

Ciencia política e historia. Eduardo Cruz-Coke y el estado de bienestar en Chile, 1937-1938.¹ 11. 5. 2002

Carlos Huneeus² y María Paz Lanás³

“La historia, parafraseando a Georges Clemenceau, es un tópico demasiado importante para ser dejado exclusivamente a los historiadores”⁴

Los usos de la historia para el cientista político.

En un interesante artículo, el cientista político británico Dennis Kavanagh entregó argumentos muy convincentes para mostrar que la historia puede ser de gran utilidad al cientista político.⁵ En primer lugar, proporciona una inagotable cantidad de información por los antecedentes que se encuentran en los archivos, en las memorias de los actores, en la prensa y en los escritos de los protagonistas. La información sobre el pasado, además, puede ayudar a una mejor comprensión de los procesos e instituciones políticas, que están constituidas por tipos de comportamiento que perduran en el tiempo. En tercer lugar, el estudio de la historia permite verificar la amplitud y consistencia de los esquemas de interpretación surgidos de análisis teóricos o metateóricos. Además, la historia también puede colaborar en la comprensión de los conceptos políticos, mostrando distintas situaciones y lugares en que se pueden aplicar. Por último, la historia puede ser vista como una fuente de lecciones para las elites y las instituciones, que aprenden de experiencias del pasado, exitosas o fracasadas⁶.

Los fundadores de la ciencia política recurrieron al método histórico⁷. Tocqueville señala que en la preparación de su libro El antiguo régimen y la revolución “me he aplicado a conocer bien todos los escritos públicos en que los franceses han podido exhibir sus opiniones y sus gustos en vísperas de la Revolución. Las actas de sesiones de las asambleas de estados, y más tarde, de las asambleas provinciales, me han proporcionado mucha luz sobre este punto”⁸.

Cada una de las funciones del estudio de la historia examinadas por Kavanagh ha sido desarrollada por destacados cientistas políticos. Max Weber recurrió a la historia para comprender los conceptos y esquemas explicativos de los diversos temas de su vasta obra científica, desde el impacto de la religión en el desarrollo económico, hasta la definición del

¹ Esta investigación ha sido posible por el apoyo de la Corporación CERC. Agradecemos la ayuda de Alejandra López y Rodrigo Bugueño del CERC en la recopilación de antecedentes y en la edición del texto.

Los autores son responsables de su contenido.

² Cientista político, Profesor Pontificia Universidad Católica de Chile.

³ Historiadora, Pontificia Universidad Católica de Chile, investigadora del CERC.

⁴ Dankward A. Rustow, “Transitions to Democracy. Toward a Dynamic Model”, Comparative Politics, vol. 2, Nr.3, 1970, p. 347.

⁵ Dennis Kavanagh, “Why Political Science Needs History”, Political Studies vol. XXXIX, 1991, pp. 479-495.

⁶ Ibidem, pp.492-494.

⁷ El método histórico fue recogido a fines de los años 60 por el Comité de Política Comparada que fundara Gabriel Almond y que tuvo una enorme influencia en el desarrollo de la ciencia política. Una de las principales iniciativas condujo a una conferencia en 1971, que dio origen al libro de la serie Estudios de Desarrollo Político, compilado por Charles Tilly, The Formation of National States in Western Europe (Princeton: Princeton University Press, 1975), con estudios históricos de diversos politólogos, como S.E. Finer y Stein Rokkan y el propio Tilly, que se ha dedicado a los estudios sociológicos históricos.

⁸ Alexis de Tocqueville, El antiguo régimen y la revolución (Madrid: Ediciones Guadarrama, S.A., 1969), p. 15.

Estado, la burocracia o la legitimación.⁹ Reinhard Bendix también recurrió a este método cuando estudió la autoridad en los sistemas políticos y el carácter del Estado moderno¹⁰. Stein Rokkan examinó las condiciones del surgimiento y desarrollo de los partidos y sistemas electorales en Europa desde la reforma en el siglo XVI, concluyendo que el sistema de partidos de los años 60 correspondía al que existió en los años 20.¹¹ Hans Daalder argumentó que los acuerdos de las elites que definieron las políticas consociativas que explicarían la estabilidad de la democracia en Holanda después de la II Guerra Mundial correspondería a un tipo de actuación de las elites que habría comenzado con la paz de Westfalia de 1648, de tal manera que ese estilo político no era la *causa* de la estabilidad de la democracia, sino que la *consecuencia* de acuerdos muy anteriores, que habrían tenido una notable capacidad para sobrevivir.¹² Lipset indagó en la formación de los EE.UU. a fines del siglo XVIII para verificar la amplitud de las generalizaciones formuladas por los teóricos de la modernización para el estudio de los nuevos Estados surgidos en los años 50, que le permitió identificar en el pasado destacados factores explicativos de la política norteamericana del siglo XX¹³.

El método histórico no es fácil de emplear. El cuentista social puede caer en dos extremos: buscar generalizaciones con escaso examen de la historia, que no le permite encontrar resultados debidamente fundamentados, o, por el contrario, querer documentar cada afirmación con un riguroso respaldo histórico, de tal manera que la minuciosidad en el tratamiento de las fuentes lo lleva a ser desbordado por los detalles¹⁴.

Existiría un nivel intermedio, que consiste en afirmar la especificidad de la ciencia política y la ciencia histórica y buscar el diálogo y la cooperación interdisciplinaria. Este fue el camino que siguieron numerosos politólogos que han reconocido la importancia del estudio de la historia, que fue durante un tiempo dejada de lado cuando la revolución behaviorista había alcanzado su mayor novedad y fuerza, durante los años 50 y comienzo de los años 60.¹⁵ Para ello se requiere tener bien definido el objeto de la investigación y el marco conceptual y metodológico que se empleará, eligiendo los conceptos que tienen mayor capacidad para el análisis empírico que son los contenedores de datos, como lo recomienda Sartori.¹⁶ Además, se debe evitar caer en la falacia del determinismo retrospectivo, pues el analista debe situarse en el momento histórico que examina, en el

⁹ Guenther Roth, "Weber's Visions of History", en su libro con Wolfgang Schluchter, Max Weber's Visions of History (Berkeley: University of California Press, 1979), pp.195-206.

¹⁰ Reinhard Bendix, Nation-Building and Citizenship, (Nueva York: John Wiley & Sons, Inc. 1964) y Kings or People. Power and the Mandate to Rule (Berkeley: University of California Press, 1978).

¹¹ Seymour Martin Lipset y Stein Rokkan, "Cleavage structures, party systems and voter alignments", en el libro compilado por ambos, Party systems and voter alignment: cross national perspectives, (New York: Free Press, 1967), pp. 51-109.

¹² Hans Daalder, "The Consociational Theme", World Politics, vol. 26, 1974, pp. 604-621.

¹³ Seymour Martin Lipset, The First New Nation (Nueva York: W.W. Norton & Co.Incs.1979) (primera edición de 1960).

¹⁴ Seymour Martin Lipset, "Introduction", a T.H. Marshall, Class, Citizenhip, and Social Development (Westport: Greenwood Press, Publishers, 1973), p.xvii.

¹⁵ **También los economistas en el último tiempo han recurrido al análisis histórico**, Douglass C. North, Structure and Change in Economic History, (Nueva York: W.W. Norton & Company, 1981), especialmente capítulo 14, e Instituciones, cambio institucional y desempeño económico (México: Fondo de Cultura Económica, 1993); Albert Hirschman, Retóricas de la intransigencia (México: Fondo de Cultura Económica, 1991).

¹⁶ Giovanni Sartori La política. Lógica y método en las ciencias sociales (México: Fondo de Cultura Económica, 1984), especialmente pp.291-302.

cual los actores e instituciones enfrentaron a distintas opciones. Esto quiere decir que las decisiones que adoptaron hay que entenderlas en ese contexto, sin que sea correcto evaluarlas con las categorías de hoy, sino que mediante los indicadores de eficacia y de efectividad que se construye a partir de a los recursos del pasado y no de acuerdo a los que se disponen en la actualidad.¹⁷

Destacamos la importancia del estudio de la historia para la mejor comprensión de los procesos e instituciones del presente porque los estudios de la transición y la consolidación de las democracias de la “tercera ola”¹⁸ han desatendido el análisis del impacto de los factores históricos, poniendo especial atención a las condiciones en que se produjo el cambio de la dictadura a la democracia.

La desatención a la historia comienza a ser corregida. Ciertos componentes de la cultura política en la España actual, como el cinismo y la distancia de las instituciones políticas, se atribuye a las condiciones estructurales dejadas en la opinión pública por el autoritario Franco (1936-1975).¹⁹ Los estudios de los cambios de regímenes de **los años 20 y 30, especialmente la caída de la República de Weimar (1918-1933) y la toma del poder por los nazis en 1933**²⁰ han sido explicadas por el impacto de los obstáculos a la **democracia se encuentran en ciertos patrones de liderazgo y comportamiento de ciertas elites** e instituciones, especialmente el Ejército, la justicia y la administración pública que se mantuvieron, desde el Imperio Guillermino (1879-1918), inalterables adheridos a un estilo autoritario-conservador, a pesar de las convulsiones producidas por la tardía y rápida industrialización y la derrota en la I Guerra Mundial²¹. Esto demuestra que ciertas instituciones tienen una enorme capacidad para sobrevivir a las convulsiones políticas, más allá de los cambios económicos y de organización del poder político²².

El objeto del artículo.

Este artículo tiene por objeto examinar, desde la ciencia política y con el apoyo de la historia, la gestión del Dr. Eduardo Cruz-Coke, que fue ministro de Salud durante 21 meses (entre el 15 de enero de 1937 y el 15 de septiembre de 1938) en el segundo gobierno

¹⁷ Usamos los conceptos de eficacia y efectividad siguiendo a Juan J. Linz, La quiebra de las democracias (Madrid: Alianza Editorial, 1987), pp.36-52.

¹⁸ Samuel P. Huntington, The Third Wave. Democratization in the Late Twentieth Century (Londres: University of Oklahoma Press, 1991).

¹⁹ José María Maravall, “Democracias y demócratas”, Estudio/Working Paper 1995/65, Instituto Juan March de Estudios e Investigaciones, 1995; Ma. Luz Morán y Jorge Benedicto, La cultura política de los españoles (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1995); José Ignacio Wert, “Sobre cultura política: legitimidad, desafección y malestar”, en: Javier Tusell, Emilio Lamo de Espinosa y Rafael Pardo (eds.) Entre dos siglos. Reflexiones sobre la democracia española (Madrid: Alianza Editorial, 1996), pp. 113-151.

²⁰ Para la vastísima bibliografía sobre la caída de la República de Weimar nos remitimos a la citada en Carlos Huneeus, Der Zusammenbruch der Demokratie in Chile. Eine vergleichende Analyse (Heidelberg: Esprint Verlag, 1980).. El estudio más importante continua siendo el de Karl D. Bracher, Die Auflösung der Weimarer Republik, (Villingen/Schwarzwald: Ring- Verlag, 1964)

²¹ Uno de los libros más clásicos en esta perspectiva es el del sociólogo Ralf Dahrendorf, Gesellschaft und Demokratie in Deutschland. (Colonia: DTV, 1971)..

²² M. Rainer Lepsius, „Machtübernahme und Machtübergabe: Zur Strategie des Regimewechsels“, en: H. Albert (ed.) Sozialtheorie und soziale Praxis (Meisenheim: Anton Hahn, 1971). **Sobre el cambio del autoritarismo a la democracia hay una abundante bibliografía, a manera ilustrativa nos remitimos a**

del Presidente Arturo Alessandri Palma (1932-1938).²³ En su labor impulsó políticas que abarcaron ámbitos muy importantes de la salud y la previsión social que tuvieron un gran impacto en el desarrollo político y social del país y particularmente en el fortalecimiento del estado de bienestar que tuvo un hito en 1924 con la Ley Nr. 4.054 de seguro obligatorio para los trabajadores por enfermedad, invalidez, vejez y muerte y que creó la Caja de Seguro Obligatorio.²⁴

El trabajo consta de cuatro partes. En la primera, se hace un análisis conceptual y metodológico sobre el estado de bienestar. Enseguida, se hace una breve descripción biográfica, para continuar luego con el examen de la labor ministerial de Cruz-Coke y en la cuarta y final se exponen las consecuencias de su desempeño en el desarrollo ulterior de su carrera política.

Este estudio es relevante por varios motivos. En primer lugar, porque Cruz-Coke se desempeñó durante el primer gobierno democrático inaugurado después de casi una década de gobiernos militares, iniciada con el golpe de estado de septiembre de 1924, una dictadura militar (1926-1931) y después de su desplome el 26 de julio de 1931, 14 meses de inestabilidad política, que supuso golpes militares que incluyeron una “república socialista”, hasta las primeras elecciones presidenciales de octubre de 1932. Este período podría analizarse desde la perspectiva de la bibliografía sobre la transición a la democracia.²⁵ La política de salud y de previsión fue un ámbito de la administración Alessandri que pasó a ocupar un lugar destacado de su agenda sólo después de estar consolidado el orden político, amenazado por rebeliones militares promovidas desde los cuarteles y desde fuera de éstos y de haber logrado superar las graves consecuencias de la crisis económica de 1930/31.²⁶

El estudio de la gestión de un ministerio sectorial ayuda a comprender las dimensiones de las políticas sociales de la fase de consolidación de las nuevas democracias.

En segundo lugar, porque durante el ministerio de Cruz-Coke se impulsaron políticas y se aprobaron leyes que tuvieron un importante efecto en la salud pública, con las cuales se logró bajar significativamente la mortalidad infantil y disminuir la morbilidad, recursos institucionales que pasaron a formar parte del estado de bienestar. Más allá de los cambios de gobierno y de regímenes políticos, el estado de bienestar mantiene importantes elementos institucionales y componentes en la cultura cívica que mantienen una larga vida,

²³ A lo largo del artículo, usaremos los términos ministerio de “Salubridad” y de “Salud” indistintamente para referirnos a la cartera que dirigió Cruz-Coke, incluso al referirnos a la etapa anterior a su nombramiento, porque tuvo diversos nombres como consecuencia de los cambios legales.

²⁴ Para un importante estudio sociológico-histórico sobre el origen de las políticas de bienestar en los Estados Unidos, Theda Skocpol, Protecting Soldiers and Mother. The Political Origins of Social Policy in the United States (Cambridge: Harvard University Press, 1992).

²⁵ Guillermo O’Donnell, Philippe C. Schmitter y Laurence Whitehead (comps.) Transiciones desde un gobierno autoritario (Buenos Aires: Paidós, 1989) varios volúmenes y Juan J. Linz y Alfred Stepan, Problems of Democratic Transition and Consolidation (Baltimore: The John Hopkins University Press, 1996). Samuel P. Huntington, The Third Wave. Democratization in the Late Twentieth Century, (Londres: University of Oklahoma Press, 1991), Leonardo Morlino, Democracy between Consolidation and Crisis. Parties, Groups, and Citizens in Southern Europe (Oxford: Oxford University Press, 1998).

²⁶ No hay estudios sobre la gestión de gobierno de Alessandri en su segundo mandato y este artículo quiere ayudar a llenar este vacío. Muy parcial y centrado en cierta parte del desarrollo político, hace el historiador Ricardo Donoso, Alessandri. Agitador y Demoleedor (México: Fondo de Cultura Económica, 1954), dos tomos. La historia más reciente de su segundo gobierno es Gonzalo Vial, Historia de Chile (1891-1973). De la República Socialista al Frente Popular (1931-1938), vol. V, (Santiago: Editoria Zig-Zag S.A., 2001).

y se pueden explicar cuando se analiza su desarrollo histórico. En tercer lugar, es relevante porque hay un vacío en el estudio de Cruz-Coke como político²⁷, en contraste con los diversos artículos que han examinado su contribución científica.²⁸ Ricardo Donoso sólo lo menciona en tres ocasiones: cuando es designado ministro²⁹, con ocasión de su renuncia, temporal, con motivo del secuestro del semanario *Topaze* en marzo de 1938, y cuando abandona el ministerio en septiembre de 1938, a raíz de la matanza del Seguro Obrero. Este vacío afecta la comprensión del desarrollo político de Chile porque fue una personalidad muy destacada, que influyó en el acontecer político del país durante largos años, llegando a ser senador, candidato presidencial, embajador, y creador de la Comisión de Energía Nuclear

Cruz-Coke fue un político excepcional, pues se convirtió en un personaje de proyección nacional a partir de su desempeño en un ministerio sectorial. Ha sido una de las pocas personalidades de la política chilena a quien se le reconocieron las condiciones propias que definen al carisma, según la clásica definición de Weber. Abundan declaraciones que reconocen el hecho que se trató de un hombre con “extraordinarias” facultades intelectuales y personales, sin tener comparación con otro político en el siglo XX. Como médico fue ampliamente conocido por sus condiciones para diagnosticar enfermedades y sanar a enfermos cuando parecía imposible.

En cuarto lugar, el trabajo tiene interés para conocer el importante rol político de los médicos. Hay estudios sobre el rol político de los ingenieros³⁰ y los economistas³¹, pero no se dispone de investigaciones sobre el papel de los médicos.³² Distinguidos médicos fueron parlamentarios desde el siglo XIX y comienzos del siglo, ejerciendo una labor legislativa de

²⁷ Un brevísimo resumen de su labor hace su ayudante y estrecho colaborador, Dr. Jorge Mardones R., “Eduardo Cruz-Coke: de universitario a hombre de Estado”, Revista Médica de Chile, vol.103,Nr.4, 1975,pp.275-278. Vial destina escuetas dos páginas y media en su V volumen de la Historia de Chile que analiza en detalle la política del gobierno de Arturo Alessandri, pp383-386.

²⁸ Los médicos no han esquivado los elogios al Dr. Cruz-Coke, particularmente quienes fueron sus ayudantes y colaboradores en su larga vida académica y en la política. Véase las ponencias de Luis Vargas F., Hermann Niemayer, Héctor Croxatto y Jorge Mardones R. Boletín de la Academia Chilena de Ciencias del Instituto de Chile, vol.3,Nr.2, 1987, pp.83-97; véase Acta de la Academia de Medicina,sesión Nr.381, 2 de mayo de 2001. .

²⁹ “Se produjo una mutación ministerial y entró un representante de la juventud conservadora a Salubridad, el Dr. Eduardo Cruz-Coke, cuya incorporación a las tareas gubernativas fue acogida clamorosamente y con cálidas palabras de elogio”, Donoso, Alessandri, tomo II, p. 204-205.

³⁰ Adolfo Ibáñez Santa María, “Los ingenieros, el estado y la política en Chile. Del Ministerio de Fomento a la Corporación de Fomento, 1927-1939”, Historia, 18, 1983, pp. 45-102.

³¹ Patricio Silva, “Technocrats and politics in Chile: from the Chicago Boys to the CIEPLAN Monks”, Journal of Latin American Studies, vol. 23:2, 1992, pp. 385-410; Verónica Montecinos, “The Symbolic Value of Economists in the Democratization of Chilean Politics”, Kurt von Mettenheim y James Malloy (eds.) Deepening Democracy in Latin America (Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 1998); “Economists and Democratic Transition: The Quest for Governability in Chile”, en: Diane Ethier, (ed.) Democratic Transition and Consolidation in Southern Europe, Latin America and Southeast Asia (Londres: Macmillan), pp. 91-109 y Economists, Politics, and the State: Chile 1958-1994 (Amsterdam: CEDLA, 1998); Carlos Huneeus, “Technocrats and Politicians in an Authoritarian Regime. The ‘ODEPLAN Boys’ and the ‘Gremialists’ in Pinochet’s Chile”, Journal of Latin American Studies, vol.32: 2, mayo, pp.461-501.

³² Una excepción es el importante estudio histórico, todavía inédito, de Juan Eduardo Vargas, Los Médicos y las Políticas de Salud, 1870-1970 (antecedentes para una historia gremial, informe final del proyecto Fondecyt N° 1980872, 2002). Agradecemos al profesor Vargas habernos proporcionado un ejemplar de su informe, que ha sido de gran utilidad para la redacción de este texto.

enorme importancia para el desarrollo político de Chile.³³ La ley que estableció la Caja de Seguro Obligatorio fue el resultado de la iniciativa y el empuje de un senador conservador, el Dr. Exequiel González Cortés. Los médicos hicieron un activo protagonismo en provocar la caída de Ibáñez y la muerte del estudiante de Medicina Jaime Pinto, gatilló la movilización que llevó al dictador a abandonar el país el 26 de julio de 1936. De ahí que con el restablecimiento de la democracia luego de la elección de Arturo Alessandri Palma en 1932 los médicos tuvieron un importante rol en la política,³⁴ incluso participando, en las Milicias Republicanas, creadas para defender a la joven democracia de las posibles rebeliones militares.³⁵ Con posterioridad, ocuparon mayoritariamente la cartera de Salud y también fueron nombrados ministros en otros departamentos, como Educación e Interior³⁶. Además, fueron candidatos presidenciales, como José Santos Salas (1925), Eduardo Cruz-Coke (1946) y Salvador Allende en cuatro ocasiones, hasta que fue elegido Presidente en 1970³⁷.

La experiencia de Chile constituiría una excepción al perfil profesional del político según Weber, quien sostuvo que el médico no podía ser político, a diferencia del abogado y el periodista.³⁸

Estado de bienestar y ciudadanía social.

Los derechos que protege el estado de bienestar y su finalidad en los sistemas políticos se entienden a través del enfoque del sociólogo británico T.H. Marshall.³⁹ Este se propuso explicar el origen y consecuencias de las políticas sociales impulsadas por los gobiernos europeos de la postguerra, a través del concepto de ciudadanía, definido en torno a tres tipos de derechos, que fueron establecidos en distintas etapas de la historia de los países europeos. En primer lugar, se establecieron los derechos *civiles*, que se refieren a la libertad individual, como el derecho de propiedad, de contratar y el acceso a la justicia,

³³ Ricardo Cruz-Coke, “Los profesores de la Escuela de Medicina y la Historia Política Nacional”, Revista Médica de Chile, vol. 111, 1983, pp. 380-387, Historia de la medicina chilena (Santiago: Editorial Andrés Bello, 1995), cap. 55 y 56.

³⁴ También en la Segunda República Española (1931-1936) los médicos tuvieron un activo protagonismo político. El 10.1% de los diputados de las Cortes Constituyentes de 1931 eran médicos, Juan J. Linz, Pilar Gangas y Miguel Jerez, “Spanish *Diputados*: From the 1876 Restoration to Consolidated Democracy”, en: Heinrich Best y Maurizio Cotta (eds.) Parliamentary Representatives in Europe 1948-2000 (Oxford:Oxford University Press, 2000), p.409.

³⁵ De los seis miembros que componían su órgano superior, el “estado mayor conjunto”, cuatro eran médicos Sótero del Río, Italo Alessandrini, Julio Schwarzenberg y José Andrés Prado, Gonzalo Vial, Historia de Chile (1891-1973). De la República Socialista al Frente Popular (1931-1938), vol. V p. 285. El Dr. Schwarzenberg asumió la dirección de las Milicias en diciembre de 1933.

³⁶ Alejandro Garretón y Sótero del Río fueron ministros de Educación e Interior respectivamente de Jorge Alessandri.

³⁷ La organización gremial, el Colegio Médico, creado por ley en 1948, fue una organización que tuvo un significativo protagonismo político. De ahí que no fue una causalidad que, al constituirse en 1984 una organización unitaria de la oposición al régimen de Pinochet que integraba a colegios profesionales y diversas organizaciones sociales, la Asamblea de la Civilidad, fuera elegido presidente de ella el titular del Colegio Médico, el Dr. Juan Luis González, Carlos Huneeus, El régimen de Pinochet (Santiago: Editorial Sudamericana, 2000), cap. XII

³⁸ Max Weber, “La política como vocación”, El político y el científico (Madrid: Alianza Editorial, 2000), pp. 81-180.

³⁹ Este planteamiento fue desarrollado en una conferencia en la Universidad de Cambridge en 1949, T.H. Marshall, “Citizenship and social class”, reproducido en su libro Class, Citizenship, and Social Development, pp.65-122.

dando origen a diversas instituciones, como los tribunales de justicia. Enseguida, se encuentran los derechos *políticos*, que tienen que ver con la posibilidad de participar en el poder político –elegir y ser elegido-, y se expresan institucionalmente en los parlamentos, los gobiernos estadales y locales, y los partidos. En tercer lugar, existirían los derechos *sociales*, referidos a las posibilidades de los individuos para acceder a condiciones que permitan “vivir en forma civilizada de acuerdo a los estándares prevalecientes en la sociedad. Las instituciones más estrechamente vinculadas con este son el sistema educacional y los servicios sociales”.⁴⁰ Entre estos Marshall incluye los derechos que tienen los trabajadores para ser protegidos de las enfermedades y accidentes del trabajo, a tener una vivienda y una jubilación.

Lipset explicó muy bien la finalidad política de los derechos *sociales*: contribuir a disminuir los efectos sociales y políticos de las desigualdades existentes en la sociedad, pues ellas son puente de tensiones y conflictos pero en la medida que los débiles son apoyados por el Estado para acceder a bienes que su ingreso no se los permite, es posible alcanzar la estabilidad del orden político⁴¹. Estos derechos también inciden en una integración de los trabajadores al sistema económico y con ello a su legitimación y a un mejor desempeño.

Los países han tenido diversas maneras de incorporar estos derechos. Siguiendo a Rothstein, hay estados que han establecido políticas de bienestar *universales*, como han sido los europeos, especialmente los escandinavos que institucionalizan los derechos sociales a toda la población, y hay países que han establecido políticas *selectivas*, es decir, referidos a algunos derechos, como los seguros de accidentes del trabajo y las pensiones, pero no considera el seguro de salud, como ha sido la experiencia de Estados Unidos.⁴² Podría decirse que las reformas económicas del régimen de Pinochet tuvieron como consecuencia que Chile pasara de un estado de bienestar de carácter *universal* a uno de carácter *selectivo* y los cambios impulsados por los tres gobiernos de la Concertación (1990 en adelante) apuntan a disminuir el carácter selectivo que se les dio a los servicios sociales del Estado.

El estado de bienestar como objeto de estudio de la Ciencia política y la historia.

El concepto de estado de bienestar ha sido desatendido en el último tiempo en Chile como consecuencia de las transformaciones económicas impulsadas por el régimen militar del general Augusto Pinochet (1973-1990), porque se tiene la impresión que habría sido desmantelado. De ahí que esté desvirtuado por el desconocimiento y por ciertos prejuicios ideológicos, compartidos no sólo por sus partidarios.⁴³ Se cree que fue una entidad gigantesca, que surgió para satisfacer intereses particularistas impulsados por un movimiento obrero subordinado a los partidos de izquierda y su historia estaría dominada por numerosas instituciones ineficientes, preocupadas de servir pequeños intereses

⁴⁰ Marshall, “Citizenship, and social class”, p. 72.

⁴¹ Lipset, “Introduction”, a T.H. Marshall, Class, Citizenship, and Social Development, p. IX..

⁴² Bo Rothstein, Just Institutions Matter. The Moral and Political Logic of the Universal Welfare State (Cambridge: Cambridge University Press, 1998).

⁴³ El ministro de Vivienda, Jaime Ravinet (PDC), que fue alcalde de Santiago (1990-2000) y en su juventud presidente de la FECH, criticando a quienes proponen aumentar el gasto social, señala que “el estado de bienestar que muchos añoran –que las cuentas de la luz, del agua o de la vivienda sean gratis- suponen un concepto estatista que se mostró incapaz de promover en forma sostenida eficiencia para toda la población”. La Segunda, 19 abril 2002, p. 50.

corporativos y que habría sido una carga para el estado, sin reconocerle ningún papel en el desarrollo de la democracia.

Esa visión crítica no se sostiene cuando se mira la historia. Las bases del estado de bienestar fueron establecidas por iniciativa de políticos conservadores, influidos por el pensamiento socialcristiano y especialmente por la doctrina social de la Iglesia que tuvo un gran impulso con la encíclica *Rerum Novarum*. Lo hicieron para integrar pacíficamente a la clase trabajadora al sistema político y económico. Las principales políticas fueron impulsadas por los gobiernos de finales de la época parlamentaria, por los militares que gobernaron entre 1924 y 1932 y por el segundo gobierno de Arturo Alessandri Palma. Sin desconocer la participación de los sindicatos y de algunos grupos de interés, como los médicos, hay factores ideológicos y políticos más diversos e influyentes que deben ser tomados en cuenta para comprender el establecimiento del estado de bienestar en Chile. Como ocurrió en diversos países de Europa, sus impulsores, como el Dr. Exequiel González Cortés en nuestro país, se inspiraron en el modelo alemán⁴⁴, que fue **implantado por el Canciller Bismarck quien hizo aprobar por el Reichstag** la ley de seguro obligatorio por enfermedad (1884), accidentes del trabajo (1884), invalidez y vejez (1889). Estas formaron la base del estado de bienestar que se extendió en Europa y que se mantiene hasta hoy.

El régimen militar del general Augusto Pinochet (1973-1990) se propuso desmantelar no sólo al estado empresario, objetivo que fue alcanzado⁴⁵, sino también el estado de bienestar, a través de reducir al mínimo su participación en la salud, educación, previsión y vivienda, lo cual formaba parte de un ambicioso proyecto de redefinir las bases de la economía y la política.⁴⁶ Fue en este contexto que se privatizó la previsión, surgiendo el sistema privado de pensiones, basado en la capitalización individual a cargo de instituciones con fines de lucro, las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), y se abrió a los privados los seguros de salud, apareciendo las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Simultáneamente, se redujo el gasto social en este sector, lo que causó un enorme deterioro de los hospitales. Respecto de la educación, el Estado traspasó a las municipalidades los liceos y colegios que tenía el gobierno central y se permitió a inversionistas privados incorporarse al sistema universitario, surgiendo numerosas universidades que han asumido un rol muy importante en el desarrollo de la educación superior.

El desmantelamiento del estado de bienestar no fue alcanzado. La reforma provisional no ha logrado las metas que se propuso, pues las AFP tienen grandes limitaciones que imponen una enorme carga financiera al Estado, porque se preocupan básicamente de los asalariados de ingresos medios y altos, especialmente hombres, quedando excluido el amplio segmento de los trabajadores por cuenta propia, y hay un sesgo hacia las mujeres y el Estado debe hacerse cargo del pago de las pensiones mínimas. La privatización de los seguros de salud ha mostrado sus falencias por la dificultad con que el mercado funciona en ese sector. El menor crecimiento económico en los últimos años ha provocado a las ISAPRES la pérdida de miles de afiliados que se han incorporado al

⁴⁴ Se ha estudiado la influencia del sistema de seguridad social alemán en los demás países europeos, Peter Flora y Jens Alber, "Modernization, Democratization, and the Development of Welfare State in Western Europe", en el libro editado por Flora y Arnold J. Heidenheimer, The Development of Welfare State in Europe and America (New Brunswick: Transaction Books, 1987), pp. 37-80.

⁴⁵ Las excepciones fueron ENAP y CODELCO.

⁴⁶ Huneeus, El régimen de Pinochet, cap. I y IX.

sistema público de FONASA. De ahí que en salud se está produciendo un retorno a un sistema mixto, distinto al que existió hasta 1973 porque hay un sector privado que antes no existía, pero en la actualidad nadie niega el hecho que el Estado debe cumplir un importante rol.⁴⁷ Nadie propone hoy que la salud debe ser privatizada. En cuanto a las universidades, las tradicionales siguen siendo las más importantes en la investigación científica y tecnológica, mientras que las privadas reducen su labor a la formación profesional con académicos contratados a tiempo parcial o por horas, que no les permite lograr una calidad similar a las primeras.

En consecuencia, conviene mejor hablar de un estado de bienestar reformado, en que las funciones tradicionales se cumplen por el Estado junto a los privados. Su presencia en la salud y la previsión será aún más fuerte en el futuro por los cambios demográficos producidos precisamente por el desarrollo económico y por el progreso de las ciencias biomédicas. Su rol en la investigación científica y tecnológica y en la formación de profesionales y técnicos continuará siendo igualmente poderoso.

La continuidad del estado de bienestar también ocurre en los países en que hubo profundas reformas económicas impulsadas por los gobiernos conservadores de Ronald Reagan en Estados Unidos (1977-1985) y Margaret Thatcher en Gran Bretaña (1979-1992). Estos también se propusieron desmantelarlo, pero no lo consiguieron. Uno de los principales estudiosos concluye que en ambos países “aunque el estado benefactor ha sido remecido, sus principales componentes permanecen intactos”⁴⁸. Las políticas de Reagan y Thatcher provocaron una disminución de la influencia del Estado en la actividad productiva, pero la fortaleció en el de las regulaciones, que adquirió una gran importancia por las privatizaciones.⁴⁹

La profundidad y extensión de los cambios en el estado de bienestar fue diferente en las distintas áreas, sin que sea posible hacer generalizaciones sobre el conjunto, pues se produjeron considerables reducciones en el papel del sector público en la política de vivienda y en los subsidios de desempleo, pero fue menor en salud y en previsión. Estas reducciones han tenido enormes repercusiones sociales, como el fuerte aumento de las desigualdades de ingreso, que son la fuente del mayor conflicto social que se observa en el último tiempo. **Diversos estudios comparativos demuestran que el estado de bienestar goza de buena salud, aunque tiene limitaciones por dificultades en mejorar la gestión y está sometido a fuertes presiones de costos por los cambios demográficos que explican el problemas muy serios como resultado de los cambios demográficos que explican el aumento del gasto en salud y previsión.**⁵⁰

⁴⁷ Los partidarios del enfoque neoliberal no desconocen este hecho y lo único que destacan para neutralizar su desarrollo es que se debe lograr el mejoramiento de gestión de los hospitales, para lo cual proponen un amplio rol del sector privado, sin llegar a proponer la privatización de los hospitales.

⁴⁸ Paul Pierson, Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment (Cambridge: Cambridge University Press, 1994), p. 5.

⁴⁹ En esto nos remitimos a las investigaciones de Giandomenico Majone, “Cross-National Sources of Regulatory Policymaking in Europe and the United States”, Journal of Public Policy, vol. 11, 1991, Nr. 1, pp. 79-106; “The Rise of the Regulatory State in Europe”, West European Politics vol. 17:3, 1994, pp. 77-101; “Paradoxes of privatization and deregulation”, Journal of European Public Policy, 1, 1994, pp. 53-69 y Regulating Europe, (Londres: Routledge, 1996).

⁵⁰ Paul Pierson, (ed.) The new Politics of the Welfare State (Oxford: Oxford University Press, 2001); John D. Stephens, Evelyn Huber y Leonard Ray, “The Welfare State in Hard Times”, en: Herbert, Kitschelt, Peter Lange, Gary Marks y John D. Stephens, (eds.) Continuity and Change in Contemporary Capitalism (Cambridge: Cambridge University Press, 1999), pp.164-193.

Para comprender la continuidad del estado de bienestar es útil recurrir al análisis institucional, que demuestra que los sistemas políticos se componen de estructuras que tienen una gran capacidad de continuidad, más allá de los cambios jurídicos, políticos y económicos, pues están apoyadas en pautas de comportamiento de los individuos que se mantienen en el tiempo. Es decir, las instituciones están formadas no sólo por sus componentes jurídicos y organizativos, sino también por las conductas de los individuos que pertenecen o están vinculadas a ellas. Pueden haber instituciones que son débiles en su dimensión legal-organizativa, pero poderosas por el apoyo mayoritario de los ciudadanos a un activo rol del Estado. Esto da origen a una discrepancia entre su expresión jurídica y su realidad, que puede originar tensiones, ya que puede existir un orden institucional que es mínimo jurídicamente, pero se encuentra presionado por satisfacer enormes expectativas ciudadanas. Esta generalización tiene plena aplicación en el Chile de hoy. Los chilenos tienen una cultura política estatista y no neoliberal y ello se hace notar en las amplias expectativas ciudadanas para que el Estado cumpla un rol activo en la economía, en la salud, la previsión, educación y en las principales políticas económicas, incluso la fijación de los precios, a pesar de que hace más de una década es baja la inflación de un solo dígito⁵¹.

Hasta ahora, los estudios sobre el desempeño y los problemas del estado de bienestar en Chile han estado fuertemente concentrados en cuestiones económicas y se le ha analizado a través del gasto público.⁵² Seguimos a Pierson en el sentido que este enfoque de análisis es limitado, porque da una versión parcial de la naturaleza y problemas, sin mostrar la variedad de funciones que cumplió en la historia política y social de Chile y tampoco da cuenta de la complejidad de sus problemas.⁵³ Un enfoque institucional es más adecuado para mejor comprender los factores que explican las continuidades y cambios del estado de bienestar y ello se puede comprender con mayor claridad cuando se analiza el rol de los factores políticos, como es el del liderazgo. Es lo que nos proponemos hacer en este trabajo.

El hombre y el científico.

Eduardo Cruz-Coke nació en Valparaíso en 1899, hizo sus estudios en el colegio de los Sagrados Corazones en esa ciudad, y de Medicina en la Universidad de Chile, recibiendo de médico en 1921. Durante sus estudios universitarios fue uno de los fundadores de la Asociación Nacional de Estudiantes Católicos (ANEC) lo que da cuenta de su interés por la política. Fue ayudante del profesor Juan Noé y siguió la carrera académica siendo nombrado muy joven profesor titular de Química Fisiológica y Patológica en 1925, siendo designado secretario de la Facultad de Medicina en 1931. Por invitación del rector de la Universidad Católica, Mons. Carlos Casanueva, colaboró en la fundación de la Escuela de Medicina en 1930.⁵⁴

Dotado de una notable inteligencia, una memoria poderosísima y una excepcional inquietud intelectual, en que la ciencia estaba unida al arte, la poesía y la historia, sus clases

⁵¹ Nos remitimos a las numerosas encuestas del CERC en que se ha preguntado sobre el papel del Estado en la economía.

⁵² Uno de los más importantes estudios en este sentido sigue siendo el de José Pablo Arellano, Políticas sociales y desarrollo. Chile 1924-1984 (Santiago: CIEPLAN, 1985).

⁵³ Pierson, Dismantling the Welfare State? e Introduction, al libro compilado por él The new Politics of the Welfare State.

⁵⁴ Ricardo Cruz-Coke, "Perfil Humano Dr. Eduardo Cruz-Coke", Vida Médica vol.35, 1984, pp. 6-9.

fueron recordadas con admiración por sus alumnos, a los que cautivó por su inteligencia, cultura y sencillez, que lo recordaron con admiración y cariño.⁵⁵

En 1926 y 1927 estuvo en Europa, estudiando y trabajando en los laboratorios en París, Berlín y Cambridge, en que estableció relaciones profesionales y de amistad con brillantes científicos, algunos de los cuales obtuvieron después el Premio Nobel. También conoció a destacados escritores y artistas, empujado por su inquietud intelectual, con quienes trabó amistad.

Estuvo nuevamente en Europa en 1930 y en 1934/35, en París, en Barcelona y Madrid, en que no sólo visitó a sus colegas de cátedra, sino que también se reunió con intelectuales y escritores, haciendo amistad con Federico García Lorca.⁵⁶ Desde esos años mantuvo amistad con científicos que eran partidarios de la República (1931-1936) que explica por qué no simpatizó con el régimen autoritario del general Francisco Franco (1936-1975). Atrajo a su cátedra a jóvenes con quienes a lo largo de sus años formó equipos de investigación y lo fueron de diferentes corrientes políticas, que daba cuenta de su gran tolerancia⁵⁷. Después cada uno de ellos tendría un rol muy destacado en el desarrollo de las ciencias biomédicas en el país. Entre sus ayudantes se encontraban cuatro futuros premios nacionales de ciencia, cuatro académicos del Instituto de Chile y dos decanos de la Facultad de Medicina.⁵⁸

Cruz-Coke fue una persona que desarrollaba una intensa labor diariamente. Además de las clases en la Escuela de Medicina y su trabajo en el laboratorio, fue director de la clínica médica del hospital San Juan de Dios y director técnico del Instituto Sanitas, creado algunos años antes por médicos para producir medicamentos en un momento en que era difícil obtenerlos en el país. Además, ejercía privadamente la profesión, para completar su ingreso. Era el médico de las principales familias de Santiago, lo que le proporcionó una muy buena situación económica y lo hizo conocido en amplios sectores de la elite económica y política del país.

Su vastísima cultura y su excepcional retórica lo convirtió en una figura considerada como excepcional del país, siendo calificado como un iluminado, que llevo a ser retratado en la prensa con una vela encendida sobre su cabeza.⁵⁹ Su acción como político podría analizarse como carismática, pues reunía las dos condiciones planteadas por Weber. Por una parte, tener especiales condiciones intelectuales, por lo tanto, una personalidad que “se la considera en posesión de fuerzas sobrenaturales o sobrehumanas –o por lo menos

⁵⁵ “El profesor Cruz-Coke es un hombre que deja impresas ciertas huellas que el tiempo, a veces, no borra”, afirmó el diputado Salvador Allende al iniciar su intervención en representación de la Brigada Parlamentaria del PS en el debate del proyecto de ley de medicina preventiva presentado, Dip.Ord., Tomo I, 26ª sesión, 26 de julio de 1937, p. 1417.

⁵⁶ Ricardo Cruz-Coke, “Historia de la obra científica de Eduardo Cruz-Coke Lassabe”, Revista Médica de Chile, vol.129, Nr.4, abril 2001,pp.447-455.

⁵⁷ Al momento de ser nombrado ministro entre sus ayudantes había un comunista, Julio Cabello, y un partidario del movimiento nazi, el joven estudiante Oscar Jiménez.

⁵⁸ Cruz-Coke, “Perfil humano. Dr.Eduardo Cruz-Coke”,p.8.

⁵⁹ Su excepcional personalidad es recordada por los historiadores. Vial ha escrito que se trató de “un científico de primer orden, bioquímico, pero cuyos conocimientos e inquietudes se extendían –con originalidad y profundidad- a muchas otras áreas de la cultura”, Historia de Chile,p. 384; Gazmuri acota que era un “hombre brillante, líder indiscutido de la línea conservadora social cristiana”, Cristián Gazmuri, con la colaboración de Patricia Arancibia y Alvaro Góngora Eduardo Frei Montalva y su época (Santiago: Aguilar, 2000), tomo I, p. 423.

específicamente extracotidianas y no asequibles a cualquier otro”.⁶⁰ En esto hay consenso entre sus partidarios y detractores. Por otro lado, el carisma es una relación entre un líder -político, religioso o militar- y sus seguidores o subordinados, por lo cual estos tienen la posibilidad de conocer, de apreciar, de dejarse seducir por sus excepcionales condiciones. Esta condición familiar es necesaria, porque no basta con poseer grandes cualidades personales si ellas no son percibidas por un grupo de personas que esté dispuesto a seguirlo ciegamente: “sobre la validez del carisma decide el *reconocimiento* –nacido de la entrega a la revelación, de la reverencia por el héroe, de la confianza en el jefe- por parte de los dominados; *reconocimiento* que se mantiene por “corroboración” de las supuestas cualidades carismáticas –siempre originariamente por medio del prodigio. Este “reconocimiento” es, psicológicamente, una entrega plenamente personal y llena de fe surgida del entusiasmo o de la indignancia y la esperanza.”⁶¹ Cruz-Coke cautivó a quienes lo rodearon, y reconocieron condiciones desde sus numerosos alumnos hasta los ciudadanos que lo escucharon como actor político.

Cruz-Coke constituiría una excepción a la tesis de Weber que un médico no puede ser político, porque carecería de independencia económica, que es una condición necesaria para actuar con la perspectiva de actuar *para* la política, es decir, querer jugar un rol activo e innovador y no vivir *de la* política, es decir, un funcionario o político a nivel intermedio. El profesor de Heidelberg sólo identificó al abogado como aquel que poseería tal independencia, de la cual carece el obrero y el empresario -este último se encuentra ligado a su negocio-, y tampoco la tendría “el médico, y tanto menos cuanto más notable sea y más ocupado esté”.⁶² Esta generalización fue formulada como el tipo ideal del político, por lo cual la realidad admite que se den situaciones diferentes. Se puede afirmar que la clientela profesional que tuvo Cruz-Coke le proporcionó la independencia económica que favoreció su desarrollo profesional y su acceso a la política y dispuso de otros recursos humanos para ello, como su esposa una personalidad reluciente para comprender su actitud política.

El científico en política.

Eduardo Cruz-Coke fue nombrado ministro de Salubridad por sugerencia del hijo del presidente Alessandri, Hernán, destacado médico y profesor universitario, que era amigo de aquel, y puesto o cargo que asumió el 15 de enero de 1937.⁶³ Sorpresivamente un académico era sacado del laboratorio e iniciaba una carrera política que lo convertiría en una destacada figura nacional. No había ocupado cargos públicos con anterioridad. Era un *outsider* en la clase política de la nueva democracia, aunque conocía los principales problemas de salud que afectaban a los chilenos y tenía interés por ayudar a disminuirlos. Como católico, pertenecía al Partido Conservador,⁶⁴ en el cual había tenido alguna participación y tenía amistad con los jóvenes del Movimiento de la Juventud Conservadora, especialmente con Bernardo Leighton, quien fue nombrado ministro del Trabajo por

⁶⁰ Max Weber, *Economía y sociedad* (México: Fondo de Cultura Económica, 1944), I tomo, p.193.

⁶¹ Weber, *Economía y sociedad*, tomo I, p.194.

⁶² Max Weber, “La política como vocación”, p. 316-317.

⁶³ Lo cuenta el propio Arturo Alessandri, *Recuerdos de Gobierno* (Santiago: Editorial Nacimiento, 1967), tomo II, p. 254. Cruz-Coke había sido invitado en varias ocasiones a la casa de don Arturo, a quien sedujo con su cultura y elocuencia. Agradezco esta información a Ignacio Domeyko.

⁶⁴ Sobre su participación en el Partido Conservador, Teresa Pereira, *El Partido Conservador 1930-1965* (Santiago: Fundación Mario Góngora, 1994).

Alessandri el 24 de marzo de 1937 por sugerencia suya.⁶⁵ Ambos colaboraron estrechamente, además, porque la cartera de Salubridad tenía a su cargo el tema de la previsión de los trabajadores y ambos ministerios compartían el mismo edificio.

Su nombramiento interpretó una antigua aspiración de los médicos en el sentido que los graves problemas de la salud requerían una especial atención del gobierno, que debía traducirse en la creación de un ministerio, pues sus asuntos habían dependido de la cartera de Interior hasta 1924, y que estuviera bajo la dirección de un médico. La salud no fue una preocupación prioritaria de los gobiernos en el siglo XIX y en la República Parlamentaria. El Código Sanitario, el principal instrumento legal de la política de salud pública, había sido dictado muy tardíamente en 1918 y llevaba la firma del presidente Juan Luis Sanfuentes y del ministro del Interior, Arturo Alessandri Palma. Fue aprobado después de casi dos decenios de lenta y engorrosa tramitación parlamentaria y fue posible más bien por la perseverancia de médicos que eran parlamentarios.⁶⁶ Para su aplicación, se dispuso de la Dirección General de Sanidad, dependiente del Ministerio del Interior, lo cual da a entender que sus políticas apuntaban más bien a ejercer una labor fiscalizadora y en algunos casos, hasta represiva y no se entendió como una actividad preventiva.

Cruz-Coke fue, en la práctica, el primer ministro de Salubridad que hubo en Chile. Si bien es cierto el ministerio fue fundado por la Junta Militar de 1924⁶⁷, no se le dio una definición clara en sus primeros años y estuvo limitado por la escasez de recursos institucionales y económicos. Asimismo, su desarrollo institucional fue obstaculizado por los frecuentes cambios legales y por la alta rotación de sus ministros. En efecto, hasta la elección de Alessandri en octubre de 1932, 14 personas ocuparon la dirección de esta cartera en distintos gobiernos y regímenes políticos, en los cuales sobresalen dos médicos, José Santos Salas, el primero, y Sótero del Río, que fue ministro en dos oportunidades después de la caída de Ibáñez.⁶⁸ Durante la vigencia de la Constitución de 1925, cada uno de los gobiernos se caracterizó por tener una gran inestabilidad ministerial en esta cartera, con excepción del presidente Eduardo Frei Montalva (1964 y 1970), que mantuvo como ministro al Dr. Ramón Valdivieso durante los seis años (cuadro 1). Da la impresión que este ministerio fue considerado en la práctica por los distintos gobiernos como un comodín para respetar los equilibrios de partidos y grupos en el gabinete, lo cual perjudicó la eficacia de la política de salud.

Gobierno	Período	Nº Ministros de Salud	Médicos	No médicos
Junta de Gobierno	1924 –1925	1	1	
Arturo Alessandri Palma	1925	2	2	
Emiliano Figueroa Larraín	1925 – 1927	3	2	1
Carlos Ibáñez del Campo	1927 –1931	9	3	6
Juan Esteban Montero R.	1931 – 1932	1	1	
República Socialista	1932 (100 días)	3	3	
Arturo Alessandri Palma	1932 – 1938	7	3	4

⁶⁵ Otto Boye, Hermano Bernardo (Santiago: Ediciones ChileAmérica-CESOC, 1999), tercera edición corregida y ampliada, pp. 72-73. Leighton renunció al ministerio el 12 de marzo de 1938, *ibídem*, p.77.

⁶⁶ Hernán Romero, “Desarrollo de la medicina y la salubridad en Chile”, Revista Médica de Chile, vol.100, 1072, pp.853-903, especialmente pp.883-884. Sobre la tramitación parlamentaria y el papel de los médicos, Vargas Cariola....

⁶⁷ Decreto Ley Nr. 44 del 21 de octubre de 1924.

⁶⁸ Entre los ministros estuvo el capitán Alejandro Lazo, que había sido un lugarteniente de Ibáñez en 1924.

Pedro Aguirre Cerda	1938 – 1941	2	2	
Juan Antonio Ríos M.	1942 – 1946	6	6	
Gabriel González Videla	1946 – 1952	7	3	4
Carlos Ibáñez del Campo	1952 – 1958	9	7	2
Jorge Alessandri R.	1958 – 1964	4	2	2
Eduardo Frei Montalva	1964 – 1970	1	1	
Salvador Allende G.	1970 – 1973	4	4	
Augusto Pinochet U..	1973 – 1990	8	6	2
Patricio Aylwin A.	1990 – 1994	2	2	
Eduardo Frei R.	1994 – 2000	2	2	
Total	17	71	50	21

Fuente: Diccionario Biográfico de Chile, 1.a - 18ava. edición, 1936-1986, editores: Empresa Periodística de Chile, Santiago.

El ministerio adquirió rango legal por medio de la Ley 5.802 del 20 de febrero de 1936⁶⁹, ya que los anteriores textos --decretos-leyes o con fuerza de ley- fueron dictados por regímenes de facto, y lo denominó Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social. Este conservó el tema previsional que tenía desde su origen en 1924, por lo cual dependían del ministerio las cajas de previsión de obreros y empleados, vinculadas a través de un Departamento de Previsión Social⁷⁰. La ley creó el Consejo Nacional de Salubridad Pública, para dar mayor legitimidad a las decisiones de salud y coordinar a distintos servicios, cuyas funciones eran proponer al gobierno las medidas destinadas a establecer la cooperación de servicios fiscales, semifiscales y particulares que digan relación con la higiene pública, la práctica de las actividades de medicina preventiva y curativa y el fomento de la salud individual, aunque en la práctica no funcionó.⁷¹

Numerosos médicos que eran o habían sido ayudantes de Cruz-Coke ocupaban cargos en la institucionalidad del recién creado Ministerio de Salubridad. Por ejemplo, Benjamín Viel formaba parte de la planta a contrata en 1937 del Servicio Nacional de Salubridad como “ayudante epidemiólogo”; el Dr. Juan Noé, que había sido su maestro, era

⁶⁹ Sobre la historia de la ley me remito a la importante investigación de Vargas Cariola, Los médicos y la política de salud.

⁷⁰ Este mismo texto legal entregó a las municipalidades algunas responsabilidades en la política de salud, estableciendo (art. 8) que habría una “dispensería” en todas las comunas o grupos de comunas que determine el ministerio y quedarían bajo la vigilancia de la Dirección General de Sanidad. El art.9 determina que a ellas les corresponde “el cuidado de la maternidad e infancia, se practicará la prevención y asistencia de las enfermedades mentales, infecto-contagiosas, venéreas, tuberculosas, cancerosas y alcohólicas. El art.11 señalaba que municipalidades destinará a lo menos 6% de total de su presupuesto a mantener esos servicios.

⁷¹ Los integrantes del Consejo fueron: el Ministro de Salubridad, Dr. Javier Castro Oliveira, como presidente; Fernando Prats, Secretario; el Director General de Sanidad, Dr. Luis Puyó Medina; el Director General de Beneficencia y Asistencia Social, Dr. Italo Alessandrini; el Administrador de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, Santiago Labarca; el Jefe del Servicio Médico de Carabineros, Dr. Aníbal Grez; el Jefe del Servicio Dental Escolar Obligatorio, Erasmo Vásquez y el decano de la Facultad de Medicina. También formaban parte como Asesor técnico del Consejo el Director del Inst. Bacteriológico de Chile, Dr. Eugenio Suárez y como Asesor administrativo actuaba el Secretario General de Sanidad, Guillermo Silva “Constituido el Consejo Nacional de Salubridad”, El Mercurio, 20 de Febrero de 1936, p. 13.

Médico (ad honorem) del Departamento de Parasitología⁷². Al año siguiente se incorporó a la Dirección General de Sanidad, el Dr. Francisco Rojas Villegas.⁷³

Cuadro Planta de contrata para 1937 del Servicio Nacional de Salubridad

Cargos	Número Funcionarios	%
Médicos	48	30
Estudiantes		
Ayudantes	16	10
Enfermeras	24	15
Practicantes	13	8
Inspectores	23	14
Oficiales	19	12
Cargos		
Administrativos	18	11
Total	161	100

Fuente: Servicio Nacional de Salubridad – Planta de contrata para 1937, Ministerio de Salubridad, Dirección General de Sanidad.

Cruz-Coke enfrentó sus nuevas responsabilidades con gran entusiasmo y con el dinamismo que le caracterizaba. Para los efectos de nuestra investigación, interesa destacar que una de sus primeras iniciativas fue encargar estudios para afinar su programa y fundamentar con mayor fuerza las políticas que tuvieran mayor efectividad. Existían investigaciones que demostraban las causas de los principales males que afectaban la salud de los chilenos, pero consideró necesario actualizar esos resultados para dar mayor fuerza a las decisiones de política. Esto daba cuenta de su sensibilidad política, porque intuyó, con bastante razón, que un *outsider* encontraría obstáculos para impulsar políticas innovadoras a menos que fueran respaldadas por sólidos argumentos apoyados en evidencias contundentes. Sabía que no le bastaba con descansar en su prestigio personal.

El hecho más dramático era la alta morbilidad y la altísima mortalidad infantil, que afectaban directamente a la madre y a los niños, con repercusiones en el sistema de salud, en la familia, la economía y la sociedad. Sus investigaciones anteriores, la de sus ayudantes y de algunos pediatras, como el Dr. Arturo Scroggie, demostraban que había una causa común, agravada en los últimos años como consecuencia de las dificultades económicas del país: la mala alimentación, que debilitaba al organismo y deterioraba sus defensas. De ahí surgía una tarea obvia y urgente: para mejorar las condiciones de salud de los chilenos era indispensable que se alimentaran mejor y, además, adquirieran hábitos en este sentido. Esta deficiencia era dramática en los sectores populares en los cuales el alcoholismo estaba ampliamente extendido, que provocaba múltiples problemas sociales, absorbía los bajos ingresos de los trabajadores y tenía enormes costos para el Estado no sólo por sus efectos negativos en el organismo, sino también por su impacto en la criminalidad.

Los problemas de alimentación de los chilenos y su impacto en la salud no era un tema nuevo para Cruz-Coke. Su clase inaugural del curso de Química Fisiológica y Patológica de 1928, estuvo dedicada a ese tema y en esa ocasión, puso especial énfasis en

⁷² Una lista de los médicos en el sector público se encuentra en Ministerio de Salubridad, Dirección Nacional de Salubridad, “Planta a contrata para 1937”, mimeografiado, documento Nr.500.

⁷³ Dirección Nacional de Sanidad, “Pide renovación de contratos personal, para el año 1938”, Oficio Nr. 143, 19 de Enero de 1938, firmado por el Dr. Atilio Macchiavello.

los niños.⁷⁴ “La insuficiente alimentación cárnea infantil es seguramente una de las grandes causas de la tuberculosis y muy especialmente en Chile, en donde sólo come carne la población de las ciudades”.⁷⁵ Sus conclusiones las apoyaba en la información estadística disponible y mediante una encuesta individual aplicada a familias de Santiago, especialmente de clases populares, con el objeto de tener información sobre las comidas individuales. La investigación demostró que la alimentación era no sólo insuficiente, sino que concentrada en un producto, el trigo, lo cual era negativo. Su especial preocupación era la situación de los niños, pues la mala alimentación los marcaba para el resto de su vida, ya que “los vacíos que resulten de su insuficiencia tanto cuantitativa como cualitativa lo colocarán frente al ambiente en estado de franca inferioridad lo que hará imposible su adaptación. Las enfermedades del niño y sus aberraciones de desarrollo orgánico serán el resultado de tal situación. *El niño crece a pesar de su mala alimentación, ahí está el peligro.*”⁷⁶ El alimento fundamental era la leche y la tarea prioritaria era aumentar su consumo en los niños y en las madres lactantes.⁷⁷ Ahí había una política muy específica que apuntaba a combatir la principal causa de la morbilidad y la mortalidad de los chilenos. En el lenguaje moderno, diríamos que era una focalización muy efectiva del gasto social. Con esto, Cruz-Coke buscaba proteger un derecho elemental de las personas, que se encuentra **antes** de los derechos protegidos por el estado de bienestar, pues su propósito era asegurar el derecho a la vida.

La política de alimentación

Para definir e impulsar la política de alimentación, Cruz-Coke constituyó el Consejo Nacional de Alimentación, inspirándose en el Consejo Nacional de Salubridad antes mencionado, invitando a participar a distinguidos médicos y representantes de los organismos públicos y privados.⁷⁸ Era necesario tomar decisiones que tuvieran posibilidad de ser implementadas y ello requería integrar a los organismos pertinentes.

El escueto decreto del 12 de febrero de 1937 estableció claramente sus objetivos: buscar el “mejoramiento de la alimentación de los habitantes del país, como una de las bases de la mejoría de la salubridad nacional, (lo cual) exige una acción conjunta de diversos organismos del Estado y de importantes actividades privadas” y “oriente y coordine (la) acción conjunta. Estaría formado por nueve personas nombradas por el Presidente, de los cuales habría un miembro de la Facultad de Medicina, de la Junta de Exportación Agrícola y del Comisariato General de Subsistencias y Precios, además de seis de libre elección. El Consejo “tendrá a su cargo el estudio de todos los asuntos que se relacionen con la alimentación y deberá proponer a las Reparticiones Públicas correspondientes las medidas que es necesario tomar para obtener un mejoramiento de las condiciones de nutrición de los habitantes del país”.

⁷⁴ El texto se encuentra en Eduardo Cruz Coke, “Los equilibrios alimenticios y la alimentación del pueblo chileno”, *Revista Médica de Chile*, vol.61, Nr.4, 1928, pp.519-549.

⁷⁵ Cruz-Coke, “Los equilibrios alimenticios”, p. 524. Más adelante volvía sobre el tema al analizar las consecuencias de la mala alimentación de los niños: “No exageraríamos si dijéramos que esta es, quizás, la principal causa de mortalidad por tuberculosis en nuestro país”, *ibídem*, p. 526.

⁷⁶ *Ibídem*, p. 524-525, subrayado en el original. Concluía su exposición a los alumnos entusiasmándolos sobre la necesidad de la alimentación variada citando a Plutarco y a Sócrates. *Ibídem* p. 549

⁷⁷ El Dr. Arturo Scroggie había sido pionero en el estudio de esto, que fue el tema de su memoria para recibirse de médico, “Leche albuminosa y sus trastornos nutritivos agudos en el lactante”.

⁷⁸ Decreto Supremo Nr.80, de 12 de Febrero de 1937.

Sus miembros fueron: el Dr. Arturo Scroggie Vergara, un distinguido Profesor de Pediatría de la Escuela de Medicina, muy amigo del ministro y yerno del presidente Alessandri; Dr. Luis Calvo Mackenna, profesor de Pediatría y Director del Patronato Nacional de la Infancia; Arturo Mardones A., profesor de dietética y nutrición de la Escuela de Medicina; Enrique Pérez R., vicepresidente de la Junta de Exportación Agrícola;⁷⁹ Benjamín Matte Larraín, director de la Sociedad Nacional de Agricultura; Armando Hamel, consejero de la Caja Autónoma de Amortización; Agustín Gómez A., gerente de la Cooperativa Ferroviaria de Consumos; Tomás Lawrence, comisario general de Subsistencias y Precios⁸⁰ y el Dr. Jorge Mardones Restat, profesor de Bioquímica y de Nutrición del Instituto de Educación Física, que había sido ayudante de Cruz-Coke, a quien nombró como secretario del Consejo. Algunos meses después se aumentó el número de miembros, con un representante de la Defensa Nacional y de la Facultad de Agronomía y Veterinaria.⁸¹

Es conveniente detenerse a examinar el discurso de Cruz-Coke en el acto de constitución del Consejo porque fue un texto notable, que parecía más bien un programa de gobierno y no un discurso de una política sectorial, analizando los problemas en su complejidad y relación con ámbitos de otros ministerios, como Agricultura, Hacienda y formulando propuestas claras para combatir la mala alimentación de los chilenos. La base de apoyo a este ambicioso programa era la abundante evidencia empírica, que ofrecía un claro diagnóstico:

“Del informe de la Comisión de Higiene de la Liga de las Naciones, de los estudios realizados en Chile por el Dr. Arturo Mardones A., Dr. Luis Calvo Mackenna, Dr. Carlos Garcés, Dr. Ramón González, Dr. Julio Santa María, Dr. Luis Toro Genkel, de las minuciosas investigaciones del Dr. Jorge Mardones Restat y de nuestros propios trabajos; encuestas e investigaciones que muestran una concordancia admirable, se deducen las siguientes deficiencias características de nuestra alimentación:

1) Subalimentación de una parte importante de la población infantil, con todas sus consecuencias en el desarrollo corporal; 2) Insuficiencia de la producción en el país, de los alimentos que la Comisión de Higiene de la Liga de las Naciones llama alimentos protectores: (leche, derivados, carne, huevos, verduras y frutas), que contienen substancias que estimulan el crecimiento, la inmunidad y la vitalidad general; 3) Deficiencia de fósforo y calcio en los alimentos producidos en algunas regiones del país, en especial del fósforo; 4) Falta de carne y alimentos proteicos a disposición de una parte importante de la población, y 5) Poca variabilidad del régimen alimenticio habitual.”⁸²

La mala alimentación era aún más grave en el campo, en que vivía la mayor parte de la población del país:

⁷⁹ Al cesar en su cargo fue designado en su reemplazo Máximo Valdés Fontecilla, DS 579, de 14 de septiembre de 1937.

⁸⁰ Se comunica su renuncia por DS 580, de 14 de septiembre de 1937.

⁸¹ DS 647, 15 de octubre de 1937. Por DS Nr.45 de 25 de enero de 1938 se designó miembro del Consejo a Ricardo Cox Balmaceda, un gran amigo de Cruz-Coke.

⁸² Eduardo Cruz-Coke, “Plan de Gobierno presentado por el Ministro de Salubridad”, en: Suplemento de la Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva, Santiago, 1937, pp.3-4.

*“Cerca del 50% de la población del país vive en los campos y, toda ella, directa o indirectamente, de la agricultura. Contrariamente a lo que pudiera, a priori, creerse, una proporción importante de esta población, especialmente la infantil, se encuentra en muy malas condiciones de alimentación, hasta el punto de que en ella se encuentra la fuente en donde se genera gran parte de nuestra tuberculosis y de las afecciones que se desarrollan en los terrenos desamparados por las defensas orgánicas. Se imponen, pues, con urgencia, medidas que aseguren a esa población el mínimo necesario, no para un simple sustento vegetativo y un desarrollo precario de los niños, sino para uno compatible con los más modestos cánones de estructuración corporal.”*⁸³

Cruz-Coke esperaba que los agricultores colaboraran voluntariamente a mejorar la alimentación de los niños y propuso que cada hijo de inquilinos pudiese contar con medio litro de leche diario hasta los 8 años, y medio kilo de carne o leguminosas semanales hasta los 15 años y cada madre en estado de lactancia, un litro de leche al día.⁸⁴ Esta propuesta no tuvo resultados porque su invitación no fue escuchada y sólo se aplicó en los fundos pertenecientes a la Caja de Seguro Obligatorio.⁸⁵

El principal alimento para combatir la mortalidad infantil y proteger a la madre era la leche, pues su ausencia tenía múltiples consecuencias negativas en el organismo:

*“Toda medicina y profilaxis destinada a disminuir la mortalidad infantil es vana si el niño y la madre que cría no dispone de la leche suficiente, y toda educación moral de la infancia se hace imposible si por ausencia de leche se adelanta la pubertad y, con ella, diferenciaciones precoces, que producen desequilibrio de lo orgánico con lo psicológico, por la falta de coordinación de sus deseos con sus capacidades”.*⁸⁶

Para hacer posible este programa Cruz-Coke vió un obstáculo en el atraso en que se encontraba la agricultura y formulaba un análisis muy crítico a los agricultores, reprochándoles no trabajar la tierra con eficiencia y criterios modernos⁸⁷. Sólo un político conservador y con su prestigio podía criticar abiertamente a los agricultores, un grupo social que era una de sus principales bases de apoyo económico y electoral de su partido.

“Las últimas estadísticas demuestran que el rendimiento medio de la explotación agrícola tiende a disminuir y que el nivel de la producción se mantiene únicamente por el aumento de la extensión de la tierra cultivada. Esto es la consecuencia del empobrecimiento de lo que en un país se debe cuidar por sobre todo: la tierra de la cual se nutre. La desidia de muchos agricultores que no vuelven a entregar a sus campos, por medio de un abono adecuado, lo que de ellos sacan, puede considerarse como un peligro futuro, si no inmediato, bastante grave. Los países desérticos del medio oriente, donde antiguamente imperaban poderosas dinastías, han sido víctimas de su falta de instinto en

⁸³ Cruz-Coke, “Plan de Gobierno presentado por el Ministro de Salubridad”, p.7.

⁸⁴ Cruz-Coke, “Plan de Gobierno presentado por el Ministro de Salubridad”, p.7.

⁸⁵ “Leche y carne para hijos de inquilinos”, *El Mercurio*, 23 de febrero de 1937, p. 17.

⁸⁶ Cruz-Coke, “Plan de Gobierno presentado por el Ministro de Salubridad”, p.8.

⁸⁷ Había una opinión bastante compartida sobre el atraso en la agricultura, me remito al muy buen análisis de Gazmuri, *Eduardo Frei Montalva*, tomo II, pp. 587-589. La preocupación también la tuvo antes Pedro Aguirre Cerda, que publicó en París un libro con un análisis muy crítico de la situación del campo, *El problema agrario*, 1929.

*este sentido. Este fenómeno se ha repetido durante la última guerra europea y ha sido analizado por los más distinguidos fisiólogos de ese Continente.”*⁸⁸

Cruz-Coke consideraba necesario que los agricultores se organizaran para enfrentar este nuevo desafío, proponiendo la constitución de una asociación de propietarios, para coordinar los esfuerzos con el Ministerio de Salubridad:

“Este Ministerio se ha puesto ya en contacto con numerosos agricultores y desea por medio de este Consejo y por vía de las Sociedades Agrícolas, poder hacer llegar hasta el agricultor las normas a que debe sujetarse su acción social, frente al inquilino, con el objeto de hacerle rendir toda la utilidad que el país necesita.

*Para eso ha dispuesto la creación de una Asociación de propietarios agrícolas que se coloque bajo la tutela del Ministerio de Salubridad y de este Consejo, para los fines de propender a que la familia del inquilino disponga de los medios con qué alimentarse y, en seguida, los aprovechen en forma la más conveniente a su vida y a su salud.”*⁸⁹

Con la ayuda del Consejo Nacional de Alimentación, comenzó a tomar medidas de inmediato. La primera iniciativa destinada a mejorar la formación de los dientes y los huesos fue incorporar fósforo a la sal, medida que beneficiaba a todos los habitantes y era de rápida implementación.⁹⁰

Conviene detenerse en los problemas de implementación que tuvo esta política, una innovación en un sector público débil, y en un país en que la modernización de las políticas estaba en sus inicios. En efecto, la propuesta de aumentar el consumo de leche, ampliamente saludada⁹¹, presentó problemas para su implementación. En primer lugar, no existía información sobre la capacidad para abastecer la demanda que se esperaba produciría este programa⁹². En segundo lugar, se produjo un conflicto de intereses entre los productores de leche, que querían vender directamente el producto, y las plantas pasteurizadoras, que vendían la leche en botella que adquirían a aquellos o que producían directamente. Los primeros reprochaban a los segundos de tener “un monopolio real” de pagar un precio muy bajo, que llevaría a “una quiebra segura” a los agricultores, por lo cual piden que se autorice la venta de lecha cruda.⁹³ Los productores con plantas pasteurizadoras, por su parte, se defendieron en una carta de la Cooperativa Agrícola Lechera Santiago Limitada al ministro, planteando que sólo se debe vender aquella que es pasteurizada y que el Estado debe fiscalizar su venta porque de lo contrario se llevará a la quiebra a las plantas. Argumentan que existe un problema de abastecimiento porque el gobierno no tiene suficiente personal para fiscalizar a las plantas y a los productores, lo cual

⁸⁸ Cruz-Coke, “Plan de Gobierno presentado por el Ministro de Salubridad”, p.6.

⁸⁹ Cruz-Coke, “Plan de Gobierno presentado por el Ministro de Salubridad”, p.7.

⁹⁰ DS 113, 23 de febrero de 1937. El decreto hace referencia a los estudios que demuestran las deficiencias de alimentación que afectan los dientes y la estructura ósea de las personas, lo cual “se traduce en aumento de morbilidad y una disminución de la resistencia de nuestro pueblo”.

⁹¹ “Medio litro de leche debe tomar el niño al día”, Diario Ilustrado, 14 mayo de 1937,p. 9. “Es necesario aumentar nuestro consumo de leche de una manera importante”, Diario Ilustrado, 3 de abril 1937,p.2, con declaraciones del secretario del Consejo Nacional de Alimentación Dr. Jorge Mardones.

⁹² “Número de vacas lecheras que existen en Chile”, Diario Ilustrado, 3 de abril 1937,p.2. “La producción diaria actual de leche no alcanza para los 750.000 niños menores de 5 años que hay en Chile”, Diario Ilustrado, 4 de abril 1937,p.16.

⁹³ “Inserción. El problema de la leche”, Diario Ilustrado, 25 de abril 1937,p.17.

perjudica a los productores con lecherías modernas.⁹⁴ Le responde por inserción la Unión Gremio de Lecheros sosteniendo que se debe favorecer la venta de leche cruda, reclamando la libertad de mercado y argumentando que ella sería preferida por las madres:

*“¿Por qué no se deja libertad, que cada cual compre la (leche) que quiera y que el productor venda a quién quiera?...Si vendemos leche cruda es porque se nos compra con gran preferencia a la de la botella que está totalmente desprestigiada. No llevamos tampoco leche para los ricos y leche para los pobres, como producen las plantas”.*⁹⁵

Tampoco era viable promover el mayor consumo de carne, pues existían limitaciones estructurales. El país contaba con un escaso número de frigoríficos –en Santiago, Valparaíso y Talcahuano– lo que impedía apoyar una política de alcance nacional. De ahí que una de las recomendaciones del Consejo Nacional de Alimentación fue que se desarrollara una red nacional de frigoríficos para apoyar esta campaña. Tampoco los hogares disponían de refrigeradores, por lo cual el Consejo decidió que debía hacerse una campaña para mostrar sus ventajas y “se estudiará manera de hacerlo accesible a los hogares modestos para así suprimir enfermedades digestivas”.⁹⁶

Esto daba cuenta de la complejidad en la implementación de una nueva política en un sector tradicional de la economía.

Ley de Madre y Niño

Como ya mencionamos, uno de los puntos principales en el problema de la alimentación pasaba por aumentar el consumo de leche de los niños, para lo cual se hacía necesario que las madres de sectores populares en período de lactancia recibieran un litro de leche al día y pudieran tener acceso a los servicios médicos preventivos. Con anterioridad a la gestión de Cruz-Coke existían en la Caja de Seguro Obligatorio los centros preventivos de la Madre y del Niño, pero sólo atendían a los hijos de las madres imponentes, excluyendo, por tanto, a las mujeres e hijos de los trabajadores que estaban asegurados.⁹⁷

Con la intención de extender la atención a las mujeres e hijos⁹⁸ de los imponentes masculinos se elaboró un plan preventivo que buscaba coordinar los servicios entregados por la Caja de Seguro Obligatorio y de la Dirección General de Sanidad. Se trataba de una “manera de realizar una acción conjunta entre ambas instituciones, para combatir en forma continuada y tenaz las enfermedades de trascendencia social, cuyo desarrollo alcanza un porcentaje enorme en toda la República.”⁹⁹ Al reorientar los servicios de nutrición,

⁹⁴ La carta era firmada por Máximo Valdés Fontecilla, “Estricta fiscalización en la calidad de la leche deben ejercer las autoridades”, Diario Ilustrado, 1 de mayo de 1937, p.5. “Que el control del comercio de la leche sea una garantía efectiva para los habitantes”, Diario Ilustrado, 22 de junio de 1937, p.11.

⁹⁵ “Inserción. De la Sociedad “Unión Gremio de Lecheros”, Diario Ilustrado, 9 de mayo de 1937, p.15.

⁹⁶ “Sesionó el Consejo Nacional de Alimentación”, El Mercurio, 4 de junio de 1937, p. 19.

⁹⁷ La Memoria Anual de 1936 daba cuenta de una importante labor, “108.115 atenciones practicó en 1936 Departamento de la Madre y el Niño”, El Mercurio, 10 de marzo de 1937, p.21. Fue jefe de esta entidad por varios años el Dr. Arturo Scroggie.

⁹⁸ Se estimaba que la cifra de los niños que lograba controlar la Caja de Seguro Obligatorio aumentaría de 14.000 a 50.000, “La tercera parte de los niños que nacen en Chile entraría a controlar la Caja de Seguro Obligatorio”, Diario Ilustrado, 19 de mayo de 1937, p. 13.

⁹⁹ “Campaña harán Sanidad y Seguro”, Diario Ilustrado, 14 de mayo de 1937, p.11

atención médica, ropero y cuidados sociales de la Caja se buscaba coordinar eficazmente la atención preventiva y combatir la mortalidad infantil.

El Servicio de la Madre y del Niño “consistirá en el examen preventivo de la embarazada, atención del parto, control del recién nacido, control periódico del niño hasta la edad de dos años y la dación de los medicamentos y alimentos que sean necesarios.”¹⁰⁰ La medicina preventiva y la política de protección de la madre y los niños imponía a la Caja de Seguro Obrero una carga económica sin tener los recursos para ello. El administrador de la Caja, Pedro Lira Urquieta, informaba al ministro sobre la difícil situación financiera del organismo como consecuencia de las diversas tareas que se le había impuesto, como las habitaciones obreras, sin que se le diera el correspondiente financiamiento y de ahí que solicite que se aumenten las cotizaciones patronales y del Estado, para enfrentar estas nuevas obligaciones. Este propuso aumentar en un 50 por ciento el valor de las cuotas de los asegurados, los patrones y el Estado, haciendo uso de las facultades que le entregaba la Ley 4054.¹⁰¹ El Consejo de la Caja aprobó por unanimidad de sus miembros aumentar la cuota patronal en un 1 por ciento y en un medio por ciento la “participación estatal”, esto último con la abstención de Héctor Rodríguez de la Sotta.

El gobierno no estuvo dispuesto a aumentar el costo a los asegurados, por el rechazo de los trabajadores frente a sus difíciles condiciones económicas. De ahí que el 31 de mayo de 1937, a través del decreto 308, el gobierno estableció que la Caja de Seguro Obrero se haría cargo de un servicio de protección de la madre y del niño y de medicina preventiva, que se financiaría con el aumento de la cuota patronal en un uno por ciento y la del Estado en medio por ciento, de tal manera que no menos de la tercera parte del total de estos ingresos debía ser destinado a los servicios ya mencionados y, el resto, a la Caja de la Habitación Popular de la Caja de Seguro Obligatorio.¹⁰² Con los recursos se quiso financiar los servicios de la Caja a un mayor número de personas, más allá de las ciudades en las que funcionaba, buscando beneficiar a las zonas rurales del país.¹⁰³

El decreto aumentó las cuotas por un plazo de un año, tiempo limitado para la realización del programa. Como fue exitoso, el gobierno envió el 27 de junio de 1938, durante la campaña presidencial, un proyecto de ley para extender indefinidamente el programa. En el Mensaje, se expresó que “a pesar de los pocos meses que lleva de realización el plan de protección (*de la madre y del niño*), se ha podido apreciar notoriamente resultados halagadores que permiten augurar circunstancias que irían en apoyo de los propósitos que se han tenido en vista para llevar a la práctica un plan de tan vastas proyecciones para el futuro de nuestra raza obrera.”¹⁰⁴

El proyecto era muy simple porque sólo daba forma jurídica a un programa en marcha y la novedad estaba en aumentar el aporte del Estado para atender los costos del programa. Como señala la Comisión de Trabajo y Previsión Social del Senado “el

¹⁰⁰ “Coordinación de los servicios médicos del Seguro Obligatorio con la Sanidad”, Diario Ilustrado, 20 de abril de 1937, p. 11.

¹⁰¹ Oficio Nr.216 de 25 de Mayo de 1937 “sobre aumento de imposiciones en la Caja de Seguro Oblig .de Enf. Inv. y Vejez” y comunicación de Pedro Lira Urquieta de 28 de mayo de 1937,4 páginas.

¹⁰² “Con un aumento de la cuota patronal y del Estado, la Caja de Seguro Obrero intensificará su labor a favor del niño y de la habitación”, Diario Ilustrado, 30 de mayo de 1937, p. 9.

¹⁰³ En los sectores rurales estará a cargo del Servicio la Caja de Seguro Obligatorio y en las ciudades serán atendidos por los centros preventivos urbanos de Sanidad.

¹⁰⁴ Mensaje Presidencial que presenta la Ley N° 6.236, Dip. Ord., 1938, Tomo I, p.995, Ses. 21.a, 27 de junio de 1938.

proyecto... no introduce a una novedad en los Servicios del Seguro Obrero Obligatorio, sino que, solamente, tiende a establecer en forma permanente, un servicio que no podría mantenerse por mayor tiempo, a menos de mediar la dictación de la ley en estudio, porque los recursos de que la Caja echó a mano sólo pueden percibirse por disposición de las mismas leyes que los autorizan, por el plazo máximo de un año.”¹⁰⁵

Esta Ley N° 6.236 fue publicada en el Diario Oficial el 10 de septiembre de 1938, algunas semanas antes de la elección presidencial conocida como la “Ley Madre – Hijo”, modificó la Ley N° 4.054 en relación al aporte fiscal a la Caja de Seguro Obrero Obligatorio con el objetivo de destinar dicha suma de dinero “a la atención de los servicios de la madre y del niño, creada con el objeto de propender a la disminución de la mortalidad infantil y a prevenir las causas de enfermedades y de invalidez prematura de los asegurados.”¹⁰⁶

La ley de medicina preventiva.

Hubo un segundo tipo de problemas que identificó Cruz-Coke con una gran intuición y que dio origen a su iniciativa legal que fue una contribución original e importante al estado de bienestar: la ley de medicina preventiva. Durante su estadía en Berlín en 1935 le llamó la atención “el hecho paradójal” de que existía una alta morbilidad en las personas de altos ingresos, siendo menor en los individuos de ingresos bajos, pero la mortalidad era más alta en estos últimos. La explicación era porque sus estrecheces de ingreso “obligan al individuo a prescindir de sus molestias hasta cuando llegan a hacerse suficientemente importantes y le impiden por completo trabajar”.¹⁰⁷ En consecuencia, había que distinguir entre *la morbilidad estadística*, es decir, aquella que era el resultado de las personas que concurrían a los servicios de salud porque sentían un malestar, y la *morbilidad real*, aquella “revelada por el examen de salud de los supuestos sanos”.¹⁰⁸ A su regreso a Chile impulsó la realización de encuestas entre obreros de algunas fábricas de la capital y a estudiantes de la Universidad de Chile a través de su Servicio de Bienestar Estudiantil.

Este descubrimiento le llevó a buscar cuán cierta era esa realidad en Chile para fundamentar un nuevo campo en la política de salud, la medicina preventiva, un concepto que estaba presente en la medicina de la época más bien como política sanitaria, que se expresaba en los instrumentos del Código Sanitario.¹⁰⁹

De ahí que el número de enfermos era considerablemente superior, pues había una cantidad importante de trabajadores que o bien ignoraba su mal estado de salud, por ejemplo los que tenían tuberculosis, o bien, lo que era un hecho muy dramático, tenían la necesidad de continuar trabajando a pesar de sus malestares porque temían perder el salario para mantener a su familia.¹¹⁰ El Dr. Cruz-Coke informó a la Cámara que se visitaron “fábricas donde el gerente o el administrador creía que sus obreros estaban todos sanos”, sin embargo, continúa, “el estado sanitario, nos reveló un 5 o 6 por ciento de luéticos que

¹⁰⁵ Sen. Ord., 1938, Tomo I, p.1343, 43.a Sesión, 10 de agosto de 1938.

¹⁰⁶ Sen. Ord., 1938, Tomo I, p.1342, 43.a Sesión, 10 de agosto de 1938.

¹⁰⁷ Eduardo Cruz-Coke, Medicina preventiva y medicina dirigida (Santiago: Editorial Nascimento, 1938), p. 18.

¹⁰⁸ Cruz-Coke, Medicina preventiva y medicina dirigida. p. 18.

¹⁰⁹ Lucas Sierra, “Medicina preventiva. El problema sanitario de Chile y su solución”, Anales de la Universidad de Chile, 1926, pp.1-23.

¹¹⁰ Dip. Ord., 1937, Tomo I: A, p. 1284, Ses. 24.a, 20 de julio de 1937. Ministro Cruz-Coke.

nunca han sido sometidos a la reacción Wasserman y que ignoraban su propio mal.”¹¹¹ Esto tenía graves consecuencias, pues no sólo constituían un foco de contagio a familiares y compañeros de labor, sino que también el conocimiento tardío de la enfermedad significaba un tratamiento muy caro para las cajas de previsión y la posibilidad de recuperación era mínima. Esto tenía enormes consecuencias en términos de la disposición de centros de rehabilitación o convalecencia, así como también de hospitales, que el estado no podía financiar.

Para tener una noción más precisa, Cruz-Coke encargó la realización de nuevas encuestas en fábricas y los resultados mostraron que “existe en cada fábrica un 25 y 30 por ciento de empleados y obreros pretuberculosos, luéticos y, en general, que son enfermos que reclaman del Gobierno y de los poderes constituidos un régimen enérgico de medicina preventiva.”¹¹²

Uno de los objetivos del proyecto de ley era disminuir la difícil situación económica que tenía la Caja de Seguro Obrero por la alta morbilidad de los chilenos. Cruz-Coke sabía que con un examen preventivo se podría diagnosticar oportunamente una enfermedad, lo cual incidiría en menores costos en su curación:

*“Por los estudios que hemos realizado en la Caja de Seguro Obrero, hemos podido ver que esta política es precisamente la única que puede permitir a la larga, un financiamiento de estas Cajas. La Caja de Seguro Obrero tiene actualmente un déficit actuarial y ha tratado de financiar éste haciendo buenos negocios, con el objeto de ir capitalizando para el futuro. Como lo he repetido en numerosas ocasiones, el país necesita que se capitalicen hoy día en hombres sobre todo”.*¹¹³

Los altos costos para la Caja de Seguro Obrero se originaba en el diagnóstico tardío de la enfermedad, lo cual tenía un impacto directo en el aumento de las necesidades en términos de hospitalización y de tratamiento:

*“La curación de una lúes, en su comienzo, cuesta entre 40 a 500 pesos, contando que dure un año o 1 año y medio, desde su declaración, hasta que podamos asegurar su curación; pero a medida que la tomamos en un período más avanzado, va costando cada vez más caro, hasta significar 10 ó 20 ó 30 mil pesos a la colectividad, si llega a transformarse en una henuplegia o en una tabes y uno se pregunta, entonces, si es lógico esperar que una enfermedad se desarrolle para tratarla o si es más natural tratarla en sus comienzos.”*¹¹⁴

La manera de tener una información real sobre el estado de salud de los trabajadores era a través de un examen médico preventivo:

“La política sanitario-social seguida hasta ahora, e inspiradas en erróneas apreciaciones de sistemas implantados en otros países, ha hecho crisis y constituye, no sólo un grave error social, sino que un fracaso económico que abarca las finanzas

¹¹¹ Dip. Ord., 1937, Tomo I: A, p. 1285, Ses. 24.a, 20 de julio de 1937. Ministro Cruz-Coke.

¹¹² Dip. Ord., 1937, Tomo I, p. 1202 y 1203, Ses. 23.a, 19 de julio de 1937. Inf. Com.

¹¹³ Dip. Ord., 1937, Tomo I: A, Ses. 24.a, 20 de Julio de 1937, p. 1288.

¹¹⁴ Dip. Ord., 1937, Tomo I, p. 1285, Ses. 24.a, 20 de Julio de 1937. Ministro Cruz Coke.

*particulares y repercute con singular fuerza en todos los aspectos de la economía nacional, atentando, todavía, seriamente en contra del capital humano”.*¹¹⁵

La iniciativa se propone apoyar al trabajador y también tiene objetivos económicos, pues de lo que se trata es que el trabajador pueda cumplir eficazmente su labor, especialmente en el caso de los obreros, que tienen un trabajo que requiere un gran esfuerzo físico. Cruz-Coke tiene presente al trabajador, al empresario y la economía del país:

*“Lo inspiran (al proyecto de ley) razones de orden humanitari: salvando al hombre que puede vivir, y que tiene derecho a vivir, y de orden económico: dándole a la capacidad productora del país un aporte de brazos fuertes”.*¹¹⁶

El proyecto de ley de medicina preventiva fue enviado al Congreso el 16 de junio de 1937 y fue debatido en 14 sesiones, hasta ser aprobado el 7 de septiembre de 1937. En el Senado fue debatido desde el 29 de diciembre 1937 hasta el 26 de enero de 1938 correspondiente a la legislatura extraordinaria, con un total de 12 sesiones. Se produjo una amplia discusión, en la cual intervinieron principalmente los parlamentarios que eran médicos y el ministro, con el fin de fundamentar el proyecto, aclarar las dudas que tenía ante los diputados y senadores y responder las críticas de los parlamentarios. Fue promulgada como ley el 31 de enero de 1938.

La ley tenía dos elementos fundamentales: el examen preventivo y el reposo a los enfermos. Los imponentes de las cajas de previsión debían hacerse un examen preventivo “con el fin de vigilar el estado de salud de sus imponentes y de adoptar las medidas tendientes a descubrir, previniendo precozmente el desarrollo de las enfermedades crónicas, como la tuberculosis, la sífilis, el reumatismo, las enfermedades del corazón y de los riñones; como también las enfermedades derivadas del trabajo: el saturnismo, la antracosis, la silicosis, la anquilostomiasis y otras de la misma índole.”¹¹⁷

El segundo elemento de la ley fue el reposo, que se determinaba cuando el diagnóstico preventivo concluía que padecía una de las enfermedades establecidas en ella. Este era un “derecho irrenunciable” para todo trabajador y era obligatorio también para los empleadores.

Se partía de la base que un enfermo estaba debilitado para trabajar con la misma intensidad que si estuviera sano, de tal manera que se debía adecuar el tipo de trabajo en su empresa a su capacidad laboral. Cruz-Coke lo señaló con claridad: “un 5 por ciento de la masa de trabajadores actuales, por lo menos, y que trabajan 8 horas, solo debe trabajar 4 horas. Esta ley permitirá que ese hombre que físicamente sólo debe trabajar 4 horas, trabajará ese número y no más,”¹¹⁸ Esto se extendió en el proyecto final, en caso de ser necesario, a la posibilidad de acceder a un reposo absoluto, es decir, de 8 horas y por tiempo ilimitado. Esta medida permitiría un mejor rendimiento del trabajador, ya que haría aquello que estaba en condiciones de realizar de acuerdo a sus capacidades físicas, favorecería el funcionamiento de la empresa e impediría que el enfermo se convirtiera en

¹¹⁵ Dip. Ord., 1937, Tomo I, Ses. 23.a, 19 de Julio de 1937. Inf. Com., p. 1202.

¹¹⁶ Dip. Ord. 1937, Tomo I, Ses. 24ª, 20 de julio de 1937, p. 1281.

¹¹⁷ Sen. Ext., Tomo II, 1938, 39.a Sesión, 19 de enero de 1938, p. 1132.

¹¹⁸ Dip. Ord., 1937, Tomo I: A, Ses. 24.a, 20 de julio de 1937. Ministro Cruz-Coke, p. 1288.

un “perjuicio efectivo” para la sociedad. En síntesis, el nuevo sistema tenía ventajas para los trabajadores, empleadores, cajas de previsión y los empresarios.

Cruz-Coke destacó los beneficios de esta medida para los empresarios así:

*“El mayor rendimiento del trabajo, desempeñado por obreros y empleados, cuando su actividad se ejercita dentro de la capacidad de su organismo y no más allá de ella, representa para los patrones, dentro de un plazo prudencial, un aumento de sus utilidades y una disminución de sus cargas, ya que significa también la supresión de una de las principales fuentes de morbilidad y de exigencia de futuras contribuciones.”*¹¹⁹

El reposo preventivo podía ser parcial o total, según lo determinara la comisión médica de la correspondiente caja de previsión, según el diagnóstico que hiciera. Se podía apelar a una Comisión Central formada por representantes de los empleadores, trabajadores y por un médico, que daba la decisión final.

La ley obligaba a dar tratamiento a los enfermos precozmente, estableciendo sanciones a los empleadores que no lo respetaran y a los trabajadores que no siguieran el tratamiento. El trabajador en reposo no podía ser despedido. El financiamiento provino del aumento de la cuota patronal de medio por ciento, que se justificó por los beneficios que recibirían empleadores y trabajadores, ya que “esta ley ha sido estudiada minuciosamente bajo el aspecto económico, y si bien representa un sacrificio momentáneo, este sacrificio está por demás compensado”.¹²⁰

Las Cajas de previsión comenzaron a aplicar la ley con rapidez y en dos años de vigencia se había examinado a aproximadamente 350.000 personas, que correspondía al 13,5% de la población del país, porcentaje que iría en aumento por la inauguración del servicio de medicina preventiva en el Ejército, con el cual se controlará al contingente. Además, se crearon equipos móviles para ampliar la cobertura de la ley.¹²¹

La difusión de las políticas.

Cruz-Coke tuvo especial interés que las políticas del ministerio fueran apoyadas por la población, destinando bastante esfuerzo a reuniones con los grupos de personas que se verían beneficiados por las medidas: mujeres, obreros, ancianos, jóvenes. Su objetivo era contar con los apoyos de los grupos sociales que eran los beneficiarios de las políticas. Eso permitía una eficaz implementación de ellas. Esto era necesario no sólo como una expresión democrática de promover la participación, sino porque la política de salud implica cambiar los hábitos de comportamiento de las personas que se referían a la higiene del hogar, el alcoholismo y la mala alimentación.¹²² No se obtendrían los objetivos buscados si la población no seguía las recomendaciones de la autoridad de limpieza, alimentación y rechazo al alcoholismo.

¹¹⁹ Dip. Ord., 1937, Tomo I, Ses. 20.a, 7 de julio de 1937. Mensaje, p. 949.

¹²⁰ Dip. Ord., 1937, Tomo I, Ses. 20.a, 20 de julio de 1937, p. 949.

¹²¹ Eduardo Cruz-Coke y Manuel de Viado, “Experiencia de la ley de medicina preventiva y lo que representa para la medicina social”, Revista Médica de Chile, vol.68, Nr.12, 1940, pp.1515-1529, aquí pp.1520-1521.

¹²² “No hay hábitos en el consumidor, no hay abundante producción de leche ...y los niños en el campo se alimentan de agua de té”, artículo de Ricardo Cox Balmaceda, Diario Ilustrado “Medio litro de leche”, 19 de mayo 1937, p.3.

Esas reuniones las celebró en Santiago y en las regiones, viajando intensamente y explicando con claridad los alcances de las iniciativas legales, en que la palabra del profesor fue de la mano con el artista. No era un tecnócrata que no podía apartarse del complejo lenguaje del especialista, sino que supo expresar sus ideas en palabras simples, uniendo la medicina con la realidad económico-social: “Las estructuras fundamentales de la Nación son los huesos, la cabeza, los ojos, los músculos, las manos, los dientes de sus habitantes”.¹²³

Era cuidadoso en el *timing* de sus encuentros con trabajadores y empresarios, explicando las ventajas de la ley de medicina preventiva. Así, en marzo de 1938, acompañado del ministro del Trabajo, Bernardo Leighton, hizo una gira al norte, celebrando reuniones con trabajadores y pobladores y visitando los servicios del ministerio en Antofagasta, Iquique y Arica.¹²⁴ Esta gira era informada en forma escueta, pero favorable por la prensa: “fue al norte, principalmente, para estudiar en el terreno mismo la aplicación de su proyecto de Medicina Preventiva, que él considera es un paso decisivo en la legislación social. Visitó las principales salitreras y se impuso detenidamente del estado sanitario de Tarapacá y Antofagasta.”¹²⁵ En mayo fue nuevamente al norte, para visitar las oficinas salitreras para informar sobre las ventajas de la ley de Medicina Preventiva y se reunió con trabajadores y empresarios, en ese orden: se “reunió con un grupo de doscientos obreros, que representaban a unos 40 sindicatos legales, para explicarles la ley y el reglamento de Medicina Preventiva (y) pidió la cooperación de las organizaciones gremiales para aplicar bien la ley. Al día siguiente explicó, lo mismo, a los patrones”.¹²⁶ Esto último ilustra su estilo, pues primeramente se reunía con los trabajadores y después lo hacía con los empresarios.

La difusión de las políticas fue una tarea que comprometió las energías del Ministerio. A través de la Dirección General de Sanidad, elaboró un amplio e imaginativo plan de “Propaganda y Divulgación Sanitaria” para informar a la población en Santiago y en las principales ciudades de provincia. Ello fue necesario porque la radio tenía una difusión limitada, ya que había electricidad sólo en las principales ciudades, en las cuales tampoco había una red de distribución que las abarcara integralmente¹²⁷. Se recurrió al uso de empleo de afiches, películas, conferencias, radio¹²⁸, etc. con información sobre salubridad y alimentación, para así además prevenir el contagio o desarrollo de las principales enfermedades de trascendencia social, como la sífilis, la tuberculosis y la lúes.

¹²³ “Un ministro”, Hoy, Nr.275, 25 de Febrero de 1937,p.1. El editorialista concluía “eso se llama hablar claro y llamar las cosas por su nombre”.

¹²⁴ “Los ministros de Salubridad y del Trabajo llegarán mañana al norte”, El Mercurio, 1 de marzo 1938, p. 3; “Interesante visita del Ministro de Salubridad”, El Mercurio, 2 de marzo 1938, p.22; “Ministros Cruz-Coke y Leighton regresaron de su gira al norte” El Mercurio, 1 de marzo 1938, p. 17.

¹²⁵ Hoy, Nr.329, 16 de Marzo de 1938,p.6.

¹²⁶ Hoy N5.339, 19 Mayo de 1938, p. 6.

¹²⁷ Un estudio del Instituto de Ingenieros de Chile recuerda cómo era la situación en los años 30: “El abastecimiento eléctrico era disperso, prácticamente ciudad por ciudad y con escasas líneas de transmisión entre ellas. ..Durante el período 1933-35 se hizo sentir la incapacidad de las instalaciones eléctricas para suministrar la energía eléctrica requerida por el país, lo que afectó el desarrollo de la producción y demás actividades nacionales”, Política eléctrica (Santiago: Editorial Universitaria, 1988), p. 58.

¹²⁸ Se estableció la “hora Sanitaria” la que se realizaba en la Radio Baquedano (pareciera que sólo los domingos). Ver al respecto “El 4 se iniciará en Santiago una Cruzada Sanitaria”, Diario Ilustrado, 30 de Marzo de 1937, p.2

Una manera de difundir esta información fue a través las conferencias sanitarias, en las cuales se recurrió a diversas formas para interesar a la ciudadanía a participar en ellas. Estas conferencias existían con anterioridad, pero fueron expandidas en número y en el contenido de las materias dentro del plan general del nuevo Ministro con la finalidad de abarcar a un público más amplio.¹²⁹ Por ejemplo, se organizaron “funciones matinales dominicales para obreros y muy especialmente para las madres obreras”¹³⁰, se impartieron cursos informativos para profesores primarios y auxiliares sanitarios y se prepararon exposiciones en sindicatos.¹³¹ Las conferencias sanitarias generalmente se realizaban en los teatros de barrios¹³², con la intención de que acudieran los vecinos, los que, además de recibir una educación sanitaria, eran informados de los policlínicos en que se les podía atender gratuitamente.¹³³ La defensa y protección del niño fue uno de los temas que más le preocupó al Ministro Cruz-Coke, por lo que se realizaban matinés para los escolares, realizadas en cines, llegando a asistir 3.500 niños de más 200 escuelas de Santiago, junto a médicos sanitarios y profesores, principalmente de educación primaria. Para entretener a los niños, se invitaba al orfeón de Carabineros que amenizaba el encuentro con música¹³⁴

La política del Ministerio atrajo el interés en la población, pero no estuvo ajena a críticas. La campaña de difusión del consumo de medio litro de leche mediante un afiche fue criticada¹³⁵, que enrostró a la Dirección General de Sanidad derrochar dinero público, optando por la leche embotellada y no la leche cruda porque era empleado un lenguaje que dramatizaba la situación, pues la mostraba como un asunto de vida o muerte. Esta crítica llevó a la autoridad a retirar el afiche.¹³⁶

Además de las conferencias ya señaladas, hubo preocupación por desarrollar un programa de cantinas escolares que existía en algunas escuelas y liceos, en las cuales se entregaba gratuitamente desayuno a sus alumnos, además del medio litro de leche diario. Como hemos dicho antes, esta se consideraba “el alimento protector por excelencia que entrega fósforo, calcio y todas las vitaminas que necesita el ser humano, en cualquiera de sus etapas de desarrollo, bondades que posibilitan la prevención de contagios de enfermedades, disminuyendo así la mortalidad infantil”¹³⁷.

¹²⁹ Se innovó en los métodos empleados, pues en diversas ocasiones se incluyó elementos artísticos para hacer más atractivo el evento, tales como recitaciones y música que amenizaban las concentraciones.

¹³⁰ “La quinta concentración sanitaria de ayer”, Diario Ilustrado, 26 de Abril de 1937, p. 5.

¹³¹ A estos eventos asistían numerosos médicos sanitarios que exponían sobre diversos temas de relevancia social. Algunos contenidos tratados fueron “La tuberculosis en el campo obrero”, “Higiene bucal” y se exhibieron películas, con significado como una sobre la enfermedad venérea, titulada, “El precio de un desliz”, Véase “La quinta concentración sanitaria de ayer”, Diario Ilustrado, 26 de Abril de 1937, p. 5.

¹³² En Santiago, por ejemplo, se realizaron en los teatros como el Balmaceda, Esmeralda y Providencia.

¹³³ “Conferencias de temas sanitarios en una velada”, Diario Ilustrado, 14 de junio de 1937, p. 3.

¹³⁴ “Sanidad defenderá y protegerá al escolar enfermo”, Diario Ilustrado, 11 de abril de 1937, p. 10.

¹³⁵ Se apoyaba en un afiche con un niño que quería alcanzar una botella con el texto “alimento a su hijo con la leche!” y en la parte inferior decía “no me privéis de lo que constituye mi vida!” y que se pegó en calles y lugares públicos. La crítica en Hoy Nr. 294 motivó una larga carta respuesta del Director General de Sanidad, Dr. Atilio Macchiavello, que fue sarcásticamente titulada “el problema de lavarse”, Nr.299, 12 de agosto de 1937, pp. 22-23.

¹³⁶ “El afiche que constituye la carátula de este número de “HOY” fue retirado por inconveniente, por subversivo. Claro que lo es; claro que resulta una acusación a un régimen que ha desorganizado todo y ha permitido que los especuladores actúen a la luz del día para hambrear al pueblo”, Hoy, “La huella de los días. La leche”, Nr.308, 14 de octubre de 1937, pp.2-3.

¹³⁷ “El Gobierno resolverá en forma inmediata las deficiencias de nuestra alimentación”, El Mercurio, 19 de febrero de 1937, p. 16.

Debido al aumento de los precios de los artículos alimenticios básicos y, en muchos, casos, su escasez,¹³⁸ y ante el desconocimiento de las necesidades nutritivas del organismo, el Consejo Nacional de Alimentación desarrolló un programa de restaurantes populares, con los cuales se buscaba mejorar la alimentación de las clases populares.¹³⁹

De ministro sectorial a político de alcance nacional

Eduardo Cruz-Coke renunció al gabinete por su rechazo a la matanza del Seguro Obrero, algunas semanas antes del término del período presidencial, objetivo. Las políticas en favor de la madre y el niño y fueron continuadas durante la gestión de Salvador Allende como ministro del presidente Pedro Aguirre Cerda (septiembre de 1939 y abril de 1942) fueron mantenidas durante los gobiernos de Ríos y de González Videla. Su continuidad tuvo un impacto muy rápido y efectivo en la disminución de la mortalidad infantil. La ley de medicina preventiva ha sido considerada como un aporte “verdaderamente revolucionario que marcó una etapa en la evolución sanitaria de la nación”.¹⁴⁰

La influencia de Cruz-Coke en el sistema público de salud también se manifestó a través de la gestión del ayudante que más cerca lo acompañó en la política, el Dr. Jorge Mardones Restat. Este fue ministro de Salubridad del gabinete de “sensibilidad social” de Gabriel González Videla (febrero 1950- julio 1952) y consiguió que el Congreso Nacional despachara el proyecto de ley que tuvo una larga tramitación, pues había sido presentado por Allende en 1941, y que dio origen al Servicio Nacional de Salud (SNS), que agrupó a las instituciones de la salud. Esta iniciativa legal permitió una mejor coordinación entre los diversos organismos de salud, como la Dirección Nacional de Sanidad, los servicios de Beneficencia y Asistencia Social y la Caja de Seguro Obrero y fue un paso muy importante en la modernización de esa cartera entre otros.¹⁴¹

El desempeño de Cruz-Coke como ministro lo convirtió en una figura de prestigio en el país, un hecho inédito para un político nuevo que había ocupado una cartera sectorial.¹⁴² Esto fue reconocido poco tiempo después de abandonar el cargo, cuando la oposición al gobierno del Frente Popular lo nombró como candidato único a senador en las elecciones complementarias por Santiago celebradas, el 7 de abril de 1940, por la vacante producida por la incorporación del senador Juan Pradenas al gabinete. Recibió el apoyo de

¹³⁸ Por ejemplo con la leche se sufría una insuficiencia que conllevó a establecer un nuevo sistema de fiscalización de su producción, tema en el que Cruz-Coke también participó. Además, el Servicio de Nutrición de Sanidad intentó fiscalizar la calidad y los precios de los alimentos expendidos en los barrios obreros con el objetivo de impedir los trastornos alimenticios. Sobre esto ver “Control de los alimentos baratos”, *Diario Ilustrado*, 18 de abril de 1937, p.15 y “La producción diaria actual de leche no alcanza para los 750.000 niños de 5 años que hay en Chile”, *Diario Ilustrado*, 4 de abril de 1937, p.16.

¹³⁹ El Dr. Jorge Mardones R. lo explicaba de la siguiente manera: “El ‘Menú barato’ (era) la mejor posibilidad de comer a menor costo y satisfaciendo mejor todas las necesidades nutritivas. Buena calidad a bajo precio, eso significa balancear y satisfacer la necesidad de ingerir proteínas, vitaminas y sales minerales, características de la alimentación que proveen de defensas al cuerpo contra las enfermedades. El régimen alimenticio influye directamente sobre la capacidad laboral e intelectual del individuo, por ende, sobre la producción de la sociedad. Es la posibilidad más económica de alimentarse con “alimentos protectores” “Por qué el “menú más barato”, *Diario Ilustrado*, 13 de septiembre de 1937, p. 9,

¹⁴⁰ Romero, “La medicina social en Chile”, p.897.

¹⁴¹ Romero, “La medicina social en Chile”, p. 901.

¹⁴² Gustavo Ross se había convertido en una figura nacional en esa administración, pero fue ministro de Hacienda en un momento de grandes estrecheces, en que actuó con enorme amplitud y decisión.

conservadores, liberales y de la Falange Nacional. Esto último fue un hecho que ilustraba su prestigio porque la Falange lo apoyó a pesar de pertenecer al Partido Conservador del cual se había separado en diciembre de 1938¹⁴³. El *Diario Ilustrado* realzaba la persona de Cruz-Coke: “no se trata de un plebiscito político, en que los hombres votan según sus simpatías personales o sus doctrinarismos; se trata, en este caso, tal vez único en nuestra historia, de un plebiscito de calidad, en que las condiciones naturales del hombre, justamente admiradas por sus correligionarios, son respetadas también por los que se dicen o se llaman sus adversarios.”¹⁴⁴ Pese a que no fue elegido, su candidatura provocó una gran movilización electoral, que fortaleció su posición como un político destacado.

Cuadro 3: Resultados de las elecciones extraordinarias a Senador por Santiago, 7 abril de 1940.

Candidatos	Votos	Porcentaje
Máximo Venegas	48.967	51.5%
Eduardo Cruz-Coke	44.478	46.8%
Manuel Contreras	417	0.4%
Blancos	769	0.8%
Nulos	383	0.4%
Total	95.014	100%

Fuente: Dirección del Registro Electoral, *El Mercurio*, 8 de abril de 1940, página 1.

Este hecho movió al Partido Conservador a inscribirlo como candidato a senador por este mismo distrito en las elecciones regulares de 1941 para acompañar a Horacio Walker, con la finalidad de atraer votos a la lista. No hizo campaña por encontrarse de viaje, pero sus ayudantes y amigos organizaron una muy activa campaña, que permitió a su elección de tal manera que los conservadores eligieron a sus dos postulante. Cruz-Coke inició ese año su carrera como senador que ejerció hasta 1957, siendo reelecto en 1949. Con erudición y energía intervino en los más diversos temas con discursos y propuestas que fortalecieron su imagen como la figura política más atrayente de los conservadores.¹⁴⁵

Esto llevó a que fuera nominado por el Partido Conservador como candidato en las elecciones presidenciales de 1946, no logrando el apoyo de los liberales en la convención de las derechas, quienes proclamaron a Fernando Alessandri, hijo del ex presidente. Fue apoyado nuevamente por la Falange Nacional. Obtuvo una altísima votación, 29.7% de los votos, más que duplicando el porcentaje de votación que obtuviera el candidato Conservador Héctor Rodríguez de la Sotta en las elecciones presidenciales de 1932, 13.8%, aunque perdió ante Gabriel González Videla, radical que fue apoyado por el Partido Comunista, y superó a Alessandri.

¹⁴³ “Chile necesita una política nacional y eficaz”, *Lircay*, 2da. semana de abril de 1940, Pág.1 y 2. El periódico falangista dedicó bastante atención a la campaña electoral en cada una de sus ediciones anteriores a la elección. Algunos titulares a manera ilustrativa: “Es enorme el entusiasmo que despierta la candidatura de Cruz-Coke”, 30 de marzo de 1940, p. 15; “el ejemplo de un hombre”, p. 3; “son innumerables las adhesiones a la candidatura de Cruz-Coke”, 31 marzo, p. 6; “Cruz-Coke, autor de leyes de bien social y Venegas, alto empleado del Comisariato, con más chance”, 7 de abril, p.5.

¹⁴⁴ “Cruz Coke, el político”, *Diario Ilustrado*, 27 de marzo de 1940, Pág. 3.

¹⁴⁵ Sus principales discursos fueron publicados, Eduardo Cruz-Coke, *Discursos* (Santiago: Editorial Nascimento, 1946).

La campaña presidencial de Cruz-Coke fue muy importante en el desarrollo de la DC. Hasta ese momento la Falange era un partido pequeño, que tenía prestigio en sectores de profesionales, intelectuales y estudiantes como un grupo de personas capaces y con ideas innovadoras, pero su participación en la campaña presidencial le permite dar un gran salto adelante en la estrategia de convertirse en un partido relevante. Fue la primera ocasión en que el pensamiento social cristiano llegó a todo el país, en una gesta electoral que cautivó a miles de jóvenes con su palabra, que se incorporarán más tarde como dirigentes y votantes de la DC. El jefe de la campaña electoral de la Falange fue el diputado Radomiro Tomic, que se entendía muy bien con el candidato, y tenía una retórica también electrizante¹⁴⁶. **La retórica de Tomic y de Cruz-Coke en las concentraciones con ambas personalidades fueron inolvidables para quienes los escucharon**¹⁴⁷.

Grayson, quien ha escrito una muy bien documentada e informativa historia de la DC hasta 1964, lo ha expresado claramente:

“La campaña de Cruz-Coke llevó los ideales social-cristianos de la plataforma de la Falange Nacional por todo Chile, dándole más publicidad que las que hubiesen obtenido los falangistas apoyando a un abanderado propio o que si se hubiesen arrimado al carro radical. De hecho, si la Falange hubiese apoyado al triunfante González Videla, hubiese corrido el riesgo de convertirse en un mero apéndice radical”.¹⁴⁸

De ahí que con justicia, con ocasión de su fallecimiento en marzo de 1974, el presidente del PDC, Patricio Aylwin, rompió el olvido que la DC había tenido con Cruz-Coke. y en las difíciles condiciones del comienzo de la dictadura le rindió homenaje en la ceremonia realizada en el Cementerio General con un discurso en que resaltó su rol político.

Cruz-Coke no se incorporó al PDC en 1957 al fundarse el partido por la fusión de la Falange con los conservadores social cristianos y otros partidos¹⁴⁹, como lo hizo Horacio Walker, por considerarse antes que nada un miembro del Partido Conservador y se reintegró a éste. De ahí que tampoco se unió al Partido Nacional, cuando el partido de los pelucones se disolvió después de los desastres electorales de 1964 y 1965.

Conclusiones

El desempeño de Eduardo Cruz-Coke como Ministro que lo llevó a convertirse en una figura nacional se puede explicar no sólo por sus excepcionales condiciones que hemos analizado en este trabajo. También debe comprenderse en el contexto más amplio de los factores institucionales disponibles en el sistema político. Su éxito radicó precisamente en que él supo aprovechar cada uno de ellos a su favor.

¹⁴⁶ Lo había apoyado en la discusión interna de la FN en que se impuso estrechamente el apoyo al ex ministro

¹⁴⁷ Entrevista con Patricio Aylwin que fue jefe de la campaña de la Falange en San Bernardo

¹⁴⁸ Grayson El partido Demócrata Cristiano chileno, p. 247. La campaña presidencial, además, tuvo como ejemplo profundizar la división del Partido Conservador, que llevará a su ala socialcristiana, encabezada por Horacio Walker, a sumarse a la política impulsada por la FN, que concluyó con la integración de ambos movimientos en 1958, dando origen al PDC, *ibidem*, p. 247.

¹⁴⁹ Para un análisis del desarrollo del PDC, Carlos Huneeus “A highly institutionalized political party: Christian Democracy in Chile”, en: Scott Mainwaring y Timothy Scully (eds) Christian Democracy in Latina America, por aparecer el 2003 por Stanford University Press.

La debilidad institucional del Ministerio de Salubridad le dio más espacio para la acción, sin imponerle limitaciones por las normas y procedimientos burocráticos existentes en ministerios más fuertes y que poseen una larga historia.

En segundo lugar, los grupos de interés eran débiles como para haber exigido participación en la definición e implementación de las políticas. No existía el Colegio Médico, sino que agrupaciones gremiales de carácter regional, como la Asociación de Médicos de Chile (AMECH) constituida el 10 de septiembre de 1936 por un número reducido de facultativos de la Federaciones de Médicos de Hospital, la Federación del Seguro Social y la Federación de Sanidad. También se encontraban las sociedades médicas, pero estaban preocupadas del desarrollo de sus respectivas áreas de especialización, sin aspirar a presionar al Estado para defender sus intereses. Tampoco existían sindicatos de los trabajadores de la salud en los hospitales dependientes de la Beneficencia que hubieran exigido demandas por necesidades de remuneración y las condiciones de trabajo.

Un bajo grado nivel de institucionalización es generalmente un obstáculo al desarrollo político, como señaló Huntington,¹⁵⁰ pero también puede constituir un factor que puede favorecer el cambio, como argumentó Keselman¹⁵¹, cuando existe un liderazgo imaginativo y enérgico.

En tercer lugar, Cruz-Coke contó con el amplio respaldo del presidente Arturo Alessandri, quien entregaba gran libertad decisoria a sus ministros. El tenía suficiente personalidad como para no sentir celos de sus colaboradores, menos aún si era bastante más joven y se desempeñaba en un ámbito que él consideraba como técnico y de carácter sectorial. Por otro lado, Cruz-Coke respondió a la confianza que le dio Alessandri, impulsando política que fueron muy populares, colaborando con ello en dar un nuevo impulso a la fase final del mandato. Sabemos que uno de los problemas de los períodos presidencial es muy largos es la dificultad para mantener un intenso ritmo durante todo el tiempo.

De las extraordinarias condiciones intelectuales y personales de Cruz-Coke estas no le permitieron ser Presidente de la República. Fue una gran frustración para él porque -probablemente desde su experiencia en el Ministerio de Salubridad- había aspirado a ocupar esa posición porque se dio cuenta que para enfrentar los problemas del país se requiere la participación de todo el aparato del Estado, lo cual se consigue desde la dirección del Poder Ejecutivo.

Las causas de su derrota en 1946 exceden el objeto de este artículo, que ha sido analizar su gestión como ministro. Sólo podemos explorar algunas explicaciones, que debieran confrontarse con una adecuada evidencia histórica. Podría sostenerse que no era un político en el sentido estricto del término, es decir, una persona con la firme vocación de lucha por el poder, sino que fue un científico en el sentido genuino de esa vocación, que fue empujado a la política en un momento determinado.

Weber tuvo razón al señalar que no veía al científico en política por la incompatibilidad profunda que existe entre ambas profesiones. Sin embargo, se podría argumentar que en ciertas condiciones un científico se siente empujado a la política porque quiere ayudar a solucionar los problemas del país, con una vocación de servicio público y

¹⁵⁰ Samuel P. Huntington, *Political Order in Changing Society* (New Haven: Yale University Press, 1968).

¹⁵¹ Mark Kesselman, "Overinstitutionalization and Political Constraint," *Comparative Politics* vol. 3: 1, 1970, pp. 21-44.

no por el afán de poder, que caracteriza al político. Esa vocación de servicio público, formado en el hogar, en la educación, en la universidad y a partir de sus convicciones religiosas fue la que llevaron a Cruz-Coke actuar en política. Esas condiciones condujeron a que la universidad haya perdido a un científico, pero el país ganó a un gran político, que dejó una huella en alguna de las instituciones, como en el estado de bienestar. En verdad, su carácter y su personalidad no le permitieron permanecer en el santuario del pensamiento libre, siendo empujado a llevar a la práctica sus soluciones que desarrolló en el laboratorio y en las aulas.

Cuadro 4: Los Ministros de Salud, 1925-1973				
Gobierno	Nombre	Año	Profesión	Duración cargo
Junta de Gobierno	José Santos Salas M.	29-Ene-25	Médico	1 mes y 20 días
Arturo Alessandri P.	José Santos Salas M.	20-Mar-25	Médico	6 meses y 20 días
Arturo Alesaandri P.	Pedro Lautaro Ferrer	10-Oct-25	Médico	2 meses y 13 días
Emiliano Figueroa L.	Lúcio Córdova Labarca	23-Dic-25	Médico	11 meses y 4 días
Emiliano Figueroa L.	Isaac Hevia Concha	27-Nov-26	Ingeniero	4 meses y 12 días
Emiliano Figueroa L.	José Santos Salas M.	8-Abr-27	Médico	3 meses y 13 días
Carlos Ibañez del Campo	José Santos Salas M.	21-Jul-27	Médico	9 meses
Carlos Ibañez del Campo	Capitán Alejandro Lazo G.	20-Abr-28	Militar	2 meses y 2 días
Carlos Ibañez del Campo	Luis Carvajal	21-Jun-28	Abogado	2 años, 2 meses y 16 días
Carlos Ibañez del Campo	Ricardo Puelma Laval	05-Sep-30	Médico	10 meses y 8 días
Carlos Ibañez del Campo	Juan Esteban Montero R.	13-Jul-31	Abogado	9 días
Carlos Ibañez del Campo	Héctor Boccardo Benvenuto	22-Jul-31	Abogado	4 días
Carlos Ibañez del Campo	Sótero del Río Gundián	26-Jul-31	Médico	1 mes y 8 días
Carlos Ibañez del Campo	Santiago Wilson Barrientos	02-Sep-31	Abogado	2 meses y 14 días
Carlos Ibañez del Campo	Sótero del Río Gundián	15-Nov-31	Médico	6 meses y 21 días
República Socialista	Oscar Cifuentes Solar	05-Jun-32	Médico	11 días
República Socialista	Alfonso Quijano Olivares	16-Jun-32	Médico	3 meses y 18 días
República Socialista	Javier Castro Oliviera	04-Oct-32	Médico	2 meses y 20 días
Arturo Alessandri P.	Horacio Hevia Labbé	24-Dic-32	Abogado	4 meses y 15 días
Arturo Alessandri P.	Alfredo Piwonka Jilabert	08-May-33	Ingeniero	11 meses y 11 días
Arturo Alessandri P.	Luis Salas Romo	19-Abr-34	Abogado	1 año, 4 meses y 7 días
Arturo Alessandri P.	Javier Castro Oliviera	26-Ago-35	Médico	5 meses y 25 días
Arturo Alessandri P.	Joaquín Prieto Concha	20-Feb-36	Abogado	10 meses y 26 días
Arturo Alessandri P.	Eduardo Cruz-Coke	15-Ene-37	Médico	1 año, 8 meses
Arturo Alessandri P.	Luis Prúnes R.	15-Sep-38	Médico	3 meses y 9 días
Pedro Aguirre Cerda	Miguel Etchebarne Riol	24-Dic-38	Médico	9 meses y 4 días
Pedro Aguirre Cerda	Salvador Allende Gossen	28-Sep-39	Médico	2 años, 6 meses y 5 días
Juan Antonio Ríos M.	Eduardo Escudero Forrastal	02-Abr-42	Médico	4 meses y 15 días
Juan Antonio Ríos M.	Miguel Etchebarne Riol	15-Ago-42	Médico	5 meses y 20 días
Juan Antonio Ríos M.	Jerónimo Méndez Arancibia	04-Feb-43	Médico	4 meses y 3 días
Juan Antonio Ríos M.	Sótero del Río Gundián	07-Jun-43	Médico	2 años y 8 meses
Juan Antonio Ríos M.	Juan Garafulic Dubracic	03-Feb-46	Médico	7 meses y 3 días
Juan Antonio Ríos M.	René García Valenzuela	06-Sep-46	Médico	1 mes y 28 días
Gabriel González Videla	Fernando Claro Salas	03-Nov-46	Abogado	5 meses y 13 días
Gabriel González Videla	Manuel Sanhueza Morales	16-Abr-47	Médico	3 meses y 18 días
Gabriel González Videla	José Santos Salas M.	02-Ago-47	Médico	11 meses y 10 días
Gabriel González Videla	Guillermo Varas Contreras	07-Jul-48	Abogado	1 año, 7 meses y 5 días
Gabriel González Videla	Manuel Aguirre Geisse	07-Feb-50	Abogado	20 días
Gabriel González Videla	Jorge Mardones Restat	27-Feb-50	Médico	2 años, 5 meses y 25 días

Gabriel González Videla	Sótero del Río Gundián	22-Jul-52	Médico	3 meses y 15 días
Carlos Ibañez del Campo	Waldemar Coutts Billiviller	03-Nov-52	Médico	5 meses
Carlos Ibañez del Campo	Eugenio Suárez Orrego	01-Abr-53	Médico	11 meses y 4 días
Carlos Ibañez del Campo	Carlos Vasallo Rojas	01-Mar-54	Abogado	3 meses y 5 días
Carlos Ibañez del Campo	Sergio Altamirano Pinto	05-Jun-54	Médico	7 meses y 5 días
Carlos Ibañez del Campo	Jorge Aravena Carrasco	06-Ene-55		4 meses y 24 días
Carlos Ibañez del Campo	Raúl Barrios Ortiz	30-May-55	Médico	1 año, 1 mes y 4 días
Carlos Ibañez del Campo	Alberto Araya Lampe	04-Jul-56	Médico	1 mes y 24 días
Carlos Ibañez del Campo	Roberto Muñoz Urrutia	27-Ago-56	Médico	10 meses y 25 días
Carlos Ibañez del Campo	Jorge Torreblanca Droguett	18-Jul-57	Médico	1 año, 3 meses y 16 días
Jorge Alessandri R.	Eduardo Gomien Díaz	03-Nov-58	Ingeniero	1 año
Jorge Alessandri R.	Sótero del Río Gundián	29-Oct-59	Médico	1 año, 10 meses y 1 día
Jorge Alessandri R.	Benjamín Cid Quiroz	26-Ago-61	Abogado	2 años y 1 mes
Jorge Alessandri R.	Francisco Rojas Villegas	26-Sep-63	Médico	1 año, 1 mes y 8 días
Eduardo Frei Montalva	Ramón Valdivieso Delaunay	03-Nov-64	Médico	6 años
Salvador Allende Gossens	Oscar Jiménez Pinochet	03-Nov-70	Médico	9 meses y 11 días
Salvador Allende Gossens	Juan Carlos Concha Gutiérrez	14-Ago-71	Médico	1 año, 2 meses y 21 días
Salvador Allende Gossens	Arturo Jirón Vargas	03-Nov-72	Médico	9 meses y 25 días
Salvador Allende Gossens	Mario Lagos Hernández	28-Ago-73	Médico	14 días

Fuente: La lista de los ministros y su duración, Anales de la República. La profesión obtuvo en diversos Diccionarios Biográficos y especialmente en Armando de Ramón, Biografías de chilenos (Santiago:Ediciones Universidad Católica de Chile, 1999).