

Ciencia, médicos y enfermos en el siglo xx: La Caja del Seguro Obligatorio y la lucha antituberculosa en Chile

Marcelo López Campillay
Programa de Estudios Médicos Humanísticos
Facultad de Medicina
Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen:

En la década de 1920, la historia de la medicina chilena experimentó una transformación crucial con la creación de la *Caja del Seguro Obligatorio*. El presente artículo tiene como objeto examinar el proceso de transformación que inició asistencia médica nacional bajo el paradigma de la Medicina Social. Sobre ese escenario, la Caja asumió el protagonismo en la lucha contra la principal enfermedad social del país: la tuberculosis. El examen histórico de este proceso nos permite observar la valoración que alcanzó la ciencia como instrumento de reforma social. Además, nos permite conocer las identidades que asumieron los médicos y los pacientes bajo la amenaza que representó la tuberculosis.

Palabras clave:

Tuberculosis, medicina social, ciencia, paciente, fisiología

Abstract:

In the 1920s, the Chilean medical history underwent a crucial transformation with the establishment of the *Caja del Seguro Obligatorio*. This article aims to examine the transformation process initiated under the national health care paradigm of Social Medicine. On that scenario, the Caja de Seguro Obligatorio took a leading role in combating the country's main social disease: tuberculosis. The historical examination of this process allows us to observe the social value achieved science as an instrument of social reform. Also allows us to ascertain the identities assumed by doctors and patients under the threat that it represents tuberculosis.

Keywords:

Tuberculosis, Social Medicine, science, patient, physiology

1. Presentación.

En las últimas dos décadas el tópico de la presencia y evolución de las enfermedades sociales en el desarrollo de las sociedades latinoamericanas ha sido uno de los temas que ha congregado un particular interés entre los investigadores que, apoyados en la historia social y la historia cultural, han interpretado algunas aristas de las experiencias de enfermar y sanar. Identificados con este proceso de creación historiográfica, nuestro afán en el presente estudio es tratar de establecer nuevas lecturas a partir de las realidades que entretejieron el impacto social de las enfermedades, el proceso de insti-

tucionalización de la salubridad y el papel social atribuido a la «ciencia médica» en el Chile de la primera mitad del siglo XX.

Nuestro afán, sin lugar a dudas, halla un fructífero campo de estudio en la inexorable realidad que representó para población chilena la presencia de la tuberculosis en los siglos XIX y XX. El carácter polifacético a partir del cual se ha definido dicha enfermedad ya forma parte de un maduro consenso dentro de la comunidad historiográfica internacional. Naturalmente, las orientaciones que recogen cada uno de aquellos estudios en particular han respondido a las realidades locales propias que determinan los objetivos concretos de las respectivas «operaciones historiográficas» y que en gran medida establecen diferentes cursos de investigación. En el presente caso, hemos estimado atender la evolución histórica de una institución médico-asistencial cuyo origen y desarrollo nos puede ilustrar nítidamente sobre algunos procesos relevantes del escenario sanitario nacional. Hablamos de la *Caja del Seguro Obligatorio* entidad cuyo nacimiento en la década de 1920 difícilmente encuentra parangón al momento de intentar identificar a una institución cuya gestión en el área de la lucha antituberculosa materialice fidedignamente una forma tanto de comprender, como de practicar un nuevo concepto de medicina. Este modelo médico, cabe subrayar, se desarrolló en un escenario social que paulatinamente fue concibiendo la salud no sólo como un «objeto biológico», sino como un derecho social.

Teniendo en cuenta que en los últimos años, como ha afirmado el historiador Marcos Cueto, se han ido generando una serie de estudios que, entre otros temas, han incursionado en el desarrollo de las instituciones sanitarias y sus nexos con el poder político y su correlato con determinados procesos sociales (Cueto, 2005: 49-50), nuestro trabajo, inicialmente, puede insertarse en ese itinerario. No obstante, en atención a la realidad local en la que cada institución médico-asistencia se desenvuelve, estimamos apropiado señalar las tres perspectivas concretas que pueden permitirnos analizar con mayor profundidad el papel que desempeñó la Caja de Seguro Obligatorio en la lucha antituberculosa. En primer lugar, es posible elaborar una imagen del crédito político-social que el Estado le otorgó a la ciencia a partir de la década de 1920. Dicho acto de confianza se tradujo en el respaldo, tanto político como económico, hacia los primeros «planes científicos» diseñados en la esfera estatal para erradicar las enfermedades sociales. En segundo término, los esfuerzos efectuados para obtener la organización efectiva de la sección médica de la Caja de Seguro Obligatorio nos permiten conocer el cambio de estatus que experimentó el profesional médico que se desempeñaba en el territorio de la salubridad. Efectivamente, el discurso médico legitimó y acogió con entusiasmo los cánones de la denominada «nueva medicina», que subrayaba ante todo la prevención antes que la curación. Y, en tercer término, la realidad de los sanatorios para tuberculosos, que es entrañable al despliegue de la labor médico asistencial de la Caja, nos permite avizorar la calidad de sujeto histórico del paciente, en este caso, del paciente tísico. Esta valiosa arista es posible de abordar directamente gracias al registro de las iniciativas que los pacientes, en su mayoría provenientes del sector obrero, asumieron para materializar sus vivencias a través de diarios sanatoriales. En dichas fuen-

tes es posible identificar que el paciente no solamente cumple un papel de sumisión antes el denominado «poder médico», sino que adquiere un protagonismo pletórico de facetas que evidencian los múltiples significados de la realidad de enfermar en el Chile de la primera mitad del siglo XX.

En vista de lo anterior, nos disponemos a indagar la experiencia de la tuberculosis tanto a nivel colectivo, como individual, fenómeno histórico que encuentra en la Caja de Seguro Obligatorio y su lucha antituberculosa un escenario privilegiado.

2. De la tisis a la tuberculosis: el origen de una enfermedad social.

No debe revestir mayor sorpresa para la historiografía la afirmación que sostiene que la tuberculosis, en el siglo XIX, fue un problema que trascendió las esferas de la mirada estrictamente biológica, para transformarse en un desafío que nutrió gran parte del debate generado en torno a la cuestión social. En los albores del siglo XX, tanto en Latinoamérica, como en EE.UU. y Europa, la tuberculosis fue redefinida como una «enfermedad social» que debía ser encarada como un asunto de índole pública y objeto de las políticas del Estado moderno. La transición conceptual desde lo que comprendía la tisis a lo que significó la tuberculosis fue paulatina y en cada uno de los países de nuestro continente es posible revisarla historiográficamente atendiendo a los diferentes ritmos, avances y retrocesos que experimentó dicha evolución.¹

El escenario chileno denota una sintonía con los países en donde la tuberculosis fue transformándose en un problema médico-social a nivel nacional entre las décadas de 1860 y 1920 etapa que podemos calificar como de *tuberculización de la sociedad*. En ese sentido, es menester indicar que los testimonios, fundamentalmente médicos, transitan desde la constatación de la creciente magnitud que fue alcanzando la tisis o tuberculosis en el contexto social y urbano, hasta un contexto donde es posible observar un acervo de perspectivas sanitarias, terapéuticas, filantrópicas, eugenésicas, etc., al que se recurrió para analizar y formular soluciones para los estragos causados por la peste blanca.

Así, en la década de 1880, podemos citar la presentación que el destacado higienista y docente Isaac Ugarte Gutiérrez efectuó en el *Primer Congreso Médico Chileno* efectuado en el año 1889. Su diagnóstico, coherente con los postulados del movimiento sanitario europeo, puso el acento en la directa relación existente entre el crecimiento urbano y las condiciones higiénicas deplorables. Dicho nexos le permitía aseverar que

¹ Al respecto es posible citar algunos trabajos de investigadores latinoamericanos que en las últimas décadas han evidenciado el impacto creciente que, en los siglos XIX y XX, fue adquiriendo la tuberculosis y las reacciones sociales que ella dicha enfermedad generó. NEYRA, Jorge (1999). *Imágenes de la Medicina Peruana*. Lima, Universidad Nacional Mayor San Marcos; ARMUS, Diego (2006). *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, EDHASA; CARRILLO, Ana María (2001) «Los médicos en la primera campaña antituberculosa en México», *Gaceta Médica de México*, 4: 361-369.

dentro del cuadro de enfermedades más frecuentes que asolaban al país se hallaban dos que tenían un perfil que las convertían en un verdadero *azote*, a saber: la tuberculosis y la neumonía (Ugarte, 1893; 95). Tan grave como la mortalidad y morbilidad que derivaban de la tuberculosis, estimó Ugarte, era la existencia de un cierto grado de *indolencia política* en torno a los problemas epidemiológicos, circunstancia que él y su generación decidieron instalar en la esfera pública.

Al despuntar el siglo XX, dos fenómenos habían contribuido a modelar una nueva manera de afrontar el azote tuberculoso. Por un lado, el nacimiento de una *conciencia sanitaria* que, como afirma Luis Alberto Romero, se forjó tras el impacto social y mortalidad que originaron las epidemias de viruela en la década de 1870 y, especialmente, la pandemia de cólera que afectó al país el decenio de 1880. Las dimensiones del peligro que en su totalidad representaban las epidemias y endemias para la «raza chilena» condujo al Estado a asumir lentamente un mayor protagonismo, especialmente, en la administración de José Manuel Balmaceda (1886-1891) (Romero, 2007: 197). Por otra parte, la pericia científica del cuerpo médico chileno que, sobre la base de las experiencias europeas, mejoró cualitativamente. Este crecimiento le permitió trazar de manera más precisa las causas del proceso de escalamiento de la tuberculización, adoptando algunos métodos modernos para asumir dicha tarea. Estos progresos se pueden apreciar, por ejemplo, en la consolidación de la bacteriología, gracias a la instauración de la cátedra en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y la fundación del Instituto Bacteriológico en 1895, hecho que permitió respaldar el movimiento higienista local. Otro ejemplo provino de la adopción de la nueva tecnología médica aplicada al diagnóstico de la enfermedad, esto es, el método de rayos X, procedimiento con el no solamente se podía confirmar la existencia de la enfermedad, sino que además seguir su evolución. Finalmente, otro rasgo modernizador se pudo palpar en la aplicación de un método estadístico más certero que el que se había implementado con dificultades en el siglo anterior.² Respecto al valor cuantitativo que implicaban esos registros, el doctor Ferrer añadió una nueva dimensión al tratamiento que debía recibir el fenómeno de la tuberculosis. Desde su perspectiva de avezado salubrista, Ferrer subrayó la importancia de la etiología que determinaba la propagación de la tuberculosis, destacando que obedecía a factores individuales y sociales, cuyas caracte-

² De hecho, el doctor Pedro Lautaro Ferrer pudo afirmar en 1910 que la tuberculosis, entre los años 1892 y 1896, en un universo de 89.332 fallecimientos, fue la responsable del 20,74 % de la mortalidad por enfermedad a nivel nacional. Para los años 1903 al 1907, la cifra alcanzó un 16,3%, dentro de un total de 94.686 defunciones. En este sentido, además, es importante subrayar que en el año 1900 el gobierno chileno, tras décadas de discusiones en torno a las falencias que arrojaba el registro de la mortalidad ocasionada por la tisis, procedimiento efectuado en muchas ocasiones por oficiales del Registro Civil y no por profesionales médicos, adoptó el «sistema de Bertillon», uno de los sistemas estadísticos de mayor reconocimiento internacional en aquel entonces. La aplicación de este método no aminoró el debate entre los médicos respecto a la precisión que poseían los registros de morbilidad y mortalidad por tuberculosis, sin embargo, ello no fue impedimento para que se hicieran esfuerzos para manejar cifras concretas a fin de que las autoridades sanitarias tomaran medidas efectivas para derrotar al flagelo. (Ferrer, 1910: 14-15).

rísticas revelaban aspectos que implicaban el estado higiénico de las ciudades, el deber de las autoridades en materia de salud pública e, inclusive, la conducta moral de los individuos (Ferrer, 1910; 13-14). Su interpretación, pensamos, expone la concepción de una etiología renovada y que reflejó a la perfección un cambio en la percepción que adquirió la tuberculosis para los médicos coetáneos de Ferrer, muchos de los cuales formaron parte de la primera elite antituberculosa chilena. A la luz de esta nueva sensibilidad médica, una enfermedad de la categoría de la tuberculosis sobrepasó la frontera de lo meramente biológico y, en definitiva, fue susceptible de ser catalogada como una de la tuberculosis como una *enfermedad de trascendencia social*.

Esta representación colectiva de lo mórbido maduró al amparo del despertar de la *medicina social* y a la consolidación de los movimientos sociales reivindicatorios que orbitaban en torno a la cuestión social, en las primeras dos décadas del siglo XX. Dichos procesos fueron acompañados por una conciencia de decadencia social y de la «pérdida de la vitalidad de la raza» anidó en sectores dirigentes de la sociedad chilena social. Esta percepción organicista de la sociedad tuvo un correlato directo en el cuerpo médico. Así, por ejemplo, en 1923 el doctor Javier Rodríguez, advirtió de la presencia de indicadores numéricos que daban cuenta de la lentitud en el crecimiento vegetativo de la población chilena. A su juicio el país iba directo a su despoblación proceso debido, esencialmente, a la *triada* de males sociales que encarnaban la sífilis, el alcoholismo y la tuberculosis (Rodríguez, 1923; 67-72). La resolución de dicho problema envolvía la adopción de medidas de corte estructural. En década de 1930, esta línea de pensamiento tuvo una materialización concreta en la gestión del doctor y ministro de salubridad Salvador Allende, participante del primer gobierno del *Frente Popular* (1938-1942). El análisis que efectuó el doctor Allende sobre la «realidad médico-social» de Chile lo condujo a precisar que la lucha antituberculosa acarrea soluciones que trascendían el ámbito de la Salud Pública. No dudó en calificar a la peste blanca como una enfermedad social que atacaba a «todas las razas, todas las edades y a todas las clases de la sociedad» (Allende, 1939; 87). En razón de esa diagnosis, la tuberculosis se convirtió en el mal que por antonomasia era la principal amenaza contra la principal fuerza social: el trabajo. En consecuencia, se entendía que la solución a los problemas que acarrea la peste blanca involucraba no solos aspectos sanitarios, sino que además reformas al entramado social y económico.

El itinerario descrito permite delinear algunas de las principales implicaciones que se fueron añadiendo en la percepción social de la tuberculosis. Su definición como enfermedad social no solamente alude a un momento específico de la evolución de la medicina del siglo XX, sino que además, remite a un instante del desarrollo de la sociedad chilena donde se decidió que la salud de la población, en virtud de una serie de razones que convocaron desde consideraciones meramente filantrópicas hasta motivos de seguridad nacional, era un bien esencial para el proyecto modernizador que debía ser protegido bajo la égida del Estado. A través de esa decisión culminó una etapa de paulatina participación estatal en la conformación de la salud pública moderna, proceso que se había iniciado en 1892 con la creación del Consejo Superior de Higiene. No

obstante, se abrió una nueva fase en la que se buscó organizar institucionalmente el consenso en torno al valor social que había adquirido la salud colectiva. El sistema que dio vida a este consenso nacional fue la *Seguridad Social*, cuya arquitectura institucional tuvo en la Caja del Seguro Obligatorio uno de sus ejes primordiales.

3. La Caja del Seguro Obligatorio y la lucha antituberculosa en la década de 1930.

La Caja de Seguro Obligatorio emergió en un terreno sujeto a importantes transformaciones tectónicas en el campo médico-asistencial del primer tercio del siglo pasado. En líneas generales, podemos afirmar que en aquel período cobró auge la denominada *nueva medicina*, modelo que generó adhesión en un segmento importante del cuerpo médico nacional y que en lo sustancial comprendía la medicina curativa y, especialmente, la medicina preventiva. Tal fue su repercusión que se hizo evidente que un objetivo cardinal de la tarea de cada una de las instituciones públicas y privadas, comprometidas con el mejoramiento de las condiciones de la salud del país, y, en particular, en la labor de erradicar las enfermedades sociales que minaban a la población joven e infantil del país, residía en la incorporación de las pautas médico-preventivas a su itinerario de trabajo. Este movimiento médico consiguió establecer un cimiento fundamental para su desenvolvimiento gracias a la dictación de la *ley de medicina preventiva*, promulgada en el año 1938.

Bajo el alero de esta innovación, la manera de pensar y ejercer la asistencia médica fue canalizada a través de las *Cajas de Previsión*, forma institucional que en Chile habían comenzado a desarrollarse en 1911 con la Caja de Retiros del personal de la Empresa de Ferrocarriles del Estado. En virtud de las reformas legislativas implementadas a partir de 1924, fundamentalmente encarnadas por la promulgación de la *ley n° 4054 sobre seguros de enfermedad, invalidez y accidentes del trabajo*, algunas cajas y sus respectivos servicios médicos, al menos teóricamente, pudieron disponer de la organización y los recursos financieros que les permitieron concebir una serie de planes antituberculosos. Estas iniciativas institucionales, con más tropiezos que progresos en una primera etapa, cumplieron dos tareas esenciales: recoger las directrices que la fisiología internacional había elaborado hasta entonces en materia de lucha antituberculosa; y poner en práctica el carácter preventivo que debía poseer la medicina social. Precisamente, la *Caja de Seguro Social* y la *Caja de Empleados Particulares*, a partir de la década de 1930, fueron las dos principales entidades que fueron capaces de elaborar una serie de medidas para combatir la tuberculosis que afectaba a sus asegurados, la primera de ellas a través de los sanatorios *Laennec*, *La Higuera* y *Los Maitenes*, y la segunda mediante los establecimientos sanatoriales ubicados en *San José de Maipo* y *Villa Alemana*. En otras palabras, a través de los sanatorios para pacientes tuberculosos se organizaron los seguros de enfermedad y de invalidez que contempló la ley n° 4054.

Particular importancia reviste para nuestro estudio el sanatorio Laennec, puesto que, como anticipamos, su trayectoria nos permite adentrarnos no solamente en un organismo médico asistencial que acogió a pie juntillas los cánones de la *ciencia médica*, sino que además, nos abre las puertas a la comunidad sanatorial, un mundo donde afloró la faceta más íntima de la experiencia de sanar y de enfermar en el contexto de la lucha antituberculosa.

3.1 El Estado y el protagonismo social de la ciencia

Los vínculos entre el Estado chileno y la medicina colonizada por las ciencias modernas fueron sellados y consagrados con la creación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en el año 1842. A partir de ese momento fundacional, se fue gestando un fortalecimiento del nexo, en ocasiones a un ritmo acompasado y en otros episodios con celeridad. Pensamos que es altamente factible sostener que la medicalización de la de la cuestión social fue uno de los factores que mayor impulso propinó a la idea de que el Estado depositara en la ciencia la labor de planificar metodológicamente el combate de las enfermedades sociales, tarea que hasta la década de 1930 había estado distribuida entre una serie de organizaciones públicas, como la Junta Central de Beneficencia, y privadas, como por ejemplo la *Liga chilena contra la tuberculosis*, la *Liga chilena de Higiene Social* y la *Asociación de Señoras contra la Tuberculosis*. Si bien en general sus esfuerzos, a partir de 1900, pudieron cimentar algunas empresas estables en el tiempo, como las campañas de educación higiénica y la fundación de dispensarios y sanatorios para tuberculosos, la fría realidad de las estadísticas y las demandas sociales dejaron al desnudo las limitaciones del antiguo modelo asistencial decimonónico, un aparato híbrido público-privado, e impusieron la necesidad prioritaria del compromiso integral de los poderes públicos con la salubridad nacional.

La intervención de los militares en la vida política del país reflejó en gran medida la pertinencia de refundar el sistema asistencial a fin de subsanar la deplorable realidad sanitaria del país (Illanes, 1993; 204-205). De este modo, hacia 1929, el gobierno autoritario del general Carlos Ibañez del Campo, consiguió dar vida al primer plan científico contra enfermedades sociales, como la tuberculosis y el cáncer, cuyo financiamiento fue aprobado por el Congreso.³ En opinión del doctor Héctor Orrego Puelma, uno de los impulsores de la tisiología nacional y de la medicina social nacional, la puesta en marcha de dicho plan significó una verdadera revolución en la historia de la salubridad chilena (Orrego Puelma, 1956; 65)

Sobre este escenario, la Caja de Seguro Obligatorio, a través del concurso de sus servicios médicos, se transformó en uno de los pilares de esta alianza estratégica entre Estado y ciencia. Podría discutirse si el personal médico-asistencial de los sanato-

³ Este proyecto de ley en lo concerniente a la lucha antituberculosa se sustentó científicamente a través de un consejo consultivo compuesto por médicos salubristas como Luis Ugarte, Ángel Sanhueza, Fernando Cruz y Pedro Lautaro Ferrer, que estaban interiorizados de los avances de la naciente tisiología nacional y del debate en torno a la instalación de los sanatorios para tuberculosos.

rios, integrado por médicos, enfermeras y visitadoras sociales, adhería de manera consciente al protagonismo social que el Estado encargó a la ciencia. No obstante, lo cierto es que el cuerpo de profesionales que se desempeñó en los sanatorios para tuberculosos fue protagonista tanto de las ciencias médicas, como de las ciencias sociales en el compromiso del Estado por la salvaguarda de la salud de la ciudadanía.

En lo que respecta a lo que designamos como «conciencia del protagonismo social» que adquirió la Caja de Seguro Obligatorio, nos es posible afirmar que los profesionales del servicio médico se preocuparon de hacer públicas sus aprensiones y críticas sobre las orientaciones que fueron dando forma la lucha antituberculosa a nivel nacional, así como también un reconocimiento de las metas alcanzadas. Estas manifestaciones, por cierto, colisionaron en más de una ocasión con los objetivos y agendas de otras instituciones asistenciales y de modo particular con la Junta Central de Beneficencia, el otro gran ente comprometido en el combate contra la tuberculosis.

Así, por ejemplo, el 9 de enero de 1934, el doctor Félix Bulnes, uno de los pioneros de la tisiología nacional, explicó en el *Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, los alcances de uno de los grandes frutos de la labor médica realizada hasta entonces por la Caja: la elaboración de un plan científico de lucha antituberculosa. A saber, el doctor Bulnes, indicó que el plan apuntaba, en el plano institucional, a la creación de *Centros de Especialización*, similares a los dispensarios, y *Centros de Adaptación*. Algunas de esas unidades ya se hallaban en plena organización en ciudades como Talca, Concepción, Temuco, Valdivia y Puerto Montt. Una de las deudas que el plan reconocía era la construcción de nuevos sanatorios, como lo reconoció el joven tisiólogo: «Su realización no ha podido ser llevada a la práctica con la rapidez que hubiéramos deseado debido a las dificultades habidas en la elección de los terrenos en que deberían ser ubicados y a los estudios que ha sido necesario efectuar para adoptar un tipo de construcción que a la vez sea económico y reúna las condiciones técnicas necesarias.» (Bulnes, 1934: 2)

Pese a este inconveniente, el doctor Bulnes manifestó que la obra de la Caja en materia de asistencia médica resultaba ser una valiosa contribución al «armamento de la lucha antituberculosa» en el país. No obstante, al momento de establecer las proyecciones de las labores de la sección médica de la Caja de Seguro Obligatorio, Bulnes fue sincero al expresar que uno de los grandes inconvenientes que deparaba a la acción médica nacional era la falta de una sola institución que canalizara y coordinara todo los esfuerzos que se efectuaban para triunfar sobre la tuberculosis. (Bulnes, 1934: 2) En cierto sentido, el tisiólogo aludía a un tema que se resolvió en gran medida en 1952 con la creación del *Servicio Nacional de Salud*. Si bien el tema de la centralización de la asistencia médica por medio de una política pública no forma parte del presente trabajo, no está demás subrayar la atención que dicha cuestión concitaba entre los médicos de la Caja del Seguro Obligatorio.⁴ Parte de los reparos manifestados por el doctor

⁴ Esta preocupación por la dispersión institucional y normativa en materia asistencial no era novedosa en la Salud Pública nacional. De hecho, desde los inicios de la República fue esbozado reiteradamente

Bulnes fueron recogidos una década más tarde por el doctor Alfredo Leonardo Bravo, jefe de la sección de fisiología de la Caja. Sus argumentos apuntaron a recalcar que todo el prodigioso esfuerzo desarrollado por su unidad resultaba vano si no se insistía en la coordinación nacional de todas las instituciones involucradas en la tarea de disminuir las curvas de morbi-mortalidad por tuberculosis. A su juicio, el plan debía ser aplicado «por un comando técnico único con atribuciones suficientes para distribuir y aprovechar los distintos elementos de la lucha, sin limitaciones de carácter legal, administrativo y financiero» (Bravo, 1945: 139).

Aunque en la opinión del doctor Bravo el ideal de la autoridad única era prácticamente inalcanzable, la Caja debía cumplir con las responsabilidades específicas que la ley 4054 le había encomendado a fin beneficiar directamente a sus asegurados. En virtud de ese mandato, las metas que la Caja debía tener en su horizonte se articulaban a partir de una planificación con seis objetivos a cumplir. Ellos eran: la pesquisa de la tuberculosis en el supuesto sano; el control del domicilio y del grupo familiar; el tratamiento médico quirúrgico ambulatorio; la hospitalización, un problema candente a nivel nacional; la estadística y elaboración de un fichero epidemiológico; y una herramienta tan tradicional, como vigente, esto es, la educación sanitaria. (Bravo, 1945: 139-143)

Ahora bien, siguiendo la agenda propuesta por el doctor Bravo, la valoración que se le concede a la enseñanza sanitaria respondía en cierto modo a un acto de confianza de la medicina en el paciente. En otras palabras, la educación fue considerada fundamental a objeto de conseguir la cooperación del asegurado en el plan antituberculoso de la Caja. Hacemos hincapié en este tema puesto que nos permite analizar dos temas centrales. El primero, dice relación con la conexión que se estableció entre la ciencia médica y otras disciplinas, como el caso de la *enfermería sanitaria*. En el caso de la educación sanitaria ambas disciplinas asumían un papel protagónico ya que la enfermera en el consultorio y la visitadora social en el hogar del asegurado, enseñaban las normas esenciales para que los beneficiarios asumieran un papel activo en la lucha antituberculosa, cumpliendo con preceptos higiénicos básicos. La segunda cuestión, nos permite comprobar que, categóricamente, hacia 1940 el modelo médico público dejó de lado el concepto individual y lo reemplazó por una concepción *médico-social* puesto que «el problema de la tuberculosis debía enfocarse en forma múltiple» (Parada, 1945: 168). Precisamente, la inserción de la enfermería en la planificación antituberculosa de la Caja resultaba plenamente coherente con la medicina de vanguardia.

Finalmente, cabe mencionar que la Caja y sus profesionales médicos fueron partícipes de las discusiones científicas en torno a las alternativas más apropiadas para el tratamiento efectivo de los pacientes tuberculoso. En este sentido, la década de 1930 nos permite apreciar como en el terreno terapéutico colisionaron perspectivas que encarnaron tanto tradición como modernidad. Uno de los desafíos más importantes para

y atravesó las discusiones sanitarias del siglo XIX. En aquella centuria cundió la imagen de desorden administrativo y económico con la que fue motejado el sistema de Juntas de Beneficencia. Dicho problema no se resolvió hasta mediado del siglo XX.

la cura sanatorial basada el tratamiento dietético-higiénico la representó la aplicación de un procedimiento que había comenzado a aplicarse en Chile en 1915: el *neumotórax artificial* o *colapsoterapia*. La aplicación de este método quirúrgico generó adeptos en el mundo médico por tres razones básicas. En primer lugar, el neumotórax evidenció un alto porcentaje de mejorías clínicas, en tanto fuese aplicado en condiciones hospitalarias óptimas; en segundo término, permitía una rápida tasa de recuperación para los trabajadores enfermos; y, por último, reducía los períodos de internación institucional de los pacientes. (Corbalán, et al, 1944; 8) A simple vista, los argumentos citados posicionaban al neumotórax como una pieza clave del *armamento antituberculoso nacional*. Sin embargo, desde la sección de fisiología de la Caja surgieron voces disidentes.

En 1934, el doctor Agustín Arriagada reafirmó la preponderancia del método tradicional que encarnaba la cura sanatorial. Afirmó en aquella ocasión que «se había creído en estos últimos años, que los modernos métodos de tratamiento de la tuberculosis pulmonar (colapsoterapia médica y quirúrgica) serían capaces de suplirla o al menos disminuir a un mínimo sus indicaciones.» (Arriagada, 1934: 160). En opinión de Arriagada, pese a los indudables avances en materia terapéutica fisiológica, la cura sanatorial seguía siendo su *estroma*. La idea fuerza que había detrás de esta defensa radicaba en el hecho de que las innovaciones como el neumotórax eran obedecían a indicaciones específicas y no eran extensibles a la generalidad de la población tuberculosa. Junto a ese argumento, añadió uno de carácter histórico: antes que existiesen el neumotórax, la frenicectomía, y otras operaciones, la curación de la tuberculosis por vía del reposo sanatorial fue un procedimiento efectivo si se empleaba en el momento indicado (tuberculosis incipiente). (Arriagada, 1934: 161) En definitiva, la cura sanatorial debía constituir el eje central del tratamiento de la tuberculosis, aunque ese juicio no implicó la exclusión de las innovaciones ya mencionadas.⁵ La divergencia científica que personificó el discurso de los defensores de la tradición no constituyó una ruptura, sino que más bien estaba dirigida a un ordenamiento de las prioridades.

3.2 El mundo sanatorial: la voz del paciente.

El movimiento sanatorial que se originó en Europa a mediados del siglo XIX tuvo su correlato en Chile. De manera concreta, las primeras iniciativas fructificaron en la zona central del país, en las provincias de Valparaíso, Aconcagua y Santiago. En su mayoría fueron obras de una elite antituberculosas compuesta por médicos y benefactores⁶. Si bien su instalación como establecimiento de curación siempre resultó ser

⁵El doctor añadió en este sentido que «consideramos al sanatorio como un establecimiento de cura que ponga a disposición del paciente no sólo una silla de reposo, un buen clima y un menú convenientemente confeccionado, sino también los métodos de colapsoterapia gaseosa o quirúrgica, auroterapia y otros que ya han hecho sus pruebas y que han sido incorporados al arsenal terapéutico que los fisiólogos oponen al avance de la enfermedad». (Arriagada, 1934: 161)

⁶El primer proyecto de sanatorio estuvo encabezado por los hermanos Donnay quienes ubicaron su

siempre una empresa desafiante por los costos económicos que implicaba su funcionamiento, el sanatorio para tuberculosos fue por décadas el desiderátum para el cuerpo médico comprometido con el combate contra la peste blanca, valoración que, como ya señalamos, mantuvo legitimidad científica en la sección médica de la Caja de Seguro Obligatorio en la década de 1930.

Estas apreciaciones nos sirven de introducción para instalar una de las facetas más interesantes de la vida sanatorial y que, conforme a lo afirmado por los historiadores Diego Armus y Adrián Carbonetti, dice relación con la otra cara de la moneda: el enfermo. En la última década, gracias a una renovación experimentada en las metodologías de investigación de la historia de la salud y de la enfermedad, el paciente ha emergido del *silencio histórico* al que estuvo sometido por décadas. Ese fenómeno se debió fundamentalmente a la adopción de opciones interpretativas, sobre todo entre 1960 y 1980, que se centraron en el estudio de las influencias recíprocas entre las estructuras económicas y políticas, por un lado, y los sistemas médicos y epidemias, por otra parte, omitiendo el papel de los individuos y sus vivencias de la enfermedad.

Desde nuestro punto de vista, nuestras pesquisas en torno a la realidad sanatorial chilena y las experiencias registradas en torno a la vida de los pacientes gracias a la publicación de diarios sanatoriales, nos permite avalar la figura del tuberculoso como un sujeto histórico activo que fue capaz de manifestar, mediante el uso de varias narrativas, tanto su vivencia frente a la enfermedad como su posición ante el saber científico encarnado por el equipo médico-asistencias que residió en los sanatorios. De este modo, además, adherimos a la historiografía que, por un lado, ha decidido, tomar distancia del enfoque foucaultiano, que otorga un carácter pasivo al enfermo; y, paralelamente, ha apostado por pesquisar la experiencia de enfermar de los pacientes que, según sostuvo Roy Porter, nos enseña el lado humano de la medicina moderna.

Pues bien, conforme a lo indicado en el inicio, los sanatorios para tuberculosos fueron el destino de los pacientes que, tras un examen médico previo en un dispensario, cumplían con ciertas expectativas de recuperación en tanto el avance de la tuberculosis en sus cuerpos no fuese excesivo.

La Caja de Seguro Obligatorio contó con una serie de sanatorios para brindar una atención a los asegurados que padecían la enfermedad social por antonomasia del Chile moderno e industrializado. Atendiendo a lo que señala Armus, la internación de una persona en un sanatorio representaba una limitación de posibilidades, ciertamente,

obra en la zona del Alfalfar (Cajón del Maipo), que se frustró al poco tiempo fundamentalmente por razones de naturaleza económica. Posteriormente, entre las que es menester mencionar: el Gran Hotel de Francia, establecido en 1894, que en la década de 1930 pasó a ser administrado por la Caja del Seguro Obrero con el nombre de Sanatorio Laennec; el Sanatorio Peñablanca, fundado en 1904 por una sociedad anónima del mismo nombre y que tras un cierre inicial registrado en 1907, fue reinaugurado en 1912 gracias a la cooperación de la benefactora Juana Ross de Edwards; el Sanatorio de los Andes, abierto en 1904; y el Sanatorio Diaguitas, ubicado en el departamento de Elqui, cuya construcción, avalada por la Junta de Beneficencia de La Serena, se inició en 1912. Cfr. DUARTE, Ignacio, LÓPEZ, Marcelo. «Sanatorios para tuberculosos en Chile: los primeros establecimientos», *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, 16; 211-224.

pero también una posibilidad «la libertad individual adquirirían nuevos contenidos». (Armus, 2006: 116) En ese sentido, podemos señalar que a la luz de los testimonios recogidos en los diversos diarios sanatoriales publicados por iniciativa de los pacientes, principalmente, la libertad individual de los tuberculosos o *reposantes*, constreñida por las normas de estricto régimen sanatorial que debían seguir los pacientes, no implicó necesariamente inacción. Al contrario, las diversas manifestaciones que es posible reconocer en la serie de testimonios nos hacen posible sostener que la *comunidad sanatorial* representó para los pacientes tuberculosos un mundo de posibilidades, que fueron desde la reconversión personal hasta la resignación ante el poder normativo de la medicina social y, en última instancia, ante la muerte misma. El conjunto de sanatorios que organizó la Caja representa a la perfección dicho cosmos.

Un ejemplo de lo que podría denominarse como la prueba de una interacción constructiva entre pacientes y miembros del cuerpo asistencial lo podemos hallar en el testimonio de la visitadora social Hortensia Saguez. Ella tuvo la oportunidad de desempeñarse en el *Sanatorio La Higuera*, a comienzos de la década de 1930. En ese establecimiento ella pudo apreciar el impacto que la tuberculosis producía no tan sólo en los cuerpos, sino que también en sus expectativas personales ante la vida. A su juicio, una de sus primeras tareas fue la de sembrar «la semilla de la tolerancia y de la comprensión» entre los pacientes ya que en muchas ocasiones las asperezas generaron una atmósfera de tensión. (Saguz, 1938: 92) Este acto revela su intención de renovar de manera positiva lo que ella calificó como «el espíritu sanatorial», valiéndose para ello de eventos de recreación colectiva como fiestas sencillas en las tardes o en la noches. Al finalizar su estadía laboral, Hortensia Saguez manifestó un aire de satisfacción al comprobar que sus afanes de mejoramiento de las relaciones interpersonales entre los *reposantes* habían fructificado, disipando la «melancolía y el aburrimiento» y colaborando en el forjamiento de lazos de amistad. La visitadora social, en definitiva, pudo progresar allí donde la medicina «pura y dura», al parecer, se había revelado incompetente: el bien común.

Otro interesante escenario donde es posible constatar el abanico de posibilidades que encerró la vida de la comunidad sanatorial lo hallamos en el *Sanatorio Laennec*, ubicado en el pueblo de San José, en el Valle del Maipo, situado al sur este de la ciudad de Santiago. Originalmente heredó las instalaciones del Hotel Francia, edificio que fue construido en 1895 y en 1925 dicho establecimiento fue transformado en un pensionado para tuberculosos, siendo bautizado con el nombre del destacado médico francés. En el año 1934 la Caja de Seguro Obligatorio pasó a administrar totalmente el sanatorio, convirtiéndose, a nuestro juicio, en un espacio que no solo acogió y practicó los mayores adelantos de la ciencia médica, sino que además fue la primera encarnación institucional por excelencia de la medicina social del Chile del siglo XX.

En esa institución, los pacientes hicieron sentir su voz la cual se impregnó de una pluralidad de significados. Para cumplir con su cometido, se valieron de un medio moderno de expresión de opinión: la prensa. En 1938, la vida de los *reposantes*, marcada por ritmo de vida que imprimía el régimen sanatorial, experimentó una innovación

gracias a la creación del periódico *Laennec*, un «reflejo de la cultura», como consignó su primer número, una idea que, según confesaron sus fundadores, nació entre las charlas que continuamente sostenían los pacientes en sus mañanas y tardes de reposo. Su objetivo inicial fue sencillo: superar el pesimismo casi invencible que acarrea la tuberculosis. El protagonismo fue asumido por personas que «en todo momento piensan en el bienestar de los demás y de ellos mismos.»⁷

A través de sus páginas fueron anidando las diversas impresiones que generaba la vida en la comunidad sanatorial, hecho que ciertamente, complementó y enriqueció el registro estrictamente científico que elaboraba el personal médico del sanatorio. Las manifestaciones expresadas por los y las reposantes en torno a la experiencia de la enfermedad son múltiples y dar cuenta de su globalidad escapa por ahora a los límites del presente artículo. No obstante, es posible aventurar dos representaciones concretas.

En primer lugar, hallamos el testimonio de un reposante en torno a su encuentro con las nuevas enfermeras sanitarias que arribaron al establecimiento en el otoño de 1941. Es posible advertir que, a propósito de dicho acontecimiento, existió una trama de relaciones humanas entre sanadores y tuberculosos, la cual podía generar efectos alentadores para los enfermos. En una nota titulada «La vida es así», el paciente identificado como «K.A.B», se expresó los siguiente términos sobre su encuentro con dos enfermeras: «se acercaron a mi lecho y con ternura innata y suave voz, después del respectivo saludo, me dirigieron unas preguntas sobre mi estado de salud, a lo que respondí como si nada me mortificara, dándoles a comprender que me sentía muy bien, demostración que no dejaba de ser fingida, ya que en mi soledad sufría moralmente la falta de algún esparcimiento espiritual que me hiciera sentir apego a la vida. Sólo ellas han conseguido arrancar de mi mente ese conjunto de ideas, ese pesimismo que embargaba mi alma, hoy ardientemente deseo ese pintoresco y desconcertante factor llamado vida, que en combinación con una perfecta salud nos es tan necesaria para procurarnos un porvenir más o menos aceptable.»⁸ Es evidente que la sanación del cuerpo, pretendida por la fisiología, no lo era todo para algunos pacientes. Aquella carencia afectiva, que se ahondaba con la enfermedad y con la separación de los seres queridos que implicaba en encierro sanatorial, podía ser suplida en ocasiones partir de la trama de relaciones personales propia de la comunidad de reposantes.

Ahora bien, el establecimiento de lazos personales también se prestaba para consensuar y canalizar expresiones críticas hacia el conjunto de normas médicas que gobernaba la vida de los pacientes. La disciplina, el núcleo del régimen de curación dietético-higiénica mereció respaldo y sátiras por parte de los reposantes. Para algunos pacientes, como Alfredo Barraza, el seguimiento estricto de las reglas era el mejor camino para cumplir con el sueño anhelado de la sanación. Por eso razón expresaban el temor a regresar a la ciudad ya que deberían reinsertarse en los «cités, y conventillos»,

⁷ Anónimo (1943) «Invitamos a escribir»; *Laennec*, 24; 1-2.

⁸ K.A.B. (1941); *Laennec*, 15; 8.

lugares donde prevalecía la estrechez, la pobreza, pero sobre todo, «las diversiones y vicios». Así, ante la ausencia de control, mediante la juerga «resultaba fácil matar el aburrimiento.»⁹ Para otros, la disciplina, podía ser considerada como un mal menor, puesto que, mientras el obrero careciese del contenido de la palabra «cultura», solamente podían aspirar a cumplir con las normas del régimen y, como sostuvieron, conformarse con «aprender a ser enfermos».¹⁰ Y, para los espíritus contestatarios, el camino a seguir frente a las limitaciones a la libertad individual que imponía el saber médico, fue la protesta, recurriendo para ese fin al uso de un lenguaje irónico explícita. Fiel reflejo de esta «rebelión» fue la agrupación de reposantes denominada como «Unión de Tomadores de Tinto» (UTT) que en junio de 1941, decía agrupar a los 120 pacientes del sanatorio. En aquella ocasión, la UTT, reclamó por el castigo impuesto por los médicos debido al estado de ebriedad con que se presentaron muchos de los pacientes tras el permiso que tenían para salir los domingos al pueblo de San José. La sanción contempló la prohibición de salir los ocho domingos siguientes. Esta reprimenda motivó que los asociados de la UTT propusieran, ni más ni menos que su propia «terapia» antituberculosa: el consumo de alcohol, único elemento que combatía directamente el bacilo de Koch; y, además, un «reglamento», que, dentro de sus particulares normas, sancionaba con cuatro meses de cama «al enfermo que llegara bueno y sano», y en caso de reincidencia, «sería dado de alta, sin beneficios».¹¹

Ya fuese obra del sentido del humor o manifestación burlesca de un sentir generalizado, las expresiones de los miembros de la UTT, que evidentemente representaban a una minoría, nos permiten señalar que el sanatorio Laennec se transformó en un espacio de socialización a través del cual los reposantes eran al mismo tiempo ciudadanos que podían hacer uso de la «opinión pública» para valorar, positiva o negativamente, la labor de la ciencia médica. Para la contraparte de los pacientes, el diario Laennec se constituyó en otro elemento de diagnóstico para medir el «clima sanatorial» de las relaciones humanas que se establecían en el establecimiento. Así, aparentemente, lejos de la humanidad, los pacientes tuberculosos optaron por la posibilidad de ejercer un papel activo recurriendo a un medio escrito y, desde cierta perspectiva, al menos cuestionar la verticalidad de la aplicación del régimen sanatorial.

4. Consideraciones finales.

En el año 1943, el Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio, emitió a través de un editorial, una frase que puede parecer drástica: «Sensible es constatarlo. Marcamos el paso, en materia de lucha antituberculosa». (Elguín, 1943: 3) Su diagnóstico pudo parecer certero si se atiende a la vasta labor que desempeñaba

⁹ BARRAZA, Alfredo (1941), «Un centro de readaptación hace falta en Santiago», *Laennec*, 9: 4.

¹⁰ Anónimo (1941) «La disciplina», *Laennec*, 10: 8.

¹¹ Anónimo (1941); «Acuerdos tomados por la U.T.T. en su última sesión», *Laennec*, 16: 16.

la Caja de Seguro Obligatorio: lucha antituberculosa, lucha antivenérea, defensa de la madre y del niño y política médico-asistencial en el medio rural. Habían pasado casi dos décadas desde la fundación de la Caja de Seguro Obligatorio y los resultados no parecían muy positivos.

Efectivamente, los avances que registra la historia de la Caja de Seguro Obligatorio ameritan ser evaluados conforme al contexto médico en el que echó raíces su institucionalidad médico-asistencial. Su génesis se sitúa en lo que podemos calificar de período de transición desde una medicina atomizada a una medicina social o integral.

En materia de lucha antituberculosa, la historia de la Caja de Seguro Obligatorio nos permite asomarnos a episodios indudablemente significativos de la historia de la salud y enfermedad en Chile y de los nuevos propósitos sociales que el Estado fue confiriendo a la ciencia moderna, todo lo cual se desarrolló en un contexto donde las enfermedades sociales y su erradicación se constituyeron en el deber ser político de la nueva medicina. Los temas que hemos analizado nos habilitan para apreciar, por un lado, cómo la ciencia obtuvo un crédito social por parte del Estado, reconocimiento que tuvo una materialización en un conjunto de *políticas públicas modernas* por primera vez en la historia médica de país. Su efectividad, ciertamente, merece otra investigación, pero lo cierto es que asistimos a un período fundacional. Y, por otro lado, nos permite esbozar el lado humano de la inagotable experiencia tuberculosa y la amalgama de significados que transitan entre los planos de lo racional (ciencia) y lo irracional (dolor), ambos materializados en la vida sanatorial y, a su vez, representados por los profesionales de la salud y el paciente.

Bibliografía

- ALLENDE, Salvador (1939), *La realidad médico-social de Chile*. Santiago de Chile.
- ARMUS, Diego (2006), «Curas de reposo y destierros voluntarios. Narraciones de tuberculosos en los enclaves serranos de Córdoba», BONGERS, WOLFBANG Y OLBRICH, TANJA. *Literatura, cultura y sociedad*. Buenos Aires, Paidós.
- ARRIAGADA, Agustín (1934), «La tuberculosis y la Caja del Seguro Obligatorio (Ley 4054)», ORREGO PUELMA, Héctor. *Estudios médicos y sociales sobre tuberculosis*, Santiago de Chile: 153-165.
- BRAVO, Alfredo Leonardo (1945), «Rol de la Caja de Seguro Obligatorio en la lucha contra la tuberculosis», *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, 125: 139-144.
- BULNES, Félix (1934), «La Caja de Seguro Obligatorio y la lucha antituberculosa», *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, 4: 2.
- CORBALAN, Alfredo, et al (1944), «El neumotórax artificial y sus proyecciones en la fisiología chilena», *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, 114: 5-8.

- CUETO, Marcos (2005), «Instituciones Sanitarias y poder en Latinoamérica». *Dynamis, Acta Hispanica ad Medicinæ Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 25, 47-57.
- DUARTE, Ignacio y LÓPEZ, Marcelo (2006), «Sanatorios para tuberculosos en Chile: los primeros establecimientos», *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*, 16; 211-224.
- DUARTE, Ignacio y LÓPEZ, Marcelo (2008), «Sanatorios para tuberculosos en Chile, 1920-1940», *Anales de Historia de la Medicina*, 18: 49-68.
- ELGUÍN, Sergio (1943), «Marcando el paso», *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, 103; 3-4.
- FERRER, Pedro Lautaro (1910), *La lucha antituberculosa en Chile. Memoria presentada al Congreso de Medicina e Higiene reunido en Buenos Aires el 25 de mayo de 1910*. Santiago de Chile, Sociedad Imprenta y Litografía Universo.
- ILLANES, María Angélica (1993), *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia: Historia social de la Salud Pública en Chile, 1880-1973*. Santiago de Chile, Colectivo de Atención Primaria.
- PARADA HERNÁNDEZ, Ana (1945), «La enfermera sanitaria en la lucha contra la tuberculosis», *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, 125: 168-157.
- ORREGO PUELMA, Héctor (1956), «Apuntes sobre la historia de la tuberculosis», *Revista de Aparato Respiratorio y Tuberculosis*, 2: 61-77.
- RODRÍGUEZ, Javier (1923), «Hacia la despoblación», *Anales de la Universidad de Chile*, 1er y 2º semestre, Santiago de Chile.
- ROMERO, Luis Alberto (2007), *¿Qué hacer con los pobres? Elites y sectores populares en Santiago de Chile, 1840-1895*. Buenos Aires, Ariadna ediciones.
- SAGUEZ, Hortensia (1938), «Dos meses en el sanatorio La Higuera», *Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, 46: 92.
- UGARTE GUTIÉRREZ, Isaac (1893), «Idea general de las enfermedades más frecuentes en Chile», *Primer Congreso Médico Chileno reunido en Santiago del 15 al 22 de septiembre de 1889. Actas y trabajos*. Santiago de Chile, Imprenta Nacional.