

Protomedicatos y lazaretos como instituciones de control de la higiene pública en Chile entre 1879 y 1920

Colleges of royal physicians and isolation hospitals to control public hygiene in Chile from 1879 to 1920

Juan Mansilla Sepúlveda^a, Claudia Huaiquién Billeke^a, Jaime Díaz Córdova^b, Mario Pellón Arcaya^c, Germán Moreno Leiva^d, Juan Guillermo Estay Sepúlveda^a, Leónidas Arias Poblete^e

^a Facultad de Educación, Universidad Católica de Temuco, Chile

^b Facultad de Contabilidad y Auditoría, Universidad Técnica de Ambato, Ecuador

^c Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera, Chile

^d Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Las Américas, Chile

^e Facultad de Ciencias de la Rehabilitación, Universidad Andrés Bello, Chile

*Autor de correspondencia jmansilla@uct.cl

Citación Mansilla Sepúlveda J, Huaiquién Billeke C, Díaz Córdova J, Pellón Arcaya M, Moreno Leiva G, Estay Sepúlveda J, et al. Colleges of royal physicians and isolation hospitals to control public hygiene in Chile from 1879 to 1920. *Medwave* 2020;20(2):e7841

Doi 10.5867/medwave.2020.02.7841

Fecha de envío 26/10/2019

Fecha de aceptación 7/2/2020

Fecha de publicación 18/3/2020

Origen No solicitado

Tipo de revisión Con revisión por pares externa, por tres árbitros a doble ciego

Palabras clave history of medicine, hygiene, public health, smallpox

Resumen

El presente artículo indaga la aparición de dos instituciones de control de la higiene pública en Chile entre los años 1879 y 1920: los protomedicatos y lazaretos. El objeto de estudio utiliza como caso la presencia de la viruela en La Araucanía. Se abordan las características y contexto que adquirió la instalación de estos dispositivos que permitieron al Estado de Chile operacionalizar el asunto de la higiene pública, lo que interpelló a los profesionales de la salud para avanzar a mayores niveles de perfeccionamiento del ejercicio profesional de la medicina. El Estado liberal positivista de fines de siglo XIX comprendió que el tema de la higiene no era solamente una cuestión de responsabilidad individual, sino que tenía una dimensión social, pública y medio ambiental. No sólo había personas que eran higiénicas, sino también ambientes higiénicos y antihigiénicos. Por tanto, se estudia la higiene, el tribunal del protomedicato, la hoja sanitaria, lazaretos, médicos y vacunadores; quienes estuvieron en permanente tensión con las autoridades del gobierno central debido a los insuficientes recursos proporcionados por el Estado para la atención de los enfermos contagiados con viruela. El estudio se orienta desde una metodología cualitativa con un diseño historiográfico con alcances descriptivos densos. Se han utilizado fuentes primarias y secundarias disponibles en archivos en Chile y Alemania. Los resultados evidencian que la

presencia de viruela apareció violentamente en el centro sur de Chile en la segunda mitad del siglo XIX y permaneció en la Araucanía hasta la primera mitad del siglo XX. La violencia con que se desarrolló la viruela generó miedo e incertidumbre afectando a personas de diferentes clases sociales, y tuvo como una de sus causas principales las precarias condiciones de salubridad de la población.

Abstract

This article investigates the emergence of two institutions for the control of public hygiene in Chile between 1879 and 1920: colleges of royal physicians and isolation hospitals using the case of smallpox in La Araucanía, a region located in the South of Chile. We

cover the characteristics and context of these institutions that allowed the State of Chile to address the problems of public hygiene and to prompt health professionals to professionalize the practice of medicine. The liberal positivist state of the late nineteenth century understood that the issue of hygiene was not only a matter of individual responsibility but had a social, public, and environmental dimension. People practiced hygiene alongside the existence of hygienic and anti-hygienic environments. Therefore, hygiene, the royal colleges of physicians, health records, isolation hospitals, doctors, and vaccinators are studied. All of these components of the health care system of the time were in permanent tension with the central government authorities due to the insufficient resources provided by the state for the care of infected patients with smallpox. The study follows a qualitative methodology with a descriptive historiographic design. We used archival primary and secondary sources available in Chile and Germany. The results show that the presence of smallpox appeared ferociously in South-Central Chile in the second half of the 19th century and remained in La Araucanía until the first half of the 20th century. The extent to which smallpox spread, spawning fear and insecurity in people of different social classes, had as one of its leading causes the precarious conditions of health and hygiene of the population.

Ideas clave

- El brote de enfermedades infectocontagiosas a mediados del Siglo XIX y principios del XX en Chile, fue el contexto en el que aparecieron los protomedicatos y lazaretos en la higiene pública de Chile entre los años 1879 y 1920.
- A pesar de que el abordaje de esta situación surgió desde la academia, lo que permitió profesionalizar el ejercicio de la medicina, estos dispositivos permitieron al Estado de Chile operacionalizar y ayudar a resolver el problema de la higiene pública.
- No obstante ello, diversos actores de la sociedad civil solicitaron en forma constante recursos a las autoridades locales, recibiendo respuestas insatisfactorias y a destiempo.

Introducción

En su acepción etimológica, la palabra higiene designa el arte de conservar la salud, cuya responsabilidad es de cada individuo en virtud de una multitud de circunstancias que obran sobre él¹. América Latina y Chile no estuvieron exentos del debate respecto de los criterios para enjuiciar un ambiente como higiénico o antihigiénico. Precisamente, es en este último punto donde aparece la convergencia con la dimensión moral y biopolítica del individuo². En este contexto resulta relevante la diferenciación entre conocimiento de sí mismo y cuidado de sí mismo (*epiméleia heautou*), lo que implica para el ser humano efectuar, por cuenta propia o con la ayuda de otros, “cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, pensamientos, conducta, o cualquier forma de ser, obteniendo así una transformación de sí mismos, con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, pureza, sabiduría e inmortalidad”³.

En Chile, con la creación en 1833 de las Escuelas Matrices de la Salud y posteriormente 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 privada”⁴.

El trabajo mancomunado de la universidad y de los gobiernos liberales permitió la instalación de la responsabilidad pública en materia de salud, y la promulgación de las normas jurídicas que marcaron el desarrollo de la institucionalidad sanitaria en Chile. En este orden de ideas, la transformación del modelo colonial de beneficencia se gestó desde la universidad, no desde el campo político.

El médico francés Lorenzo Sazié, quien ocupó el decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile durante nueve periodos entre los años 1843 y 1865, desarrolló un modelo científico que colocaría la base para una futura instalación de la medicina moderna. Para lograrlo, Sazié trabajó interdisciplinariamente y estableció un sistema de colaboración para la investigación científica con profesores de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas. Este enfoque dotó a la medicina de estadísticas, técnicas de análisis en laboratorio, nociones de química y física, entre otras. No fue un hecho aleatorio que los principales científicos del país participaran como asesores de la Facultad de Medicina: Claudio Gay en historia natural, Ignacio Domeyko en mineralogía y química, botánica y química médica, y Rodolfo Armando Philippi en museología y paleontología⁵.

Una situación coyuntural interesante ocurrió cuando el Servicio de Sanidad desarrollaba una participación activa en crisis sanitarias en la ciudad de Santiago de Chile como las producidas por la epidemia de viruela (1905 a 1906 a 1909) o la de tifus exantemático (1918 a 1919), atendiendo a los enfermos, vacunando obligatoriamente al pueblo (en conjunto con el ejército), o como mano represiva de los inspectores municipales de higiene y de las brigadas sanitarias en fiscalizaciones de conventillos, casas y establecimientos públicos para su desinfección y en el traslado de los sospechosos de contagio al lazareto, al desinfectorio o a establecimientos de beneficencia pública⁶.

Por otra parte, entre 1879 y 1910, 74 162 personas murieron de viruela en los lazaretos en Chile. Este dato refleja la violencia con que se desplegaron las pestes, especialmente la viruela. Uno de los factores gatilladores de esta enfermedad mortal a principios del siglo en Chile

fueron las precarias condiciones de salubridad de la población, especialmente asociadas a la falta de agua potable. Esta situación adquirió una mayor complejidad en La Araucanía debido a que el Estado de Chile se había instalado incipientemente con sus respectivos agenciamientos y dispositivos administrativos, políticos y técnicos a partir de 1883. Desde la sociedad civil, a través de diferentes actores, la demanda por recursos a las autoridades locales fue constante, y generalmente la respuesta fue insatisfactoria y a destiempo.

Por consiguiente, esta investigación de carácter exploratoria pretende describir dos instituciones desconocidas en la historia social de Chile: el protomedicato y los lazaretos. En términos generales los protomedicatos fueron tribunales constituidos por los protomédicos y examinadores, que legitimaban la suficiencia de aquellas personas que aspiraban a ser médicos y otorgaba las licencias correspondientes para el ejercicio de dicha facultad. Un lazareto era materialmente una instalación sanitaria, habitualmente aislada, donde hasta la mitad del siglo XX se atendían a personas con enfermedades infecciosas como la lepra, la tuberculosis o la fiebre amarilla.

El tribunal de protomedicato

El protomedicato como institución propiamente tal, tiene sus orígenes en el Medievo, específicamente en 1422, año en que Juan II inicio la legislación médica española. En ese contexto, los tribunales de alcaldes examinadores fueron denominados protomédicos, y la organización recibió el nombre de Tribunal del Protomedicato, el cual se hallaba formado por personas de gran prestigio y muy cercanos al rey.

En 1570 se fundó el protomedicato en Perú, en cuya jurisdicción quedaba el Reino de Chile. Por su parte, la primera referencia documental que permite hacer un acercamiento a los albores del protomedicato “académico” novohispano data de 1629. En junio de aquel año el catedrático de prima de medicina Diego Martínez de los Ríos solicitaba a las autoridades universitarias un permiso para ser sustituido en la lectura de su cátedra de San Juan. En su solicitud, Martínez de los Ríos apuntó que era también “protomédico deste reino”⁷.

En 1786 se estableció el protomedicato de Chile, independiente de Lima, y fue gestionado desde la Real Universidad. La reglamentación, el control y la vigilancia de la práctica cobraban sentido como parte de una estrategia de socialización de la medicina universitaria, que buscaba instalar a la profesión y sus médicos dentro del denominado “servicio público”⁸.

El registro de médicos universitarios, latinistas, boticarios, curanderos, como la descripción de la farmacopea para el apoyo de la práctica, fueron organizadas a través de reglamentos, decretos y leyes que otorgaron eficacia a la naciente medicina universitaria. Por consiguiente, asistimos a una imbricación entre el Estado, la policía y los profesionales de salud, de tal forma de alcanzar un carácter panóptico y monopolizador en el ejercicio médico. A fines del siglo XIX, el cuerpo médico había logrado posicionarse hegemónicamente como autoridad social y biopolítica, forjándose “un sentimiento corporativo que quede reflejado en la fundación de la Sociedad Médica como

una entidad gremial independiente del Estado, de la universidad y del Protomedicato”.

En 1866 entra en vigencia la Ley de Policía Sanitaria que entregaba al presidente de la República atribuciones extraordinarias en caso de amenaza sanitaria extranjera, permitiéndole declarar cerrados los puertos marítimos y terrestres, a 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. También tenía la facultad de “poder arbitrar todas las medidas necesarias para evitar la propagación del contagio, agregando numerosas disposiciones relativas de clausura de puertos, cuarentena, denuncia de enfermedades contagiosas, medidas de precaución y aislamiento para evitar contaminaciones”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 poder 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 las epidemias⁹. Posteriormente, se promulgó la ley que crea el Servicio de Higiene Pública. En 1892 se estableció el Consejo Superior de Higiene Pública suprimiendo la Junta de Salubridad, vinculando de este modo el control y vigilancia sanitaria del país al Ministerio del Interior. El programa sanitario consistía en establecer servicios de desagüe y alcantarillado, policlínicas en barrios populares, atención médica gratuita a los pobres, vacunación gratuita a las instituciones, inspección sanitaria en los alimentos y bebidas de consumo; control de los mataderos, instalación de un laboratorio químico municipal y propagar en las escuelas la enseñanza de la higiene¹⁰.

El brazo operativo del Consejo Superior de Higiene Pública fue el Desinfectorio de Santiago, ubicado en la ribera norte del río Mapocho que comenzó a funcionar en 1896. Este hecho quedó demostrado por el gradual aumento de desinfecciones realizadas desde la creación de la entidad: entre el 17 de diciembre y 1 de enero de 1897 “hubo un total de 17 desinfecciones; en 1897 se registraron 498 desinfecciones; durante 1898 hubo 618; en 1899 se registró un total de 840; en 1900 se aumentó a 1117; y en 1905 se alcanzó un total de 3193 desinfecciones, el número más alto de intervenciones registrado”¹¹.

La creación del Consejo se basó en la necesidad de centralizar, a través del control estatal a la política nacional para la prevención sanitaria y el combate de las epidemias, permitiendo el inicio de la salubridad chilena. En 1892 se fundaría también el Instituto de Higiene que tenía como misión realizar los estudios científicos relacionados con la higiene pública y privada, practicar 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”¹².

En 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 institución 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 la higiene privada y llevar registro de las viviendas insalubres de la ciudad”¹¹.

En 1899 se promulgó la primera ley de Declaración de Enfermedades Infecciosas, que obligaba a todo médico, bajo el imperativo moral jurídico de multa, a proporcionar al Consejo Superior de Higiene Pública o a la municipalidad pertinente, la dirección y el número de moradores de las viviendas habitadas por enfermos infecciosos. Años más tarde, en 1918, este conjunto de registros dio forma, por medio de la influencia del cuerpo médico parlamentario al primer Código Sanitario de la República de Chile, destacándose el trabajo científico del médico Augusto Orrego Luco¹³. El contexto en que operaban estos dispositivos se sitúa en el periodo de la cuestión social. De hecho en 1857 el médico higienista Juan Bruner exhortaba a políticos e intelectuales chilenos de la siguiente manera: “Dad al pueblo un alimento sano i robusto i tendréis poblaciones activas i aptas a todas las fatigas del trabajo i resistentes a todos los amagos de las epidemias”¹⁴.

Frente al crecimiento negativo de la educación y enfermedades que mermaban la fuerza de trabajo, las disertaciones sobre higiene, prevención de enfermedades, alcoholismo y promoción de vacunación fue relevando una intensa labor social de los médicos quienes incansablemente educaban a la población en el autocuidado. Estamos hablando de Daniel Cruzat, Ricardo Cortés Monroy, Elías Fernández, Eloísa Díaz, César Martínez, Moisés Amaral, Luis Felipe Salas, Manuel Calvo Mackenna y Francisco Landa. Estos médicos ejercían su profesión con espíritu y vocación de servicio, cobrando aranceles exigüos, mereciendo constantemente la admiración y gratitud de la población civil y de las Sociedades de Socorros Mutuos¹⁵.

En 1924 aparece la hoja sanitaria, una publicación mensual de la *Industrial Workers of the World*, la cual circuló hasta 1927 en Santiago. En este inédito documento se instruía sobre anatomía y fisiología humana y proporcionaba consejos higiénicos para evitar enfermedades. El propósito de este documento fue activar experiencias autogestionadas en salud. El médico que promovió esta práctica fue Juan Gandulfo, un reconocido higienista. Fue director del Policlínico Obrero que funcionaba en las mismas dependencias donde se imprimía la “Hoja Sanitaria”¹⁶.

En síntesis, todas estas reglamentaciones actuaron como dispositivos de poder, reflejando la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes al espacio en el cual se ejercitan, cuya cristalización institucional toman cuerpo en los aparatos estatales, formulación de la ley y hegemonías sociales¹⁷.

El lazareto como espacio de exclusión de personas con viruela

Otro dispositivo de control de la higiene fue el lazareto, institución disciplinaria fundada a partir de administradores de sanitarios, no siendo estos necesariamente de profesión médica. Bastaban sus conocimientos sobre el despliegue y las causas epidémicas de las enfermedades a partir de la sabiduría que le otorgaba la práctica sistemática¹⁸.

A través de la historia, se crean dos grandes tipos de instituciones que se denominan lazaretos: los lazaretos de cuarentena y los lazaretos para leproso. Ambos como lugares de reclusión y de aislamiento: el primero temporal, el otro, generalmente, definitivo. Ambos espacios se medicalizaron con el paso del tiempo.

La palabra lazareto, en castellano, proviene de la palabra italiana *lazaretto* y tiene dos significados: tanto el de establecimiento sanitario para el control de infecciones, como el de hospital de leproso¹⁹. A la lepra se le conoció durante siglos como “mal de Lázaro”, por Lázaro, mendigo bíblico que, cubierto de úlceras, disputa con los perros las sobras de la mesa del rico. Posteriormente, este mendigo se identifica con otro Lázaro bíblico, el Lázaro de Betania, amigo de Jesús y hermano de Marta y María, a quien Jesús resucita. El hospital inglés de Sherburn se llamó “Hospital de San Lázaro y sus hermanas María y Marta”. En otros lugares de Inglaterra desaparece el nombre de San Lázaro para quedar el de Marta y María, bajo cuya advocación se coloca la mayoría de los hospitales de leproso de la Inglaterra medieval. Luego, a María se le identifica en Francia con María Magdalena, y así surgen los hospitales de “La Magdalena”. En los países nórdicos los hospitales de leproso se ponen bajo la advocación de San Jorge²⁰.

El lazareto surge desde los procesos de acordonamientos sanitarios y la gran cuarentena en 1374 a partir del Edicto de Reggio en Módena, Italia, naciendo el lazareto en Marsella de 1476 a partir del aislamiento de pasajeros y tripulantes debían permanecer en espera que pasase el período de contagio arbitrariamente establecido²¹.

Los lazaretos tenían objetivos políticos y económicos, los cuales incluían el amparo del sistema cuarentenario²². En otros países como Brasil, China, Colombia, Corea, Costa Rica, Filipinas, Hawái, Islas Danesas del Oeste, Japón, Malasia, Nigeria, Panamá, Rumania, Tailandia y Venezuela, las asociaciones médicas recomendaban a quienes ingresaban a un lazareto acuñar monedas y papel moneda que circularan solo dentro de la comunidad del lazareto, además de planchar la correspondencia para desinfectarla y vestir a los infectados con indumentarias especiales para identificarlos rápidamente²³.

En España se construyeron hospitales de San Lázaro desde el siglo IX. Los reyes católicos crean la figura de los “alcaldes de la Lepra”, para controlarlos, anunciando de esta manera el lento paso de los lazaretos de manos de la iglesia a manos de la autoridad municipal.

El primer Hospital de San Lázaro en América se fundó en 1528, en el Virreinato de Nueva España y en Cartagena de Indias. Ordenado por Real Cédula, se creó el primero del Nuevo Reino de Granada, a

principios del siglo XVII. A finales del siglo XVIII se trasladó a “Caño del Loro”, en la isla Tierrabomba, en la bahía de Cartagena. La historia de los lazaretos en Colombia termina en 1961, al sancionarse la Ley 148, que los suspende definitivamente²⁴.

En otras palabras, el lazareto es un espacio que se constituye en un alivio para los demás integrantes de la sociedad civil, porque garantiza el encierro y clausura social de personas. El lazareto es un edificio o instrumento de acción médica: debe permitir observar bien a los enfermos, y así ajustar mejor los cuidados. La forma de las construcciones debe impedir los contagios, por la cuidadosa separación de los enfermos: la ventilación y el aire que se hacen circular en torno de cada lecho deben evitar que los vapores deletéreos se estanquen en torno del paciente, descomponiendo sus humores y multiplicando la enfermedad por sus efectos inmediatos².

Metodología

Para este estudio se ha considerado el método cualitativo²⁵, situado en un paradigma comprensivo-hermenéutico²⁶ con alcances descriptivos densos, donde los textos han sido interpretados desde un diseño historiográfico. El muestreo corresponde a lo que se denomina muestreo empírico de material basado en fuentes escritas primarias y secundarias. Para desarrollar los objetivos se realizó trabajo de archivo en las regiones del Biobío, La Araucanía y Metropolitana, y se clasificó del siguiente modo:

- Prensa escrita nacional y local.
- Documentos jurídicos.
- Discursos de la época.
- Reglamentos escolares.
- Fotografías.
- Informes de congresos y seminarios desarrollados en el periodo.

Se revisaron cajas documentales en el Archivo Regional de La Araucanía y Archivo Nacional de Santiago; Fondo Intendencia de Cautín: decretos; comunicaciones recibidas; oficios despachados; telegramas despachados y, finalmente, se sistematizó información existente en las siguientes bibliotecas:

- Chile: Biblioteca Galo Sepúlveda (Temuco), Biblioteca Nacional (Santiago).
- Alemania: Biblioteca del Instituto Iberoamericano de Berlín y Biblioteca de la *Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt*.

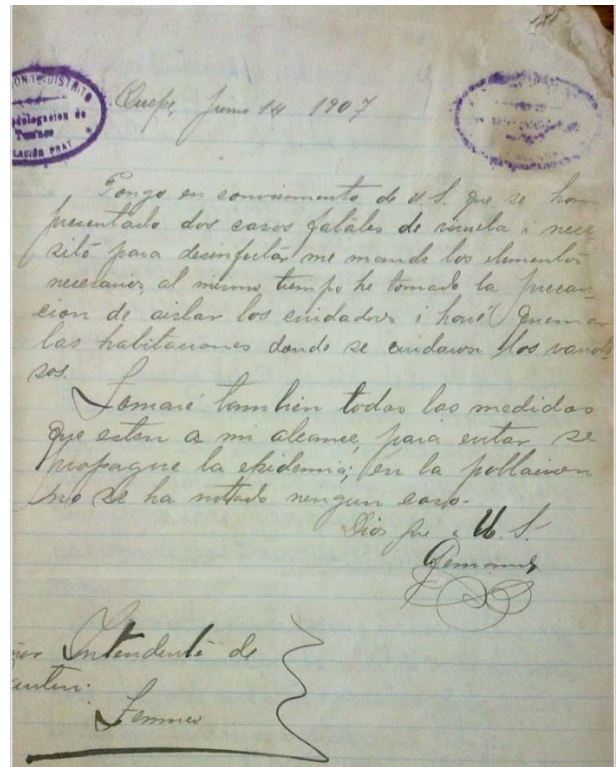
Para la reducción de datos se realizó análisis de contenido relevando núcleos de saberes centrales de orden abstracto, dotados de sentido y significado desde la perspectiva de los productores del discurso y a la vez examinando los contenidos concretos expresados en los textos, incluso sus contenidos latentes. Este método opera por medio de la producción de significados, mediante la construcción de un sistema jerárquico de categorías que deriva de la combinación del método de comparaciones constantes y el análisis por unidades temáticas, para la categorización de los significados culturales presentes²⁷.

Resultados

Una recomendación relevante que aparece en las fuentes primarias de principios del siglo XX en la Araucanía para prevenir la propagación de las pestes era ventilar las habitaciones usadas por enfermos, indistintamente de la presencia/ausencia de las enfermedades. Siempre se pedía “airear” los espacios cerrados. Esta sugerencia la encontramos de modo explícito en el siguiente instructivo originado en Quepe en 1907:

“Pongo en conocimiento de US. que se han presentado dos casos fatales de viruela y necesito para desinfectar me mande los elementos necesarios, al mismo tiempo he tomado la precaución de aislar los cuidadores y ‘horié’ las habitaciones donde se quedaron los viruelosos. Tomaré también todas las medidas que están a mi alcance para evitar se propague la epidemia; y en la población no se ha notado ningún caso. Dios guíe a Ud. Al señor Intendente de Cautín que vive en Temuco²⁸.”

Figura 1. Oficio que comunica casos fatales de viruela (Quepe, 1907).



Fuente: Fondo Intendencia de Cautín. Archivo Regional de La Araucanía, Temuco, Chile.

La falta de fondos para administrar los lazaretos se evidencia en la siguiente nota encontrada en los archivos:

“(...) remito a US. la nota que me ha pasado el administrador del Lazareto señor Víctor Navarrete Concha y otra del señor Alcalde. En la esperada nota del administrador hace renuncia de su cargo fundándose en la situación anómala que se le ha ordenado por la falta de recursos para atender al servicio del lazareto y llenar las necesidades urgentes que exige el incremento de la viruela que, día a día, aparece en forma alarmante. El señor Alcalde, por su parte, manifiesta su impotencia para hacerse cargo de este servicio por falta absoluta de fondos. Por otro lado, el infrascrito se siente desautorizado para seguir jirando contra la ley Régimen Interior en vista de que sus jiros anteriores no se han aprobado por el Ministerio

de US. a pesar de haberse remitido oportunamente los comprobantes de su inversión. La situación, pues, no puede ser más crítica para el infrascrito. La ciudad está plagada de variolosos y en el Lazareto hai diecisiete apestados a quienes no se puede atender ni hay con que alimentar. Si esto continúa así habrá que darles de alta en el estado en que se encuentran si el Supremo Gobierno no concede los fondos necesarios para atenderla. En vista de estos antecedentes ruego a US. se sirva prestar su aprobación al presupuesto que me ha pasado el administrador del Lazareto señor Navarrete Concha, ascendente a la suma de \$5 350 00”²⁹.

La siguiente es la nómina de fallecimientos a fines de 1911 en el Lazareto Temuco:

Tabla 1. Lista nominal de variolosos fallecidos en Temuco, 1911.

Lugar del fallecimiento	Nombre	Edad en años	Lugar donde se ha sepultado
Lazareto	Carlos Manríquez	11	Calle sin nombre
Lazareto	Florencia Median	45	Estación
Lazareto	Cermerjildo Ojeda	58	Estación
Lazareto	María Isabel Neira	24	Calle Solar
Lazareto	Antonio Garrido	45	Calle Miraflores
Lazareto	Gabriel Flores	50	Del Hospital
Lazareto	Pascual Manríquez	40	Sin nombre
En la casa	Ignacio Soto	50	Calle Lagos
En la casa	Guillermo Marciano	52	Sin nombre
Lazareto	Arturo Sandoval	8	Sin nombre
Lazareto	Rosa Poblete	19	Sin nombre
Lazareto	Agustín Bastias	35	Calle Bulnes
Lazareto	Bernabé Sepúlveda	12	Avda. Estación
Lazareto	Carlos Martínez	12	Calle de Trenes
Lazareto	Taila Ester Bara	7	Calle Rodríguez
Lazareto	Prosperina Burgos	21	Calle sin nombre

Fuente: Mansilla, 2018/Archivo Regional de La Araucanía. Fondo Intendencia de Cautín. *Ibíd.* Volumen 30. Pág. 87.

En 1912, según lo encontrado en el Archivo Regional de La Araucanía (Fondo Intendencia de Cautín, Temuco, 18 de noviembre de 1912). la nómina de los médicos residentes en Temuco era la siguiente: Oscar Cerda (de ciudad), Rodolfo Serrano Montaner (de colonias), Juan Bautista Faúndez (legista), Emilio Puga (ejército), Gabriel Cid Baeza y Arturo Carvajal (regimiento), Federico Arnao, Jorge Olivos Borna y la Sra. Elvira H. de Quiroz (de vacuna). En el caso de la aplicación de la vacuna, para todo el Departamento existía un vacunador de planta y otro de carácter “extraordinario”, además de un desinfectador.

En 1914 se clausuró el lazareto de Temuco por falta de fondos. El administrador, Víctor Navarrete Concha, atendida esta situación, renunció al cargo, después de “haber cubierto los últimos gastos urgentes con sus fondos particulares”. De este modo se refería el Diario Austral: “Inútiles han sido las repetidas notas que el señor Intendente

de la provincia ha enviado al Gobierno para los giros hechos para atender el servicio. El Gobierno, no aprueba ni desaprueba: no contesta, duerme o esta sordo”. El administrador Víctor Navarrete enviaba esta nota al Intendente de La Araucanía el 20 de enero de 1914:

“Me es altamente doloroso tener que poner en conocimiento de US. que la epidemia de la viruela no declina en esta ciudad y alrededores y por el contrario aumenta en intensidad día a día. Hoi (sic) se me ha pedido el traslado al Lazareto de cuatro enfermos y no he podido atender a dicho pedido por carecer esta administración de recursos y porque los gastos urgentes (sic) últimos los he cubierto con mis fondos particulares. Se adeuda a la fecha más de mil quinientos en sueldo, medicinas y alimentación y cada día que pasa son mayores las necesidades que se dejan sentir, debido al incremento de la epidemia

en las aldeas cercanas de esta ciudad, lo que significa un mayor contagio (sic) para Temuco, pues el traslado de enfermos, en las condiciones que lo hacen los deudos de los atacados de viruela va sembrando la epidemia en proporciones verdaderamente aterradoras. Por otra parte, el comercio, con mucha razón, se niega a proporcionar los artículos que se le piden, porque los pagos se hacen con tanto retardo que convierten en ilusionarías las utilidades que puedan reportarles tales ventas^{30,31}.

Los siguientes desinfectantes se utilizaban para complementar las acciones derivadas desde las políticas públicas para abordar el problema de la higiene:

- Sulfato de cobre: solución al 5%, es decir, 50 gramos de sulfato de cobre en un litro de agua.
- Leche de cal: se prepara tomando cal viva de buena calidad, se la apaga rociándola poco a poco con la mitad de su peso de agua, cuando se ha apagado completamente se pone el polvo en un recipiente cuidadosamente tapado y colocado en un lugar seco. Como un kilogramo de cal que ha absorbido 500 gramos de agua para apagarse ha adquirido un volumen de dos litros 200, basta diluirla en el doble de su volumen de agua cuatro litros 400 gramos, para tener una lechada de cal 20%. Esta lechada de cal debe usarse fresca, se la puede conservar durante algunos días a condición de tenerla en vaso bien cerrado.
- Sublimado: se emplea al uno por 100, solución fuerte; a 0,50, centígrados por mil, solución débil, según casos.
- Cresol: se emplea 25 gramos en un litro de agua.
- Ácido fénico lisol: se emplea 30 gramos en un litro de agua.
- Cloruro de cal: sólo tiene cualidades desinfectantes poderosas, cuando está preparada recientemente y está guardada en frascos bien cerrados. Una parte de cloruro por 50 de agua.
- Jabón de potasa: tres partes de jabón de potasa, jabón blando, jabón verde, se disuelven en 100 partes de agua hirviendo, por ejemplo, medio kilo de jabón en 17 litros de agua. La disolución debe hacerse en caliente.
- Formalina: se usa cuando se trata de desinfectar piezas completamente cerradas o que puedan cerrarse herméticamente y sólo para la destrucción de los gérmenes que están en la superficie.
- Temperatura de la ebullición: hacer hervir un objeto en agua con una solución de cal o de legía, obra como desinfectante, el líquido debía cubrir completamente los objetos y debe mantener a la ebullición hasta por media hora.

Por otra parte, la desinfección de los lazaretos se constituyó en una de las prioridades. En este contexto, especialmente peligrosos eran los trozos de piel que caían de los variolosos. El pus que sale de las erupciones contiene, aunque seco, los gérmenes de la peste. Por eso no sólo debe hacerse la desinfección después de la enfermedad, sino también durante la enfermedad. Los trozos deben juntarse, para desinfectarlos o quemarlos. El suelo de la pieza debe lavarse todos los días con desinfectantes. La basura debe quemarse. Todas las secreciones del enfermo (de las heridas, de las erupciones, de las mucosas, el líquido espumoso que secretan por la boca y la nariz, sangre, orina, excrementos) deben desinfectarse con la solución de cresol, ácido fénico, lisol, sulfato de cobre, lechada de cal, o cloruro de cal o por la

temperatura de ebullición. Los vendajes y trapos usados por el enfermo deben quemarse.

Conclusiones

Hasta bien entrado el siglo XIX las prácticas populares de sanación seguían operando en la mayoría del territorio chileno, ya sea porque respondían más eficientemente a las lógicas de alianzas de reciprocidad que vinculaban al sanador y al enfermo en determinadas comunidades locales, o por las dificultades que presentaba el agenciamiento estatal para hacer cumplir los reglamentos sobre el ejercicio de la medicina^{32,33}. Esta fue una de las situaciones que permiten explicar la gran cantidad de parteras, sangradores y yerbateros que comparecieron habitualmente en el tribunal del protomedicato. Eran considerados verdaderos intrusos en la profesión médica. El protomedicato fue una policía médica, cuya principal herramienta para ejercer el poder y control fueron los marcos legales que regulaban la profesión y perseguían el ejercicio ilegal.

Entonces, la mortalidad generada por la activación de focos de enfermedades desencadenó miedos y un estado de permanente alerta en la población. En este contexto, los lazaretos fueron espacios que permitieron responder a este grave problema, tal vez el más importante, que vivenció la población chilena a principios de siglo. Las construcciones de lazaretos surgieron a partir de una necesidad estratégica y médica para combatir los constantes brotes de peste.

Destaca el sistema de cuarentena, utilizado debido a las condiciones económicas, políticas y sociales de la peste. Estos mismos desarrollaban conflictos de carácter médico al momento de debatir sobre los elementos profilácticos necesarios para combatir las pestes en las diversas situaciones geográficas.

Del mismo modo, otra condición que permitió la activa propagación de enfermedades fueron los deficientes servicios de aseo de las ciudades y de los espacios familiares, unido a la densa presencia de roedores y moscas que se posaban en los alimentos, los que posteriormente eran consumidos por las personas, afectando principalmente a los niños.

Notas

Roles y contribuciones de los autores

Todos los autores contribuyeron a la conceptualización, metodología, investigación, escritura del manuscrito original, revisión y edición del manuscrito final.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Fuentes de financiamiento

El presente estudio ha sido patrocinado y financiado por el Proyecto CONICYT/FONDECYT Regular N° 1191016 “Consolidación de la escuela monocultural en territorio mapuche, periodo post-reduccional (1929-1973). Colonialidad republicana e invisibilización del mapun-kimün”.

Referencias

1. Levy M. Tratado Completo de Higiene Pública. Traducido y adicionado con notas por don José Rodrigo. Madrid: Librería de los Señores Viuda de Calleja e Hijos; 1848.
2. Mansilla J. Epidemia de viruela, lazaretos y vacunadores en la Araucanía 1881-1930. Rev Incl. 2018; 5(1), 9-29. [On line]. | Link |
3. Foucault M. Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo veintiuno editores Argentina; 2002. [On line]. | Link |
4. Fuster N, Moscoso P. La hoja sanitaria. Archivo del Policlínico Obrero de la I.W.W. Chile 1924-1927. Compilación, estudio y notas. Santiago de Chile: Ceibo ediciones; 2015.
5. Araya C, Leyton C, López M, Palacios C, Sánchez M. República de la Salud: Fundación y ruinas de un país sanitario, Chile siglos XIX y XX. Santiago de Chile: Ocho Libros Editores; 2016.
6. Vicuña-Mackenna B. La Policía de Seguridad en las grandes ciudades modernas. Santiago de Chile: Imprenta de la República; 1875.
7. Martínez G. La medicina en la Nueva España, Siglos XVI y XVII: Consolidación de los modelos institucionales y académicos. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2014.
8. Fuster N. El cuerpo como máquina: La medicalización de la fuerza de trabajo en Chile. Santiago de Chile: Ceibo ediciones; 2013.
9. Laval E, García R. Síntesis del desarrollo histórico de la salubridad en Chile. Rev SNS. 1956 Sep; 1:1-23.
10. Cruz-Coke R. Historia de la medicina chilena. Santiago de Chile: Andrés Bello; 1995.
11. Dávila R. Higiene pública en Chile. Santiago de Chile: Imprenta Cervantes; 1908.
12. Subercaseaux B. Historia de las ideas y de la cultura en Chile. Tomo I: Sociedad y cultura liberal en el siglo XIX. Santiago de Chile: Universitaria; 1997.
13. Orrego A. La cuestión social. Santiago de Chile: Imprenta Barcelona; 1897.
14. Bruner J. Fragmentos de una higiene pública en Santiago. Anales de la Universidad de Chile. Enero, febrero y marzo, tomo XV, 1857.
15. Ilanes MA. La revolución solidaria. Las Sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1887. Polis Revista Latinoamericana. 2003 Mar; 1(5). [On line]. | Link |
16. Arias O. La prensa obrera en Chile, 1900-1930. Universidad de Chile-Chillán, Servicio Central de Extensión y Acción Social, Oficina de Difusión y Publicaciones; 1970.
17. Foucault M. Los anormales. México: Fondo de cultura económica; 2001.
18. Bonastra J. Ciencia, sociedad y planificación territorial en la institución del Lazareto [tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2006. [On line]. | Link |
19. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española. 22a Ed. 2001.
20. Reverte Coma, JM. La lepra en la historia. Fontilles;1980:565-590.
21. Ledermann W. Pitágoras, Alejandro, Rafael y la Serratia marcescens. Rev. chil. infectol. 2003; 20(Suppl): 71-73. | CrossRef |
22. Mansilla J, Huaiquién C, Nome C. La escuela como hospital de los niños. La institución de los médicos escolares en Chile y la Araucanía 1900-1930. En Mansilla et al. Análisis transdisciplinar en el sur de Chile. Santiago de Chile: Colección Salud Colectiva. Soria: Ceasga editorial; 2018. p. 8-25.
23. Yepes A. La moneda de los lazaretos: acuñación para circulación entre los leprosos. Bogotá: Casa de la moneda; 2010.
24. Martínez FA. El Lazareto de Boyacá. Lepra, medicina, iglesia y estado 1869-1916. Cómo Colombia fue convertida en la primera potencia leprosa del mundo y Boyacá, en una inmensa leprosería. Tunja: Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 2006.
25. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2007.
26. Habermas J. Conocimiento e interés. Madrid: Taurus; 1982.
27. Krippendorff K. Metodología de análisis de contenido. Teoría y práctica. Barcelona: Paidós; 1990.
28. Gobierno de Chile, Intendencia de Cautín. Archivo Regional de la Araucanía, Quepe, 1907; Volumen 36.
29. Gobierno de Chile, Intendencia de Cautín. Archivo Nacional de Chile (ANCH)/Archivo Regional de la Araucanía (ARA); Temuco, 1914; 79:58.
30. Gobierno de Chile, Intendencia de Cautín. Archivo Regional de la Araucanía; Temuco, 1911.
31. Gobierno de Chile, Intendencia de Cautín. Volumen 66. Oficio N°10. Archivo Regional de la Araucanía; Temuco, 1911.
32. Gobierno de Chile, Intendencia de Cautín. Oficio que comunica casos fatales de viruela. Archivo Regional de la Araucanía; Quepe, 1907.
33. Menard A. Libro Diario del presidente de la Federación Araucana Manuel Aburto Panguilef. Santiago de Chile: Colibrí; 2013.

Correspondencia a

Rudecindo Ortega 02950
Temuco
Chile



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Medwave*.