

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en **Ars Medica, revista de estudios médicos humanísticos**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

# Los médicos, entre la clientela particular y los empleos del Estado, 1870-1951<sup>(1)</sup>

Juan Eduardo Vargas Cariola  
Miembro de Número de la Academia Chilena de la Historia  
Doctor en Historia de América  
Profesor Titular Instituto de Historia  
Pontificia Universidad Católica de Chile

## Introducción

En un estudio sobre la realidad social del cuerpo médico, elaborado por el Dr. Arturo Lois en 1937 (2), leímos que el 90% de dichos profesionales vivía del o de los empleos que desempeñaban en las diferentes instituciones de salud que entonces existían en el país. Ese porcentaje nos llamó poderosamente la atención toda vez que, de acuerdo con nuestras informaciones (3), los médicos que trabajaban en el país a comienzos del siglo XX centraban su actividad profesional principalmente en la atención de su clientela privada. En efecto, los cerca de 1.000 facultativos que se contabilizaban entonces obtenían gran parte de sus entradas de dicho público, si bien ya se apreciaba que una serie de instituciones –de carácter público o privado– proporcionaban atenciones de salud que, en algún grado, comenzaban a menguar la clientela con la que habían contado los médicos durante buena parte del siglo anterior. Así, y partiendo de la base de que ambas informaciones nos aproximan a la realidad laboral del médico, podría indicarse que, en alrededor de 30 años, esta última experimentó un cambio radical.

El objeto de este artículo es proporcionar antecedentes que posibiliten entender esta transformación que se aprecia en la vida profesional del médico. En el fondo, nuestra inquietud se podría resumir en una simple pregunta: ¿por qué los facultativos –no todos, se entiende– optaron por el empleo y no por la clientela particular como medio normal de subsistencia?

El período escogido tiene una cierta lógica historiográfica; esto porque en la década de 1870 se perciben los primeros síntomas del retroceso que comenzó a experimentar el ejercicio liberal de la profesión, y porque da la impresión de que en 1951 los médicos –gracias a la seguridad gremial que les dio el Colegio Médico, y económica que les proporcionó el Estatuto del Médico Funcionario– terminaron por aceptar la condición –valga la redundancia– de médicos funcionarios.

Las fuentes que se consideraron más pertinentes para recoger información sobre el proceso indicado corresponden a aquellas publicaciones que los médicos realizaron para difundir su ideario en materia de salud y sus planteamientos de carácter gremial. En este sentido, resultaron especialmente valiosas la *Revista Médica de Chile*, *La Tribuna Médica*, el *Boletín del Sindicato Médico de Chile*, el *Boletín de Médicos de Chile*, *la Asociación Médica de Chile y Vida Médica*, revista esta última del Colegio Médico de Chile. El hecho de que estas publicaciones hayan sido redactadas por médicos les otorga una cierta dosis de subjetividad, toda vez que –consciente o inconscientemente– sus artículos eran, antes que cualquier otra cosa, una defensa de los ideales e

intereses de ese grupo profesional. Aun así, hemos optado por emplearlas teniendo en consideración que dicha documentación proporciona una cantidad de antecedentes sobre su vida laboral que no se encuentra en otras fuentes, con el cuidado –eso sí– de contrastar algunos de los datos que se recogieron en ellas con lo que otras fuentes, más bien alejadas del mundo gremial de los médicos, ofrecen sobre el particular.

## **1. La clientela, principal fuente de entrada de los médicos, 1810- 1870**

Si pudiéramos reconstruir la realidad profesional de un médico durante la primera mitad del siglo XIX habría que señalar, como una suerte de necesario marco de referencia, que el número de dichos profesionales era notablemente bajo y que su labor, que se encontraba regulada por la autoridad, la realizaba fundamentalmente en las grandes ciudades del país. En el mundo rural, mayoritario entonces, el médico no tenía posibilidades de ejercer su profesión; esto porque – como lo explicaba el Dr. Ricardo Gibbs– ‘en Chile la población... es poquísimamente densa. Las haciendas, las estancias, la enorme área de terrenos fiscales aun baldíos..., hace que entre ciudad y ciudad, entre villa y villa, entre aldea y aldea, entre villorrio y villorrio, median extensos despoblados. Por lo tanto, fuera de las ciudades... no es posible que uno pueda... agrupar varios (pueblos rurales) en que, trasladándose fácilmente... tenga diseminada clientela’ (4)

En cuanto al número, una primera aproximación proveniente del Censo de 1854 indica que se contabilizaban 129 personas con la calidad de médicos y cirujanos (5). Pero, como indica Sol Serrano, lo más probable es que un cierto número de los anteriores hubiera desempeñado oficios relacionados con la salud, y no fueran propiamente médicos formados en la Universidad de Chile (6). Por lo mismo, consideramos que una aproximación más rigurosa al punto que nos ocupa se consigue utilizando la información que procede de la Matrícula sobre Pago de Patentes; esta documentación, como se sabe, proporciona datos sobre el impuesto que, entre otros, debían cancelar anualmente los profesionales que ejercían en el país. Así, y de acuerdo con esa fuente, sabemos que en 1867 tributaban 37 médicos en la ciudad de Santiago, cuya población entonces alcanzaba a casi 170 mil habitantes.

Según el Dr. Augusto Orrego Luco, los médicos de esos años consideraban que ‘el cuerpo médico era para ellos una corporación especial, casi una clase en sociedad. Ese carácter propio se hacía ver hasta en los más frívolos detalles, hasta en el traje que usaban comúnmente’ (7). Es por eso que se vestían ‘ordinariamente de negro o de color oscuro, y todos usaban la levita cerrada de faldones largos y el sombrero de copa alta’ (8). Con esa descripción dicho facultativo se refiere a figuras como Blest, Aguirre, Elguero, Padín, Cox, Sazie y otros, los cuales acostumbraban a hacer sus visitas a caballo y en birlocho más tarde. Por lo general, formulaban sus ‘prescripciones en latín y usaban como pesos y medidas las onzas y las libras. Eran las viejas fórmulas que conservaban los médicos ingleses, que hasta entonces habían predominado entre nosotros’ (9).

¿Cuál era la actividad profesional de esos facultativos? Si seguimos con nuestro ejemplo de la capital, habría que decir que un pequeño grupo desempeñaba funciones docentes en la Universidad de Chile y en los hospitales de la capital. Las remuneraciones que se recibían como

profesor de la Universidad, al menos hasta 1845, no fueron significativas, ni tampoco las que obtenían los médicos que trabajaban en los hospitales (10). Las primeras, sin embargo, tuvieron un incremento a partir de dicho año, a lo que se añadía el beneficio de jubilar, en las mismas condiciones que los demás empleados públicos, después de 30 años de servicio (11).

Según el análisis de Sol Serrano, el sueldo de los profesores de la Universidad de Chile –que era de alrededor de \$1.000 anuales– puede asimilarse a un ‘cargo medio de la administración pública’ y a la renta que obtenía un número significativo (de) agricultores (alrededor de 700) del valle central (12).

De acuerdo con los datos que proporcionan las biografías de los médicos, puede sugerirse que prácticamente ningún médico vivió de sus clases en la Universidad, ni menos de los ingresos que le proporcionaba su labor en un hospital. Las entradas indicadas –incluso sumándolas– solo le posibilitaban un pasar mediano, sencillo y sin lujos. La clientela particular, en cambio, constituía su gran fuente de entradas, siempre y cuando –claro está– dicho profesional contara con ella. Es muy probable que en el período que nos ocupa –con un número de médicos más bien pequeño en Santiago– buena parte de estos profesionales tuviera clientela. Así, por colocar algunos ejemplos, Domingo Gutiérrez, profesor de Clínica Quirúrgica, era médico de la Hermandad de Dolores, y –según se cuenta– ‘tenía una clientela inmensa en los barrios pobres de Santiago’, la que visitaba ‘desde el alba’ hasta el mediodía. A esta hora volvía a almorzar, ‘le daba pasto a su caballo, despachaba sus consultas, y salía después, a recorrer los barrios que no había visitado en la mañana’ (13). El francés Jorge Petit, que llegó al país en 1855, fue profesor de la Escuela de Medicina desde 1861. Su vida profesional se iniciaba a la 7 de la mañana en verano, y media hora más tarde en invierno; a esa hora llegaba al hospital, allí le esperaban los alumnos con los cuales comenzaba de inmediato sus visitas a las salas; posteriormente, recibía a su clientela, después de lo cual, el poco tiempo libre que le quedaba, lo dedicaba al estudio y la lectura de trabajos de medicina (14).

En el caso de Nataniel Cox hay constancia de que ‘muy de mañana estaba en pie y ya el sirviente lo esperaba con el caballo ensillado... El jinete montaba con su traje infalible: pantalón a la rodilla, bota granadera que llegaba hasta esa altura; levita muy ancha y corta; corbata blanca en toda la estación y muy abultada; sombrero negro de pelo, ancho de copa y grandes alas; y como complemento un enorme quitasol de pluma de avestruz, con un grueso mango de un metro de largo. En esta disposición salía el médico a visitar su enorme clientela y algunos conventos de la ciudad’. Regresaba a las 10, se ‘servía el almuerzo’ y luego se retiraba a su pequeña biblioteca. Desde el mediodía y hasta las 2 ‘atendía a los innumerables enfermos que llenaban el patio de su casa’; a continuación, y sin mayor descanso, realizaba una segunda ‘atención domiciliaria’; regresaba a su hogar a las 5, y ‘después de un corto descanso, salía por tercera vez..., siempre a caballo, pero entonces su regreso no tenía hora fija, siendo normalmente desde las 10 de la noche en adelante...’ (15).

Las consultas se pagaban, en teoría, de acuerdo con un arancel fijado por la autoridad. Un decreto del año 1823 fijó en 4 reales el precio de cada visita; el mismo valor se reiteraba en 1831 (16) y 1832, estableciéndose en el caso de este último año que debía ‘respetarse como ley del Estado... el arancel regulador de los profesores médicos que se halla en práctica desde tiempo inmemorial, solo podrán exigirse cuatro reales por cada visita en las enfermedades de medicina,

ocho en las de cirugía práctica (asistencia manual del profesor), y cuatro pesos por la concurrencia a las juntas' (17). Así y todo, tenemos constancia de que los médicos cobraban menos de lo establecido, aceptando recibir, en el caso de enfermos que no contaban con mayores medios, lo que buenamente pudieran cancelarles (18).

A la regulación mencionada se agregó el deber que se impuso a 'los profesores, bajo juramento,... de curar sin el menor interés a todos los indigentes, como lo dispone el parágrafo 1º, cap.13 de las ordenanzas de su instituto, cuyo cargo incumbe también por las leyes a todas las profesiones exclusivas' (19) y, a partir de 1846, la obligación de un turno semanal 'para el servicio de los enfermos durante la noche', debiendo el Protomedicato 'dar semanalmente una razón del nombre de los médicos y de los lugares de su residencia, a todas las boticas, para que éstas lo pongan en noticia de los que les necesitaren' (20).

Así la autoridad, como venía ocurriendo desde el período español, controlaba estrictamente el ejercicio de la profesión de médico: imponiendo turnos, exigiendo atención gratuita para los pobres y, sobre todo, fijando un arancel que era prácticamente el mismo que se aplicaba desde antes de 1810. El problema radica en intentar saber si en esas condiciones los médicos –el puñado que trabajaba en Santiago– podían amasar una cierta fortuna o si, por el contrario, estaban condenados a vivir con entradas que les permitían poco más que satisfacer sus necesidades fundamentales.

El problema planteado es extraordinariamente difícil de resolver. En primer lugar, porque es muy posible que hubiese médicos a los que no les interesara obtener ingresos más allá de lo necesario para vivir con austeridad y sencillez. Pero, sobre todo, porque no se conocen antecedentes sobre las entradas de esos profesionales, que permitan establecer sus posibles ganancias, la evolución de las mismas y el capital –modesto o significativo– que podían reunir en el ejercicio profesional. Según *El Independiente*, 'al principio... (las entradas de los médicos y abogados) brindaban a sus aficionados con rentas nada despreciables y con honores más halagüeños' (21). Esta aseveración, que la hacía dicho diario en 1874, significaría que 'al principio', en las décadas de 1840 y 1850, dichos profesionales habrían estado en condiciones de acumular capitales importantes. Así por lo demás lo confirmaría el hecho de que abogados como Manuel Antonio Tocornal y Manuel Carvallo -figuras respetables del foro nacional- amasaron en esos años interesantes fortunas (22), y que médicos como Domingo Gutiérrez (23) y Nataniel Cox alcanzaron metas semejantes a lo largo de su vida (24).

En el caso de los médicos, a fin de aproximarse al asunto indicado, tuvimos la idea de revisar los testamentos de esos profesionales. Pero, teniendo en cuenta que dicha fuente nos mostraba el término de una vida –y después de comprobar que hubo médicos que fallecieron habiendo perdido los bienes que habían acumulado (25) – preferimos prescindir de una información que era más útil para mostrar el final económico de una vida profesional que para iluminar acerca de los ingresos que ofrecía su ejercicio.

Una segunda vía documental para resolver dicha interrogante nos pareció que podía ser la consulta de los libros de cuenta de un profesional. Nuestros conocimientos de los libros de algunos abogados, en los que anotaban el nombre del cliente, el juicio o tarea que se le había encomendado, y los pagos que se hacían por ellos (26), nos inducían a pensar que los médicos

podían haber utilizado algo parecido para ordenar su vida laboral. Pero nada semejante hemos encontrado sobre los médicos, siendo muy posible que su ejercicio profesional –constituido fundamentalmente por consultas que se pagaban al contado– hiciera innecesario el control que sí debía tener un abogado que muchas veces recibía sus emolumentos –en el caso de los juicios– cuando no cabían nuevas apelaciones y los tribunales habían redactado la sentencia definitiva; esto es, después de un largo tiempo.

Sin libros, y sin poder echar mano a los testamentos, tuvimos la suerte de tener acceso a la información que proporciona Antonio Barrena Lopetegui sobre el Dr. Cox. Su testimonio parece bastante confiable, toda vez que proviene de quien vivió con dicho facultativo el año 1835, tuvo cariño por él y su familia, y observó de cerca su actividad profesional. Recordemos que Barrena Lopetegui narra que dicho facultativo salía todos los días ‘muy de mañana’ y que a las ‘diez de la mañana estaba de vuelta’. En ese momento –agrega– se ‘apeaba en el corredor’ y llamaba a su señora, diciendo: ‘¡Javiiiiita! Ambos entraban al comedor y don Nataniel vaciaba sus bolsillos del pantalón sobre la mesa y decía...: cuenta Javierita. Esta contestaba: cinco, seis o cuatro pesos, y don Nataniel volvía a decir: bien Javierita, guarda’ (27). De acuerdo con lo que expresa dicho testigo, el Dr. Cox reunía no menos de 25 pesos diarios, ‘advirtiendo –añade– que siendo tan caritativo no cobraba a los pobres o, más bien, recibía lo que buenamente le daban, y en muchos casos sucedía lo contrario al pasarles dinero para que comprasen medicinas’ (28).

‘No es de extrañar que con tal entrada en aquellos tiempos de abundancia y consiguiente baratura –continúa nuestro informante– don Daniel (sic) formara una buena fortuna. Así fue y la aprovechó bien, haciéndose dueño primero de la valiosa propiedad en que vivía, después de un excelente fundo en San Bernardo y luego a este último lo pobló con ganados que negociaba en engorda. Recuerdo que una tarde en la hora de comida, don Nataniel preguntó a su señora: ¿Te acuerdas Javierita a cuánto ascendía nuestra fortuna cuando nos casamos?, y ella contestó: No puede olvidarse una suma tan escasa y redonda. Tú tenías dos mil pesos y yo recibí igual suma de patrimonio, a lo cual don Nataniel concluyó: Pues bien Javierita, hoy (1835) somos dueños de doscientos mil pesos y algo más...’ (29). A comienzos de la década de 1840, cuando el Dr. Cox experimentó un serio traspie económico, formaban parte de sus bienes una casa en la calle Duarte, 2 casas en la Chimba, una quinta en la calle Santa Rosa, una chacra de 830 cuadradas, a 4 leguas y media de Santiago, y una hacienda de 2.000 cuadradas en Chanco (30).

Es difícil que todos los médicos de Santiago alcanzaran metas semejantes. Hay que tener en cuenta que 200.000 pesos era una gran fortuna, solo comparable con la de algunos mercaderes de Valparaíso (31) y con la de algunos mineros –no los más prósperos– del norte del país (32). Desde la perspectiva de este artículo, lo interesante es que esa fortuna la obtuvo esencialmente de su clientela particular, y que esta estaba formada por miembros de la elite, sectores de la clase media e, incluso, pobres, que pagaban lo que “buenamente” podían.

El Dr. Cox era extranjero y gozaba de gran prestigio, lo que posiblemente lo situaba ante la clientela en una posición superior a la que tenía buena parte de sus colegas. Aún así, puede afirmarse que estos últimos, al menos en la primera mitad del siglo XIX, también estaban en condiciones de reunir un capital significativo en el ejercicio profesional, con seguridad inferior al conseguido por el Dr. Cox, pero suficiente para vivir con tranquilidad y sin mayores sobresaltos (33).

## 2. Primeras mermas en la clientela, 1870-1924

En un artículo de *El Independiente*, escrito en 1875, se sostenía que ‘al principio’ los abogados y los médicos habían obtenido ‘rentas nada de despreciables’. Pero –agregaba dicho periódico– ‘más pronto la competencia hubo de hacer bajar el precio de los honorarios de médicos y abogados; y tras ello se vino el amenguamiento del honor que tales carreras reportaban’ (34).

Coincidiendo con esta afirmación el Dr. Germán Schneider pedía, en el mes de agosto de 1878, que la Facultad de Medicina convocara a un congreso a fin de, entre otras cosas, ‘llamar la atención o dar consejos a los padres de familia sobre el estudio de la medicina. El ejercicio de esta profesión, como medio de subsistencia -sentenciaba- tiene perspectivas poco halagüeñas’ (35). Pocos días después, dicho facultativo disertaba sobre el mismo tema en la Facultad de Medicina, oportunidad en la cual volvía a insistir en el ‘porvenir precario que espera a los médicos por el gran número de estudiantes que se dedica a la profesión, y que son ya más de trescientos’. Ante esta situación ‘creía que debe sacárseles del error para que más tarde no sea más grande el desengaño’ (36). Durante la discusión que se suscitó a raíz de esta intervención, el Dr. Díaz propuso como solución que los médicos se emplearan ‘en las provincias y en la marina’, se dedicaran a la literatura o escribieran en un periódico (37).

Años más tarde, en 1885, el Dr. Ricardo Gibbs insistía en los problemas profesionales que afectaban a los médicos (no todos, desde luego) del país. Al igual que el Dr. Schneider, calificaba de ‘angustiosa (la) situación económica de tanto joven que se ha sacrificado haciendo una penosa labor de estudios preparatorios y profesionales y que no gozan ni de la centésima parte de la renta de que debieran gozar’ (38). Y a continuación formulaba la siguiente advertencia: ‘Es un grave error el que cometen los padres de aquellos hijos que, apartándolos del camino positivo a que pudieran conducirlos con verdadero provecho para su porvenir..., los hacen emprender la carrera de medicina que no necesita ya, al menos actualmente, de tan excesivo número de sacerdotes y de apóstoles del ministerio que se encarga del alivio de las dolencias humanas’ (39).

Los testimonios reunidos parecen suficientes para sugerir que, a partir de la década de 1870, la situación económica de los médicos comenzaba a ser más complicada que la que tuvo ese puñado que trabajó en Santiago y otras ciudades en la primera mitad del siglo XIX. Es cierto que hubo algunos que en el último tercio del siglo XIX acumularon fortunas en el ejercicio de la profesión. En este sentido, podrían citarse como ejemplos al obstetra Adolfo Murillo (40) y al Dr. Carlos Charlín; este último, según, Orrego Luco, reunió los medios para ‘levantar un palacio suntuoso en la Alameda; ... construir en el Parque Cousiño una gran clínica, y sobre todo,... (para) atravesar la ciudad en su elegante carruaje con el aire triunfal de un célebre y afortunado cirujano’ (41). Pero los anteriores parecen casos excepcionales. Porque los más –si le damos crédito a los llamados de médicos como Schneider y Gibbs– se quejaban de que no podían vivir dignamente del ejercicio de la profesión (42).

¿Por qué la vida profesional del médico le generaba menos entradas que antes? Hay varias razones que pueden sugerirse para explicar esta situación, todas ellas relacionadas con la disminución que experimentó la clientela con respecto al período anterior.

Un primer factor que influyó en tal sentido fue el hecho de que el número de médicos creció más rápido que la población; esto trajo consigo la disminución –al menos en teoría– de la cantidad de clientes con la que podían contar esos profesionales. El Dr. Ricardo Gibbs, al referirse a este hecho, no trepidaba en afirmar que en el país había un "exceso" de médicos. ‘Hemos llegado a una época –decía en 1885– en que el número de médicos residentes en Chile... excede al que requiere el país para la asistencia profesional de los enfermos’ (43). Sabemos que dicho año se contabilizaban 130 médicos en la capital, después que 20 años antes, como se dijo, solo se contaban 37. Este aumento –de casi 3 veces– era bastante superior al que había experimentado la población de Santiago, que en ese lapso sólo creció alrededor de un 50% (44). En la práctica, esto significaba que la proporción de un médico por 4.594 habitantes, que existió en los años del Dr. Cox, se había reducido a uno por cada 1.822. El proceso no se detuvo en los años siguientes, toda vez que a comienzos del siglo XX la proporción se había reducido, en dicha ciudad, a 1.000 habitantes por médico.

Un segundo problema que contribuyó a disminuir la clientela se originó porque parte de esta última –aquella constituida principalmente por sectores medios y bajos– comenzó a tener atenciones de salud que proporcionaban –a bajos precios o gratuitamente– las organizaciones mutualistas, las dispensarías y hospitales, y las instituciones de caridad. En la época del Dr. Cox ninguna de las anteriores había adquirido la importancia que tendrán a partir del último tercio del siglo XIX. A modo de ejemplo, podemos mencionar que las organizaciones mutualistas de Santiago contaban en 1912 con un total de 17.951 miembros (45). Estos –entre los que se contaban a obreros, artesanos y empleados– eran atendidos por médicos contratados por la respectiva mutual, a los que les cancelaban honorarios más bajos que los que normalmente se le cobraban a un particular (46).

A dicha cifra hay que agregar el impresionante número de pacientes que acudía a las dispensarías. Estas, que eran una suerte de policlínicos, funcionaban en promedio 4 días de la semana en Santiago, durante una hora y media diaria. En 1908, atendieron a cerca de 80 mil personas en la capital (47) y a 539.639 ocho años después (seguramente varias veces a un mismo paciente) (48). Según el Dr. Lucas Sierra, esta última cifra significaba que a cada enfermo se le había dedicado alrededor de 30 segundos. ¿Qué podía hacer el médico en ese tiempo, se preguntaba dicho facultativo? Solo prescribir una medicina para aliviar algo al paciente, era su respuesta, sin que pudiera diagnosticar ni menos tratar la dolencia como correspondía (49). Con todo, y este es el punto que nos interesa subrayar, el público que recurría a las dispensarías, al igual que el de las mutuales, estaba en condiciones de prescindir –al menos en gran medida– del médico particular.

Se suma a las cifras anteriores el número de enfermos que se internaba en los hospitales de Santiago, la mayoría de los cuales, como se sabe, no cancelaba los servicios que recibía; éstos, que en su mayoría carecía de medios, alcanzaron a 34.258 en 1908 y a 42.147 en 1916 (50). Es cierto que estos pacientes nunca habían pagado. Pero también lo es que, en la medida que los servicios hospitalarios tuvieron una capacidad mayor, pudo atenderse en ellos un cierto número que antes recurría al médico particular. ¿Es posible pensar que las atenciones de las mutuales y hospitales –cuyo público era más bien cercano a la clase media y al mundo popular– afectaron a la clientela de los médicos? En este sentido hay que tener en cuenta que la clase baja urbana, tal como había ocurrido durante los años en que ejerció el Dr. Cox, parece estar en condiciones –al



menos ocasionalmente— de solicitar los servicios de un médico. Téngase en cuenta al respecto que el estudio de Guillermo Eyzaguirre y Jorge Errázuriz, que ilustra sobre la vida obrera de una familia de Santiago, indica que entre 1901 y 1902 sus miembros (se trataba de un matrimonio y siete hijos) acudieron cinco veces a la dispensaría, y que en ese mismo período pudieron comprar los remedios que les recetaron y pagar, ante una necesidad extrema, la visita nocturna de un médico (51).

Es cierto que un caso no permite ninguna generalización. Pero, si se tiene en cuenta que en 1924, cuando se promulgó la ley que establecía la Caja del Seguro Obligatorio, los médicos reclamaron porque dicha institución les restaba su clientela compuesta por obreros, habrá que convenir que parte del mundo de los trabajadores, con todas las excepciones que se quieran, parece seguir formando parte de la clientela particular con que contaban los médicos.

Da la impresión de que los médicos, ante las dificultades económicas que les provocó la disminución de su clientela, optaron por dos vías para resolver estas dificultades: tratando de conseguir empleos y disminuyendo el valor de sus servicios. Respecto a los primeros, puede sugerirse que para muchos facultativos, desde fines del siglo XIX, resultó atractivo disfrutar de un cargo en el Ejército o la Marina, o ser ‘médico de ciudad’, por mencionar algunos cargos. Con todo, hay que reconocer que el número de empleos en este período fue relativamente bajo, representando una posibilidad solo para los pocos médicos que, por méritos o influencias, estaban en condiciones de acceder a ellos.

Un ejemplo interesante de este interés por los empleos lo proporciona el Dr. Federico Puga Borne. En 1882, cuando contaba con 26 años de edad, se instaló en Valparaíso, después de servir como cirujano del Ejército de Operaciones en el Perú (52). En ese puerto se desempeñó como cirujano de las salas militares del Hospital San Juan de Dios y médico de la ciudad (53), además de rector suplente y profesor de ciencias naturales del liceo (54). Lo sugerente es que en 1883 Juan de Dios Merino, amigo del Dr. Puga Borne y del presidente Santa María, se empeñaba para que dicho facultativo (que posiblemente le solicitó esa intervención) fuera designado como Cirujano de la Armada. Con tal propósito le escribió al Primer Mandatario, quien le contestó, con una franqueza política que parece muy propia de su carácter, lo siguiente: ‘Aprecio como Ud. a Puga Borne. Es un joven de porvenir, serio, inteligente y honrado. Más que Cirujano de Marina querría que se quedase donde está, si tuviese aquí una colocación que ofrecer a E. (Eduardo) de la Barra. Pero (el Dr.) Villanueva no ha jubilado, y yo le rogaría que no jubilara y que así lo publicase por todos los diarios de Chile, y aun por los europeos. *Se calmarían los médicos y me dejarían en paz. Desde hace un mes me acosan a empeños y creo que tengo algún compromiso, si registro mis apuntes. Dejemos a Puga para mejores cosas, pero ayúdeme a pedir a Dios porque Villanueva se mantenga sano. ¡Qué furor de empleos! Pero ¿lo ha notado Ud.?* (55) Quiebra un individuo, se le procesa y se hace pobre: debería en consecuencia ir a sembrar papas; pero ni a él ni a sus padrinos se les ocurre tal cosa, sino en convertirse en empleado público, en Ministro Tesorero por lo menos. Estoy agotado de quehaceres y molestias. Por eso no le he escrito. Y la Señora (56), ¿buena ya? Su amigo D. Santa María’ (57).

Más diplomáticamente, el Ministro del Interior respondía a otra solicitud de empleo —en este caso de un flebotomo para ser contratado en el Hospital de Curicó—, diciendo: ‘El Gobierno no se cree... obligado a proporcionar ocupación a individuos a quienes ha dado ya una instrucción

profesional gratuita, que los coloca en aptitud de ofrecer libremente sus servicios al público' (58).

Un segundo camino que pusieron en práctica los médicos –pensamos que la mayoría– para hacer frente a sus dificultades económicas fue conseguir clientela rebajando lo más posible sus tarifas. Sobre el particular hay que tener en cuenta, en primer lugar que, desde la promulgación del Código Civil, el ‘honorario de los servicios médicos, lo mismo que el de las demás profesiones científicas, debía ser regulado por el convenio de los interesados o en su defecto por la costumbre’. De esta manera, dicho código derogaba el ‘antiguo sistema de las tasas legales sancionado en las legislaciones de otros siglos’, y los decretos de 1831 y 1832 (59), y permitía que los médicos cobrasen lo que estimaran prudente.

Los facultativos debían fijar sus honorarios teniendo en consideración los ‘servicios prestados y la fortuna del que lo ha recibido’ (60). Pero la práctica dejó en evidencia que el valor de las prestaciones presentaba variaciones, las que se derivaban del mayor o menor prestigio del facultativo y –sobre todo– de los valores reducidos que cobraban algunos médicos a fin de asegurarse un cierto número de pacientes. Una publicación, refiriéndose a este punto señalaba, a comienzos del siglo XX, que en la capital y en otras 2 ciudades importantes del país (Valparaíso y Concepción, seguramente) ‘se hace... lucha de todo género, la competencia, no reglada por lazos de confraternidad, desmejora la situación profesional’ (61). El mismo planteamiento se reiteraba poco tiempo después, haciéndose un llamado para que se siguiera el ejemplo de Suiza, donde se habían ‘establecido tarifas para el médico que lo coloca en condiciones de asegurar una vida medianamente cómoda a sus familias’ (62).

Los médicos con más prestigio percibían entre \$ 10 y \$ 20 por consultas en su oficina, o por las visitas que efectuaban a la casa un enfermo; estos honorarios les permitían embolsarse rentas anuales de \$10.000, aproximadamente. Pero los médicos que, por las razones indicadas, cobraban aranceles más bajos –ciertamente la mayoría– conseguían una ‘renta media... muy modesta’ (63). Este hecho permite sugerir que los honorarios reducidos no parece que representaron una solución económica, y que solo muy pocos pudieron vivir con holgura de sus pacientes. Que el problema no era solo chileno lo demuestra el hecho de que en Buenos Aires, también por las limitaciones del mercado, buena parte de los médicos que trabajaban en dicha ciudad no obtenía entradas suculentas en el ejercicio de su profesión (64).

En cualquier caso, el hecho que conviene subrayar es que los médicos de nuestro país vivían, en las primeras décadas del siglo XX, de su clientela, o, si se quiere, del ejercicio liberal de la profesión. Unos bastante bien y otros –los más–, solo regularmente. Los que tenían cargos –en realidad unos pocos– no recibían ingresos que les permitieran prescindir de una clientela que, a esas alturas, y al igual que en el siglo XIX, estaba compuesta por la elite, sectores de la clase media y parte de la clase baja.

### **3. La ley 4.054 y su efecto sobre la clientela**

Es curioso observar que una ley que fue promovida por un médico, el Dr. Exequiel González Cortés, encontrara una seria resistencia entre la mayoría de sus colegas. Observando sus acciones y declaraciones, se aprecia que dicha oposición nacía del temor de que esa disposición, además

de debilitar la tradicional relación entre médico y paciente, les restaría una cantidad significativa de potenciales clientes. Los médicos, ante esta delicada situación, estimaron que debían organizarse sindicalmente, algo que jamás había ocurrido y que reflejaba el deseo de encontrar un medio eficaz para resolver una cuestión que estimaban de la mayor gravedad.

Así, en noviembre de 1924, 2 meses después de la promulgación de la ley 4.054, nació en Valparaíso el Sindicato de Médicos de Chile (65). El doctor Hugo Grove, su presidente, declaraba que las motivaciones que habían tenido los profesionales porteños para fundarlo eran ‘indudablemente intereses económicos. Pero esta cuestión está ligada... a la moral profesional. Son cuestiones de tal afinidad y relación que no pueden separarse. En otros términos, el Sindicato se ocupa de todo lo que atañe al médico y a la colectividad médica, menos de cuestiones científicas’ (66).

Uno de los primeros pasos que dio el Sindicato de Médicos de Chile fue representar a la Junta Central del Seguro Obligatorio (67) su propósito de ‘defender los intereses económicos de sus asociados’, alrededor de 400 en diciembre de 1925 (68); explicitando su postura añadía que ‘esta defensa consiste... en organizar la ley, de aplicación desconocida, en forma de que no produzca los inconvenientes que ha presentado en otros países;’ por lo mismo, solicitaba ‘que el Consejo Central declare que el desenvolvimiento de la ley, en el terreno de la práctica, debe hacerse de acuerdo con el Sindicato de Médicos de Chile, con el que tomaría acuerdos de carácter general’ (69).

En marzo de 1926 se celebraba en Valparaíso el Primer Congreso Médico Sindical (70). El doctor Lautaro Ponce, al referirse a la ley 4.054, hacía presente que ‘fue aprobada en medio de una crisis violenta de nuestras instituciones. La ley no fue objeto de estudio de parte del Congreso... Adolece, en consecuencia, de graves defectos... Los tiempos anormales que dieron luz a la (ley) causa y razón del poco respeto que merece... La ley tiene que ser ecuánime, dar a los asegurados lo que desea en las mejores condiciones, y permitir que el trabajo de los médicos sea igualmente respetado. Desde que empezamos nuestras actividades sindicales hemos dicho y repetido que si se pretende asegurar a los trabajadores manuales no se debe perjudicar a los trabajadores intelectuales, que son los médicos. Por estas consideraciones –agregaba– propongo esta primera conclusión: Este Congreso médico sindical acuerda pedir que se rehaga la ley en su totalidad’ (71).

Las objeciones de los médicos a la ley 4.054 tenían como fundamento el hecho de que los asegurados, al comenzar a recibir atenciones de salud de la Caja, dejaron de formar parte de su clientela particular. El punto es extremadamente interesante, toda vez que deja en evidencia que parte del mundo de los trabajadores, como se dijo anteriormente, estaban en condiciones de pagar a un médico particular. Lo sucedido en Antofagasta es un buen ejemplo de los perjuicios económicos que la Caja causó a dichos profesionales. En dicha ciudad, en efecto, los médicos ‘empezaron a observar la disminución de la clientela en los consultorios’ en los primeros meses de 1926, llegaron a la conclusión de que ‘la clientela que visitaba los consultorios de los médicos de Antofagasta era, en su mayor parte, la que atendía ahora la Caja de Ahorros, dispensándoles los beneficios de la Ley 4.054’ (72).

La primera batalla que dieron los médicos con respecto a la ley 4.054 fue intentar conseguir que el asegurado pudiera consultar, libremente, al médico que estimara conveniente. De esta manera, pensaban, no se debilitaría la tradicional relación entre médico y paciente y, por otra parte, los facultativos no perderían al obrero como cliente. El Consejo del Seguro, que debía resolver esta cuestión, acogió ese punto de vista, y puso en vigencia en Santiago, en el mes de mayo de 1926, la llamada ‘libre elección’ (73).

La segunda cuestión que defendieron, en este caso a través del Sindicato de Médicos de Santiago, fue obtener que el asegurado pagara como honorario \$ 10 por consulta, y \$ 15 por visita (74). El Consejo de la Caja, sin embargo, desoyó esa petición, y fijó en \$8 y \$12 los precios de esos servicios (75).

El sistema de libre elección, sin embargo, no pudo establecerse por mucho tiempo, posiblemente porque la Caja no estaba en condiciones de financiar todas las consultas que solicitaban sus asegurados (76). Sea lo que fuere, el hecho es que en 1927 la libre elección virtualmente no se practicaba, puesto que la Caja había contratado a los llamados ‘médicos asesores’; estos, por un sueldo, atendían a los asegurados y, si lo estimaban conveniente, los derivaban a un médico de libre elección. Pero este procedimiento –que se empleaba en casi todas las ciudades del país– daba origen a graves dificultades entre los ‘médicos asesores’ y los de libre elección, toda vez que estos últimos muchas veces se sentían perjudicados porque –decían– las decisiones que tomaban los primeros tendían a restringir la posibilidad de que fueran consultados (77).

Los nuevos esfuerzos que hicieron los sindicatos para establecer la libre elección no tuvieron éxito, y en 1928 los sistemas indicados –sobre todo el de los médicos asesores– se encontraban cada vez más consolidados. Es posible que el poco éxito obtenido por los sindicatos con respecto a dicho objetivo impulsara al *Boletín Médico de Chile*, en 1929, a formular un llamado para que algún partido estudie la ley de Seguro Obligatorio, asegurando que si ‘presentaba en su programa la derogación de la ley se llevará seguramente los votos de la inmensa mayoría de los trabajadores que comprenden como mediante una ley engañosa se los ha llevado a una minoría de edad... Muchos de nuestros colegas pertenecen a diversos partidos políticos... El prestigio de muchos médicos en la política les permitirá demostrar sin dificultades lo que es del dominio público en el país, que la ley ha experimentado un fracaso formidable y que los asegurados no reciben mejor servicio que los indigentes...’ (78).

Un año después, el *Boletín Médico de Chile* reconocía que las luchas de los médicos para modificar o derogar la ley no habían tenido éxito y que la Caja de Seguro Obligatorio ‘ha querido funcionarizar a los médicos, y lo está logrando. Hay que defenderse. Es una lástima que los médicos, con tantos años de trabajo y de preparación para una carrera liberal, se entreguen por sueldos insignificantes a desempeñar papeles funcionarios... No valía la pena de haber perdido tantos años de vida para llegar a tomar un empleo mal remunerado... Mediten los colegas la situación que les crea la Caja y consideren si cualquier sueldo justifica el papel desairado que se les impone. Si usted ha estudiado medicina, sea usted médico... En todas partes... sea usted médico, vea sus enfermos, haga por ellos más de los que ellos piden, más de los que los enfermos le dan en concepto de honorarios y no sea más que médico’ (79).

El llamado que formulaba el *Boletín*, sin embargo, era poco más que un buen deseo. A estas alturas, en realidad, los médicos tenían claro que cambiar el sistema previsional establecido la clase política era una quimera (80); esto porque habían comprobado que carecían de fuerza gremial para modificarlo (81), y porque no resultaba fácil reemplazar los beneficios de salud que otorgaba a cerca de 900 mil imponentes de la Caja del Seguro Obrero (82), y los que aguardaban los asegurados que comenzarían en los próximos años a jubilar. A lo anterior se agregaba un hecho que analizaremos a continuación: los médicos, empujados por diversas razones, se habían ido adaptando a la nueva situación creada por las cajas, incorporándose como funcionarios que por un sueldo servían en ellas.

Teniendo en cuenta los antecedentes indicados era un sueño pensar que los médicos pudieran modificar la ley 4.054, y recuperar como parte de su clientela privada a los casi 900.000 afiliados con que contaba la Caja del Seguro Obrero a fines de la década de 1920.

## **4. Los empleos, una alternativa a la clientela particular, 1931-1941**

El 7 de junio de 1931 se reunían alrededor de 400 médicos en el Salón de Honor de la Universidad de Chile a fin de echar las bases de la Asociación Médica de Chile (Amech). Uno de los primeros acuerdos de los asistentes fue designar un directorio provisorio, que fue encabezado por el Dr. Armando Larraguibel en calidad de presidente. En su discurso de agradecimiento afirmaba que ‘creía que la razón máxima de esta Asociación está en que los médicos sentimos estrechado nuestro ideal a consecuencia de las leyes y problemas sociales actuales, en donde el médico tiene la peor y más pesada parte. Otrora no era así: el enfermo elegía su médico porque tenía fe en él, fe en sus sentimientos, fe en sus conocimientos, fe en su distinción. Este es el ideal médico. Los tiempos han cambiado. Hoy, el enfermo y el médico no tienen tiempo para comprenderse y amenaza a nuestra profesión el que deje de ser el médico lo que siempre debe ser... por esto es necesaria precisamente la fundación de una Asociación de Médicos para estudiar estos problemas; para saber cuál es nuestro ideal; para defenderlo...’ (83)

En un editorial de la *Revista Médica de Chile*, en el que se saludaba a la nueva institución, se escribía que la ‘finalidad de nuestra profesión... es el resguardo de la salud y la vida... Desde el momento que al médico se le inculcó ese dogma, él ha luchado con todas sus fuerzas espirituales..., por mantenerlo puro y perfecto... Ha debido crearse una situación moral e intelectual que le haga acreedor a esa confianza que no conoce límites, porque es la vida la que se le pide. De esta manera nacía entre el Médico y la Sociedad un saludable consorcio que le aseguraba una retribución necesaria a su sustento, y en estrecha relación con sus dotes profesionales. Pero, desde el momento en que el Estado se abrogó el deber de subvenir a las necesidades sanitarias de su pueblo, financió la empresa con el patrimonio del Médico, y creó para este deberes sin fin. Le colocó frente a frente a la sociedad, de una sociedad que por fuerza de su misma organización ha debido ver en él, no ya al dador voluntario de su capital científico, sino al cumplidor obligado de un mandato que no emana de su propia conciencia. Nacieron de este modo las suspicacias de los que han visto debatirse a este sacerdote en medio de las luchas odiosas que encarna todo proletariado... No hemos sabido presentar un frente al avance de este

nuevo rodaje... Nos debatimos sin tener una cabeza que encuentre las soluciones que consulten los intereses de la profesión con las necesidades de la nueva ideología...’ (84).

La afirmación del Dr. Larraguibel –‘se ha estrechado nuestro ideal’– y la que formulaba dicha publicación, en el sentido de que el médico, ahora, era un simple ‘cumplidor obligado de un mandato que no emana de su propia conciencia’, dejan en evidencia el rechazo que despertaba la funcionarización a comienzos de la década de 1930, y la fuerza que conservaba el ideal del ejercicio liberal de la profesión.

La defensa de este último, como lo dijimos, no tenía mayores posibilidades de éxito, entre otras razones porque un alto porcentaje de los médicos se había convertido en empleados de las cajas y de otras instituciones de salud, tal como queda de manifiesto en el cuadro siguiente:

<b>Empleos de los médicos en 1937 (85)</b>	
<b>Institución</b>	<b>Cantidad de Médicos</b>
Beneficencia	900
Caja Seguro Obrero	600
Servicio de Sanidad	100
Fuerzas Armadas y Carabineros	211
Caja de Empleados Públicos	26
Ferrocarriles	41
Empresa Tracción Eléctrica	12
<b>TOTAL</b>	<b>1.890</b>

De acuerdo con las cifras indicadas, casi el 95% de los médicos desempeñaba algún empleo, y solo 110 –un 5,5%– no tenían ningún puesto en 1937. Según la revista de la Amech, este hecho obedecía a que esos profesionales, ante la creciente reducción de la clientela, habían optado por contratar sus servicios para reemplazar –al menos en parte– las entradas que antes les proporcionaba el ejercicio liberal de la profesión. La afirmación de dicha institución tenía como base el hecho de que, a fines de la década de 1930, 1.845.660 personas (el 41% de la población) recibía atenciones de salud de las cajas, y 2.127.000 habitantes –que representaban el 47%– carecía de medios para pagar una consulta. Así, el 88% de la población del país no visitaría nunca –por lo menos en teoría– a un médico particular; este porcentaje reducía la clientela privada de los médicos a sólo 530.000 personas; esto es, el 11,8% de la población (86).

De acuerdo con esas cifras, que ciertamente son aproximadas, el comentarista de dicha publicación afirmaba que ‘la reducción de una ya escasa clientela libre,... había empujado (a los médicos) a arrendar sus servicios a uno o más patrones, a correr el día entero de un cargo a otro,

para hacerse una renta global compatible con sus necesidades...’ (87). A vivir de los cargos, en otras palabras, toda vez que muy pocos –solo los de más prestigio y un cierto número de médicos de provincias– eran los que podrían obtener sus ingresos de la clientela privada.

Es cierto que la disminución de la clientela empujaba a los médicos a convertirse en empleados. Pero también lo es que hubo otras razones que coadyuvaron a esta profunda transformación laboral que experimentó la vida de esos profesionales. Así, y en primer lugar, mencionaríamos lo que podríamos llamar un factor cultural, entendiendo por tal una actitud que mueve a repetir en nuestro país lo que otros países –a los que se admira o se estima superiores– se realizaba en determinadas materias. En el caso que nos ocupa, hay que tener en cuenta que el facultativo nacional observaba que en Austria, en esos mismos años, el 80% de los médicos pertenecían a las cajas, y el ejercicio liberal se restringía cada vez más; (88) que en Argentina esos profesionales solicitaban (en 1936) que ‘el ejercicio individual de la medicina sea sustituido por el ejercicio colectivo’ (89); que en Inglaterra la ‘crisis económica hacía que cada vez sea menor el ejercicio libre de la profesión y (que) los médicos prefirieran un sueldo burocrático al ejercicio liberal’ (90); y que en la URSS –un mundo que a no pocos médicos criollos les resultaba entonces ejemplar– el ejercicio liberal había prácticamente desaparecido (91). ¿Por qué entonces no aceptar este giro profesional si era la tendencia que, en mayor o menor grado, se presentaba en otros países que eran vistos como verdaderos modelos (Inglaterra, por ejemplo) en materia de salud? ¿Por qué no aspirar a cargos si representaban una suerte de tabla de salvación ante la disminución de la clientela privada que se presentaba en todas partes?

Hay, por último, un asunto de carácter ideológico, el que podría explicarse diciendo que, por razones diversas, los médicos creyeron que sólo el Estado –a través de las cajas u otras instituciones– estaba en condiciones de otorgar salud a buena parte de la población. Los médicos, desde el siglo XIX, eran grandes defensores de la participación del Estado en materia de salud. Pero entonces se trataba más bien de una postura que apuntaba a entregar al Estado la dirección de la salud pública.

En la época que nos ocupa, y sin que se modifique dicho planteamiento, los médicos agregaron la idea de que solo el Estado podía otorgar atenciones de salud a gran parte de la población. Es cierto que un grupo defendía esta postura por sus convicciones socialistas (92). Pero también lo es que los más lo hicieron después que la experiencia les demostró que las políticas de salud, dado su costo y dimensión cuantitativa, solo podían quedar en manos de aquel. En este sentido, hay que recordar que los médicos de la década de 1930 pudieron comprobar que los antiguos métodos para tratar las enfermedades –sencillos y baratos– estaban siendo aceleradamente desplazados por los nuevos métodos de diagnóstico o los modernos tratamientos, ciertamente considerablemente más caros. Ante esta situación, ¿no era lógico pensar que solo el Estado podría financiar la moderna técnica y que, dejando de lado un reducido número de personas, solo la población afiliada a las cajas y a otras instituciones semejantes tendría acceso a la salud?

Los cambios que había experimentado la salud convertían al Estado en la única institución con la capacidad para atender a gran parte de la población, y a los médicos, en los funcionarios idóneos para realizar esta tarea. La clientela estaba muy disminuida y no tenía sentido intentar revivir algo que había casi desaparecido: el ejercicio liberal de la profesión. El problema radicaba en que dichos profesionales pudieron comprobar muy pronto que su nueva situación laboral –la de

empleados– no les permitía vivir con la dignidad a la que aspiraban; esto porque solo los sueldos que se les pagaban –con excepción de los de la caja de Empleados Públicos y Periodistas, y los de la Empresa de Ferrocarriles– eran bajos y no les resultaban suficientes para satisfacer sus necesidades profesionales y sociales.

El cuadro que se inserta a continuación indica la relación entre empleos y sueldos, partiendo de la base que los médicos estimaban que no podían vivir con una remuneración inferior a los \$ 21.600 anuales.

<b>Empleos y sueldos de los médicos en 1937(93)</b>		
<b>Institución</b>	<b>Número de médicos</b>	<b>Sueldos (anuales)</b>
Beneficencia	874	Entre \$ 2.000 y \$ 6.500
	26	12.000
Seguro Obrero	100	6.000
	259	8.400
	56	9.600
	55	10.000
	48	12.000
	42	13.200
	40	15.000
Servicio de Sanidad	100	12.000
Ejército, Marina, Aviación y Carabineros	211	12.000
Caja de Empleados Públicos y Periodistas	7	12.000
	9	18.000
	5	21.600
Ferrocarriles	41	24.000
Empresa de Tracción Eléctrica	12	6000 (94)

Los empleos apuntados les exigían a los médicos una dedicación de 2 horas diarias, con excepción de las 2,5 que debían cumplir en el Servicio de Sanidad. De esta manera, era posible que un cierto número sirviese en más de una de las instituciones indicadas y que, por otra parte, trabajase en la Beneficencia y dedicase algún tiempo, si tenía la suerte de contar con clientela, a la consulta privada (95). Un estudio sobre la cantidad de empleos que desempeñaba un grupo integrado por 100 médicos de Valparaíso (96) deja en evidencia que, a fines de la década de 1930, la acumulación de cargos era algo bastante normal.



Cantidad de médicos por cargos	
Número de Médicos	Cantidad de cargos
10	1
38	2
30	3
15	4
7	5

Teniendo en cuenta que parece algo normal que en ciudades como Valparaíso la mayoría de los médicos desempeñara más de un empleo, puede sugerirse que la acumulación de cargos era un camino frecuente para alcanzar una renta cercana a los \$21.600 que, como se dijo, se estimaba suficiente para tener lo que se llamaba en la época una ‘situación holgada’. ¿Cuántos médicos estaban en condiciones de alcanzar ese nivel a través de sus cargos? Un interesante trabajo sobre la situación económica de los médicos, realizado sobre la base de sus entradas, permite una cierta aproximación al significado que los empleos tuvieron en los ingresos totales de los médicos. Dicho estudio clasifica a esos profesionales en cinco categorías, a saber:

- a.- 200 vivían con ‘holgura’; esto significaba que tenían ‘buena situación’, eran propietarios y tenían automóvil.
- b.- 300 tenían una ‘situación holgada, automóvil y relativa comodidad’.
- c.- 500 ‘vivían al día, no pudiendo economizar’.
- d.- 700 médicos vivían ‘con déficit y dificultades serias para la vida’.
- e.- 300 a 400 no tenían trabajo; estaban en ‘cesantía’ (97).

Es muy probable que los médicos de la categoría *a* no ambicionaran empleos, que muchos de ellos se desempeñaran en algún hospital más bien por razones profesionales, y que sus entradas provinieran fundamentalmente de su clientela privada, la que recurría a ellos atraída por su indiscutible prestigio profesional. Los de la categoría *b*, en cambio, deben de haber dependido más de los empleos (posiblemente más de uno), sin perjuicio de lo cual, y al igual que los anteriores, también deben de haber obtenido ingresos (en provincia, sobre todo) de la clientela que los consultaba. Los médicos de las categorías *c* y *d* parecen ser más dependientes de los cargos que sus colegas de las categorías *a* y *b*, y seguramente contaban con una clientela privada escasa. Los sueldos que recibían en sus cargos eran sus ingresos principales, sin que estas entradas les permitieran vivir con tranquilidad.

La situación profesional del Dr. Manuel Barrenechea podría corresponder a la categoría *c*. En 1934, en efecto, dicho facultativo ejercía en Antofagasta, donde –de acuerdo con sus palabras– ‘los médicos ya no tenemos clientela particular, vivimos de los sueldos que nos pagan la Beneficencia y la Caja de Seguro Obligatorio. Yo, que por mi salud no puedo regresar a Santiago, tengo que vegetar, también a la espera de tiempos mejores’ (98). Un caso más bien

cercano a la categoría *d* sería el Dr. Roberto Infante. En 1930 llevaba un año recibido y se acababa de casar; trabajaba en el Hospital Roberto del Río y en una Gota de Leche, además de desempeñarse como profesor de Ciencias Naturales en un colegio de Santiago. Como ‘los sueldos eran irregulares –nos cuenta– nuestra situación económica (era) difícil, por lo que pensamos irnos a provincia en busca de mejores horizontes’ (99).

Desde el punto de vista de este trabajo lo que interesa subrayar es que los cargos –bien o mal pagados– representaron una solución económica para gran parte del cuerpo médico. Si se tiene en cuenta que este grupo estaba integrado a fines de la década de 1930 por 2.000 facultativos, deberemos convenir que alrededor de 1.500 –esto es, el 75%– obtenía parte importante de sus ingresos, o todos ellos, de los sueldos que percibían como empleados en las diversas instituciones de salud. Que estas remuneraciones fueran bajas –y que cerca del 50% viviera ‘al día’ o con ‘dificultades serias’ no invalida nuestra sugerencia en el sentido de que un alto número de médicos, al reducirse la clientela privada, no tuvo otro camino que emplearse. Esta fue su solución económica al problema planteado por el escaso campo que habían dejado las cajas– y otras instituciones semejantes– al ejercicio libre de la profesión.

## **5. El Estatuto del Médico Funcionario y la consolidación de los empleos, 1941-1951**

Los bajos sueldos que percibían los médicos en sus empleos pasaron a ser uno de los principales problemas que, a partir de la década de 1930, procuró resolver la Amedch. En medida importante, esta situación se originó porque dichos profesionales vieron postergadas sus peticiones, a diferencia de otros gremios que consiguieron los reajustes que solicitaban para paliar el alza que había experimentado el costo de la vida. Así, por poner un ejemplo, el índice de los sueldos de los trabajadores industriales, considerando el año 1942 como 100, alcanzó a 417 en 1950, en circunstancia de que el de los médicos, en el mismo período, solo llegó a 284. En 1950, cuando se comenzó a discutir el Estatuto se calculaba que el médico funcionario recibía alrededor de \$ 1.200 mensuales por hora de trabajo. Esa cantidad –decía el senador y Dr. Eduardo Cruz Coke– ‘es una miseria. De manera que el médico, para poder sostener su familia, necesita trabajar 10 ó 12 horas. Y como esto es imposible, en lugar de una hora trabaja 1 ó 2. Naturalmente, realiza una labor que no es correcta’ (100)

Las gestiones de la Amedch y otras organizaciones gremiales de los médicos para conseguir los reajustes que posibilitaran recuperar, al menos en una cierta proporción, la desvalorización que habían experimentado sus remuneraciones, no tuvieron mayores éxitos. Este hecho explica que dichos profesionales amenazaran, en 1949, con declarar una huelga para presionar a las autoridades a favor de sus peticiones; y que ese mismo año, y después de haber desechado dicho recurso, optaran por realizar algunas ‘paralizaciones parciales’ a fin de –en palabras del Dr. Salvador Allende– ‘golpear la conciencia nacional’ (101).

Es muy probable que esas amenazas hayan resultado decisivas para que el presidente González Videla, y el Dr. Jorge Mardones Restat, su ministro de Salubridad, remitieran en 1950 un proyecto de ley –el que se denominó Estatuto del Médico Funcionario– que mejoraba sustancialmente los sueldos que percibían los médicos. Es interesante agregar que dicho proyecto

se elaboró sobre la base de un estudio que había hecho el Colegio Médico, y que fueron sus miembros los que redactaron las disposiciones del mismo. El Ejecutivo, en suma, se limitó a hacer lo suyo, enviándolo al Parlamento para su posterior tramitación **(102)**.

¿Qué decía dicho proyecto? En primer lugar, señalaba que por médico funcionario se entendería a ‘todo médico cirujano... que preste servicios profesionales en la Administración Civil del Estado o en cualquiera institución fiscal, semifiscal, municipal, de Beneficencia Pública, de administración autónoma o particular en calidad de empleado sujeto a sueldo mensual y en cargos para cuyo desempeño se requiere o exige el título profesional’ **(103)**. En segundo término, y esto era lo fundamental, el proyecto establecía un aumento significativo en los sueldos de los médicos funcionarios.

Respecto a este punto, y sin entrar en los detalles de las escalas de sueldos que se fijaron, interesa subrayar que se otorgó un valor de \$ 2.760 a la hora mensual; esta cantidad importaba un aumento, con respecto al promedio que se pagaba hasta entonces, de un 125%. De acuerdo con este reajuste, el médico que tenía un contrato por 6 horas diarias, que era el máximo que podía desempeñar según el proyecto, obtenía un sueldo mensual de \$16.560. Sobre esta cantidad, que se denominaba sueldo base, dicho profesional recibía aumentos quinquenales, los que le permitían, después de 25 años, percibir \$ 33.040 mensuales **(104)**. Es interesante consignar que dicha cantidad se calculó teniendo en cuenta que un médico, con 30 años de edad, con 3 de profesión, casado y con 2 hijos, necesitaba para vivir modestamente \$ 16.150 al mes **(105)**. A modo de comparación, resulta interesante consignar que esta suma –que era la remuneración base de los médicos– era la misma que recibía un funcionario que, después de servir prácticamente toda su vida al Estado, ocupaba el primer grado de la escala de sueldos de la Administración Pública **(106)**.

El senador Elías Lafertte, al justificar su voto favorable al proyecto, explicó que la medicina liberal ‘ha sido cada vez más absorbida por las cajas de previsión’ y que, por lo mismo, los médicos ‘han visto totalmente reducido el ejercicio privado, y con salarios muy escasos para cubrir sus necesidades más imperiosas’ **(107)**. Salvador Allende, por su parte, ratificaba este punto de vista afirmando que el ‘90% o más de los médicos chilenos viven como funcionarios de organismos estatales, entidades semifiscales, organismos autónomos o empresas particulares’ **(108)**.

El Dr. Mardones Restat, por su parte, en su defensa del proyecto, anotaba que en un comienzo, cuando nacieron las cajas, los médicos habían sido bien remunerados. Pero que sus salarios, con el correr del tiempo, se habían deteriorado, ante lo cual el facultativo se había visto obligado a desempeñar varios empleos para obtener las entradas suficientes para vivir sin mayores problemas. Ante esta situación, la idea de los redactores del proyecto era de que los médicos vieran incrementados debidamente sus sueldos, de manera que pudieran dedicarse sin mayores problemas a servir en sus empleos, los que tendrían una jornada diaria máxima de 6 horas. Esta exigencia laboral –que ciertamente era inferior a la que tenían la mayoría de los empleados,– la justificaba haciendo alusión a la ‘tensión psicológica permanente’ en la que el médico desarrollaba su actividad profesional **(109)**, y a la necesidad de que este tenía de contar con tiempo libre para ‘mantenerse al día en sus conocimientos profesionales’ **(110)**.

Concluía su intervención diciendo que el Estado debe remunerarlo adecuadamente porque el ‘ejercicio profesional libre ha ido desapareciendo e irá desapareciendo; probablemente..., veremos la extinción de este ejercicio liberal hasta un grado muy pequeño... No está buscando el Gobierno, ni tampoco el Colegio Médico... una situación de granjería para un determinado sector, sino que tanto el Gobierno como el Colegio Médico desean que el propio Cuerpo Médico se sienta con los elementos necesarios para servir eficientemente a la colectividad’ (111).

Cerrado el debate, el proyecto resultó aprobado por una amplia mayoría. (112)

Como era dable esperar, la promulgación de la ley que daba vida al Estatuto fue celebrada por los médicos como una gran conquista. Así *Vida Médica* señalaba que el 17 de diciembre de 1951 –fecha en que había sido publicada en el Diario Oficial– era una ‘fecha que no podrá olvidarse fácilmente. Marca el término de 5 años de lucha, constante, tenaz, venciendo toda clase de obstáculos... (Fue necesario) convencer que si esta Ley dejaba a los Médicos en situación de trabajar con honestidad y vivir con cierto desahogo, también (los obligaba a) una etapa de superación... Ha nacido una ley de positivos beneficios para el Médico. Se ha logrado el reconocimiento de derechos de un gremio injustamente postergado. Crea también deberes y la obligación a los médicos de responder a quienes han puesto su fe en ellos y a quien luchó sin desmayos por conseguir tan justo triunfo: el Colegio Médico’ (113).

Al poco tiempo, sin embargo, se pudo comprobar que las esperanzas que se depositaron en el Estatuto eran casi una quimera; esto porque los nuevos sueldos no significaron la mejoría económica que los médicos aguardaban. El desencanto caló hondo porque, como decía un artículo que firmaba ‘un desilusionado galeno’ en 1952, ‘el dulce aroma socializante del Estatuto del Médico Funcionario embriagó mi espíritu... Por fin adquiriría el derecho a comer y a reposar tranquilo... Hasta el lejano horizonte se veía iluminado por una tranquilizadora jubilación... Y ya corrido casi el año de medicina funcionaria, aquí estamos, igual que antes, o peor que antes. El Estatuto no ha cambiado nada... Circulan los nombres de quienes aparecían sólo el día de pago... Este espectáculo poco edificante y el de los médicos corriendo presurosos de oficina en oficina, con legajos de papeles y de certificados bajo el brazo, olvidados muy a su pesar de los enfermos, nos hacen añorar... los días en que nuestra actividad dependía más de nosotros mismos que de este rodaje deshumanizado’ (114).

Pero la historia de por qué el Estatuto no satisfizo sus aspiraciones es otra historia, no la que hemos querido narrar en este artículo.

## Sugerencias finales

Si volvemos a nuestra pregunta inicial –por qué los médicos –no todos, se entiende optaron por el empleo y no por la clientela particular como medio normal de subsistencia,– deberíamos responder que esa opción laboral se explica por la pérdida de significación que experimentó la clientela como primera fuente de entradas para esos profesionales. Este proceso se puso en marcha desde que diversas instituciones –vinculadas al Estado o a la iniciativa privada– comenzaron a proporcionar atenciones de salud a un público que, cuando no existían las anteriores, no tenía otro camino que recurrir al médico particular para curar sus dolencias. El proceso que comentamos se inició a fines del siglo XIX, y se aceleró cuando la Caja del Seguro

Obrero –y otras instituciones semejantes– comenzaron a otorgar, a través de médicos funcionarios, servicios de salud a obreros y empleados, muchos de los cuales habían formado parte hasta entonces de la clientela particular de los médicos.

La defensa de los médicos ante la falta de clientela fue convertirse en empleados, en las cajas y en otras instituciones estatales que les ofrecieron puestos para desempeñar sus funciones. El hecho de que el 90% de esos profesionales, a fines de la década de 1930, ocuparan cargos en las anteriores, refleja la significación que tuvo para ellos el empleo como fuente laboral. Convertidos en funcionarios, y convencidos de que gran parte de la población no tenía otra alternativa que recibir del Estado atenciones de salud, los facultativos lucharon, a través de sus organizaciones gremiales, por conseguir las mejores condiciones económicas posibles en sus lugares de trabajo. Como se vio, el Estatuto del Médico Funcionario les otorgó remuneraciones y condiciones laborales muy superiores a las que tenían hasta entonces. Casi excepcionales, podría decirse, al menos en comparación con las que tenían un buen número de los empleados del Estado.

Así el Estado pasó a ser una suerte de refugio económico para los médicos, si bien hay que reconocer que también para los anteriores el Estado tuvo una significación ideológica, entendiendo por tal –como se ha puesto de manifiesto en otros estudios– (115) su convencimiento de que solo aquel contaba con la organización y los recursos para llevar a la práctica las políticas de salud que la población requería. Sin Estado no había salud y sin médicos el Estado no podía cumplir ese primordial objetivo social.

Esta mezcla de ideología e interés gremial, por darle un nombre, que también se aprecia en otros profesionales (116), pareciera uno de los rasgos que permite entender las conductas y planteamientos corporativos de los médicos durante parte del siglo XX.

## Citas

1 Este artículo forma parte del Proyecto Fondecyt N°1980872 y fue publicado por primera vez en el Boletín de la Academia Chilena de la Historia, N°111, 2002. El autor agradece al Comité de Redacción de *Ars Medica* su interés por incluirlo en esta revista, y al Comité del Boletín el que haya autorizado esta segunda edición.

2 Lois, Dr. Arturo, "Horizontes económicos del médico", en *Revista de la Asociación Médica de Chile* (AMECH, en adelante), N°3, septiembre de 1937, 26 y ss.

3 Vargas Cariola, Juan Eduardo, *Los médicos y las políticas de salud (Antecedentes para una historia gremial)*. Informe final correspondiente al Proyecto Fondecyt N°1980872.

4 *Revista Médica de Chile* (RMCH, en adelante). Tomo XIV, 1885-86, 17.

5 Serrano, Sol, *Universidad y Nación*, Santiago, 1994, 200.

6 *Ibidem*.

7 Orrego Luco, Augusto, *Recuerdos de la Escuela*. Santiago, 1924, 121.

8 *Ibíd.*

9 *Ibíd.*

10 En 1873 los médicos de los hospitales de Santiago recibían un sueldo de \$480 anuales, debiendo atender diariamente a cerca de 100 enfermos, en RMCH, 7, 1873, 330. Las remuneraciones en los hospitales de otras ciudades fluctuaban, en 1877, entre \$ 300 anuales (Coquimbo) y \$1.000 (Ovalle), en Serrano, *op.cit.*, 194, nota 154.

11 Serrano, *op.cit.*, 132.

12 Serrano, *op.cit.*, 142.

13 Orrego Luco, *op.cit.*, 77.

14 Vargas Cariola, Juan Eduardo, "Rasgos de la autoimagen social y profesional de los médicos" (1872-1925), en *Ars Medica. Revista de Estudios Médicos Humanísticos*, vol. 3, N°4, 2001, 115.

15 *Apuntes autobiográficos de Don Antonio Barrena Lopetegui, 1820-1905*. Debo el conocimiento de esta fuente a la generosidad del profesor Santiago Lorenzo.

16 Boletín de Leyes y Decretos (BLD, en adelante), 6 de octubre de 1932, 121.

17 BLD, 8 de febrero de 1934, 243.

18 Era el caso del Dr. Cox, en Barrena Lopetegui, *op.cit.*, 112.

19 *Ibíd.*

20 BLD, Libro XIV, N° 12, diciembre de 1846, 332 y 333.

21 *El Independiente*, 2 de abril de 1874.

22 Sobre Tocornal, ver Serrano, *op.cit.*, 174; con respecto a Carvallo, ver Juan Eduardo Vargas Cariola, "Amor conyugal en el siglo XIX: el caso de Mary Causten y Manuel Carvallo", 1834-1851, en Horacio Aránguiz (editor), *Lo público y lo privado en la historia americana*, Santiago, 2000, 287.

23 Orrego, Luco, *op.cit.*, 77

24 Vargas Cariola, Juan Eduardo, "Aspectos de la vida privada de la clase alta de Valparaíso: la casa, la familia y el hogar entre 1830 y 1880, en *Historia*," N° 32, 1999, 681.

25 Es el caso del Dr. Cox, cuya fortuna experimentó un serio quebranto al tener que responder por avales que no cumplieron sus compromisos, en *ibídem*.

26 Libro de cuenta de Manuel Carvallo. Debo el conocimiento de esta fuente a la generosidad de la profesora Antonia Rebolledo.

27 Barrena Lopetegui, *op.cit.*, 111.

28 Barrena Lopetegui, *op.cit.*, 112.

29 Barrena Lopetegui, *op.cit.*, 112 y 113.

30 Vargas Cariola, *Aspectos...*, 681.

31 Vargas Cariola, Juan Eduardo, *José Tomás Ramos Font: una fortuna chilena en el siglo XIX*. Santiago, 1988, 199 y ss.

32 Vayssiere, Pierre, *un siècle de capitalisme minier au Chili 1830-1930*. París, 1980, 87.

33 Habría que decir que \$ 25.000, a mediados del siglo XIX, era una cantidad que se estimaba como una "fortuna", en Vicente Pérez Rosales, *Recuerdos del Pasado*. Barcelona, 1962, 267.

34 *El Independiente*, 2 de abril de 1874.

35 RMCH, N° 6, diciembre de 1878, 159.

36 RMCH, N° 6, diciembre de 1878, 160.

37 *Ibídem*.

38 RMCH, Tomo XIV, 1885-86, 16.

39 *Ibídem*.

40 Orrego Luco, *op.cit.*, 104.

41 Orrego Luco, *op.cit.*, 80.

42 Da la impresión de que los problemas económicos de los médicos fueron similares a los que afectaron a otros profesionales. Así, Miguel Luis Amunátegui, en su calidad de Secretario General de la Universidad de Chile, afirmaba que 'la adquisición de un título de abogado, de médico o de ingeniero habilita muchas veces a quien lo obtiene para proporcionarse la propia subsistencia y la de su familia; pero no siempre asegura este resultado... Convengo en que el estudio no debe asimilarse a una especie de "vaca lechera", según la feliz expresión del insigne Schiller. La labor intelectual debe proponerse fines más elevados; pero no puede olvidarse de que los literatos y los sabios son hombres de carne y hueso..., que necesitan alimentarse y

vestirse, que han de aspirar a poseer por lo menos una modesta habitación, y a quienes no ha de ser grato el verse obligados a curar sus enfermedades en una cama de hospital, o así por el estilo...' Teniendo en cuenta esta situación, continuaba Amunátegui, muchos jóvenes comenzaban a no mostrar mayor interés por el estudio. Este hecho era extraordinariamente perjudicial para el país, toda vez que 'la sociedad, so pena de decaer, ha menester imprescindiblemente de personas instruidas que sepan elaborar y aplicar leyes, formular e interpretar los contratos, decidir las contenciones civiles y criminales, prevenir y curar las enfermedades, sujetar las fuerzas de la naturaleza al servicio del hombre, fabricar edificios bellos y cómodos, construir carreteras y ferrocarriles, abrir canales, hacer puentes, desecar ciénagas y pantanos, extraer las riquezas ocultas en la tierra y purificarlas'; y concluía, proponiendo a modo de solución, que "los empleos de segunda categoría del "servicio público" deberían ser proveídos por profesionales'. Así, 'habría muchos que soportarían por varios años penalidades, y que harían un sacrificio para llevar a cabo ciertos estudios y para terminar una carrera, teniendo a lo menos la probabilidad de que su aplicación y su constancia no quedarán estériles', en *Anales de la Universidad de Chile*, diciembre de 1888, 688 y 689.

43 RMCH, tomo XIV, 1885-86, 15.

44 Ese año se contabilizaba una población de 236.870 habitantes.

45 Illanes, María Angélica, *Historia Social de la Salud Pública, Chile 1880-1973*, Santiago, 1993, 49.

46 Una visita diurna —desde el amanecer hasta las nueve de la noche— tenía un valor "mutualista" de \$ 0,80, en Illanes, op.cit., 39; en circunstancias que un médico de renombre cobraba por una visita entre \$ 10 y \$ 20, en RMCH, N° 5, mayo de 1908, 153.

47 LTM, 15 de junio de 1908, 531.

48 *Anuario Estadístico de la República de Chile* correspondiente a 1916.

49 Sierra, Dr. Lucas, "Organización de las dispensarías y policlínicos", en *La Tribuna Médica* (LTM, en adelante), 1° de mayo de 1918, 843 y ss.

50 *Anuario Estadístico de la República de Chile* correspondiente a 1908 y 1916.

51 Eyzaguirre, Guillermo y Jorge Errázuriz, *Monografía de una familia obrera de Santiago*. Santiago, 1903, 41 y 53.

52 Puga Vega, Mariano, "Vida del Doctor Federico Puga Borne", 1856-1935 (inédito), 6. Debo el conocimiento de este artículo a la generosidad del Dr. Federico Puga Concha.

53 Las funciones del "médico de ciudad", que era designado por el Presidente de la República, eran las siguientes: servir en los hospitales y lazaretos, atender un dispensario gratuito, visitar cuarteles, cárceles y demás institutos penales para inspeccionar su aseo e higiene, prestar servicios profesionales donde el establecimiento no tuviere un médico especial, informar a la



autoridad administrativa sobre asuntos de salubridad pública y a la justicia sobre todo asunto médico legal; inspeccionar boticas y droguerías, reconocer a los empleados públicos que solicitaren licencia por motivo de salud y a los de la Guardia Nacional, informar sobre el estado mental de las personas que retenidas en los cuarteles de policía tuviesen que ir a la Casa de Orates, comprobar las defunciones de las personas fallecidas sin asistencia médica, dar informes a las municipalidades sobre policía sanitaria e indicar las medidas higiénicas que conviniera adoptar en caso de epidemia, en Dr. Enrique Laval, *Don Alejandro del Río*, en *Revista de Asistencia Social*, N°3 y 4, julio-diciembre de 1944, 149.

54 Puga Vega, op.cit., 6 y 7.

55 Subrayado por nosotros.

56 La señora de Juan de Dios de Merino era Elisa Carvallo Causten.

57 Puga Vega, op.cit., 6 y 7.

58 Archivo Nacional, Ministerio del Interior, v. 489, pág. 62.

59 El Protomédico Dr. José Joaquín Aguirre al Ministro del Interior, Santiago, 23 de octubre de 1871, en AN, MI, v.596, s/f.

60 LTM, 15 de junio de 1911, 530 y 531.

61 LTM, 1 de enero de 1906, 540

62 LTM, 15 de febrero de 1907, 584.

63 RMCH, N° 5, mayo de 1908, 153.

64 González Leandri, Ricardo, *Curar, Persuadir y Gobernar. La construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886*. Madrid, 1999, 22 y ss.

65 *Boletín del Sindicato de Médicos de Chile* (BSMCH, en adelante), 14 de mayo de 1927.

66 BSMCH, N° 3, 1925, 24.

67 La ley 4.054, en su artículo 5°, establecía un ‘un organismo compuesto de una Caja Central y de Cajas Locales’ a fin de ‘organizar y dirigir el funcionamiento del seguro de enfermedad e invalidez’, el cual se compondría de 9 miembros; éstos integrarían el Consejo (o Junta) que dirigiría a dicha Caja, en RBP, diciembre de 1924, 492; entre los designados figuraban los doctores González Cortés y Julio Bustos.

68 El Sindicato no fue acogido por todos los médicos. De partida, encontró resistencia en la Sociedad Médica de Santiago. Así, los médicos de la capital organizaron su propio sindicato, y

dejaron claro que la autoridad máxima de ellos era dicha Sociedad Médica de Chile, en BSMCH, 30 de enero de 1926, 2.

69 Carta del doctor Hugo Grove a Francisco Javier Infante, Valparaíso, 31 de diciembre de 1925, en BSMCH, 30 de enero de 1926, 2.

70 No puede pensarse que al Sindicato solo lo movía el interés de cambiar la ley 4.054; también se contaban entre sus objetivos los siguientes:

- a.- Estudio y difusión de las ideas y doctrinas que tiendan al mayor prestigio de la profesión.
- b.- Especial preocupación por el "mejoramiento económico" de los médicos.
- c.- Redacción y aprobación de un Código de Moral Médica para Chile.
- d.- Formación de un Tribunal de Honor para resolver diferencias entre los miembros del Sindicato.
- e.- Estudio de las condiciones de vida de las distintas "clases" de la sociedad a fin de establecer los honorarios profesionales correspondientes.
- f.- Estudio de las leyes que 'afecten al médico', y
- g.- Establecimiento del socorro mutuo y del seguro médico.

71 BSMCH, 20 de marzo de 1926, 2.

72 BSMCH, 29 de mayo de 1926. Respecto a la función que desempeña la Caja de Ahorro hay que tener en cuenta que, la ley 4.054, establecía en un artículo transitorio que 'mientras no se dicte la ley que provea al financiamiento indispensable para el funcionamiento normal de los organismos de la Caja Central y Cajas Locales... la Caja de Ahorros de Santiago... y la Caja Nacional de Ahorros en los demás (departamentos del país), desempeñarán las funciones de las dichas Cajas Centrales y Locales...', en RBP, diciembre de 1926, 496.

73 *La Clínica* (LC, en adelante), N° 49, 15 de mayo de 1926, 586. El paciente escogía a su médico de acuerdo a una lista que proporcionaba el Sindicato de Médicos de Chile.

74 Sesión del Directorio del Sindicato de Médicos de Santiago, 10 de mayo de 1926, en BSMCH, 12 de junio de 1926, 2.

75 LC, N° 51, 15 de junio de 1926, 605.

76 Bulnes, Dr. Félix, "El servicio médico de la Caja del Seguro Obligatorio", en LC, N° 70, 1 de mayo de 1927, 456.

77 *Ibíd.*

78 *Boletín Médico de Chile* (BMCH, en adelante), 29 de junio de 1929, 1.

79 BMCH, 19 de abril de 1930, 1.

80 LC, N°178, 1 de noviembre de 1931, 3.067.

81 Vargas Cariola. *Los médicos y las políticas...*, 174 y ss.

82 Poblete Troncoso, Moisés, *El Derecho del Trabajo y la Seguridad Social en Chile*. Santiago, 1949, 138.

83 LC, N°169, 15 de junio de 1931, 2.815 y 2.816.

84 RMCH, N° 5, mayo de 1931, 403.

85 Lois, op.cit., 26 y ss.

86 Amech, N° 7, marzo de 1938, 3.

87 Amech, N° 7, marzo de 1938, 3 y 4.

88 Bmch, N° 495, 11 de diciembre de 1937, 2.

89 *Ibíd.*

90 Bmch, N° 495, 11 de diciembre de 1937, 3.

91 *Ibíd.*

92 Un buen ejemplo del socialismo que propugnaron algunos se encuentra en la llamada Vanguardia Médica, un organismo gremial que agrupó a los profesionales que no se sentían interpretados por la Amech. En materia de salud, los "vanguardistas" planteaban que 'nuestra producción, constituida por el aporte de conocimientos y actividades profesionales que somos capaces de dar a la colectividad en beneficio de la conservación de la salud de sus componentes, debemos darla en conjunto, es decir, debe socializarse y, tendrán derecho a usufructuar de nuestra producción profesional cada uno de los componentes del conglomerado social, en relación con sus necesidades. El Estado debe pagar al médico los servicios prestados y pagarlos bien...', en Vargas Cariola, *Los médicos y las políticas...*, 196 y ss. Los adherentes a la Vanguardia Médica, como es obvio, no manifestaron mayor oposición a convertirse en empleados del Estado, si bien exigían —al igual como aconteció a la larga con los médicos "amechistas"— remuneraciones adecuadas a los servicios que prestaban.

93 Lois, op.cit., 28 y ss.

94 Esa cantidad era el sueldo mínimo. Algunos ganaban más, sin que nadie llegara a los \$ 12.000 anuales.

95 Era relativamente frecuente que un médico desempeñara 2 o más cargos. Teniendo en cuenta que un cierto número no tenía trabajo, se proponía en 1932 publicar una lista con los que estaban en dicha situación, en Casali, Dr. Humberto, "Cesantía Médica", en *BMCH*, 23 de julio de 1932, 1.

96 BMCH, N° 497, 25 de diciembre de 1937, 3.

97 Lois, op.cit., 36.

98 Carta del Dr. Manuel Barrenechea al presidente Arturo Alessandri, Antofagasta, 24 de mayo de 1934, en Archivo del Siglo XX, Ministerio de Salubridad, Providencias, 1934, 1304-1755.

99 Infante Yávar, Dr. Roberto, *Recuerdos de un Médico*. Santiago, 1993, 31.

100 Sesiones Extraordinarias de la Cámara de Senadores (SECS, en adelante), 22 de noviembre de 1950, 517.

101 SECS, 22 de noviembre de 1950, 512.

102 SOCD, 21 de agosto de 1951, 1.959 y 1.960.

103 SOCS, 12 de septiembre de 1950, 1.469.

104 Sesión Ordinaria de la Cámara de Diputados (SOCD, en adelante), 21 de agosto de 1951, 1.951.

105 La información la proporciona el diputado socialista Aniceto Rodríguez, en SOCD, 21 de agosto de 1951, 1.962. Un profesional que llevaba una vida modesta —de acuerdo con los planteamientos que se hicieron durante el debate del proyecto— era aquel que carecía de medios para diversiones (ir al teatro, por ejemplo) y para ahorrar. Sus entradas, por lo mismo, solo las destinaba para cubrir sus necesidades fundamentales.

106 SOCD, 21 de agosto de 1951, 1.976.

107 SECS, 28 de noviembre de 1950, 573.

108 SECS, 22 de noviembre de 1950, 508.

109 SOCD, 5 de julio de 1951, 877.

110 SOCD, 5 de julio de 1951, 878.

111 SOCD, 5 de julio de 1951, 880 y 881.

112 Nuestra impresión —que hemos desarrollado en otro trabajo— es de que los parlamentarios aprobaron ese aumento, en primer lugar, porque se consideraba justo remunerar adecuadamente al cuerpo médico. Y, en segundo término, porque esos profesionales —a través de la Amech y el Colegio Médico— habían condicionado su apoyo a la existencia del Servicio Nacional de Salud a la previa aprobación del Estatuto. Para la clase política —casi sin distinción de colores partidistas— era tan importante la creación de dicho Servicio —por los beneficios que acarrearía

para mejorar los índices de salud de la población— que no trepidaron en promoverlo y crearlo en 1952, después que los médicos habían conseguido los aumentos de sueldos por los que luchaban.

En todo caso, y para ser exactos, hay que decir que los médicos también consideraban que establecer dicho Servicio acarrearía beneficios para la población. Su única objeción era de que, antes de convertirse en empleados de la nueva institución, el Estado debía asegurarles una existencia digna, en Vargas Cariola, *Los médicos y las políticas...*, 263 y ss.

113 *Vida Médica*, N° 2, diciembre de 1951

114 *VM*, N° 10, agosto de 1952.

115 Illanes, op.cit., 139 y ss.; y Vargas Cariola, *Los médicos y las políticas...*, 26 y ss.

116 Según informaciones que me proporcionó el profesor Adolfo Ibáñez, al que agradezco su generosidad para exponerme sus ideas, la mayoría de los ingenieros se desempeñó en instituciones directa o indirectamente ligadas al Estado. Este hecho se explicaría porque el mercado privado era restringido, y porque esos profesionales estaban convencidos de que solo a través de las instituciones del Estado podrían desempeñar la "misión" —nos referimos al desarrollo nacional— que se sentían llamados a cumplir.