiva sobre el significado que encarnaba la idea de salud. Con todo, con el desarrollo de la civilización moderna ese concepto evolucionó siguiendo los pasos de las ideas y prácticas que modernizaron la salud pública en Europa, tales como adopción de la bacteriología, los laboratorios, la asepsia y antisepsia, los códigos sanitarios, la formación de profesionales de la salud en instituciones universitarias, la construcción de redes de alcantarillados y agua potable, la promoción de la habitación higiénica, entre otros.

Es efectivo que en las dos primeras décadas del siglo XX se podían identificar indicios palpables del paulatino arraigo de la conveniencia de la modernización de la salud pública entre las elites gobernantes. De hecho, una conquista decisiva en esa dirección se había conseguido en 1892 gracias a la creación del Consejo Superior de Higiene Pública y del Instituto de Higiene. Este impulso reformista fue acompañado en los años siguientes por las obras sanitarias que se ejecutaron en ciudades tan relevantes como Santiago y Valparaíso, así como creación de la Escuela de Salud Dental en 1911, y la publicación en 1918 del primer código sanitario de la República, que entre otras virtudes instauró la obligatoriedad de la vacunación y revacunación. Pese a estas obras, tanto para esas elites como para la gran mayoría de la población, las altas tasas de mortalidad y morbilidad, la “miseria fisiológica” que acechaba a la raza chilena, la prevalencia de las epidemias y endemias infecciosas, la escasez de viviendas con mínimos estándares higiénicos, como la inestable administración y falencias económicas que se enseñoreaba en los hospitales, constituyeron una evidencia incontrarrestable sobre aquello que podríamos calificar como la inseguridad vital de la población chilena.

Valga lo dicho para apreciar la década de 1920 como la etapa en que ese panorama caracterizado por una dramática precariedad biosocial intentó ser superado por un nuevo paradigma que propuso instaurar una institucionalidad que convertía a la salud en un bien universal, ajeno a los colosales condicionamientos materiales tan propios de la cuestión social. Como ya anticipamos, dentro del cúmulo de leyes sociales que fueron aprobadas en el mes de septiembre de 1924, emerge una norma que resultó fundamental, esto es, la ley n° 4.054, que instituyó por primera vez en la historia del país el *seguro de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo*.

A fin de hacer efectiva esta norma se recurrió a un tipo de organización que era vastamente conocida en muchos países y en Chile, vale decir, las cajas, instituciones que tenían como objetivo gestionar una serie de beneficios sociales a sus asociados. En el caso chileno, las cajas a contar de 1924 administrarían el seguro de enfermedad como un derecho propio de cualquier persona que ejerciera un trabajo bajo una modalidad contractual, el cual se financiaría con aportaciones del Estado, el patrón y el trabajador. Con certeza, este derecho adquirido, fruto de extensas discusiones y movilizaciones sociales, representó uno de los pilares de una etapa histórica que despuntó en el año 1924 y que puede calificarse la instauración del modelo de seguridad social en nuestro país, cuyas raíces doctrinarias suelen situarse en la Alemania del canciller Bismarck.

A partir de estos antecedentes, nuestra intención es examinar algunas de las principales vertientes que es posible reconocer en el trabajo de la *Caja de Seguro Obligatorio*, usualmente conocida como la Caja del Seguro Obrero, una experiencia histórica que pretendemos rememorar a 100 años de su fundación. Un interés primordial que nos guía en el presente artículo es describir a grandes rasgos la labor que esta entidad ejerció en su afán de materializar el seguro de enfermedad para los miles de trabajadores que acogió, mediante su sección médica, la cual cumplió una tarea fundamental, pese a varias denominaciones que recibió (servicio, departamento, etc.) No es nuestro foco exponer los resultados concretos de su trabajo médico a gran escala, pues es una tarea que escapa a la naturaleza de este artículo. Más bien, aspiramos a evidenciar que la sección médica de la Caja del Seguro Obligatorio, fundamentalmente entre las décadas de 1930 y 1940 asentó a nivel nacional una suerte de ideario que se distinguió por un enfoque médico preventivo, la concepción médico-social y la rigurosidad científica del ejercicio de su cuerpo de profesionales, pese a todas las limitaciones económicas, administrativas y políticas que encaró. De este modo, la senda que se inició el 8 de septiembre de 1924 con la promulgación del seguro de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo, no solo revistió una nueva modalidad en términos de legislación social, sino que gracias al desempeño histórico de su sección médica representó una concepción de la salud colectiva inédita en nuestra historia.

## 2. RACIONALIDAD Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA DE LA CAJA DEL SEGURO OBLIGATORIO

Naturalmente, el desarrollo del modelo de ejercicio médico de la Caja del Seguro Obligatorio estuvo entrelazado a la evolución de su matriz institucional y del contexto social y económico del país. Fue el propio autor del proyecto del seguro de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo, el célebre doctor Exequiel González Cortés, quien el mes de mayo de 1922, advirtió el difícil escenario social y sanitario que enfrentaba esta anhelada aspiración. Tras presentar la iniciativa en el Congreso, indicó que el seguro era un instrumento que intentaría brindar un “alivio a los dolores de nuestro pueblo”, el cual con disponía de un oportuno acceso a servicios médicos y hospitalarios (El Mercurio, 1922, p. 17). El doctor González Cortés dejó entrever que itinerario del nuevo seguro enfrentaría retos mayúsculos dado que gran parte de las enfermedades que asolaban al país obedecían al “frío, hambre y desnudez” que caracterizaba la vida del pueblo. Si a ese lóbrego panorama se adjuntaban hechos relevantes como el desempleo legal que enfrentaba una familia que debía enfrentar la pérdida del jefe de familia, el descenso sostenido de las contribuciones de la caridad, la deficiente organización hospitalaria que resentía la ausencia de profesionales médicos en la dirección de los establecimientos, y el temido avance de la “peste blanca” o tuberculosis, que según sus estimaciones afectaba al “85 %” de la población, no era difícil concluir que el nuevo seguro social requeriría de una robustez institucional que constituía un complejo desafío para el Estado, la medicina y la sociedad (El Mercurio, 1922, p. 17). Desde otro punto de vista, este avance normativo fue una manera de saldar una deuda social, dado que los grupos dirigentes del país, como afirmó Leonardo Guzmán, uno de los primeros doctores jefe de la Caja del Seguro Obligatorio, ejercían el poder distanciado de la “misericordia” que abonaba las enfermedades, fue imperioso que surgiera un “organismo autónomo” dotado de independencia financiera y capacitado para ejercer el servicio de requerido por la población trabajadora (Guzmán, 1927, p.2). El cometido institucional de la Caja se materializó paulatinamente tras su creación como una forma incubar la modernización de medicina a gran escala que ella representó. Según afirmó el doctor Guzmán para el año 1926 poseía una “red de servicios médicos”

única en el país, que en 12 meses había pasado de administrar 54 policlínicos con 70 médicos a dirigir 110 policlínicos con 124 médicos (Guzmán, 1927)<sup>2</sup>. Una de las “piedras fundamentales” de esta labor fue el Departamento de Beneficencia y Prevención de Enfermedades, la base del trabajo de las visitadoras sociales que concurrían a los hogares de los enfermos para levantar las encuestas y examinar las condiciones “materiales y morales” de las familias (Guzmán, 1927, p. 169)<sup>3</sup>. A partir de ese trabajo de análisis, los jefes de sección ponían en marcha el respectivo tratamiento.

Entre de los primeros desafíos que debió resolver la naciente entidad en sus primeros años de desarrollo fue la construcción de servicios hospitalarios para los 550.000 asegurados existentes en el año 1927, asunto que a juicio del doctor Guzmán debía definirse por evitar gastos en nuevas instalaciones y apostar por colaborar en la modernización de los hospitales de la Beneficencia, mediante préstamos de la Caja, porque en último término ambas instituciones atendían a la misma población. En el fondo, para entonces convenía “hermanar” a la Beneficencia con la Caja del Seguro Obligatorio, pues esta opción, podía evitar gastos superfluos, así como concentrar los esfuerzos (Rodríguez, 1933)<sup>4</sup>.

Junto al diagnóstico que se desprenden de los propósitos de los doctores González Cortés y Guzmán, debemos contemplar aspectos institucionales y políticos que han de tenerse en cuenta para comprender la trayectoria de su sección médica. En efecto, por un lado, es pertinente señalar que al Cada del Seguro Obligatorio fue un órgano dependiente de otra de las importantes creaciones que apuntaron a modernizar la Salud Pública chilena. Nos referimos al Ministerio de Higiene y Asistencia Social, creado el 14 de octubre del 1924, que tuvo como primer ministro al destacado salubrista Alejandro del Río, y que en gran medida cumplió con una vieja aspiración sostenida por aquella corriente médica y política que apuntó desde fines del siglo XIX al deber

que le correspondía al Estado en la administración de los asuntos sanitarios del país. Un gran paso en esa dirección se había conseguido con la publicación del código sanitario en 1918, norma que dio vida a la Dirección General de Sanidad. No obstante, los avatares políticos de la década de 1920, que sucedieron a la renuncia de Alessandri a su gobierno, claramente incidieron en la consolidación del nuevo ministerio y, por consiguiente, en la instalación de la Caja del Seguro Obligatorio. Así, bajo el gobierno autoritario de Carlos Ibáñez del campo surgió en 1927 el Ministerio de Bienestar Social, que pretendió subsanar la administración sanitaria existente, por ser “compleja y onerosa” (Ministerio de Bienestar Social, 1927). Esta reforma fue importante por cuanto desligó a la Caja de su vínculo ministerial, el cual solo se restituyó en 1932, con la creación del Ministerio de Salubridad. A modo de balance, esta etapa que comprendió los años de 1924 a 1932 ralentizó el impulso inicial que representó la nueva legislación en materia de seguridad social y biológica, dado que la Caja del Seguro Obligatorio fue despojada de gran parte de las atribuciones que la norma madre le confirió para cumplir con su propósito y careció de “fisonomía propia” (Biondi et al., 1944, p.2). Por consiguiente, tras el fracaso que experimentó el sistema de la Beneficencia en la administración de los nuevos seguros, la Caja del Seguro Obrero y sección médica recobraron sus facultades originales

Ahora bien, junto a dichos vaivenes institucionales que experimentó la entidad encargada de gestionar el seguro de enfermedad de gran parte de la masa laboral, cabe señalar que según ha sostenido cierta historiografía, la creación de la Caja del Seguro Obligatorio fue objeto de rechazo en ciertos sectores de trabajadores que pertenecían a la órbita de la FOCH y de la sección local de la Industrial Workers of the World. Efectivamente, según ha sostenido Wilson Lemanda Delgado, desde la perspectiva

---

2 La red médica de la Caja organizó diversos tipos de atención conforme a las realidades sociales en las que debía desenvolverse, hecho que determinó que la libre elección de los médicos por parte de los pacientes no estuviese disponible en todo Chile porque existía una desigual distribución de profesionales entre las provincias. Junto a lo anterior, como ejemplo de su perfil modernizador, la Caja manejó la atención en maternidad, tanto en la etapa de gestación como tras el parto, medicina pediátrica, farmacia, control y contabilidad médica y servicios odontológicos.

3 Conviene indicar que en el año 1927 el gobierno dictaminó el traslado de los servicios médicos de la Caja a la Beneficencia.

4 En el año 1933 la doctora Aurora Rodríguez ratificó la decisión que había adoptado la Caja en cuanto a no construir hospitales propios. Según el estudio que ella había efectuado sobre los costos de hospitalización, el valor anual de una cama era de 2.920 pesos, que términos reales se traducían en 3.000 pesos. Por lo tanto, el costo anual de mantenimiento de un hospital de 500 camas demandaría la suma de 2.340.000, cantidad que derivaba de la suma de 1.500.000 pesos (3.000 pesos por cama) más 7% de interés del capital invertido, esto es, 840.000 pesos. Esa cifra determinaba que la edificación de un hospital era favorable para los intereses de la Caja. Sobre esta base, el camino a seguir era la contratación de camas, de acuerdo con la facultativa.

de estos núcleos sindicales la creación de esta entidad involucró una forma de dominación y apropiación de la previsión por parte del Estado, hecho que se manifestó en actos públicos de resistencia a esta nueva institucionalidad previsional (Lemanda, 2023, p.405).

En definitiva, queda de manifiesto que los primeros años de vida de la Caja del Seguro Obligatorio hicieron eco de la contingencia social y política por la que atravesó Chile desde el año 1924 hasta el año 1932, momento en que se retoma cierta estabilidad institucional con el nuevo gobierno de Arturo Alessandri. Pese a estos altibajos y dificultades que debió enfrentar la Caja, existió el convencimiento de que esta nueva institución representó un hito histórico para la sociedad chilena puesto que por primera vez los trabajadores y sus familias pudieron contar con asistencia médica gratuita como parte de una política de Estado. Este hito fue un acto de génesis de seguridad social que fue ejemplar en Latinoamérica y que fue imitado por varios países de la región.

De esta manera, para conocer la estrategia que la Caja de Seguro Obrero desplegó para hacer del seguro de enfermedad una conquista social, muchas veces criticada, pero legitimada socialmente, es menester conocer los lineamientos generales de su doctrina y práctica médica entre las décadas de 1930 y 1940, la etapa que precedió a la irrupción de la nueva institucionalidad que procuró subsanar las limitaciones que emergieron en esta fase.

Establecidas ciertas condiciones básicas para su funcionamiento institucional, a partir del año 1932 la sección médica de la Caja del Seguro Obrero pudo ejercer su capacidad organizacional sobre la base de dos principios rectores: *el diseño de planificaciones y la racionalización técnica y administrativa*. A partir de estas premisas la sección o Departamento Médico-Social como se lo denominó en la década de 1930, procuró atender aquellos temas sanitarios que, a juicio del cuerpo de profesionales que lo integraba, eran los principales retos que enfrentaba la salud pública del país, como lo demuestran los primeros planes trienales que se llevaron a cabo contra la sífilis y en favor de la salud infantil. Respecto a este último punto, cabe consignar que el esmero por este trascendental tema se tradujo en 1935 en la creación del Servicio Madre-Niño, un departamento técnico que tuvo como función “impartir las normas e instrucciones generales standard para todo el país” (Araya, 1942, p.1).

Asimismo, su interés por aplicar una estricta racionalización a su gestión médica se plasmó en propuestas que podemos catalogar de pioneras en el marco de la historia de la modernización de la organización de la salubridad chilena. En este sentido, podemos citar el ejemplo de una iniciativa que se presentó en el año 1937, elaborada por figuras prominentes de la medicina social local como los doctores José Vizcarra, Víctor Grossi, Eduardo Grove, Baldomero Arce y Salvadore Allende, y que se tituló “Plan racional y comprensivo para el cuidado de la Salud Pública”. Su foco fue la creación de una Dirección de Salud Pública que dispusiera de recursos técnicos y económicos provenientes de la Caja del Seguro Obligatorio, la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, y la Dirección General de Sanidad, y de ese modo gestionar mediante un solo canal la “salud del pueblo” (Biondi et al., 1944, p. 23). Observada en perspectiva histórica, esta propuesta reveló claramente el antiguo deseo de las generaciones de salubristas de materializar para Chile una organización exclusiva para la administración de la salud pública nacional, deseo que en la década de 1920 había expresado públicamente el doctor Alejandro del Río a nombre de sus colegas, y que finalmente se hizo realidad en 1952 con la creación del Servicio Nacional de Salud.

### **3. EL ENFOQUE PREVENTIVO Y MÉDICO SOCIAL FRENTE A LAS EPIDEMIAS SOCIALES**

Junto a la declaración de sus principios organizacionales, desde su génesis el servicio médico de la Caja hizo gala del enfoque eminentemente preventivo de su medicina, el cual tuvo una aplicación concreta en el análisis de las enfermedades sociales que afligían históricamente a gran parte de la población. A modo de ejemplo, la preocupación que manifestó la Caja por la endemia de la tuberculosis es un ejemplo de la óptica médico-social que anidó en el seno de esta histórica institución.

Efectivamente, desde sus orígenes el problema de la tuberculización fue parte de la misión central que debió emprender la Caja para lo cual desde un comienzo debió cumplir con dos propósitos de gran envergadura. En primer lugar, le correspondió cubrir las necesidades de prevención y curación del sector de la población castigada en gran

medida por el bacilo (González, 1927, p.100)<sup>5</sup>. De hecho, para el año 1927 el doctor Guzmán anunció la organización de la Oficina de la Tuberculosis y proyectó la instalación de un sanatorio, “como las Cajas de Seguro europeas” (Guzmán, 1927, p.170). Tan sustancial como aquello fue la tarea de involucrar a los obreros en el nuevo esquema de protección social, puesto que el modelo impuso un verdadero cambio cultural dado que el seguro de enfermedad obligó a los beneficiarios a ser previsores y a los empleadores a financiar la nueva prerrogativa de sus trabajadores (Guzmán, 1927, p. 3)<sup>6</sup>.

Conviene resaltar de antemano que la planificación contra la tuberculosis fue obra de una de una camada de profesionales que, desde su papel de funcionarios de la Caja, demostraron reiteradamente su insatisfacción sobre los lineamientos sobre los que había transitado la lucha antituberculosa a nivel nacional hasta entonces. A nuestro entender, fue la aplicación de esta perspectiva el terreno sobre el que anidó la singularidad de la perspectiva antituberculosa de la Caja, la cual se expresó a través de dos trayectorias definidas. Una, representada por un plan de reforma institucional que se plasmó en la organización de la “medicina funcionarizada”; y otra, encarnada por la vertebración de una política médico-social que iluminó el desempeño de los profesionales de la salud vinculados a la Caja y el involucramiento de la salud pública chilena en la consolidación del Estado social.

Inaugurada la década de 1930, el ideario médico de la Caja comenzó a proyectarse en acciones concretas teniendo a la tuberculización como objetivo central, pues gran parte de sus asegurados sufrían sus agudos embates. A decir verdad, una vez que se recuperó la sección médica tras su divorcio de la Beneficencia, conocida entre algunos como la “desfusión”, el avezado tisiólogo y jefe de los servicios de la Caja, el doctor Félix Bulnes, explicó en el año 1932 un plan de reformas destinadas a optimizar el trabajo de la institución sustentado en las siguiente reparticiones: Oficina

de Control y Estadística, Oficina de Farmacia, Oficina de Invalidez, Oficina de Inspección, y dos consejos consultivos cruciales para sus propósitos sanitarios y sociales: el de Madre y Niño y el de la Tuberculosis (Guzmán, 1927, p. 15)<sup>7</sup>. Como podría esperarse, la preocupación por la peste blanca se expresó en la creación de un Consultorio de Broncopulmonares en Santiago y la Jefatura de Tuberculosis.

En el transcurso de 1934 se avanzó en la articulación de un plan que estuviera a la altura del desafío a nivel nacional que la enfermedad ofrecía. Precisamente, en el mes de enero el consejo de la Caja aprobó la elaboración de su propio *plan científico de lucha antituberculosa* y que según sus gestores era tributario de la preocupación que había demostrado la “primera institución que en forma seria” había dedicado sus esfuerzos efectivos contra la enfermedad social (Editorial, 1934). Podría interpretarse esta afirmación como un reparo velado al esquema que estaba cimentando en aquel momento la Junta Central de Beneficencia. Es una posibilidad, pero lo cierto es que el nuevo proyecto antituberculoso procuró alcanzar un perfil propio introduciendo algunos aspectos novedosos que fueron explicitados por el doctor Bulnes a través de las páginas del Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio.

El proyecto de carácter nacional precisó el tisiólogo, aspiró en primer lugar a la creación de Centros de Especialización, similares a los dispensarios modelo Calmette, en las ciudades de Talca, Concepción, Temuco, Valdivia, Puerto Montt y Magallanes. En segundo término, incorporó una obra no contemplada hasta entonces, el *Centro de Readaptación*, que fue ideado para ser erigido en Los Maitenes (Talca) con el objetivo de resolver un problema sensible para la lucha contra la tuberculosis y para el sistema laboral nacional, esto es, la baja recuperación de los asegurados cuya cifra bordeaba el 15 %.

La opción sanatorial también fue contemplada como parte de la política antituberculosa de la Caja. A contar del año 1925 cuando se estableció

5 La ley N°4054 garantizaba la ayuda médica y la “provisión de todos los médicos necesarios” que el asegurado debía recibir desde el primer día de la enfermedad. La duración de los tratamientos no debía exceder las 26 semanas, pero podían existir excepciones para casos de convalecencia.” Sin embargo, al poco andar de la nueva normativa, surgieron las primeras observaciones que ameritaron reformas posteriores. Al respecto, el doctor González Cortez indicó que la ley incurrió en algunas imperfecciones para el caso de los tuberculosos pues ella solamente abordaba las “enfermedades de convalecencia prolongada”, decisión que dejaba fuera los casos de “evolución prolongada”, como la tuberculosis “la que más estragos causaba en la masa obrera”, y ciertos tipos de sífilis.

6 Según el doctor Guzmán, el obrero habitualmente era mal pagado y estaba afectado por un “vicio”, motivos por el cual enfrentaba los episodios mórbidos sin capacidad de ahorro para atender los gastos de la enfermedad y las necesidades de su familia mientras estaba imposibilitado de trabajar. Por lo tanto, recurría al servicio médico de la Beneficencia.

7 El plan elaborado por el doctor Bulnes comprendió la creación de una serie de policlínicos y farmacias distribuidas en el país. Además, comenzó las gestiones para “iniciar la creación del armamento antituberculoso”.

un contrato de arriendo de una serie de habitaciones en el sanatorio privado *Laennec*, el ex Hotel Francia, para luego, en el año 1932, programar una ampliación que contempló 60 camas en dicho establecimiento, el que finalmente fue adquirido por la seguridad social en el año 1938 (Duarte, Ignacio y López, Marcelo, 2008, p.51). No deja de ser importante subrayar que junto a las ventajas médicas que deparaba la tecnología sanatorial, el tisiólogo Agustín Arriagada se esmeró en recalcar el “papel social” que dicha institución simbolizaba. En este sentido, ella fue expresión de una “tendencia igualitaria” desde el instante en que ponía a disposición de sus asegurados un instrumento que por años estuvo a disposición de unos pocos, y ahora se transformaba en un medio para la consecución de la justicia social (Arriagada, 1934, p. 165).

En resumen, el doctor Bulnes manifestó que la obra que comenzaba a desplegar la Caja era una apreciable contribución al “armamento de la lucha antituberculosa” en el país y que reforzaba los escasos elementos existentes en ese terreno (Bulnes, 1932, p.2). El jefe médico de la Caja finalizó su exposición trazando algunos desafíos que debían ser resueltos en el mediano plazo para hacer posible un fructífero devenir de los planes en curso en la década de 1930. De este modo, el tisiólogo expresó con franqueza que uno de los grandes inconvenientes que deparaba a la acción contra el bacilo, una vez más, era la falta de una sola institución que coordinara a nivel nacional todos los esfuerzos en curso, por razones que la experiencia internacional podía avalar. Por lo tanto, advirtió el doctor Bulnes, todo el trabajo que podía desenvolver la Caja estaba hipotecado de antemano si la lucha antituberculosa “científicamente establecida” no se constituía como un eslabón de una cadena que debía estar integrada por otros agentes, como la Asistencia Social, cajas, y mutuales, entre otros, a los que les correspondía asumir los problemas que se desprendían de otras facetas de la tuberculización. En otras palabras, la demanda por la “unidad de directivas”, una vez más se cruzaba en el camino de la Caja.

Otro aspecto sobre el cual el tisiólogo invitó a poner atención tuvo relación con la perspectiva médico-social que modeló gran parte de la acción médica de la institución. Ciertamente, a diferencia del pragmatismo del plan diseñado por la Junta Central de Beneficencia, el médico enfatizó que tan importante como la profilaxia de la tuberculosis, era la adopción de “medidas especiales” que sugerían la modificación de la estructura político-económica-social en tanto esa era una

condición esencial para “elevar el nivel de la resistencia biológica del individuo sano” y mejorar “el nivel de vida de la población del país” (Bulnes, 1932, p.2). Precisamente, en consonancia con ese enfoque, la Caja declaró que la consecución de una “atención integral y científica del tuberculoso” era su objetivo cardinal.

El espíritu reformista en materia de lucha antituberculosa se proyectó con propuestas de largo aliento en la asamblea de directores de servicios médicos de la Caja efectuada en 1936 en Los Maitenes, donde se precisaron algunos pasos a seguir. En primer lugar, para consolidar una política médico-social y preventiva, según reportó el doctor Alfredo Rojas, se reafirmó que el itinerario institucional se inspiraba en la doctrina médico-social francesa (Rojas, 1946). En cuanto al orden de las funciones médicas fue el carácter preventivo de ellas el que predominó. Desde luego, destacaron el examen médico sistemático y periódico de los imponentes, las campañas de educación sanitaria y la profilaxia industrial para proteger la salud de los obreros (Rojas, 1946, p.33). Los primeros ensayos regulares de este pionero esquema médico preventivo se comenzaron a materializar entre los años de 1936 y 1937, etapa que fue una experiencia reveladora. Como indicó el doctor Rojas, ese despliegue sirvió para evaluar la pluralidad de desafíos que proyectos de esa envergadura debían afrontar, tales como “la insuficiencia gravísima” de recursos económicos, una meticulosa planificación médica, y la “profundidad abismal” de la falencia biológica y económica de la población chilena (Rojas, 1940).

Las acciones que paulatinamente fue desplegando la Caja en la segunda mitad de la década de 1930 en favor del perfeccionamiento de su plan antituberculoso contó con una herramienta legal que complementó el enfoque médico integral en el entramado institucional de una salubridad nacional en transformación. En efecto, como apuntó el doctor Rojas, el jefe de la sección médica de la Caja, los planteamientos impulsados desde el seno de la reunión de Los Maitenes alcanzaron una repercusión importante en los “círculos profesionales y gubernativos”, en tal modo que configuraron el conjunto de antecedentes que fueron utilizados por el doctor Eduardo Cruz Coke, ministro de Salubridad del gobierno de Alessandri, para delinear la ley N°6.174, conocida históricamente como la *Ley de Medicina Preventiva*, promulgada en 1938 (Rojas, 1940).

Básicamente, esta norma, “verdaderamente audaz” como los médicos de la Caja la tildaron,

pretendió instaurar a nivel nacional la medicina preventiva dirigida ejecutando dos acciones esenciales: la primera, una norma que dicha institución había impuesto recientemente a sus imponentes, esto es, los exámenes preclínicos periódicos y obligatorios para todos los imponentes de las entidades adheridas a la seguridad social, la que fue fundamental para identificar casos en que la tuberculosis era asintomática; y la segunda, la aplicación del “reposo preventivo” con goce de salario por un lapso determinado en todos aquellos casos detectados en que hubieren sido verificadas “lesiones recuperables” que comúnmente registraban las patologías cardio-vasculares, sífilis, enfermedades laborales y, naturalmente, la tuberculosis, tal como lo había anticipado el servicio médico de la Caja un par de años antes<sup>8</sup>. Para el ministro Cruz Coke tanto la tuberculosis, como la sífilis y los males cardiocirculatorios, “las llaves de nuestra morbilidad” como así las definió, disponían de la oportunidad técnica para ser detectadas con la suficiente antelación y de esa forma contrarrestar sus nocivos efectos en el cuerpo de los enfermos incipientes, razón por la cual ameritaban ser objeto de toda la “acción médico social”, como afirmó (Cruz Coke, 1938)<sup>9</sup>.

Para comienzos de la década de 1940 es posible recoger una serie de opiniones que nos aproximan a conocer ciertos efectos que inicialmente reportó para la lucha antituberculosa la asociación entre los planes médico-sociales de la Caja y la política médico-preventiva impulsada por el Estado. Es importante conocer los enfoques que fueron surgiendo en esta etapa porque sugieren la existencia de discrepancias existentes en torno a la valoración que se hizo de sobre las conquistas alcanzadas. Por esta razón, para muchos médicos la implementación del modelo médico-social adoptó el papel de “test revelador” del nivel que habían conseguido la organización médica y el desempeño profesional del personal de la Caja, como sugirió el doctor Rojas (1940, p. 441). En verdad, las primeras evaluaciones realizadas revelaron que el desarrollo del modelo médico preventivo impuso una abundancia de obstáculos a vencer en el

afán de hacer progresar la misión antituberculosa dentro de la arquitectura que integraron el aparato médico preventivo y la seguridad social.

Unos de los problemas que prematuramente concitó inquietud en la esfera profesional fue la constatación del deficiente universo de camas que ponía en entredicho una de las condiciones requeridas tanto por el tratamiento sanatorial, como por el reposo preventivo de los asegurados. No está de más señalar que dicho problema no se redujo al ámbito de la Caja. Desde la esfera de la Dirección de Beneficencia y Asistencia Social, se afirmó en el año 1941 que unos de las carencias que ponía en dificultades su política hospitalaria para los tuberculosos era la “circunstancia penosa” que representaba la insuficiencia de camas para una correcta atención integral de los pacientes (Hospital Sanatorio para broncopulmonares El Peral, 1941, p.7.)

De hecho, en el mes de diciembre de 1945, la asamblea de jefes médicos de la Caja que llevó a cabo en Panimávida ubicó en el centro del debate la protección económica de los tuberculosos porque a juicio de los tisiólogos presentes, como afirmó el doctor Bravo, jefe de la sección de tisiología, existía una férrea convicción: la plena igualdad era una de las deudas de la seguridad social en Chile (Bravo, 1946). La evidencia era concluyente desde la perspectiva de ese grupo de profesionales. En primer lugar, existía una suerte de “grupo privilegiado” entre los imponentes de la Caja, específicamente, los “casos recuperables” a los cuales la ley de medicina preventiva les concedía un subsidio total. Los pacientes que no cumplían con los requisitos establecidos por aquella norma debían apelar a los subsidios de la ley N°4.054, que solamente cubrían el 50% del salario, acusó el director de la sección tisiológica. En consecuencia, la reunión de Panimávida efectuada en 1945 se transformó en una oportuna instancia de autoevaluación por parte de los médicos de la Caja a fin de examinar el desempeño de la legislación médico-preventiva en el marco de la lucha antituberculosa. Las conclusiones generales que generaron los jefes de las secciones médicas se propuestas

8 La ley N° 6.174 no solamente se circunscribió al funcionamiento de la Caja de Seguro Obligatorio. En su artículo N° 1, inciso primero, señaló sus objetivos institucionales y médicos principales: “Todas las cajas de previsión a que se refiere la ley N° 5.802, dependientes del Ministerio de Salubridad, previsión y Asistencia Social, 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 medidas tendientes a descubrir precozmente el desarrollo de las enfermedades crónicas, como la tuberculosis, la sífilis, el reumatismo, las enfermedades del corazón y los riñones; como también las enfermedades derivadas del trabajo: el saturnismo, la antracosis, la silicosis, la anquilostomiasis y otras de las misma índole”.

9 El doctor se manifestó partidario de aplicar una medicina preventiva que se sustentara sobre las “bases técnicas del saneamiento, de la epidemiología y de la pesquisa oportuna de la afección precoz en el supuesto sano”, reafirmando con ello su distancia de aquel modelo de medicina social “demagógica”, diseñada sobre la base de lamentaciones y de análisis económicos vagos.

específicas que apuntaron a precisar la orientación médico-social de la institución, entre las que se contaron, la adopción de un enfoque epidemiológico, la elaboración de reformas legislativas que fortalecieran la “protección económica” de los imponentes y, finalmente, una medida largamente añorada, la instauración de un “comando único”, económico, técnico y administrativo, que se arrogara la organización de la lucha contra la peste blanca en el país (Bravo, 1946; Bravo, 1945)<sup>10</sup>.

En 1943, un editorial del Boletín Médico Social, titulado “Marcando el paso”, expresó en forma elocuente el estancamiento en que se encontraba la Caja en materia de lucha antituberculosa. Tal afirmación no deja de sorprender si se hace referencia al contexto en el cual el autor, el doctor S. Elguín, elevó los argumentos de su crítica. A su modo de ver, tal como había ocurrido en la década anterior, la institución carecía de una herramienta esencial, un “proyecto antituberculoso”, idea que podemos desmenuzar a partir de las palabras del doctor Elguín “Hoy, como entonces, no hay un plan general de lucha antituberculosa ni antivenérea, ni de acción más efectiva en otros rubros de la patología social. Falta cohesión y unidad en los distintos organismos de la Caja; la acción se dispersa y carece de sentido” (Elguín, 1943 p.3). Bastaba conocer la mortalidad por tuberculosis en Chile, que oscilaba entre 250 y 300 por 100.000 habitantes, para verificar que los hechos refrendaban su crítica, sostuvo el doctor Elguín. Por supuesto, se podía argumentar que las falencias en viviendas salubres, los bajos sueldos de gran parte de la población y la subalimentación eran las grandes causantes de la tuberculización masiva en que se hallaba el país, pero el autor no trepidó en sostener que esas fundamentaciones no representaban excusa alguna para la inexistencia de un plan “serio y honrado” (Elguín, 1943 p.3). Las causas de tal omisión tenían su origen en la sede administrativa, y se resumían en la discontinuidad técnica, la politización técnica y la burocratización de las directivas (Elguín, 1943 p.4)<sup>11</sup>.

#### 4. CONSIDERACIONES FINALES.

En resumidas cuentas, las evaluaciones que hemos recopilado son demostrativas de la riqueza de criterios que orbitó la obra médica de la Caja en materia antituberculosa, las cuales nos permiten examinar la complejidad que revistió no solo su trabajo institucional, sino que, además, el enorme desafío que comprendió la construcción de pilar institucional para la seguridad social y biológica que se propuso el país en 1924 a partir del seguro de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo.

El examen de lo que a nuestro entender fueron los principales lineamientos de la labor sanitaria y médica que desplegó la Caja del Seguro Obligatorio entre las décadas de 1930 y 1940, sirven de ejemplo para contemplar la evidencia histórica como un ejercicio que permite analizar los posibles escenarios que puede comprender una propuesta de aseguramiento social y biológico en el contexto del siglo XXI. La conmemoración del centenario de las leyes que dieron vida al seguro de enfermedad, así como al Ministerio del Higiene y Asistencia social es, precisamente, una oportunidad para atender nuestro pasado histórico más como una fuente de conocimiento, que como una sede de añoranzas o cuestionamientos condenados al olvido.

El propósito de asegurar condiciones básicas para el desarrollo de la sociedad, bajo el alero de preceptos esenciales de solidaridad y de eficiencia científica al servicio del bien común, fue una realidad que hace 100 años las generaciones que nos precedieron ya tuvieron la oportunidad de hacer frente, como hemos pretendido esbozar mediante el examen de la labor médica que emprendió la Caja del Seguro Obligatorio. Tal fue la relevancia de sus grandes logros, así como las deudas que no se resolvieron en ese período, que a contar de 1952 comenzó una nueva etapa histórica en torno al afán de consagrar la seguridad social y sus vertientes, en la cual, el Servicio Nacional de Salud y el Servicio de Seguro Social se constituyeron en

10 Encabezada por un Centro de Epidemiología de la Tuberculosis, dicha perspectiva debería aplicarse sobre la base de cuatro opciones concretas: pesquisa intensiva entre los aparentemente sanos y sus contactos, tratamiento ambulatorio o domiciliario controlado, educación sanitaria y aislamiento del contagioso. A su vez, las reformas legales a las leyes N° 4.054 y 6.147 apuntaron a defender el tiempo indefinido del reposo, el reconocimiento de la invalidez relativa y la organización de la rehabilitación. En cuanto a la propuesta del comando único, el doctor Bravo fue sincero en sostener que era una meta difícil de alcanzar, pero la Caja tenía la obligación de liderar esa solución.

11 Una prueba concreta de cómo esa conjunción de factores había privado a la Caja de un plan antituberculoso era la paralización que había experimentado una planificación trienal aprobada por el consejo de la Caja en el año 1937, y que tenía como objetivo organizar una serie de servicios, 24 consultorios de fisiología, 3 casas de reposo nocturno (240 camas), 20 colonias agrícolas, 6 sanatorios (610 camas) y una casa de convalecencia (50 camas). En el año 1943, es “plan mínimo” no había avanzado en ninguna de sus propuestas, afirmó Elguín.

nuevas instituciones cuya trayectoria se erigió en gran parte sobre la extensa experiencia de la Caja y conformaron una nueva fase de la socialización de la medicina, como ha sostenido Eric Carter (2023, p.92).

Si guardamos las debidas proporciones históricas, el contexto del siglo XXI ha repuesto algunas de las importantes interrogantes que dieron vida al debate que culminó con la publicación de la centenario e icónica ley N° 4.054 y la fundación del Ministerio de Higiene y Asistencia Social. Quién debe ser el responsable de la seguridad social y biológica de las personas, qué papel deben desempeñar las ciencias en ese afán, cómo deben usarse los múltiples recursos que requiere esa tarea, son algunas de las preguntas que nos han acompañado en los últimos años, toda vez que el sistema de aseguramiento que nació a fines de la década de 1970, como producto de un conjunto de reformas instauradas por un régimen dictatorial, ha sido objeto de discusiones en el marco de lo que podríamos calificar como nueva cuestión social sanitaria.

Naturalmente, es ineludible atender que la medicina, la salud pública, las condiciones socioeconómicas, las expectativas de vida de la población, el sistema educacional, nuestra interacción con el mundo y los ecosistemas, son ostensiblemente distintas a las que existían en Chile hace exactamente un siglo. No obstante, creemos que mantiene plena vigencia la aspiración de contar con condiciones que permitan universalizar tanto un conjunto condiciones esenciales que eviten horadar los cimientos de nuestra existencia vital. Y, por cierto, el examen histórico de la experiencia médica y social de la Caja del Seguro Obligatorio, a 100 años de su creación, que reflejó una interesante simbiosis entre ciencia y justicia social, nos puede brindar algunas claves para elaborar nuestras decisiones en torno a esos humanos propósitos, tomando distancia de actos de melancolía y con conciencia de las complejidades de un mundo más poblado, globalizado, medicalizado y tecnologizado.

## REFERENCIAS

- Araya Chiappa, Pedro (1942). Servicio Madre y Niño de la Caja de Seguro Obligatorio, S/E., Santiago de Chile.
- Arriagada, Agustín (1934). “La tuberculosis y la Caja de Seguro Obligatorio (Ley 4.054)”, en Orrego Puelma, Héctor (Editor). *Estudios médicos y sociales sobre tuberculosis*. Imprenta Universitaria, Santiago de Chile.

- Bravo, Alfredo Leonardo (1945). “El rol de la Caja de Seguro Obligatorio en la lucha contra la tuberculosis”, en *Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, 125: 139-144.
- Bulnes, Félix (1932). “La Caja de Seguro Obligatorio y la lucha antituberculosa”, en *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, I (4): 2.
- Biondi, A., Vizcarra, J., Elguin, S., Rosende, M. (1944). *La Caja de Seguro Obligatorio, 1924-1944. Desarrollo estructural y funcional. Racionalización de los servicios y prestaciones*. S/E, Santiago de Chile.
- Carter, Eric (2023). *In Pursuit of Health Equity. A History of Latin America Social Medicine*. The University of North Carolina Press, United States of America.
- Cruz Coke, Eduardo (1938). *Medicina Preventiva y Medicina Dirigida*. Editorial Nacimiento, Santiago de Chile.
- Duarte, Ignacio y López, Marcelo (2008). “Sanatorios para tuberculosos en Chile, 1920-1939”, *Anales de Historia de la Medicina*, 18 (1).
- Editorial (1934), *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, I (4).
- Elguín, S. (1943). “Marcando el paso”, *Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, X (103), enero y febrero.
- *El Mercurio*, 29 de mayo de 1922.
- González Cortez, Ezequiel (1927). *Los Seguros Sociales (Enfermedad, Maternidad, Invalidez, Ancianidad y Muerte)*. S/E, Santiago de Chile.
- Guzmán, Leonardo (1927). *Las relaciones entre los actuales organismos de Beneficencia y la Caja de Seguro Obligatorio*, *Revista de Beneficencia Pública*, t. XI (2).
- Guzmán, Leonardo (1927). “Organización médica de la Caja de Seguro Obligatorio en Chile”, en *Revista de Beneficencia Pública*, t. XII (2), junio: 165-176.
- Lemanda Delgado, Wilson (2023). “¿A los obreros del país...Por qué rechazamos la ley N° 4.054! Resistencias hacia la Caja del Seguro Obrero (Chile, 1924 - 1938)”, en *Historia* 396, 13 (2).
- Ministerio de Bienestar Social (1927), DFL N° 2024, 10 de diciembre. Gobierno de Chile.
- Rodríguez, Aurora (1933). “¿Debe el Seguro Obligatorio contar con hospitales

- propios?”, *Revista de Asistencia Social*, t. II (4), diciembre: 493-494.
- Rojas, Alfredo (1940). “Reforma a la ley 6174”, en *Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, año VII, N°75, septiembre.
  - Rojas, Alfredo (1946). “La Medicina Preventiva en el Seguro Social Chileno”, en Biondi, Alfredo. *Problemas importantes de Medicina Social en el Seguro Obrero Chileno*. Caja de Seguro Obligatorio, Santiago de Chile.