

LA INSTITUCIONALIDAD SANITARIA Y LA MEDICALIZACIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO. HACIA UNA HISTORIA CRÍTICA DEL DERECHO A LA SALUD EN CHILE

NICOLÁS FUSTER SÁNCHEZ*

RESUMEN

Durante el siglo XIX, en Chile, la medicina académica ejerció una acción que operó más allá de los límites clásicos definidos por la enfermedad y la asistencia, logrando instalarse progresivamente en diversos campos de la existencia individual y colectiva. Esto significó que el proceso de socialización de la medicina decimonónica –motivado en parte por las demandas de diversos sectores al derecho a la salud– trajera consigo la “medicalización” de los sectores populares urbanos. En este sentido, el proceso de medicalización de la sociedad chilena –es decir, el hecho por el cual la conducta del individuo y su cuerpo, el espacio en que habita y en general lo sustantivo de la vida humana, sean objeto de intervención médica– se organizó a través de la profesionalización e institucionalización de la práctica médica, de la intervención sanitaria de la vivienda popular y de la instalación en el mundo obrero de una ética del autocuidado.

Palabras clave: Medicina. higienismo. derechos fundamentales.

ABSTRACT

In Chile, during the 19th century, academic medicine exerted an influence that went beyond the traditional boundaries defined by disease and medical care, achieving its progressive settling in many dimensions of individual and collective existence. This meant that the socialization process of the nineteenth-century medicine -motivated partly by the claims of many social sectors for their rights to health care- brought about the “medicalization” of the popular urban sectors. Thus, the medicalization process of chilean society -in other words, the fact that makes object of medical intervention to one person’s behaviour, his body, the space in which he lives and in general all the vital aspects that belong to him- was organized through professionalization and institutionalization of the medical practice, sanitary intervention of popular housing and finally the establishment of a self-care ethics in the working-class world.

Key words: Medicine. higienism. fundamental rights.

* Doctor en Ciencias Sociales y Comunicación, Universidad de Deusto, España. Magíster en Comunicación Política, Universidad de Chile. Licenciado en Educación y Lengua Castellana, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Profesor de Literatura Moderna, Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación. Profesor de Historia del Derecho, Universidad de Viña del Mar. nfusters@gmail.com.

1. INTRODUCCIÓN

En la Europa del siglo XIX, la salud de los individuos se transformó en uno de los objetivos esenciales de las administraciones públicas. El aumento demográfico de las ciudades y el avance ineluctable de un sistema de producción capitalista, obligaron al diseño de instrumentos de regulación social más extensivos y eficaces: campañas de vacunación e inoculación, estimaciones demográficas, tasas de natalidad, morbilidad y mortalidad, técnicas de dirección de flujos poblacionales o estudios sobre la relación entre el aumento de la riqueza y el incremento poblacional. Se generó, de esta forma, una verdadera tecnología de la población en la que el cuerpo del trabajador evidenció toda una gama de nuevas variables (utilidad, rentabilidad, maleabilidad).

En Chile, las primeras organizaciones que lucharon por el desarrollo de una medicina colectiva nacieron al margen de la administración del Estado, lo que le dio a este proceso una identidad propia que lo diferenció del caso europeo. En un primer momento, la república independiente heredó un modelo de beneficencia sustentado en la caridad aristocrática. Posteriormente, producto de la profesionalización de la medicina y del surgimiento de enormes arrabales urbanos, sectores de la elite médica y liberal gestionaron un sistema integral destinado a la protección de la salud física y moral de la fuerza de trabajo. Con la creación en 1843 de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y la emergencia de un espacio académico para la mejora de la higiene pública y doméstica, las masas obreras fueron blanco permanente de las técnicas de medicalización, ya sea a través de la familia, o por medio de la intervención médica del espacio que habitaban. Dicho proceso lograría constituirse en un marco legal efectivo solo hacia 1925, con la aprobación de una serie de decretos-leyes destinados a mejorar la acción del Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión Social y Trabajo, y a crear la División de Higiene Social. En este sentido, creemos que la llamada “respuesta social de salud” fue el resultado de diversos intentos y variadas luchas por normalizar y regularizar, a través del saber y de la práctica médica, la masa productiva del país. De esta forma, hacia comienzos del siglo XX la medicina se habría transformado en un efectivo instrumento para la regularización de los aspectos biológicos inherentes a la población, y la medicalización en una técnica eficaz para la normalización social.

El presente texto busca describir y explicar, a través de un análisis histórico-genealógico, cómo el proceso de socialización de la medicina en el Chile del siglo XIX –y, por ende, la emergencia de una serie de derechos sobre la salud–, no habría sido posible sin la formación de una elite médica profesional y el desarrollo de un proceso de medicalización de la vivienda obrera y de la fuerza de trabajo.

2. MEDICINA Y ESTADO: PROFESIONALIZACIÓN Y MONOPOLIO DE LA PRÁCTICA MÉDICA

Con la creación en 1833 de las Escuelas Matrices de la Salud¹ y, más tarde, con la fundación de la Universidad de Chile y su Facultad de Medicina, se consolidó un espacio para el estudio de las enfermedades endémicas y para el fomento de la higiene pública y privada². El trabajo mancomunado de la universidad y de los gobiernos liberales permitió, según el historiador Carlos Molina, la instalación de la responsabilidad pública en materia de salud y la posterior promulgación de las normas jurídicas que marcaron desarrollo de la institucionalidad sanitaria³.

En este sentido, la transformación del modelo colonial de beneficencia se gestó desde la académica universitaria, a través de la inserción del discurso médico en un corpus científico general desde el que pudo realizar una efectiva socialización de sus postulados y prácticas. La mirada interdisciplinaria dotó a la medicina de instrumentos y conceptos utilizados por las ciencias formales (estadísticas, técnicas de análisis en laboratorio, nociones de química y física, etc.), logrando que se le reconociese como una *hija de la ciencia*. Los aportes de los médicos Germán Schneider y Juan Bruner en los avances de la clínica alemana, en las técnicas microscópicas de análisis y en las pruebas químicas de laboratorio⁴, permitieron a la medicina entrar en contacto directo con otras ciencias afines como la matemática, la física, la química y la biología. De esta forma, la universidad se posicionó como un espacio táctico y legítimo para la investigación de los procesos biosociológicos de la población.

Sin embargo, no solo el avance científico era preocupación de la elite médica, sino también la demanda de una normativa más estricta para el ejercicio del oficio. Para la historiadora Soledad Serrano, la regulación de la práctica médica fue un proceso lento que presentó dificultades tanto legales como culturales⁵. En este sentido, pese a que la medicina científica se encontraba legitimada en los círculos de poder, las prácticas populares seguían operando en la mayoría del territorio nacional, ya sea por su profundo arraigo en el pueblo o por la falta de médicos titulados en los sectores aislados del país. Ejemplo de esto fue la gran cantidad de parteras, sangradores o yerbateros que compare-

¹ Cf. CRUZ-COKE MADRID, Ricardo, *Historia de la medicina chilena*, Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello, 1995, pp. 317-321.

² Cf. SERRANO PÉREZ, Sol, *Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX*, Santiago Chile, Editorial Universitaria, 1994, pp. 181-182.

³ Cf. MOLINA BUSTOS, Carlos, *Institucionalidad sanitaria chilena. 1889-1989*, Santiago de Chile, LOM Ediciones, 2010, p. 38.

⁴ Cf. CRUZ-COKE, *Historia de la medicina...*, pp. 363-365.

⁵ Cf. SERRANO, *Universidad y Nación...*, p. 194.

cieron habitualmente ante el Tribunal del Protomedicato. Este, en su papel de policía médica, tuvo como principal herramienta los marcos legales que regulaban la profesión y perseguían punitivamente el ejercicio ilegal. Su tarea fiscalizadora se centró en la regulación del ejercicio médico en su conjunto –requisito básico para el desarrollo de una medicina de Estado–. La reglamentación, el control y la vigilancia de la práctica cobraban sentido como parte de una estrategia global de socialización de la medicina, que buscaba instalar a la profesión y a sus médicos dentro del llamado “servicio público”. De esta forma, la imbricación entre el Estado, la policía médica y los profesionales de la salud, logró establecer en pocas décadas la base institucional de la medicina académica, legitimando a la profesión y otorgándole el monopolio de su ejercicio⁶. Ya hacia finales del siglo XIX, el cuerpo médico se había logrado posicionar como autoridad social y política, forjando un sentimiento corporativo que quedó reflejado en la fundación la Sociedad Médica como una entidad gremial independiente del Estado, de la universidad y del Protomedicato⁷.

Por otra parte, las condiciones ambientales también marcaron el devenir de la institucionalidad médica. Para el historiador Carlos Molina, el desarrollo de una institucionalidad sanitaria se debió a la gran amenaza que significaba para la masa productiva del país la aparición de enfermedades infecciosas de carácter epidémico⁸. A modo de ejemplo, la Ley de Policía Sanitaria que entró en vigencia el 30 de diciembre de 1886, entregaba al Presidente de la República atribuciones extraordinarias en caso de amenaza sanitaria extranjera, permitiéndole “declarar cerrados los puertos marítimos y terrestres, o someter a cuarentena y a medida de desinfección las naves, personas y carga procedentes de países infectados, y establecer cordones sanitarios que impidan en absoluto el ingreso de personas o mercaderías provenientes de estos países y poder arbitrar todas las medidas necesarias para evitar la propagación del contagio, agregando numerosas disposiciones relativas a clausura de puertos, cuarentena, denuncia de enfermedades contagiosas, medidas de precaución y aislamiento para evitar contaminaciones, sobre desinfección pública, etc.”⁹. En enero de 1887 se dictó la Ordenanza General de Salubridad conforme a la Ley de Policía Sanitaria, que creó la Junta General de Salubridad destinada al asesoramiento del Ejecutivo en materia de salubridad pública. El mismo año se forman las Juntas Departamentales de salubridad destinadas a la profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas agudas, sobre todo durante el tiempo de

⁶ Cf. SERRANO, *Universidad y Nación...*, p. 204.

⁷ Cf. SERRANO, *Universidad y Nación...*, p. 200.

⁸ Cf. MOLINA, *Institucionalidad sanitaria...*, p. 39.

⁹ LAVAL MANRIQUE, Enrique y GARCÍA VALENZUELA, René, “Síntesis del desarrollo histórico de la salubridad en Chile”, en: *Revista del Servicio Nacional de Salud*, Nº 1 (1956), p. 24.

epidemias¹⁰. Más tarde se promulga la ley que crea el Servicio de Higiene Pública. A través de esta ley se estableció en 1892 el Consejo Superior de Higiene Pública, suprimiendo la Junta de Salubridad y vinculando el control y vigilancia sanitaria del país con el Ministerio del Interior. Su programa sanitario tenía como objetivos “dotar de agua potable Santiago; establecer un servicio de desagüe y alcantarillado; policlínicas en barrios populares; atención médica gratuita a los pobres; vacunación gratuita en las instituciones; inspección sanitaria en alimentos y bebidas de consumo; control de los mataderos; instalación de un laboratorio químico municipal y propagar en las escuelas la enseñanza de la higiene”¹¹. La creación del Consejo se basó en la necesidad de centralizar, a través de la dirección del Estado, la política nacional para la prevención sanitaria y el combate de las epidemias, permitiendo el inicio de la salubridad chilena y dando la oportunidad a los profesores de la Facultad de organizar las bases científicas de la higiene pública en Chile¹². El mismo año se fundó el Instituto de Higiene que tenía como misión realizar “los estudios científicos relacionados con la higiene pública y privada que tanto el Consejo como su director le encomendasen; practicar los análisis químicos, bacteriológicos o microscópicos de aquellas sustancias que pudiesen influir sobre el estado sanitario de la población y coordinar los datos necesarios para iniciar la formación de la estadística médica y demográfica de toda la República. Constaba de cinco secciones: higiene y estadística, química, microscopía y bacteriología, serología y desinfectorio público”¹³. De esta manera, la práctica sanitaria se ejerció como una suerte de etnografía, proporcionando un importante campo documental para las ciencias en general. La acumulación de información sobre el estado sanitario de la población, se transformó en programas de higiene pública que configuraron, posteriormente, diversos espacios tácticos de observación y examen. En este sentido, la labor consultiva del Consejo fue vital para la formación de este campo documental, permitiendo la posterior intervención de una nueva medicina destinada al control y gestión del espacio urbano. Años más tarde, este conjunto de reglamentos, decretos, instituciones, ideologías, prácticas y conocimientos se transformó, por medio de la influencia del cuerpo médico parlamentario, en el Código Sanitario de la República de Chile, aprobado en 1918. A través de este texto se creó “la Dirección General de Sanidad, autoridad unipersonal, con facultades ejecutivas; creó numerosos organismos sanitarios bajo su dependencia, dividió el país en zonas de salubridad

¹⁰ Cf. LAVAL, “Síntesis del desarrollo...”, p. 24.

¹¹ CRUZ-COKE, *Historia de la medicina...*, p. 414

¹² Cf., *ibid.*, pp. 413-414.

¹³ LAVAL, “Síntesis del desarrollo...”, p. 24.

a cargo de inspectores sanitarios”¹⁴. Las posteriores modificaciones¹⁵ de este Código articularon aún más la normativa sanitaria con el proceso de medicalización del espacio urbano y de la fuerza de trabajo.

3. MEDICINA URBANA: LA MEDICALIZACIÓN DEL ESPACIO POPULAR DE SANTIAGO

Durante el siglo XIX, la intensa migración campo-ciudad, producto de la penetración del modo de producción capitalista en importantes rubros de nuestra economía¹⁶, generó un proceso de proletarización marcado por la precariedad material de las condiciones de vida de los trabajadores. Sobre pasados se encontraron el Estado y las clases dirigentes frente a la llamada “cuestión social”: “largas y agotadoras jornadas de trabajo, faenas altamente peligrosas y propensas a los accidentes, abusos patronales en cuestiones salariales y de disciplina laboral, vivienda estrecha e insalubre, altísimos índices de morbilidad y mortalidad, difusión de un trabajo femenino e infantil superior a las fuerzas de quienes lo ejecutaban, desprotección absoluta frente a la adversidad”¹⁷. Las graves condiciones de hacinamiento en que vivían los moradores de los arrabales citadinos, trajeron consigo serias amenazas sanitarias que fueron percibidas como factores contraproducentes para el funcionamiento de la sociedad¹⁸. En este contexto, eran habituales los brotes epidémicos que desbordaban los límites de los propios arrabales¹⁹, poniendo en peligro el estado sanitario de toda la población urbana. Esta situación generó un fenómeno de “pánico urbano”, es decir, una inquietud político-sanitaria producto del desarrollo del entramado citadino²⁰. Como señala Romero, “en este punto, los problemas urbanos, y los pobres mismos, se convirtieron en una cuestión e impulsaron una acción. Su forma más definida fue el higienismo (...) Fue una intervención directa en la vida de los pobres, que modificó tanto sus condiciones de vida como los tér-

¹⁴ *Ibid.*, p. 25.

¹⁵ La primera, y la más importante, modificación se realizó en 1925 y contó con la supervisión del médico estadounidense Long. Esta modificó las atribuciones del Consejo Superior de Higiene Pública para que no interfirieran con las del Director General de Sanidad, entregando unidad, autoridad y orientación a la Sanidad Nacional.

¹⁶ Cf. PINTO VALLEJOS, Julio y SALAZAR VERGARA, Gabriel, *Historia Contemporánea de Chile III*, Santiago de Chile, LOM Ediciones, 2002, p. 173.

¹⁷ *Ibid.*, p. 174.

¹⁸ Cf. MOLINA, *Institucionalidad sanitaria...*, p. 21.

¹⁹ Cf. ROMERO, Luis Alberto, *¿Qué hacer con los pobres?: elite y sectores populares en Santiago de Chile, 1840-1895*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1997, p. 123.

²⁰ Cf. FOUCAULT, Michel, “Nacimiento de la Medicina Social”, en: FOUCAULT, Michel, *Estrategias de Poder. Obras Esenciales*, volumen II, Barcelona, Ediciones Paidós, 1999, p. 379.

minos mismos de su relación con la elite”²¹. Nace, de este modo, la necesidad de regular y administrar los aspectos biosociales de una población que ponía en duda la efectividad de la medicina académica.

3.1. Higiene pública y cuestión social

Antes de la incorporación de la microbiología a la medicina, la salud de los individuos estaba relacionada con las características del espacio que habitaban cotidianamente. Las viviendas insalubres, según las autoridades, no solo dañaban “las condiciones físicas i morales del individuo i de la familia”, sino que también generaban “funestos resultados para la vida jeneral de colectividad”²². Sin ir más lejos, en 1872, el médico chileno Adolfo Murillo señalaba que las condiciones materiales de existencia parecían alcanzar a determinar la superestructura moral de la sociedad chilena²³. En este escenario, el “espacio” tomó relevancia sanitaria, generándose al interior de la institucionalidad médica un debate sobre las condiciones de salubridad e higiene²⁴ de las ciudades. Totalmente imbuida en el paradigma del higienismo²⁵, la elite médica definió la Salubridad como la base material y social para asegurar la salud de los individuos, e Higiene Pública como la técnica de control político-científico de esa base material-social²⁶. De esta manera, la medicina a través de la higiene pública centró su atención en las principales variables que determinaban la calidad de los espacios y, por ende, la salud de la población. Estas variables, según el enfoque higienista, eran la *luz solar*, el *aire* y el *agua*: “El aire no debía

²¹ ROMERO, *¿Qué hacer con los pobres?...*, p. 123.

²² FRÍAS CALLAO, Eduardo, *Las Habitaciones Obreras en Chile i en el extranjero. Estudios e investigaciones practicadas por la Oficina del Trabajo sobre el estado de la cuestión de las habitaciones obreras*, Santiago de Chile, Imprenta Santiago-Oficina del Trabajo, 1911, pp. 4-5.

²³ MOLINA BUSTOS, Carlos, “La Cuestión Social y la opinión de la elite médica. Chile: 1880-1890. Análisis de la Revista Médica de Chile y de los Anales de la Universidad de Chile”, en: *Anales Chilenos de la Historia de la Medicina*, vol.16, Nº 1 (2006), p. 2.

²⁴ “El concepto de salubridad apareció, pues, al inicio de la Revolución Francesa, y el de higiene pública sería el concepto que en la Francia del siglo XIX resumiría lo esencial de la medicina social”. FOUCAULT, “Nacimiento de la Medicina...”, p. 379.

²⁵ Por higienismo entenderemos “un conjunto de creencias sobre la constitución de los organismos, la salud y el origen de las enfermedades; de prácticas orientadas a preservar la salud física y moral de las personas y las sociedades; y de políticas públicas inspiradas en esos mismos conceptos”. FOLCHI DONOSO, Mauricio, “La Higiene, la Salubridad pública y el problema de la vivienda popular en Santiago de Chile, 1843-1925”, en: LÓPEZ, Rosalva (compiladora), *Perfiles habitacionales y condiciones ambientales. Historia urbana de Latinoamérica siglos XVII-XX*, Puebla, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2007, p. 364.

²⁶ Cf. FOUCAULT, “Nacimiento de la Medicina...”, p. 379.

estar viciado ni contaminado por emanaciones miasmáticas²⁷ o efluvios, y disponible, además, en cantidad adecuada. El agua debía ser igualmente limpia, no contener restos orgánicos ni sustancias deletéreas. La luz del sol, fuente de la salud, debía bañar los lugares y a las personas²⁸. En esta dirección, el médico higienista Juan Bruner advertía en 1857 sobre el peligro de las habitaciones mal ventiladas, señalando que la población pobre de nuestras ciudades “se encuentra apilada en sus ranchos y cuartos miserables cuya humedad y mugre se mezclan con el ambiente respirado sin tener la suficiente salida. Lo mismo que se observa en grande en las habitaciones pobres de la sobrecargada Europa, lo encontramos en pequeño en nuestras ciudades, suburbios i villas, a cada paso²⁹. Así, una suerte de pedagogía de la higiene comenzó a difundirse desde la medicina académica hacia las clases dirigentes, permitiendo la instalación del discurso higiénico como un referente explicativo de la llamada cuestión social. La mortalidad infantil, por ejemplo, fue analizada por la medicina decimonónica como resultado de las precarias condiciones de salubridad de los sectores populares. En esta lógica, los médicos Sierra y Moore señalaban al ministro Augusto Matte “que cualesquier tratado de higiene de los países europeos reúne todos los datos que enseñan a evitar la mortalidad infantil”, además de entregar “consejos e indicaciones al hogar del pobre, con el propósito de difundir nociones de higiene y corregir en parte los efectos de la ignorancia de los padres³⁰.”

Los principales denunciadores de la llamada cuestión social fueron aquellos profesionales que escribían en la Revista Médica de Santiago, en los Anales de la Universidad de Chile y en la Revista Chilena de Higiene³¹. A través de estos medios, el higienista Víctor Pretot destacaba la relevancia social del cuerpo médico, señalando que no solo las autoridades debían someterse a su voz experta, sino también las familias que estaban obligadas a adquirir y aplicar los “conocimientos vulgares de la higiene privada o doméstica, cuya observación prevendría muchas veces la enfermedad i llegaría a generalizar unas costumbres

²⁷ Por lo menos hasta comienzos del siglo XX, la etiología médica basada en el higienismo contemplaba los miasmas dentro de los elementos perjudiciales para la salud de los individuos. En 1876, el higienista chileno Francisco Navarrete definía los miasmas como emanaciones que se difunden por el aire ejerciendo una influencia negativa en la economía animal. Cf. NAVARRETE MARTÍNEZ, Francisco, *Relacion de la fermentacion con las epidemias. Miasmas desinfectantes, reglas hijiénicas i terapéutica de las epidemias*, Santiago de Chile, Imprenta del Independiente, 1876, p. 23.

²⁸ FOLCHI, “La Higiene, la Salubridad...”, p. 387.

²⁹ BRUNER, Juan, “Fragmentos de una Higiene Pública de Santiago”, en: *Anales de la Universidad de Chile*, Universidad de Chile, Enero, Febrero y Marzo, tomo XV (1857), pp. 292-293.

³⁰ MOORE BRAVO, Eduardo y SIERRA MENDOZA, Lucas, *La mortalidad de los niños en Chile*, Valparaíso, Publicación de la Sociedad Protectora de la Infancia, Imprenta y Litografía Central, 1895, pp. 3-5.

³¹ Cf. FOLCHI, “La Higiene, la Salubridad...”, p. 364.

en armonía con las disposiciones climatéricas i individuales”³². Para la historiadora María Angélica Illanes, es en el contexto de la cuestión social cuando la elite médica logró reemplazar al Estado en las iniciativas de higiene pública y privada, consolidando al gremio como poder autónomo³³. De esta forma, la higiene pública se transformó en el instrumento destinado a la protección del discurso, la práctica y la transcendencia social de la medicina académica.

En este sentido, no es un hecho aleatorio que la primera publicación formal sobre la cuestión social (un conjunto de artículos editados por el diario La Patria de Valparaíso en el año 1884) y sus peligros haya sido escrita por un destacado miembro de la elite médica. El trabajo del médico Augusto Orrego Luco, según Carlos Molina, fue el resultado de “la expresión meditada y documentada de un proceso de percepción y conocimiento colectivo, desarrollado en el seno de la profesión médica organizada de la época, en la Sociedad Médica de Santiago, a partir de su propia praxis profesional volcada desde sus inicios, al ámbito de la transcendencia social”³⁴. En sus análisis, Orrego Luco ubica a la higiene y a la salubridad pública como elementos centrales³⁵, ya que estas permitirían vincular la mortalidad infantil con los procesos migratorios, evidenciando su gravedad y su transcendencia sanitaria³⁶. Al relacionar científicamente la dependencia de estos fenómenos –la mortalidad y la dinámica poblacional, con las condiciones materiales de existencia–, Augusto Orrego Luco buscaba legitimar la viabilidad de un control estatal de la base material que determina la vida de las masas trabajadoras³⁷. De esta manera, la elite médica se posicionaba políticamente como “el estamento que podía superar las propias determinaciones históricas y raciales del país”³⁸. Al establecer la posibilidad de conocimiento y de control de las leyes materiales que determinan los procesos biológicos fundamentales de la especie humana, Orrego Luco lograba instalar las bases epistemológicas para la normalización de la población.

³² PRETOT, Víctor, “Discurso de incorporación como miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile”, en: *Anales de la Universidad de Chile*, Universidad de Chile, tomo X (1853), pp. 37.

³³ Cf. ILLANES OLIVA, María Angélica, *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia social de la salud pública en Chile, 1880-1973. Hacia una historia social del siglo XX, Santiago de Chile*, Colectivo de Atención Primaria, 1993, p. 86.

³⁴ MOLINA, “La Cuestión Social...”, p. 2.

³⁵ Cf. ORREGO LUCO, Augusto, *La Cuestión Social*, Santiago de Chile, Imprenta Barcelona, 1897, pp. 52-53.

³⁶ Cf. MOLINA, “La Cuestión Social...”, p. 2.

³⁷ *Ibid.*, pp. 2-3.

³⁸ ILLANES, *En el nombre del Pueblo...*, p. 86.

3.2. La medicalización de la vivienda popular

La medicalización del espacio urbano produjo un fértil debate que duraría más de medio siglo y que desembocaría en la intervención higiénica de las llamadas viviendas populares³⁹. En este sentido, la intervención de la vivienda obrera fue el resultado de la desconfianza con que veía la elite médica el “estilo” de vida de los sectores populares⁴⁰. Esto significó, necesariamente, la instalación de controles capaces de regular y normalizar la vida de los arrabales. Sin un cuestionamiento real sobre el origen de las desigualdades estructurales, en 1843 se promulgaba una ordenanza que buscaba normar aquellas viviendas populares ubicadas en el corazón de la ciudad. Estas consistían en una habitación de un solo ambiente, sin cocina, ni baño y con solo la iluminación y ventilación que entregaba la puerta de entrada⁴¹. Generalmente, formaban parte de antiguas casonas en desuso y recibían el nombre de “cuartos redondos”. Posteriormente, en 1848, se dicta el primer documento legal que busca regular el emplazamiento de los “ranchos” en los márgenes de Santiago. El Reglamento de Ranchos establecido en la Ordenanza de 9 de junio de ese año, “prohibía la construcción de tales ranchos dentro de la superficie comprendida entre la margen sur del río Mapocho por el norte, el Canal de San Miguel (hoy Av. Diez de Julio) por el sur, ambas aceras de la calle Maestranza (hoy Av. Portugal) y las cajitas de Agua (junto al cerro Santa Lucía) por el Oriente, y ambas aceras de la Alameda de Matucana por el Poniente”⁴². Estas viviendas eran levantadas por trabajadores pobres o peones vagabundos, previo pago de un alquiler al dueño del predio agrícola en el que se instalaban. La naturaleza de este tipo de arriendo provocó, en el corto plazo, que los “rancheríos” crecieran hasta formar inmensos arrabales sin respetar ningún tipo de norma de urbanidad, convirtiéndose en “pantanos colectores de aguas servidas y en contaminadores de las aguas limpias”⁴³. Hacia 1870, gracias al acuerdo entre autoridades y propietarios, se reguló la expansión de los suburbios según pautas básicas de urbanización. Sin embargo, el peso económico del negocio del alquiler de la tierra puso trabas a la efectividad de los acuerdos. Como señala Salazar, la “criatura que brotó de ese cruzamiento de escrúpulos urbanos e intereses mer-

³⁹ Cf. HIDALGO DATTWYLER, Rodrigo, “Vivienda social y espacio urbano en Santiago de Chile: Una mirada retrospectiva a la acción del Estado en las primeras décadas del Siglo XX”, en *Eure, Revista Latinoamericana de Estudios Urbanos Regionales*, vol. XXVIII, N° 23 (2002), pp. 83-106.

⁴⁰ Cf. FOLCHI, “La Higiene, la Salubridad...”, 387.

⁴¹ Cf. *ibid.*, p. 372.

⁴² DE RAMÓN FOLCH, José Armando, “Santiago de Chile, 1850-1900: Límites urbanos y segregación espacial según estratos”, en: *Revista paraguaya de sociología*, N° 42/43 (1978), p. 257.

⁴³ SALAZAR VERGARA, Gabriel, *Labradores, Peones y Proletarios. Formación y crisis de la sociedad popular chilena del siglo XIX*, Santiago de Chile, Ediciones SUR, 1989, p. 232.

cantiles recibió un nombre especial: fueron los conventillos⁴⁴. El conventillo estaba compuesto por un conjunto de cuartos redondos que compartían un patio interior en el que se cocinaba y se realizaba el aseo personal, lo que contrariaba todas las normas de higiene⁴⁵.

El problema de la vivienda popular demostraría, a la larga, que las diferencias socioeconómicas marcaban riesgos sanitarios distintos para la población. En esta dirección, se crea en 1892 el Consejo Superior de Higiene Pública, incorporado posteriormente como cuerpo consultivo del Consejo Superior de Habitaciones Obreras⁴⁶. El Consejo de Higiene, conjuntamente con el Instituto de Higiene, tenía entre sus deberes “indicar a la autoridad respectiva todas las medidas de higiene que exijan las condiciones de salubridad de las poblaciones o de los establecimientos públicos i particulares”, y custodiar “el cumplimiento de los reglamentos que se dicten sobre higiene i salubridad públicas”⁴⁷. Por su parte, el Instituto actuaba como soporte científico del Consejo⁴⁸. Pero el verdadero objetivo del Consejo era transformar el Instituto en un efectivo centro de acción higiénica, construyéndose para este fin en la ribera norte del río Mapocho el Desinfectorio de Santiago⁴⁹. En 1896 el Desinfectorio comenzaba a funcionar, logrando rápidamente posicionarse como garante de la higiene pública⁵⁰. Este hecho quedó demostrado por el constante aumento de las desinfecciones realizadas desde la creación de la entidad: entre el diecisiete de diciembre y el primero de enero de 1897 hubo un total de 17 desinfecciones; en 1897 se registraron 498 desinfecciones; durante 1898 hubo 618; en 1899 se registro un total de 840; en 1900 se aumentó a 1.117; y en 1905 se alcanzó un total de 3.193 desinfecciones, el número más alto de intervenciones registrado⁵¹.

Sin embargo, la poca efectividad de las normas hizo imposible hacer de la desinfección una técnica de vigilancia y control permanente. En este contexto, una álgida discusión legislativa permitió la promulgación en 1899 de la primera Ley de Declaración de Enfermedades Infecciosas⁵², que obligaba a todo médico, bajo amenaza de multa, a entregar al Consejo de Higiene o a la Municipalidad que correspondiese, la dirección y el número de moradores de

⁴⁴ *Ibid.*, p. 234.

⁴⁵ Cf. MOORE, *La mortalidad de los niños...*, pp. 9-10.

⁴⁶ Cf. HIDALGO, “Vivienda social...”, p. 87.

⁴⁷ DÁVILA BOZA, Ricardo, *Higiene Pública en Chile*, Santiago de Chile, Imprenta Cervantes, 1908, p. 28.

⁴⁸ Cf. *ibid.*, p. 29.

⁴⁹ Cf. ILLANES, *En el nombre del Pueblo...*, p. 87.

⁵⁰ Cf. DÁVILA, *Higiene Pública...*, p. 53.

⁵¹ Cf. *ibid.*, pp. 52-60.

⁵² Cf. *ibid.*, p. 53.

las viviendas habitadas por enfermos infecciosos⁵³. Posteriormente, el 12 de julio el municipio de Santiago lograba la aprobación de la asamblea de electores para poner en marcha la Ordenanza de Desinfección Obligatoria⁵⁴ que obligaba al médico, al policía o al encargado de la vivienda a declarar ante el Desinfectorio la existencia de una enfermedad infecciosa; entregando además facultades a la fuerza pública para cautelar la desinfección del recinto⁵⁵. La efectividad de la normativa quedó probada gracias al aumento de intervenciones realizadas por los desinfectadores⁵⁶. Más tarde, el 17 de diciembre de 1898 entraba en vigor, con el nombramiento de los primeros inspectores sanitarios, la ley que creaba la Oficina de Inspección Sanitaria, dependiente del Consejo Superior de Higiene Pública. Esta sección tenía entre sus obligaciones investigar las causas que generaban un foco infeccioso domiciliario, cautelar el cumplimiento de las medidas de aislamiento y desinfección, instruir a los miembros de la familia en las normas básicas de higiene privada y llevar el registro de las viviendas insalubres de la ciudad⁵⁷. La amplia labor de los inspectores permitió implementar una red de fiscalización para el cumplimiento de la ley, logrando hacer efectivo el control y la vigilancia de los sectores populares. Desde su fundación, la Oficina visitó y despachó al Consejo de Higiene cientos de juicios sanitarios sobre lugares tan diversos como hospitales, mercados, cuarteles, templos, bibliotecas, bancos, colegios, conventillos, lazaretos, prisiones, comisarías de policía, entre otros. Ya en 1906, los informes de fiscalización señalaban la visita de más de dos mil conventillos en la capital, de los cuales treinta y siete fueron declarados insalubres y denunciados ante el Instituto de Higiene. Además, se entregaron los datos necesarios para generar un cuadro gráfico con el coeficiente de morbilidad y mortalidad de los conventillos de la ciudad⁵⁸. Junto con esto, se diseñó un Registro Sanitario de Habitaciones, en el que se dividió la superficie de Santiago en unidades sanitarias llamadas “manzanas”. La prolijidad de la observación seguía el modelo del Registro Sanitario de París, en el que se estipulaba el número de habitaciones por manzana, los planos de la vivienda, la descripción, la estadística demográfica sanitaria, la estadística de desinfecciones, las indicaciones de reformas sanitarias; es decir, una verdadera cartografía sobre la infección en la capital⁵⁹. En 1907 el aumento en las denuncias por insalubridad habitacional demostraba la efectividad del proce-

⁵³ Cf. ILLANES, *En el nombre del Pueblo...*, p. 89.

⁵⁴ Cf. DÁVILA, *Higiene Pública...*, p. 54.

⁵⁵ Cf. ILLANES, *En el nombre del Pueblo...*, p. 88.

⁵⁶ DÁVILA, *Higiene Pública...*, p. 56.

⁵⁷ Cf. *ibid.*, pp. 61-62.

⁵⁸ Cf. *ibid.*, p. 68.

⁵⁹ Cf. *ibid.*, pp. 79-82.

so⁶⁰. Sin embargo, fue la labor pedagógica de los inspectores la que permitió las bases para una verdadera ética privada de la buena salud. Entre los años 1900 y 1907 se realizaron 7.777 declaraciones de enfermedades infecciosas en Santiago⁶¹, fiscalizaciones que eran acompañadas de la enseñanza de la higiene privada al enfermo y su entorno.

Algunos años después de la creación del Consejo de Higiene, en febrero de 1906, se dictó la Ley de Habitaciones Obreras. Esta ley creó el Consejo Superior de Habitaciones Obreras y sus consejerías municipales, favoreciendo la construcción de viviendas baratas e higiénicas y estimulando la formación de sociedades para ese objetivo. Además, el Consejo estaba facultado para solicitar la demolición o reparación de las viviendas, según fuesen declaradas insalubres o inhabitables por los inspectores o por la denuncia de un particular⁶². Ya no solo el médico o el policía ponían en evidencia las precarias condiciones en que vivía una familia obrera, sino que ahora se sumaba la delación del vecino o del transeúnte ocasional. En este sentido, el incentivo de la denuncia o el fomento de la instrucción higiénica en la familia, fueron entendidos como parte de un trabajo de moralización de las masas populares.

De esta manera, al comenzar el siglo XX, la salud pública se presentó “como conocimiento y diagnóstico de la realidad social, en tanto objeto de higiene”⁶³. El cuidado del espacio, que demandaba a la vez el cuidado del cuerpo, operó articulando las necesidades de una sociedad que buscaba a través de la administración de la salud de su fuerza de trabajo, insertarse de manera efectiva en las dinámicas de los nuevos sistemas productivos del país.

⁶⁰ En ese año se efectuaron 275 inspecciones domiciliarias a habitaciones de Santiago por denuncias de insalubridad. Cf. *ibid.*, p. 70.

⁶¹ Cf. *ibid.*, p. 79.

⁶² Cf. FRÍAS CALLAO, Eduardo, *Las Habitaciones Obreras en Chile i en el extranjero. Estudios e investigaciones practicadas por la Oficina del Trabajo sobre el estado de la cuestión de las habitaciones obreras*, Santiago de Chile, Imprenta Santiago-Oficina del Trabajo, 1911, p. 31.

⁶³ ILLANES, *En el nombre del Pueblo...*, p. 89.

4. MEDICINA PARA LA FUERZA DE TRABAJO: EL MUTUALISMO Y LA MEDICALIZACIÓN DEL PROLETARIADO CHILENO

El avance ineluctable del modo de producción capitalista durante el siglo XIX, obligó a la medicina a desplazarse desde la caridad y la beneficencia para vincularse con los procesos económicos y políticos⁶⁴. Las adversas condiciones laborales animadas por un Estado oligárquico profundamente asocial⁶⁵, sumadas a las epidemias y enfermedades endémicas, llevaron a Chile al sitial de los países más mortíferos del mundo. En este escenario, la elite médica reclamaba ante el mundo político: “Dad al pueblo un alimento sano i robusto i tendreis poblaciones activas i aptas a todas las fatigas del trabajo i resistentes a todos los amagos de las epidemias”⁶⁶. Se hacía imperioso detener el decaimiento de la fuerza de trabajo, disputándole a la beneficencia su rol en la asistencia al enfermo⁶⁷. En este sentido, a la batalla por hacer de la salud una política pública, se sumaba ahora la necesidad de convertir a la medicina académica en un instrumento eficaz para el control de los procesos biológicos inherentes a la masa productiva.

Los primeros procesos de articulación popular se remontan a la reorganización interna tras la independencia del país (1810-1930). Durante este proceso el artesanado chileno se posicionó en el escenario político con un discurso centrado en la defensa de sus derechos. Tras la victoria de la falange pelucona, los trabajadores manuales continuaron con sus demandas, pero esta vez asumiendo un rol más conservador y moderado. Sin embargo, hacia 1840 y gracias a la influencia de la burguesía liberal que buscaban ampliar su base política, el artesanado se tornó más refractario y popular. La radicalización de una parte de la disidencia liberal que consideraba la noción de igualdad primordial para la construcción de una república democrática, caló profundo en los sectores más instruidos de los trabajadores manuales. Fue así como hacia finales de la primera mitad del siglo XIX, cercanos a los “valores cívicos fundados en principios ilustrados de redención social”⁶⁸, los artesanos adhirieron a una “lectura popular del liberalismo” que planteaba como proyecto la “regeneración del pueblo”⁶⁹. En este sentido, resulta comprensible que las primeras organizaciones mutuales agruparan a los sectores de elite de los trabajadores

⁶⁴ Cf. MOLINA, *Institucionalidad sanitaria...*, p. 37.

⁶⁵ Cf. GREZ TOSO, Sergio, “La trayectoria histórica del mutualismo en Chile (1853-1990). Apuntes para su estudio”, en: *Revista Mapocho*, Primer Semestre, Nº 35 (1994), p. 294.

⁶⁶ BRUNER, “Fragmentos de una Higiene...”, p. 307.

⁶⁷ Cf. ILLANES, *En el nombre del Pueblo...*, p. 14.

⁶⁸ PINTO VALLEJOS, Julio y SALAZAR VERGARA, Gabriel, *Historia Contemporánea de Chile II. Actores, Identidad y Movimiento*, Santiago de Chile, LOM Ediciones, 1999, p. 110.

⁶⁹ Cf. *ibid.*, p. 111.

manuales⁷⁰, ya que gracias a su mayor proximidad con la burguesía liberal, asimilaron de mejor manera el discurso ilustrado. En este contexto, surge la Unión Tipográfica de Santiago fundada el 18 de septiembre de 1853, y dos años más tarde, en mayo de 1855, la Sociedad Tipográfica de Valparaíso.

Posteriormente, a partir del ciclo de los gobiernos liberales (1861-1891)⁷¹, las condiciones políticas fueron sumamente idóneas para la formación de nuevas mutuales. La primera de este periodo –y vital por su labor educativa– fue bautizada como Sociedad de Artesanos La Unión. Fundada en Santiago en 1862, se propuso la instalación de una caja de ahorros para socorrer en caso de enfermedad o incapacidad y para entregar instrucción primaria a sus socios⁷². Lentamente, las mutuales instalaron los cimientos de un ideario civilizatorio basado no solo en la salud y el bienestar de los trabajadores, sino también en la instrucción moral y cívica de estos. Si la asistencia ante la desgracia fue lo que impulsó su formación; la instrucción moral y política de sus socios fue el objetivo estratégico que le otorgó mayor solidez a su proyecto. Surgen para suplir la ausencia estatal en materia sanitaria, pero también para proseguir el proyecto civilizatorio de la burguesía liberal, logrando crear una base de apoyo social para el trabajo de ilustración del naciente obrerismo chileno. En este proyecto de educación social, la medicina académica desempeñó un rol fundamental⁷³. Frente al crecimiento negativo de la población y a las enfermedades que mermaban la fuerza de trabajo, las sociedades de socorros mutuos asumieron una estrategia instructiva. A través de charlas sobre higiene, prevención de enfermedades de transmisión sexual, alcoholismo o programas de vacunación⁷⁴, los médicos mutualistas concientizaban a los trabajadores y a sus familias sobre la importancia del autocuidado. Para este fin, las mutuales establecieron un

⁷⁰ Cf. GREZ, “La trayectoria histórica...”, p. 296.

⁷¹ La etapa anterior a los llamados “gobiernos liberales”, se caracterizó por la represión que el gobierno de Montt aplicó contra las organizaciones de trabajadores producto de la guerra civil de 1859.

⁷² GREZ, “La trayectoria histórica...”, p. 297.

⁷³ Como señala con gran precisión histórica María Angélica Illanes, la labor de los médicos al interior de las mutuales fue constante y muy reconocida por los dirigentes obreros. “Médicos, tales como, Daniel Cruzat, Ricardo Cortés Monroy, Elías Fernández, Eloísa Díaz, César Martínez, Moisés Amaral, Luis Felipe Salas, Manuel Calvo Mackenna, Francisco Landa, y otros, efectuaban su labor con espíritu y vocación de servicio, cobrando aranceles exiguos, mereciendo constantemente la admiración y agradecimiento de los miembros de las Sociedades de Socorros Mutuos”. En este sentido, su influencia no fue menor en la conformación de un discurso y de unas prácticas destinadas al bienestar de los asociados mutualistas. Cf. ILLANES, *En el nombre del Pueblo...*, p. 45.

⁷⁴ Un ejemplo concreto de las prácticas destinadas al autocuidado, lo podemos encontrar en el debate generado durante el siglo XIX sobre la obligatoriedad de la vacuna contra la viruela. Como señala la historiadora María Josefina Cabrera, “la problemática de las epidemias ocupó un lugar preeminente en el discurso de los médicos chilenos y, específicamente, la prevención de la viruela se convirtió en un verdadero eje en la lucha por una mayor injerencia estatal en la salud de los ciudadanos”. CABRERA, “Obligar a morir...”, p. 40.

contrato de servicios sanitarios con un número no menor de médicos, practicantes y boticarios. La coordinación de los servicios médicos y la supervisión del enfermo quedaban a cargo de las comisiones de visitas. Estas se encargaban de archivar todos los detalles del caso y darlos a conocer el Directorio de la mutual⁷⁵, generándose un prolijo registro sanitario de los socios⁷⁶. Dicha supervisión estaba supeditada, además, a un sistema de control de unidades sanitarias, en la que se asignaba a cada médico, visitador u otro funcionario de la organización la vigilancia sobre un determinado sector de la ciudad. Como señala la historiadora Illanes, “La enfermedad de un asociado de una Sociedad de Socorros Mutuos era objeto, pues, de la movilización de una buena cantidad de personas”⁷⁷. De esta manera, el mutualismo chileno logró generar una suerte de archivo documental sobre los índices de morbilidad y mortalidad de sus asociados que le permitió guiar sus estrategias y objetivos en el ámbito sanitario.

Así, organizadas en torno a la idea del socorro mutuo, las asociaciones mutuales de trabajadores buscaron el desarrollo intelectual y la protección material de sus miembros, influyendo no solo en los segmentos sociales que las generaron, “sino en el conjunto de lo que hoy conocemos como la respuesta social de salud”⁷⁸.

5. A MODO DE CONCLUSIÓN

La exploración histórica del proceso de socialización de la medicina en Chile, nos permite la descripción de los múltiples y complejos fenómenos involucrados en la formación de lo que hoy llamamos “el derecho a la salud”. Porque en la capacidad crítica del análisis histórico está la posibilidad de sacar a la luz, como señala Michel Foucault, los vínculos existentes entre medicina,

⁷⁵ En otras mutuales, esta labor de supervisión, registro e información destinada al conocimiento del Directorio, era realizada por los Jefes de Beneficencia. En la Sociedad Lira Chilena estos personajes tenían la función de: visitar la casa del socio enfermo para prestarle ayuda, exigir un certificado médico como constancia de que no puede trabajar, dar oportuno aviso al presidente y secretario del socio enfermo acompañando el recibo de viático para que se lo firmen y procedan a pagarlo en la tesorería, dando parte después al Directorio en su reunión para su pronta aprobación, anotar en la pizarra del salón social el nombre y domicilio del socio o socios enfermos, presentar al Directorio una planilla de viáticos suministrados a los socios enfermos durante el mes, y un informe completo y detallado de todos los gastos hechos, especificando los nombres y apellidos de todos los que se enfermaron durante el semestre. Cf. SOCIEDAD DE SOCORROS MUTUOS FILARMÓNICA Y FOOT BALL CLUB LIRA CHILENA, *Estatutos*, Antofagasta, Imprenta Castellana, 1917, pp. 24-25.

⁷⁶ Como señala Illanes, “Todo personal contratado quedaba sujeto a inspección periódica por parte del Directorio, el cual daba cuenta en cada Asamblea Ordinaria del movimiento del servicio y estado de los enfermos”. ILLANES, *En el nombre del Pueblo...*, p. 42.

⁷⁷ *Ibid.*, p. 44.

⁷⁸ MOLINA, *Institucionalidad sanitaria...*, p. 47.

economía, ley y sociedad. En este sentido, el “nacimiento” de un derecho nunca es algo ajeno a las dinámicas económicas y a las lógicas del poder. Siempre está sujeto a choques de fuerzas, mezquindades y complicidades, como también lo puede estar a ideales mesiánicos y emancipatorios. La *Herkunft* y la *Entstehung* de la genealogía nietzscheana van en esa dirección.

Al respecto, los ambiguos –y no siempre fructíferos– intentos de estatización de la medicina decimonónica, la lucha por la profesionalización del oficio, el desarrollo de la higiene pública o la implementación de una medicina integral desde la organización obrera, pueden ser considerados como mecanismos de intervención que operaron en espacios diferenciados, pero totalmente complementarios. Es decir, la socialización de la medicina en el Chile decimonónico no solo generó la instalación de una demanda social de salud –y una posible respuesta legal– sino que también permitió un proceso sostenido de medicalización de la fuerza productiva y de su entorno. En esta dirección, la historia crítica nos ha mostrado cómo lentamente en Chile la medicina se ha impuesto como un acto de autoridad al individuo, incorporando el derecho a la salud de la población trabajadora al sistema de producción, de consumo y de mercado.

BIBLIOGRAFÍA

- BRUNER, Juan, "Fragmentos de una Higiene Pública de Santiago", en: *Anales de la Universidad de Chile*, Universidad de Chile, enero, febrero y marzo, tomo XV (1857), pp. 291-345.
- CABRERA GÓMEZ, María, "Obligar a morir o resignarse a vivir. Viruela y vacuna: el debate sobre una enfermedad y su prevención a comienzos del siglo XX en Chile", en: ZÁRATE CAMPOS, María (compiladora), *Por la salud del cuerpo*, Santiago de Chile, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2008, pp. 35-80.
- CRUZ-COKE MADRID, Ricardo, *Historia de la medicina chilena*, Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello, 1995.
- DÁVILA BOZA, Ricardo, *Higiene Pública en Chile*, Santiago de Chile, Imprenta Cervantes, 1908.
- DE RAMÓN FOLCH, José Armando, "Santiago de Chile, 1850-1900: Límites urbanos y segregación espacial según estratos", en: *Revista paraguaya de sociología*, Nº 42/43 (1978), pp. 253-270.
- FOLCHI DONOSO, Mauricio, "La Higiene, la Salubridad pública y el problema de la vivienda popular en Santiago de Chile, 1843-1925", en: LÓPEZ, Rosalva (compiladora), *Perfiles habitacionales y condiciones ambientales. Historia urbana de Latinoamérica siglos XVII-XX*, Puebla, México, Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, 2007, pp. 361-388.
- FOUCAULT, Michel, "Nacimiento de la Medicina Social", en: FOUCAULT, Michel, *Estrategias de Poder. Obras Esenciales*, volumen II, Barcelona, Ediciones Paidós, 1999, pp. 364-384.
- FRÍAS CALLAO, Eduardo, *Las Habitaciones Obreras en Chile i en el extranjero. Estudios e investigaciones practicadas por la Oficina del Trabajo sobre el estado de la cuestión de las habitaciones obreras*, Santiago de Chile, Imprenta Santiago-Oficina del Trabajo, 1911.
- GREZ TOSO, Sergio, "La trayectoria histórica del mutualismo en Chile (1853-1990). Apuntes para su estudio", en: *Revista Mapocho*, Primer Semestre, Nº 35 (1994), pp. 293-315.
- HIDALGO DATTWYLER, Rodrigo, "Vivienda social y espacio urbano en Santiago de Chile: Una mirada retrospectiva a la acción del Estado en las primeras décadas del Siglo XX", en *Eure, Revista Latinoamericana de Estudios Urbanos Regionales*, vol. XXVIII, Nº 23 (2002), pp. 83-106.
- ILLANES OLIVA, María Angélica, *En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia social de la salud pública en Chile, 1880-1973. Hacia una historia social del siglo XX*, Santiago de Chile, Colectivo de Atención Primaria, 1993.

- LAVAL MANRIQUE, Enrique y GARCÍA VALENZUELA, René, “Síntesis del desarrollo histórico de la salubridad en Chile”, en: *Revista del Servicio Nacional de Salud*, N° 1(1956), pp. 23-29.
- MOLINA BUSTOS, Carlos, *Institucionalidad sanitaria chilena. 1889-1989*, Santiago de Chile, LOM Ediciones, 2010.
- _____, “La Cuestión Social y la opinión de la elite médica. Chile: 1880-1890. Análisis de la Revista Médica de Chile y de los Anales de la Universidad de Chile”, en: *Anales Chilenos de la Historia de la Medicina*, vol. 16, N°1 (2006), pp. 17-31
- MOORE BRAVO, Eduardo y SIERRA MENDOZA, Lucas, *La mortalidad de los niños en Chile*, Valparaíso, Publicación de la Sociedad Protectora de la Infancia, Imprenta y Litografía Central, 1895.
- NAVARRETE MARTÍNEZ, Francisco, *Relacion de la fermentacion con las epidemias. Miasmas desinfectantes, reglas hijiénicas i terapéutica de las epidemias*, Santiago de Chile, Imprenta del Independiente, 1876.
- ORREGO LUCO, Augusto, *La Cuestión Social*, Santiago de Chile, Imprenta Barcelona, 1897.
- PINTO VALLEJOS, Julio y SALAZAR VERGARA, Gabriel, *Historia Contemporánea de Chile II. Actores, Identidad y Movimiento*, Santiago de Chile, LOM Ediciones, 1999.
- _____, *Historia Contemporánea de Chile III. La Economía: Mercados, Empresarios y Trabajadores*. Santiago de Chile, LOM Ediciones, 2002.
- PRETOT, Víctor, “Discurso de incorporación como miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile”, en: *Anales de la Universidad de Chile*, Universidad de Chile, tomo X (1853), pp. 36-39.
- ROMERO, Luis Alberto, *¿Qué hacer con los pobres?: elite y sectores populares en Santiago de Chile, 1840-1895*, Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1997.
- SALAZAR VERGARA, Gabriel, *Labradores, Peones y Proletarios. Formación y crisis de la sociedad popular chilena del siglo XIX*, Santiago de Chile, Ediciones SUR, 1989.
- SERRANO PÉREZ, Sol, *Universidad y Nación. Chile en el siglo XIX*, Santiago Chile, Editorial Universitaria, 1994.
- SOCIEDAD DE SOCORROS MUTUOS FILARMONICA Y FOOT BALL CLUB LIRA CHILENA, *Estatutos*, Antofagasta, Imprenta Castellana, 1917.