

La medicalización del espacio popular en Santiago de Chile (siglos XIX y XX)

The development of urban medicine in Chile. The medicalization of the popular space in Santiago between the middle of the nineteenth and the beginning of the twentieth century

JAIME BASSA M.*
NICOLÁS FUSTER S.**

Resumen

El presente texto expone las razones y describe el proceso de medicalización del espacio popular que se llevó a cabo en Santiago de Chile hacia

* Universidad de Valparaíso, Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Escuela de Derecho, Chile. Dirección postal: Av. Errázuriz 2120, Valparaíso, Chile. *E-mail*: jaime.bassa@uv.cl.

** Universidad Metropolitana de Ciencias de la Educación, Facultad de Historia, Geografía y Letras, Departamento de Castellano. Dirección postal: Av. José Pedro Alessandri 774, Ñuñoa, Santiago, Chile. *E-mail*: nicolas.fuster@umce.cl.

el centenario de la República. Explica cómo, durante el siglo XIX, la creciente migración campo-ciudad terminó por diluir los límites originales de Santiago, generando graves problemas de hacinamiento e insalubridad en los suburbios de la capital. La amenaza constante de las epidemias y enfermedades infecciosas comenzaba así a poner en duda la efectividad de la medicina decimonónica y con ello su poder y transcendencia social.

Palabras clave: medicalización, higienismo, migración, ciudad, capitalismo.

Abstract

This paper shows the reasons and describes the process of medicalization of the popular space that took place in Santiago de Chile to the centennial of the Republic. It explains how during the nineteenth century, the growing rural-urban migration diluted the original limits of Santiago city, causing serious problems of overcrowding and unsanitary conditions in the suburbs of the capital. The constant threat of epidemics and infectious diseases began to doubt the effectiveness of nineteenth-century medicine, his power and social significance.

Key words: medicalization, hygienism, migration, city, capitalism.

Introducción

El 12 de febrero de 1541 fue fundada la ciudad de Santiago del Nuevo Extremo. Su aspecto durante las primeras décadas no distó al del campamento militar que la vio nacer:

una Plaza Mayor desde donde se extendían una serie de cuadrantes a la usanza de los asentamientos españoles. Sin embargo, la fragilidad de sus límites quedó en evidencia desde su fundación. Una constante, pero moderada migración, motivada básicamente por el comercio y la Guerra de Arauco, se instaló “en aquellos sectores que seguían más allá” y que eran considerados como “el espacio suburbano de los arrabales de los pobres y las quintas y cuadras de viñas donde la densidad era más baja” (De Ramón 2000: 53). Fuera de los límites de la ciudad, nacían los sectores suburbanos cuya extensión era ambigua y sus límites poco definidos. En sus arrabales convivirían artesanos, vendedores callejeros, indígenas y negros junto a chacras, viñas y sectores de pastoreo.

Hacia finales de la primera mitad del siglo XIX, la creciente migración terminó por diluir los límites originales de la ciudad, pasando algunos barrios de los márgenes a constituirse como parte orgánica de su centro urbano. Para Armando De Ramón,

(...) Es un hecho incontestable que ya durante la segunda mitad del siglo XVIII era posible observar en los alrededores de Santiago varios focos de enorme miseria que, con el nombre de *guangualies* (en su origen significa pueblo o población de indios) o *rancheríos*, albergaban a una numerosa población abigarrada sin costumbres ni ocupación (De Ramón 2000: 96).

Sin embargo, la dinámica poblacional decimonónica tuvo características que la diferencian de los procesos anteriores, ya que:

(...) aunque se registra la existencia de estos *rancheríos* desde el siglo XVI, estos últimos estuvieron compuestos o por trabajadores indígenas, traídos expresamente para realizar obras públicas o privadas en la ciudad, o por esclavos y sirvientes de monasterios que no podían

habitar dentro de los muros del respectivo convento (...) En cambio, lo que comenzó a distinguir a los que surgen en el siglo XVIII es que se trataba de gente miserable, sin ocupación fija, que se acogía a la ciudad por no tener posibilidades en su tierra de origen y que se instalaba a título precario, en terrenos baldíos o en zonas pantanosas, cascajales del río y otros lugares de poco valor (De Ramón 2000: 96).

Durante la primera mitad del siglo XIX, el fenómeno de migración se sostuvo constante, generándose graves situaciones de precariedad y hacinamiento en el extrarradio de Santiago. Hacia 1850 se sumaba a la marginalidad de los arrabales el polvo en suspensión de sus estrechas callejuelas, los desechos industriales vertidos en sus inmediaciones y la ausencia total de servicios básicos, como el agua potable. Si bien es cierto que ya en el siglo XVIII se había discutido esta problemática (muchas veces solicitando directamente la destrucción de las viviendas populares conocidas como *ranchos*), es durante el siglo XIX cuando se empiezan a ver estas precarias condiciones como un caldo de cultivo de enfermedades y de posible riesgo sanitario.

Se instala de esta forma, al finalizar la primera mitad del siglo XIX, en la naciente elite médica chilena, una inquietud político-sanitaria como consecuencia del proceso de mutación del entramado de la ciudad y del escenario de precariedad e insalubridad suburbano. La amenaza sanitaria constante comenzaba a poner en duda la práctica y el discurso científico de la medicina decimonónica y con ello su poder y transcendencia social. En este sentido, los numerosos intentos de regulación de la *habitación obrera* o el complejo plan de *transformación de Santiago* impulsado por el Intendente Vicuña Mackenna en 1872, pueden ser vistos como parte del desarrollo de una estrategia de *medicalización urbana* destinada

a la regulación de los flujos poblacionales y de sus principales externalidades.

En esta dirección, el presente artículo busca describir y analizar el proceso de medicalización que experimentó la ciudad de Santiago durante la segunda mitad del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX. Para efectos de este trabajo, entenderemos por *medicalización* el hecho por el cual la conducta del individuo y su cuerpo, el espacio en que este habita y en general lo substantivo de la vida humana, son objeto de intervención médica, generando una intromisión de la medicina en todas las dimensiones de lo social, sobrepasando incluso lo meramente técnico. Es decir, se buscará describir y analizar el conjunto de mecanismos por medio de los cuales los rasgos biológicos fundamentales de la especie humana fueron incorporados en determinadas estrategias políticas y en una estrategia general de poder (Foucault, 2006). Por otra parte, se analizará la relación entre la medicalización de la ciudad y la intervención sanitaria de los sectores populares (suburbios, habitaciones obreras, etc.) y de las familias que los habitaban. Esta relación entre medicalización del espacio (ciudad y vivienda) y de la familia habría tenido una rentabilidad política y económica no sólo para un determinado modo de producción (minería de extracción, obras públicas, etc.), sino también para los intereses de una dirigencia obrera que veía en la disciplina, la moral única y el auto cuidado el “futuro esplendor” del obrerismo moderno, como motor y brújula de una cultura obrera ilustrada.

En este sentido, este trabajo busca describir los efectos producidos por el entrecruzamiento de los discursos de la medicina moderna y las prácticas de la Higiene Pública en los espacios ocupados por trabajadores y trabajadoras del

siglo XIX y principios del XX en Chile. Este acercamiento al problema es en sí mismo complejo, ya que por lo general la historiografía asume que la medicina está vinculada, particularmente, al progreso de la sociedad a través del cuidado del cuerpo y del combate de la enfermedad. Sin embargo, la complejidad del fenómeno de la medicalización de la sociedad chilena requiere la utilización de enfoques metodológicos que vayan “más allá” de la aproximación histórica clásica utilizada por los historiadores de la medicina de nuestro país, ya que consideramos que este tipo abordaje metodológico no ha sido otra cosa que el posicionamiento de la medicina y de sus efectos sobre *una idea lineal del progreso*.

Por el contrario, consideramos que el proceso de socialización de la medicina decimonónica, en tanto conjunto de estrategias, técnicas y tácticas desarrolladas en torno a la legitimación de la ciencia médica y de la Higiene pública y doméstica, se desarrolló desde distintos ámbitos, algunas veces imbricados y otras tantas en lados opuestos. Los ambiguos y no siempre fructíferos intentos de estatización de la medicina decimonónica, la lucha por la profesionalización del oficio, la legitimación del saber y la optimización de la práctica médica, el desarrollo de la higiene pública chilena y la intervención de los espacios insalubres, o la implementación de una medicina integral para la familia obrera desde sus organizaciones, pueden ser considerados como elementos de una compleja red de relaciones de poder que tendió a producir fenómenos como la *medicalización de la sociedad* y la *objetivación* de los individuos de los sectores populares.

Es por lo anterior que creemos esencial un abordaje que permita analizar el proceso de

socialización de la medicina en Chile como la emergencia de un espacio no sólo de progreso científico, sino también de *poder* capaz de objetivar el obrerismo moderno, condicionando su futuro como proyecto político y como sociedad civil. Para poder establecer los efectos producidos por el entrecruzamiento de los discursos de la medicina moderna y las prácticas de la Higiene Pública en los espacios ocupados por trabajadores y trabajadoras, es necesario identificar los discursos utilizados por la medicina moderna (profesionalizada y politizada) para legitimar las prácticas de la Higiene como mecanismo de intervención de los espacios domésticos, es decir, al interior de la “habitación obrera”.

Ambos espacios (organizaciones y habitación) instalaron “discursos de sentido” sobre la “familia trabajadora”, generando una serie de prácticas sobre el auto-cuidado físico y moral (el problema de la moral única). En esta dirección, el estudio del discurso debe ir necesariamente acompañado del de las prácticas, con el fin de establecer, en torno al fenómeno de la medicalización, los efectos de la simbiosis entre discurso médico y práctica higiénica. Con este fin, el presente trabajo analiza, desde un enfoque histórico-genealógico, decretos, leyes, reglamentos y todo documento que haya buscado prospectar la acción del Estado como creador y garante de una normatividad con incidencia en la salubridad e higiene pública y privada. Además, se utilizan otras fuentes necesarias para lograr un entendimiento acabado del paradigma médico de la época: estudios e investigaciones sobre medicina e higiene, discursos de médicos higienistas, literatura especializada de la época, y todo documento relacionado con la profesionalización de la medicina y con la instalación de un espacio

académico e institucional para la difusión, acción y mejoramiento de la Higiene pública y doméstica.

2. La expansión demográfica del Santiago decimonónico y el desarrollo del *pánico urbano*

El aumento sostenido de la población urbana durante el siglo XIX provocó importantes transformaciones en ciudades edificadas según el patrón urbano y la estratificación social del régimen colonial. A comienzos del siglo XX, se puede observar el resultado de este proceso: en 1920 la población urbana de Chile constituía el 42,8 por ciento del total, uno de los porcentajes más altos de América Latina (Salazar 1989). Sin embargo, la migración campo-ciudad y la expansión de la urbe no sólo generaron cambios sustanciales en la fisonomía y en el paisaje citadino, sino que también acarrearón consecuencias trascendentales para el desarrollo e influencia política de la medicina decimonónica.

Desde mediados del siglo XVII, la ciudad de Santiago ya se presentaba como la urbe por excelencia. Durante la Colonia, su crecimiento estuvo influenciado principalmente por la migración que generaban los levantamientos indígenas en las villas del sur del país y por el aumento del flujo comercial entre Chile y el virreinato del Perú. El desarrollo demográfico de la ciudad fue constante entre el período colonial y el republicano: en 1625 se sabe que vivían en Santiago cerca de dos mil habitantes, que habrían aumentado a setenta mil para mediados del siglo XIX. En relación a su superficie, el historiador chileno Álvaro Góngora explica que:

[en] trescientos años de existencia su superficie no había variado sustancialmente. Medía entre cada uno de los puntos cardinales algo así como dos kilómetros y medio (...) A la primitiva planta de ciento veintiséis manzanas, subdivididas en cuatro solares cada una, se fueron agregando otras a semejanza de la traza original hacia los cuatro puntos cardinales (Góngora 2009: 165-166).

Pero, a partir de la segunda mitad del siglo XIX, gracias al temprano afianzamiento de la centralización del poder estatal (Romero 1997), Santiago sería testigo de la cuadruplicación de su población entre los años 1875 y 1920; y de la duplicación de su superficie entre los años 1872 y 1915 (De Ramón 2000). Esta expansión demográfica que experimentó Santiago durante la primera mitad del siglo XIX tuvo como causa principal la *suburbanización* resultante de la corriente migratoria campo-ciudad. Esto se debe principalmente a la *urbanización de una población trabajadora itinerante* que encontró una fuente laboral relativamente estable (régimen de enganche y salario) en las obras ferroviarias cercanas a la ciudad, en la construcción de canales de regadío, de caminos, de puentes, de fuertes o en la reparación de edificios públicos (Salazar 1989). Por otra parte, los campamentos de extracción de cobre ubicados en los faldeos de la cordillera de los Andes fueron un punto de atracción para la mano de obra desempleada que provenía, en parte, de la crisis del viejo sistema minero del norte del país. Hacia la segunda mitad del siglo XIX, también influyeron en el desarrollo demográfico el crecimiento de la burocracia estatal que atrajo a individuos de clase media y el aumento del Ejército debido a la Guerra del Pacífico y a la inestabilidad fronteriza (De Ramón 2000). Esta fuerte tendencia migratoria del campesinado rural y de los trabajadores itinerantes -empujados por la crisis del sistema minero del norte y por la paralización del

desarrollo del sistema productivo de la hacienda (Salazar 1989)- provocó una significativa expansión de la *periferia* de la capital que, en palabras del Intendente Vicuña Mackenna, no era más que un montón de calles de fango, polvaredas y de casas de ramas entretejidas ocupadas por *bárbaros* (Folchi 2007).

Posteriormente –finales del XIX y principios del XX-, el desarrollo de una incipiente industrialización -devenida el principal empleador urbano- sumada a la llegada al país de empresarios extranjeros con formación capitalista -y no mercantil colonial como los hacendados criollos- que establecieron relaciones salariales de producción con sus trabajadores (Salazar 1989), consolidaron la urbanización de una significativa mano de obra asalariada. Finalmente, la crisis del sistema monetario colonial con la consiguiente desvalorización del peso obligó a los empresarios criollos a optar por los trabajadores nacionales; fenómeno que llevó a la sustitución de los encarecidos artesanos extranjeros y a la incorporación de un gran número de trabajadores ordinarios al sector industrial. Este fenómeno instalaría las bases económicas para el surgimiento del *típico obrero del siglo XX*, “fundamento laboral sobre el que se apoyó la transición chilena al capitalismo industrial” (Salazar 1989: 148). De esta manera, se generaba un nuevo escenario económico y productivo que sería fundamental para la urbanización de miles de trabajadores.

Aunque muchos de estos individuos prefirieron trabajar bajo un régimen salarial formal, existió un número considerable que encontró su fuente de ingresos en la venta no regulada de productos básicos o de confección artesanal. Un efecto casi inmediato de este tipo de

migración fue el surgimiento de un comercio informal que no respetaba las regulaciones tributarias y comerciales impuestas en las Plazas de Abastos de las ciudades. No tardaron en aparecer plazas libres sin sujeción al subastador oficial que generaron todo tipo de reclamos, ya que los individuos que realizaban sus ventas en estos espacios no estaban sujetos al pago del antiguo derecho de recoba (Salazar 1989). Estos *baratillos*, verdaderos *mercados de las pulgas*, se transformaron en el principal espacio para el comercio popular al interior de los suburbios, lo que provocó con el paso del tiempo su crecimiento exponencial: en 1870 existían 2.026 baratillos en todo el país, de los cuales 948 correspondían a Santiago; en 1905 se contabilizaron 6.615, de los cuales 1.123 se ubicaban en la capital (Salazar 1989).

Sin embargo, para el historiador chileno Mauricio Folchi, este fenómeno migratorio no sólo se explicaría por el desarrollo de actividades económicas típicamente urbanas que operaron como polos de atracción de mano de obra rural, sino también por factores culturales *no del todo lógicos*:

(...) Más que una razón práctica para emigrar, a la gente la movilizó el deseo de hacerlo, pues pasar de la provincia a la capital (o del campo a la ciudad) constituía una forma de ascenso social, y estos eran vistos como espacios en los cuales encontrar mejores oportunidades; pero estas oportunidades, por lo menos para las clases bajas, no existían (Folchi 2007: 371).

No obstante lo anterior, es evidente que los cambios generados en los medios de producción y el fenómeno *aspiracional* de los sectores rurales de la población provocaron el surgimiento de grandes suburbios populares que obligaron a ensanchar los límites históricos de la ciudad colonial. En el caso de la ciudad

de Santiago, su ensanche se habría realizado ocupando las tierras agrícolas que la rodeaban. Como explica Góngora:

(...) Como casi todas las ciudades –desde sus inicios o con el paso del tiempo– se constituyen en centros de diferenciación social, las residencias pertenecientes a los vecinos más importantes se ubicaron en el perímetro céntrico, partiendo desde la Plaza de Armas. Esta distribución espacial aún subsistía sin modificaciones hacia 1850, cuando la fisionomía del capital comenzó a cambiar (Góngora 2009: 167).

Dicho cambio generaría la división de Santiago en tres amplias zonas marcadas por una evidente diferenciación social:

(...) un centro histórico mixto, con barrios en los que se mantenía la aristocracia tradicional, con un entorno salpicado de enclaves de viviendas populares, unos barrios nuevos para la clase media, convenientemente urbanizados, y amplias zonas de edificación precaria, en la periferia semirural, hacia el norte y poniente de la ciudad y en los márgenes del río que atraviesa, en las que se alojaban las familias del *bajo pueblo* en extensos *arrabales* o *rancheríos* (Folchi 2007: 371-372).

A los vecinos más importantes ahora se sumaban los grupos medios que aspiraban a ocupar un espacio en la naciente burocracia estatal, y los sectores populares compuestos por vagabundos, vendedores ambulantes, obreros asalariados y ocasionales, todos reunidos ahora en una ciudad que por más de trescientos años había sobrevivido sin variaciones significativas. Por otra parte, la expansión y densificación de los cinturones suburbanos producto del arriendo de la tierra *al detalle*, generó una *verdadera carrera mercantil* por la adquisición y venta de sitios. Como señala el historiador chileno Luis Alberto Romero:

(...) El negocio mayor consistía en conservar la propiedad de la tierra y alquilar pequeños lotes para que cada inquilino levantara su vivienda,

según sus posibilidades. Así se poblaron los sórdidos arrabales del norte y el oeste, y sobre todo los del barrio Sur, crecido sin orden ni concierto alguno sobre hijuelas alquiladas por los diversos herederos de esas tierras (Romero 1997: 123-124).

Si bien algunos propietarios preferían lotear sus chacras y propiedades suburbanas, otros decidieron simplemente permitir la formación de *rancheríos* en sus tierras, para de esta manera poder cobrar a sus habitantes un canon de arriendo mensual (Salazar 1989). Emblemático fue el caso de los hermanos Ovalle, quienes iniciaron un millonario negocio dedicado a la administración de los asentamientos populares (Romero 1997). En 1865 existían 252.522 viviendas populares en todo el país y el setenta por ciento de las casas chilenas correspondían a construcciones provisionales del sector popular. Al desplazarse hacia la capital, las viviendas populares formaron inmensos *rancheríos* que al unirse se transformaron en arrabales “tan extensos como la ciudad principal, y más densamente poblados” (Salazar 1989: 228-231). Esto provocó el *desdibujamiento* de los planos diseñados siglos antes, con la consecuente pérdida del control de la evolución de la ciudad. Lo que antes de 1840 se circunscribía a la orilla de los ríos capitalinos y a lo largo de las cañadas, hacia finales del siglo XIX se expandía como epidemia por todo Santiago. De este modo, se instalaron en los grupos dirigentes, profesionales y acomodados del país una serie de nuevos temores relacionados con la mutación del espacio urbano y sus consecuencias.

El amparo institucional que disfrutó este negocio legitimó una oferta más preocupada de acumular capital que de solucionar las carencias de urbanización de los terrenos en donde se emplazaban los tinglados y las covachas. Las viviendas de los arrabales se caracterizaron

por ser “más insalubres, peor construidas y más miserables” (Salazar 1989: 230) que las ubicadas en los sectores rurales del país, lo que produjo focos de insalubridad que despertaron el temor del Estado y de la elite médica. Es así como hacia 1870 la oligarquía Santiaguina “se hallaban en la posición del aprendiz de brujo: debía exorcizar los fantasmas que había invocado. Es decir, debía intentar controlar la plebeyización de las ciudades cuando ese proceso se desarrollaba ya a toda marcha” (Salazar 1989: 232). Quedaba así en evidencia la incapacidad de la oligarquía para resolver *urbanísticamente* los conflictos y problemas que habían generado “sus propias prácticas acumulativas, a todo nivel” (Salazar 1989: 233). De esta manera, a comienzos del siglo XX, la población pobre del país había logrado penetrar

en todos los poros de las viejas ciudades patricias, hinchándolas y tensionándolas, [provocando que] los polos extremos de la sociedad chilena, hasta entonces demasiado diferenciados y distanciados como para confrontarse, se hallaron así en *contacto directo* sin haberse homogenizado e igualado (Salazar 1989: 234).

Sin embargo, este contacto directo no pasó de ser una cohabitación simbólica del espacio de la urbe, ya que una frontera, natural muchas veces (ríos, cañadas, arboledas o leguas de distancia), separaba a la marginalidad de los aristocráticos barrios céntricos. Esta distancia espacial podría haber configurado una desconfianza elitista hacia los cuerpos que habitaban los arrabales, ya que resulta innegable, como señala Sennett, “que las relaciones espaciales de los cuerpos humanos determinan en buena medida la manera en que las personas reaccionan unas respecto a otras, la forma en que se ven y escuchan, en si se tocan o están distantes” (Sennett 1997: 19). Así, mientras se desarrollaba en los grupos acomodados un fuerte temor a la cohabitación con la otredad, paralelamente se instalaba en la

elite médica y en la autoridad la preocupación por un escenario de precariedad e insalubridad urbana que amenazaba la eficacia de la práctica médica científica, sus dominios explicativos, su discurso y, con ello, su poder y trascendencia social (Molina 2006). Podemos suponer que la segregación espacial que se originó en Santiago a fines del siglo XIX y principios del XX fue un factor importante en la configuración de un discurso impregnado del recelo y temor hacia el *Otro* pobre.

3. La Higiene Pública y la trascendencia social de la medicina decimonónica

La intensa migración hacia la urbe debido a la penetración del modo de producción capitalista “en rubros cada vez más diversos y relevantes para nuestra economía” (Pinto y Salazar 2002: 173), generó un proceso de proletarización marcado por las precarias condiciones de vida de los trabajadores. Sobrepasados ampliamente se vieron 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 (Pinto y Salazar 2002: 174).

Las graves condiciones de hacinamiento en que se vivía en los arrabales ciudadanos, “especialmente la situación de insalubridad y de falta de higiene”, trajeron consigo serias amenazas sanitarias y sociales que “eran percibidas como factores contraproducentes para el funcionamiento de la sociedad global” (Molina 2010: 21). En este contexto, surgieron

enfermedades y epidemias que desbordaron los límites de los propios arrabales (Romero 1997), poniendo en peligro el estado sanitario de toda la población urbana. Esta compleja situación generó una inquietud político-sanitaria producto del desarrollo del entramado ciudadano, una suerte de *pánico urbano* (Foucault 1999), que se propagó por diversos sectores de la sociedad republicana. Como señala Romero, los problemas urbanos, y los pobres mismos, se convirtieron en una cuestión e impulsaron una acción. Su forma más definida fue el *higienismo* y se trató de un intervención directa en la vida de los pobres, que modificó tanto sus condiciones de vida como los términos mismos de su relación con la elite (Romero 1997).

En este sentido, la mutación del espacio ciudadano y el riesgo sanitario que ésta conllevaba instaló una nueva problemática en la elite médica: la necesidad de una estrategia de administración de una población popular que amenazaba la efectividad de las prácticas y del discurso de la medicina científica.

Antes del desarrollo de la microbiología, los médicos relacionaban la salud física y la calidad moral de los sujetos con las características del espacio que habitaban. La falta de espacios salubres dañaba, según las autoridades, no sólo “las condiciones físicas i morales del individuo i de la familia”, sino que también tenía “funestos resultados para la vida jeneral de colectividad” (Frías 1911: 4-5). En esta dirección, en 1872 el doctor chileno Adolfo Murillo señalaba que las *condiciones materiales de existencia* parecían alcanzar a determinar *la superestructura moral* de la sociedad (Molina 2006). Así, el espacio comenzó a tomar una relevancia sanitaria que generó un intenso debate sobre las condiciones de habitabilidad de los lugares

públicos y privados de la ciudad. Esta discusión al interior de la medicina decimonónica tomaría forma práctica e instrumental en las nociones de *salubridad* e *higiene* (Foucault 1999). Totalmente persuadida por el paradigma médico del *higienismo* (Folchi 2007), la elite médica definió la Salubridad como la base material y social susceptible de asegurar para la salud de los individuos, y la Higiene Pública como la técnica de control político-científico de esa base material-social (Foucault 1999).

Como tecnología de poder, la higiene pública buscó intervenir las variables que determinaban la calidad de los espacios y, por ende, la administración de la salud de la población. Según el Higienismo, dichas variables eran la *luz solar*, el *aire* y el *agua*. Para los higienistas, el aire debía estar disponible en cantidad adecuada y no podía estar contaminado por emanaciones miasmáticas.¹ Por otra parte, el agua debía ser limpia y no contener restos orgánicos ni sustancias deletéreas. Y, finalmente, la luz solar, considerada una fuente de la salud, debía llegar a todos los lugares donde se desarrollara la vida humana (Folchi 2007). En esta dirección, el médico Juan Bruner señalaba en 1857 a los profesores y autoridades de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que “La salud de un pueblo depende del lugar donde vive (...) La topografía, la vida material i las costumbres, como causas patojénéticas, imprimen a los habitantes una fisonomía morbosa particular” (Bruner 1857: 292). En el caso puntual de Santiago, Bruner

explicaba que los elementos *patojénéticos* de su ubicación geográfica eran “su elevacion considerable sobre el nivel del mar, su poca circulacion atmosférica i su miasma” (Bruner 1857: 292). En cuanto al espacio privado, el médico chileno advertía sobre el peligro de las habitaciones mal ventiladas, explicando que:

(...) El aire atmosférico de un espacio habitado se descompone permanentemente por la respiracion, no siendo renovado a cada momento se torna poco a poco irrespirable. La falta creciente del oxígeno, que es el estímulo telúrico del sistema nervioso i muscular, paraliza la vitalidad de dichos sistemas, i el ácido carbónico, que se aumenta en proporcion inversa al oxígeno, suprime la fuerza respiratoria de las vesículas de la sangre (Bruner 1857: 292-293).

Este fenómeno nefasto para la salud de las personas, según Bruner, no ocurría

(...) en las casas de la jente acomodada, siendo espaciosas i bien ventiladas permiten una libre renovacion del aire. Pero la poblacion pobre (...) 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 paso (Bruner 1857: 292-293).

Desde un punto de vista médico –y, lógicamente, político-, estos espacios representaban “todo lo contrario de lo que la higiene pide” (Folchi 2007: 361), por lo que no resulta extraño que el Higienismo, ampliamente compartido por la elite médica chilena (Folchi 2007),² se incorporara a la

¹ 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.

² Aunque no existe ningún estudio histórico que se encargue de la difusión del discurso higienista en Chile, según Folchi, se puede constatar la operatividad de sus presupuestos al interior del dispositivo de la medicina científica a través de “diversos artículos publicados en revistas especializadas que dan cuenta de las ideas etiológicas y preventivas que tenían los médicos chilenos”. Además, existió una importante producción de libros y manuales destinados al tratamiento de los principios del higienismo europeo y una destacada labor de traducción de los más importantes manuales de higiene de Europa.

práctica y al saber médico en forma de técnicas de intervención y control del espacio urbano y de la multiplicidad que lo habitaba (Illanes 1993).³

Dentro de esta estrategia, una amplia pedagogía de la higiene fue difundida desde el dispositivo médico hacia las clases dirigentes; lo que permitió la instalación del discurso higiénico como un importante referente explicativo. La *mortalidad infantil*, por ejemplo, fue analizada por la medicina científica decimonónica como resultado de las precarias condiciones de salubridad de los sectores populares, convirtiéndola en un campo apto para la intervención de la higiene pública. Los médicos Sierra y Moore recomendaban al Ministro Augusto Matte “que cualesquier tratado de higiene de los países europeos reúne todos los datos que enseñan a evitar la mortalidad infantil, estudiándose en ellas las mismas causas y aconsejándose las mismas medidas” (Moore y Sierra 1895: 5). Otras publicaciones buscaban 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 padres” (Moore y Sierra 1895: 3). La higiene pública se instaló, entonces, como el instrumento tecnológico de intervención por antonomasia para la protección de lo que la elite médica consideraba trascendental para su proyecto civilizatorio, para su discurso, su práctica, su poder y su transcendencia social: la normalización de los individuos y la regularización de los procesos biosociológicos de la población.

De este modo, los principales promotores de la denuncia y del alegato sobre la cuestión de la habitación obrera o del espacio suburbano,

fueron aquellos profesionales ilustrados que escribían en la *Revista Médica de Santiago*, en los *Anales de la Universidad de Chile* y en la *Revista Chilena de Higiene* (Folchi 2007: 364). De hecho, para la historiadora María Angélica Illanes, es en el contexto de la Cuestión Social cuando “El cuerpo médico de Santiago (...) sustituye (...) al Estado en las iniciativas de acción social, las que, *vinculadas siempre a la higiene*, consolidarán a dicho estamento médico como poder, iniciando el camino de su propia autonomía e identidad” (Illanes 1993: 86). Ya en 1853, en su discurso de incorporación a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el médico higienista Víctor Pretot destacaba la importancia trascendental del cuerpo médico para el devenir de la República de Chile. Según Pretot, “dependerá del concurso simultáneo de vosotros mismos, de la edilidad Santiaguina i de los médicos (...) proporcionar a la República una sucesión de generaciones sanas”; ya que era el médico quien debía orientar a la policía administrativa y a las autoridades en las “mejoras prescritas por la higiene pública” para el aseguramiento de “La pureza del aire, la calidad de las aguas, sus corrientes, la limpieza de las calles, de los lugares públicos, de sus acequias i resumideros” (Pretot 1853: 36-38). Ahora bien, según él, no sólo las autoridades debían someterse a la voz experta del médico, 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 en armonía con las disposiciones climatéricas i individuales” (Pretot 1853: 36-38). 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)

³ Un ejemplo claro de la incorporación de los principios del higienismo en las técnicas médicas de la época, lo podemos encontrar en la *desinfección pública* que realizaba metódicamente el Desinfectorio sobre el espacio público y privado de la ciudad.

y sobre los peligros que ésta planteaba para el desarrollo del país y para la estabilidad de sus estructuras internas, haya sido escrita por un destacado miembro de la elite médica.⁴ El trabajo del médico Augusto Orrego Luco, según el historiador 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 trascendencia social” (Molina 2006: 2). En su conceptualización sobre la cuestión social, Orrego Luco propone como centrales los elementos relacionados con “la higiene y salubridad públicas” (Orrego 1897: 52-53); y su problemática principal “está vinculada a la asociación de los grandes problemas de la mortalidad de la niñez con los procesos migratorios de población, lo que les confiere su gravedad y su trascendencia sanitaria” (Molina 2006: 2). En su línea argumental, el texto del médico Augusto Orrego evidencia una clara inquietud biopolítica, ya que al vincular *científicamente* la “dependencia de los fenómenos fundamentales de la salubridad, como la mortalidad y la dinámica poblacional, de las condiciones materiales de existencia” (Orrego 1897: 21), buscaba fundamentar la viabilidad de un control estatal sobre la base material que las determina (Molina 2006). De esta manera, la elite médica se posicionaba políticamente como “el estamento que podía superar las propias determinaciones históricas y raciales del país”

⁴ El médico Augusto Orrego Luco fue profesor de la Universidad de Chile. Se formó como psiquiatra en Francia, en la clínica del profesor Jean-Martin Charcot. Fue miembro del Consejo de Instrucción Pública entre los años 1885 y 1888 y del sector dirigente del país. Además de socio de la Sociedad Médica de Santiago, participó activamente como colaborador de la Revista Médica de Chile, su órgano de expresión.

(Illanes 1993: 86). Sin embargo, lo realmente significativo del gesto de Orrego Luco es que al establecer la posibilidad de conocimiento y de control de las leyes materiales que determinan los procesos biológicos fundamentales de la especie humana, el dispositivo médico lograba la instalación de las bases para la normalización social. Así, la higiene pública, en cuanto tecnología de poder, operó tanto en el establecimiento e internalización de un conjunto de prescripciones y naturalizaciones (impulso normativo) sobre los cuerpos que habitaban la ciudad, como en la regularización de los procesos biológicos de la población y en la fijación de equilibrios y regularidades. En este sentido, la medicalización del espacio urbano posibilitó la existencia de un espacio táctico (la ciudad, el barrio, la habitación) para la acción de demarcación social de la tecnología higiénica. Se instala, de este modo, una estrategia de gobierno de la multiplicidad.

En este escenario, el discurso higiénico pregonado por la elite médica se presentó como un ideario mayoritariamente comprometido con un modelo de sociedad elitista y con un *proyecto civilizatorio* (Folchi 2007); fórmula que sedujo a los ideólogos y dirigentes ilustrados de los movimientos obreros de finales del XIX y comienzos del XX. Estos encontraron en el discurso higienista las justificaciones y argumentos para sus demandas sectoriales y para proponer un modelo *moderno de trabajador*: conector de la higiene, saludable y, por ende, moral. El historiador chileno Eduardo Devés explica que “en general los conductores ideológicos de los movimientos de los trabajadores, hacia el centenario, pertenecen claramente a la corriente civilizadora, en las luchas populares latinoamericanas (...) Los conductores chilenos no son caudillos sino

educadores” que buscan recobrar “los valores del saber científico o de la democracia política y social traicionados por la oligarquía” (Devés 1991: 131). A la *objetivación* del sujeto operada desde el discurso y las prácticas de la higiene pública, se sumó más tarde la *objetivación* que operó al interior de las organizaciones obreras y sindicales.

4. La medicalización del espacio urbano de Santiago: la higiene pública como tecnología para la normalización

Una de las manifestaciones emblemáticas de medicalización del espacio urbano de Santiago la podemos encontrar en el proyecto de transformación que impulsó Vicuña Mackenna durante su labor de Intendente entre los años 1872 y 1875. Vicuña Mackenna, claramente influenciado por su periplo europeo y su residencia parisina, encontró en el discurso higienista francés los argumentos necesarios para plantear la construcción de un *camino de cintura* que tendría entre otros efectos, el de establecer un efectivo cordón de plantaciones alrededor de la capital para evitar las *influencias pestilenciales* de los suburbios marginales (De Ramón 2000). Por otra parte, la medicalización urbana del espacio privado impulsada por la elite médica produjo un fértil debate de más de medio siglo que desembocaría en la intervención higiénica de las llamadas *viviendas populares*.

Ambas intervenciones fueron el resultado del reclamo contundente de una elite médica ilustrada que buscaba, con la intervención del ambiente insano de los arrabales, controlar los factores que amenazaban con *corromper física y moralmente* a la fuerza de trabajo y a la sociedad en su conjunto (Folchi 2007). Esto

significaba, necesariamente, la instalación de controles reguladores capaces de organizar la vida de los sectores populares.

En esta dirección, el Intendente Benjamín Vicuña Mackenna tenía muy claro que la intervención higiénica del espacio popular era la única forma de erradicar lo que él consideraba “una inmensa cloaca de infección y de vicio, de crimen y de peste, un verdadero potrero de la muerte” (De Ramón 2000: 147). Para el Intendente, la transformación espacial de los arrabales de Santiago significaba “una de las mas vitales necesidades de la ciudad, si no la mas capital de todas. Es un deber de filantropía, de honra, de salvación” (Vicuña 1872: 24). Sin embargo, la percepción negativa de los arrabales santiaguinos desde un punto de vista sanitario ya era compartida por los médicos higienistas chilenos desde mediados del siglo XIX. Algunos de ellos, como Bruner, advertían sobre las condiciones complejas de Santiago, ya que la insalubridad y las malas prácticas de sus habitantes provocaban la generación de un miasma “que se desarrolla permanentemente – sobre todo en el verano- de la descomposicion putrefacta de las calles i casas” (Bruner 1857: 292-293). Por su parte, en 1853 el médico higienista Vicente Padín realizaba un llamamiento a la elite médica y a las autoridades a

(...) mejorar en todo la parte que sea posible el asco de las poblaciones i del hogar doméstico, dictando medidas que apoyadas en el convencimiento de su utilidad las acepten con gusto los que deben cumplirlas (...) i en fin, dictando medidas a las mejoras del bien estar en la clase indijente, foco de donde parten en la mayor parte de los casos las enfermedades que se han hecho endémicas en Chile (Padín 1853: 38-39).

Aunque Vicuña Mackenna no pertenecía a la elite médica del país, como influyente político

y abogado liberal manifestó desde temprano su inquietud por las ciencias médicas y sus avances. Además de publicar extensas historias sobre la medicina chilena, realizó su carrera política junto a *destacados médicos higienistas* (Cruz-Coke 1995). Sus extensos periplos por Europa le dieron la oportunidad de alimentar su inquietud liberal siguiendo muy de cerca el desarrollo científico de la medicina francesa, lo que le permitió dar a su proyecto de transformación de Santiago una clara *inspiración higienista* (Folchi 2007: 376). De hecho, para Vicuña existían en la capital “necesidades higiénicas de primer orden”, las que debían ser solucionadas basándose en “la ciencia utilísima de la higiene pública”; ciencia que para el Intendente aún se mantenía, por desgracia, en “estado de simple teoría, sin la aplicación práctica, ni a los hábitos del pueblo ni a la acción de la autoridad local ni al ejercicio de la ciencia misma” (Folchi 2007: 375). En este sentido, es posible ver en el proyecto de Vicuña Mackenna una estrategia *normalizadora* que se articuló desde una evidente medicalización del espacio urbano de la capital. El conjunto de medidas administrativas, reglamentos e instalaciones arquitectónicas que el Intendente implementó estuvieron destinadas, como veremos, a civilizar a aquellos sectores de la población que, producto de su naturaleza bárbara, ponían en peligro la legalidad de un dispositivo médico amenazado por el desborde de los suburbios populares y de las enfermedades que se gestaban en su interior.

Al asumir su cargo, Vicuña Mackenna presentó un extenso plan de trabajo enfocado a la mejora de las falencias sociales y urbanas que, según él, eran de primera necesidad para lograr transformar a Santiago en el *París Americano*. Obras como la construcción de

un *camino de cintura* que funcionó a modo de circunvalación para separar los dos segmentos de la ciudad (Folchi 2007) o la construcción de un “paseo hijiénico para los niños de corta edad” (Vicuña 1872-1873: 43) en el cerro Santa Lucía, se desarrollaron siguiendo las normas establecidas por la Higiene Pública. Para ello, como explica el historiador Mauricio Folchi, Vicuña Mackenna “formó un *Consejo de Higiene y Salubridad Públicas* que debía hacerse cargo de numerosas tareas: entre otras, la salubridad de localidades y viviendas, la prevención de epidemias, la vacunación, el mejoramiento de condiciones higiénicas de la población, el traslado de fábricas insalubres, la creación de grandes establecimientos de diversiones públicas populares construidos bajo los principios de la higiene i la moral, la plantación de árboles en la ciudad y la reedificación de los suburbios insalubres y pestilentes” (Folchi 2007: 375).

La construcción de un *camino de cintura*, plan que ha sido considerado por algunos historiadores sociales chilenos como “un proyecto de discriminación social” (Folchi 2007: 376), o “una especie de segmentación social entre el mundo civilizado y el rústico” (Wehner 2000: 82), contemplaba la realización de cuatro vías que rodearían el perímetro de la ciudad (Avenida del Sur, Avenida del Oriente, Avenida del Poniente y Avenida del Norte). Este proyecto, que representaba “una solución práctica frente al problema de salubridad pública que suponían la existencia de lo que el intendente llamaba despectivamente el potrero de la muerte” (Folchi 2007: 376), dejaba en evidencia una particular manera de ver la ciudad. Al respecto, De Ramón explica que:

(...) por lo menos hasta fines del siglo XIX, las autoridades y los urbanistas que se refirieron a la

capital de Chile, hicieron distinción muy clara entre la ciudad propiamente tal y los sectores adyacentes llamados arrabales o suburbios, aplicando a cada uno un trato y un procedimiento diferentes y repartiendo, por lo tanto, los beneficios en forma desigual. De este modo, tales funcionarios clasificaron *internamente la ciudad* (De Ramón 1978: 256).

Según el ideario urbano y político de Vicuña Mackenna, existían dos ciudades dentro de la capital, una “completamente bárbara, injertada en la culta capital de Chile”, y otra que “forma el Santiago propio, la ciudad ilustrada, opulenta, cristiana” (Vicuña 1972: 24). Esta simbolización compleja (De Ramón 1978: 257)⁵ de Santiago se plasmó en una política de urbanización (pavimento, aceras, alumbrado, seguridad, uso de agua potable, etc.) que establecía una demarcación social, la que operaba a todo nivel: una para la que él consideraba la ciudad propia “sujeta a los cargos y beneficios del municipio”, y otra para los suburbios “con un régimen aparte, menos oneroso y menos activo” (De Ramón 2000: 146).

Para Vicuña Mackenna, el *camino de cintura* ayudaría, entre otras cosas, a establecer los límites propios de la ciudad, generando, por ejemplo, una delimitación funcional respecto a las fábricas y arrabales. Además, descargaría “los barrios centrales del exceso de tráfico, creando, al mismo tiempo, alrededor de la ciudad diversos paseos circulares” (De Ramón 2000: 146) destinados a reducir las distancias y que embellecerían la ciudad higiénicamente, ya que se abriría con su construcción un importante espacio para la circulación del aire. Sin embargo, la inspiración higienista

del proyecto del Intendente quedó plasmada principalmente en la intención de establecer, a través del *camino de cintura*, “una especie de cordón sanitario por medio de sus plantaciones, contra las influencias pestilenciales de los arrabales” (De Ramón 2000: 146). Como explica Folchi (2007), esta idea ya había sido planteada hace años por los médicos higienistas europeos como una manera de impedir la irradiación de las emanaciones miasmáticas que suponían un peligro para la salud de los habitantes de la ciudad. Al respecto, el higienista francés Michael Londe explicaba en su libro *Nouveaux éléments d'hygiène* que la mejor forma de impedir las emisiones peligrosas consistía en generar una línea de árboles frondosos que actuarán como barrera de los efluvios (Folchi 2007). Por otra parte, los primeros antecedentes de segregación espacial con fines higiénicos los podemos encontrar en el modelo de cuarentena aplicado desde de Edad Media en las ciudades europeas. Frente a la peste o alguna urgencia sanitaria, “La ciudad debía de dividirse en barrios a cargo de una autoridad especialmente designada” (Foucault 1999: 374). Posteriormente, en 1832, a propósito de la epidemia de cólera que se inició en París y se propagó por toda Europa, “se decidió dividir el recinto urbano en sectores pobres y ricos. Se consideró que la convivencia de pobres y ricos en un medio urbano indiferenciado constituía un peligro sanitario y político para la ciudad. De este momento data el establecimiento de barrios pobres y ricos” (Foucault 1999: 381). En este sentido, el proyecto divisorio planteado por Vicuña cumplía con las normas de la higiene pública, concordaba con los antecedentes europeos sobre salubridad y reproducía la opinión de la elite médica chilena que veía en Santiago una “ciudad doble que tiene, como

⁵ Para el historiador Armando De Ramón, Vicuña Mackenna tenía una compleja mirada sobre Santiago, ya que distinguía un centro, una Ciudad Propia y una periferia bárbara clasificada en tres sectores.

Pekin, un distrito pacífico y laborioso, y otro brutal, desmoralizado y feroz: la ciudad china y la ciudad tártara” (De Ramón 1978: 258).

En esta particular clasificación espacial de Santiago operaron tecnologías de poder enfocadas en la normalización de la multiplicidad del arrabal a través de la instalación de divisiones normativas que objetivaron a sus habitantes: “la zona habitada por la *barbarie*, la zona *brutal*, *desmoralizada* y *feroz*” (Folchi 2007: 375), “un inmenso *aduar africano* (...) una inmensa *cloaca* de *infeccion* i de *vicio*, de *crímen* i de *peste*” (Vicuña 1872: 24), “semilleros funestos de la inmoralidad, delincuentes o encubridores de forajidos” (De Ramón 1978: 260). Al tiempo que los habitantes de la ciudad ilustrada eran caracterizados como sujetos *laboriosos*, *pacíficos* y *cristianos*; el habitante del arrabal se objetivaba como el *bárbaro*, *el bruto*, *vicioso*, *criminal*, *apestoso*, o *enfermo* (De Ramón 1978). Como señala De Ramón, esta clasificación nos proporciona “un cuadro muy vivo y real de cómo se veían a sí mismos y cómo veían al resto de la sociedad, los grupos altos y medios altos de la sociedad chilena de la época, incluidos sus políticos liberales de avanzada” (1978: 259) y, por supuesto, la elite médica. Sin embargo, esta condición de inferioridad podía ser resuelta, según la intelectualidad ilustrada del país, a través de un ejercicio civilizatorio que, entre otras muchas cosas, demandaba el ejercicio de las normas higiénicas que aseguraban tanto la salud física, como la moral de los sujetos (Wehner 2000).⁶ De ahí que el proyecto de transformación

y saneamiento de la capital ideado por el Intendente considerara la destrucción de los suburbios como garantía de un emplazamiento futuro de barrios con “habitaciones que, aunque ordinarias y baratas, consulten las comodidades y ventajas indispensables a la *conservación de la vida física y mora*” (De Ramón 2000: 147). Sin embargo, a pesar de las intenciones de Vicuña, la problemática de la marginalidad urbana, radicada principalmente en *la cuestión de la vivienda popular* (Hidalgo 2002), continuó muy presente en el debate de la elite ilustrada del país que reconocía en Santiago una de las ciudades “más mortíferas del mundo civilizado” (Murillo 1899: 8).

En esta dirección, se promulga en 1843 una ordenanza destinada a normar aquellas viviendas populares ubicadas en el corazón de la ciudad, cuya estructura consistía en una habitación de un solo ambiente, sin cocina, ni baño y con sólo la puerta de entrada como abertura para la iluminación y ventilación (Folchi 2007). Generalmente, formaban parte de antiguas casonas en desuso y recibían el nombre de *cuartos redondos*. Dicha ordenanza, dictada por el Intendente de la provincia José Miguel de la Barra, prohibía “habitar todo cuarto a la calle que no tenga una ventana, cuando menos de vara y cuarto de alto y una vara de ancho, o postigo en la puerta de la mitad de alto y ancho de ésta, a no ser que el cuarto esté comunicado franca y expeditamente con algún corral o patio” (Hidalgo 2002: 86).

Posteriormente, en 1848 se dicta el primer documento legal que busca regular el emplazamiento en los márgenes de Santiago de los llamados ranchos. El Reglamento de Ranchos, establecido en la Ordenanza de 9 de junio de ese año,

⁶ Para la Historiadora Leslie Wehner, Vicuña aspiraba a lograr el avance del *bajo pueblo* hacia el ideal civilizado de Europa a través de la educación y el control policial, dejando fuera del progreso social a la población que no cumplían con el ideal civilizado. Esto significaba condenarlos a la habitación periférica mientras no logran salir de la *barbarie*.

(...) 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 (De Ramón 1978: 257).

El rancho, segregado espacialmente a los extramuros de la ciudad, fue definido hacia finales del siglo XIX por el médico higienista Federico Puga Borne como “habitaciones construidas en base a materiales compuestos por masas húmedas y putrecibles” (Hidalgo 2002: 85). Estas viviendas, fabricadas con materiales precarios, eran construidas por trabajadores pobres o peones vagabundos que pagaban por el alquiler de la tierra *al detalle* a los dueños de los suelos agrícolas que colindaban la ciudad. La naturaleza de este tipo de arriendo provocó, al corto plazo, que los rancheríos crecieran hasta formar “extensas barriadas de casuchas amontonadas sobre callejuelas sin salida, sin ningún orden o infraestructura” (Folchi 2007: 372), convirtiéndose en “pantanos colectores de aguas servidas y en contaminadores de las aguas limpias” (Salazar 1989: 232). En este sentido, el peligro sanitario de los rancheríos atrajo la atención de la elite médica chilena, que rápidamente intervino a través de su opinión experta. Para los médicos higienistas Sierra y Moore, los ranchos consistían en “restos de las cabañas o guaridas de salvajes” (1895:11) que reunían todas las pésimas características de insalubridad del cuarto redondo, a las que se sumaban

(...) el hecho de dejar circular el aire frío casi tan libremente como en una ramada. Si bien es cierto que este exceso de ventilación se hace necesario para neutralizar las emanaciones que se desprenden de las monturas, animales domésticos, etc., etc., que viven en la misma cabaña, también

es cierto que aquel efecto se sobrepasa y que el frío hace mayores estragos que en las poblaciones (Moore y Sierra 1895: 11-12).

Hacia 1870 se logró, gracias al acuerdo entre autoridades y dueños de tierras suburbanas, que la expansión de los arrabales obedeciera a pautas básicas de urbanización. Sin embargo, la importancia que tenía el negocio del alquiler de la tierra al detalle para algunas familias adineradas de la ciudad, puso trabas a la intención de la autoridad de generar arrabales según “el cuadrillado ajedrecístico-colonial de las calles y las fachadas de adobe y teja” (Salazar 1989: 234). Como Señala Salazar, “La criatura que brotó de ese cruzamiento de escrúpulos urbanos e intereses mercantiles recibió un nombre especial: fueron los *conventillos*” (Salazar 1989: 234). El *conventillo* que nace del alquiler de una parte de la estructura de antiguas casonas era un tipo de vivienda popular que consistía en un conjunto de cuartos redondos que compartían un patio interior en el que se cocinaba y se realizaba el aseo personal, “con una distribución similar a la del claustro de un convento (de ahí su nombre)” (Folchi 2007: 372).

Aunque al inicio se vio en los conventillos una posibilidad cierta para la implementación de viviendas nuevas y salubres, posteriormente éstas demostraron ser tan inadecuadas como todas las formas de vivienda popular. Hacia finales del siglo XIX, los médicos higienistas señalaban que las “habitaciones de obreros o jente indijente de nuestro país son construidas de la manera mas lamentable que darse puede”; ya que durante el invierno

(...) cuando la familia de aquellos infelices se recoje a sus cloacas, se ven con mucha frecuencia obligados a encender fuego en medio de la pieza en los leñendarios braseros (...) En aquel mismo

cuarto donde han absorbido los gases mas nocivos para la salud durante largas horas, donde el oxígeno escasea considerablemente (...) pasan la noche perros, gallinas, gatos, etc., artesas con ropa húmeda y que está atravesada en todas direcciones, con cordeles donde se tiende a secar la ropa húmeda y que para completar aquel ya sombrío cuadro, una pestilente e inmundicia acequia pasa a menudo por el medio de la pieza (Moore y Sierra 1895: 9-10).

En relación a los conventillos, la opinión de la elite médica no era mejor ya que, como explicaban los médicos Sierra y Moore,

(...) El patio jeneral de aquellas célebres habitaciones, solo por irrisión merece ese nombre, está surcado por los mismos cordeles donde se tiende la ropa de la familia y mui a menudo al aire libre se instalan las cocinas que vendrán a disminuir todavía el ya escaso y viciado aire que respiran. Además, como si las acequias colaterales no fueran capaces de esparcir bastante mefitismo, un gran colector central viene a agregar su mortífero continjente a aquellas salvajes y primitivas viviendas (Moore y Sierra 1895: 10).

5. A modo de conclusión, algunos datos

La medicalización de la vivienda popular encontró su justificación en el axioma médico que afirmaba que las diferencias socio-económicas marcaban riesgos sanitarios distintos para la población. Así, en 1886 la Revista Médica de Chile señalaba, a propósito de la reaparición de un brote de viruela y de cólera, que las enfermedades atacaban debido a que encuentran “un medio favorable a su desarrollo, medio creado en los barrios pobres por el desaseo, la descomposición y putrefacción de las materias en las habitaciones estrechas y mal aireadas en que viven estas gentes” (Molina 2006: 14). En este contexto, se buscó instalar al interior del mundo popular una *pedagogía de*

la higiene (Dávila 1908)⁷ destinada a entregar una población más comprometida con los intereses de una sociedad que demandaba cuerpos aptos para los incipientes procesos de industrialización. El discurso civilizatorio que encarnaba la elite médica vio en la vivienda popular un espacio táctico para el control de las conductas y la multiplicación de las habilidades y aptitudes de la fuerza de trabajo del país. En esta dirección, se desarrolló un debate institucional sobre higiene y salubridad que tuvo efectos concretos en la problemática de la vivienda popular. Un hecho significativo en materia legal fue la creación en 1892 del Consejo Superior de Higiene Pública, “el cual posteriormente fue incorporado como ente consultivo del Consejo Superior de Habitaciones Obreras, constituido a partir de la Ley de Habitaciones Obreras de 1906” (Hidalgo 2002: 87). Este Consejo de Higiene, implementado conjuntamente con el Instituto de Higiene, tenía entre sus deberes “Estudiar o 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”, además de “Velar por el cumplimiento de los reglamentos que se dicten sobre higiene i salubridad públicas” (Dávila 1908: 28). Por su parte, el Instituto actuaba como soporte científico del Consejo al estar obligado a realizar “los estudios científicos de higiene pública i privada que se le encomienden por el Consejo Superior” (Dávila 1908: 29). Por otra parte, el Instituto fue un medio para la difusión de los principios del higienismo a través

⁷ Esta labor pedagógica del médico higienista se transformó en normativa legal de la República en el año 1898, con la aprobación del Consejo de Inspección Sanitaria de la República y el nombramiento el 17 de diciembre de ese año de los primeros Inspectores Sanitarios. Dentro de sus obligaciones estaban la visita de las habitaciones insalubres y la instrucción de las familias que las habitaban en las normas de la higiene.

de la Revista Chilena de Higiene y del Boletín de Higiene y Demografía. Esta última funcionó como un órgano estadístico para el registro y la descripción del “movimiento de la población de Santiago i de las ciudades de la República con mas de 10,000 habitantes, los movimientos mensuales de la diversas secciones, movimiento de los hospitales, prisiones, agua potable, servicios de laboratorio municipal, etc.” (Dávila 1908: 31), logrando generar un significativo archivo documental e informativo que permitió orientar las acciones de intervención médica sobre la población.

Sin embargo, a pesar de las herramientas y atribuciones entregadas por el Ejecutivo, el Consejo de Higiene seguía siendo un mero órgano consultivo del Ministerio del Interior dedicado a gestionar sus recursos en torno a la labor investigativa del Instituto. El verdadero objetivo del Consejo, como señala la historiadora Illanes (1993), era transformar el Instituto en un efectivo centro de acción higiénica para el país. De esta manera, la intervención médica del espacio urbano -amparada en una doble fundamentación: “primero, porque eran foco de insalubridad para sus moradores y, por lo tanto, para la ciudad en su conjunto y, segundo, porque sus moradores (...) no podían sino degradarse moralmente viviendo en tales condiciones” (Folchi 2007: 381)-, tuvo sus primeros logros gracias a la presión sostenida del estamento médico “para echar las bases de la desinfección pública, cuya responsabilidad y dirección se disputaron la Municipalidad de Santiago y el Instituto de Higiene, accediendo el gobierno a que fuese este último quien tuviese en sus manos el Desinfectorio, el cual se comenzó a construir en 1895 en la ribera norte del Río Mapocho” (Illanes 1993: 87). Así, la institucionalidad sanitaria lograba legalmente

por medio de sus agentes, *los desinfectadores*, ingresar con un moderno concepto de la higiene al interior de la habitación obrera (Illanes 1993).

En 1896 el Desinfectorio comenzaba su acción higiénica en la capital, logrando rápidamente posicionarse como garante de la salubridad del espacio urbano. Carlos Altamirano, médico Jefe de la institución, explicaba y pronosticaba en sus informes que, debido a la gratuidad del servicio, este “fué solicitado con interes desde su fundación i felizmente supo inspirar la confianza que merece, como se verá en los años sucesivos” (Dávila 1908: 53). Esto quedó demostrado con el constante aumento del número de desinfecciones: 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 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 (Dávila 1908: 52-60). Sin embargo, la falta de una normatividad que permitiera convertir a la desinfección en una técnica de vigilancia y control permanente trababa las aspiraciones de la autoridad médica por lograr un control extensivo. En este escenario, se aprobó la primera Ley de Declaración de Enfermedades Infecciosas:

(...) el 25 de mayo se pasó al Consejo el proyecto de lei para establecer la desinfeccion obligatoria en el caso de enfermedades contagiosas ahí contempladas, que fué estudiado i elevado por éste al Gobierno en 22 de Noviembre i es lei de la República, promulgada el 7 de Febrero de 1899. Esta lei fué reglamentada por decreto de 26 de Marzo de 1899 (Dávila 1908: 53).

Dicha legislación obligaba a todo médico, bajo pena pecuniaria, a entregar al Consejo de

Higiene o a la Municipalidad que correspondiese la dirección y el número de moradores de las viviendas habitadas por enfermos infecciosos (Illanes 1993). Posteriormente, “el 12 de Julio, el primer Alcalde (de Santiago), obtenía la aprobación de la asamblea de electores para poner en vigor la Ordenanza de desinfección obligatoria, aprobada en el curso de 1898 por la Ilustre Municipalidad” (Dávila 1908: 54), que exigía al médico, al policía o al encargado de la vivienda a declarar ante el Desinfectorio la existencia de una enfermedad infecciosa, otorgándole facultades a la Fuerza Pública para llevar a cabo la desinfección del recinto (Illanes 1993). La efectividad de la normativa se reflejó en el aumento de intervenciones realizadas por los desinfectadores. En 1902, el número de desinfecciones subió a 2,083, lo que representaba la onerosa labor para el personal. La elite médica satisfecha señalaba con orgullo que “La desinfección es ya solicitada, de modo que se exigen estas operaciones en dos o tres piezas en cada casa, lo que triplica el trabajo real” (Dávila 1908: 56). La desinfección, en tanto norma, pasó a ser parte del conjunto de estrategias y técnicas que la autoridad sanitaria utilizaba para la normalización poblacional.

El diecisiete 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 muchas obligaciones el

Ponerse al corriente de las investigaciones hijiénicas, principalmente de aquellas que puedan ser practicadas sobre el terreno (...); visitar las casas donde ocurran enfermedades infecciosas que obligan a la declaración, a fin de averiguar el origen de los casos, las condiciones hijiénicas de las habitaciones, i la observancia de las medidas de aislamiento i desinfección que convenga indicar

en cada caso especial; vijilar el cumplimiento de la desinfección obligatoria; instruir a las familias de las casas visitadas a fin de que practiquen en forma debida las medidas acordadas para el saneamiento; visitar frecuentemente las habitaciones insalubres, conventillos (...) Llevar un registro sanitario de las habitaciones de Santiago en el cual se anotarán todas las noticias i datos referentes a sus condiciones hijiénicas (Dávila 1908: 61-62).

La amplia labor de los inspectores permitió implementar una red de fiscalización y cumplimiento de la ley destinada al control y vigilancia de los infecciosos y de las habitaciones insalubres. Desde su fundación, la Oficina despachó al Consejo de Higiene cientos de juicios sanitarios cursados a hospitales, mercados, cuarteles, templos, bibliotecas, bancos, colegios, conventillos, lazaretos, prisiones, comisarías de policía, entre otros. 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 e indicadores necesarios para generar un “cuadro gráfico con el coeficiente de morbilidad i mortalidad” de los conventillos de la ciudad (Dávila 1908: 68).

Junto con esto, se diseñó un completo Registro Sanitario de Habitaciones de la capital en el que se dividió la superficie de Santiago en unidades sanitarias llamadas manzanas. La prolijidad del estudio seguía el modelo del Registro Sanitario de París, en el que se estipulaban 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, generándose una cartografía de la infección en la capital (Dávila 1908: 79-82).

El aumento de las denuncias por insalubridad en habitaciones populares registrado en 1907 (Dávila 1908: 70)⁸ demostraba la efectiva concientización que comenzaba a operar en la población gracias a este nuevo marco regulatorio. Sin embargo, fue la labor pedagógica de los inspectores la que posibilitó las bases para una verdadera *ética privada de la buena salud*. Junto a cada declaración sobre la existencia de una enfermedad infecciosa en alguna vivienda de la capital, los inspectores realizaban toda una labor instructiva sobre higiene doméstica en las familias. Sobre una técnica científica de sanación, se realizaba un control exhaustivo de la higiene y una instrucción destinada a inculcar en los miembros de la familia la obligación de conservar la salud. La higiene se presentaba como la nueva *moral del cuerpo* para la familia popular. Entre los años 1900 y 1907 se realizaron 7.777 declaraciones de enfermedades infecciosas en Santiago (Dávila 1908: 79); una intervención nada despreciable si pensamos que cada fiscalización era acompañada de un amplio seguimiento e instrucción higiénica del enfermo y su entorno.

Años más tarde de la creación del Consejo de Higiene, en febrero de 1906, se dictó la ley número 1838 llamada Ley de Habitaciones Obreras. Como ya señalamos, esta ley creaba el Consejo Superior de Habitaciones Obreras y sus consejerías municipales, que contaba con el Consejo de Higiene como ente consultivo en materia de higiene pública y salubridad. Este Consejo, enfocado al *saneamiento de las habitaciones populares*, tenía entre sus funciones el favorecer la construcción de viviendas baratas e higiénicas y estimular la

formación de sociedades para ese objetivo, velar por la salubridad de las habitaciones y solicitar su demolición o reparación, según fuesen declaradas insalubres o inhabitables por los inspectores; y comenzar la construcción de viviendas higiénicas con fondos donados o entregados por el Estado para ese fin (Frías 1911). Además, esta ley entregaba una serie de protecciones legales y ventajas económicas a sociedades privadas, municipios y organizaciones obreras que funcionaban como incentivos para la construcción de viviendas acordes a los principios de la higiene pública.

En cuanto a su acción higienizadora, el Consejo de habitación Obrera estaba habilitado para declarar una vivienda destinada al arrendamiento como *insalubre o inhabitable*: “Denunciada una habitacion al Consejo, éste estudia el denunciado i si es acogido, hace en plazo perentorio la declaracion de inhabitable o insalubre. En el primer caso, ordena al propietario demoler la habitacion i en el segundo a su reparacion dentro de un plazo prudencial” (Frías 1911: 31-32). Ya no era necesaria la enfermedad infecciosa para evidenciar las precarias condiciones en que vivía la familia popular, sino que ahora la delación era el *examen de conciencia* del vecindario, en el que el vecino, médico, policía o transeúnte ocasional constataba ante el Consejo la existencia de un riesgo sanitario. En este sentido, el incentivo de la denuncia o el fomento de la instrucción higiénica en la familia eran vistos como parte de la *acción moral* del Estado; acción que debía realizarse a través de la “difusion en las masas de los conocimientos de las condiciones que constituyen una habitacion conveniente i de los peligros que orijina la aglomeración i la negligencia en la aplicacion de las reglas de la hijiene” (Frías

⁸ En ese año se efectuaron 275 inspecciones domiciliarias a habitaciones de Santiago por denuncias de insalubridad.

1911: 24). Y para lograr tal objetivo, no bastaba con la intervención directa del hogar proletario, sino también era necesaria la intervención de la escuela, agregando a los programas de estudio “los principios de higiene, destinados a dar a conocer la influencia de la habitación sobre la vida humana” (Frías 1911: 24).

De esta forma, la salud pública se presentaba “como conocimiento y diagnóstico de la realidad social, en tanto objeto de higiene” (Illanes 1993: 89). Comenzaba así toda una moralización de la familia en torno a su higiene y salud. El cuidado del espacio, que demandaba a la vez un cuidado del cuerpo, funcionaría articulando los objetivos de un dispositivo médico que, ahora, buscaba en la administración de la salud de la fuerza de trabajo, la protección de su práctica y discurso, de su poder y trascendencia.

6. Epílogo

No se puede desconocer que la independencia y el posterior proceso de construcción nacional posibilitaron una serie de factores políticos, económicos y sociales que motivaron la socialización de la medicina. La estructura de beneficencia heredada por el Estado oligárquico resultó prontamente ineficaz frente a la coyuntura social del país: el crecimiento hacia afuera y la profunda diferenciación hacia adentro motivados por el modelo económico-político de la oligarquía mercantil, sumada a la expansión demográfica que experimentaron las principales ciudades chilenas como resultado de la corriente migratoria campo-ciudad durante la primera mitad del siglo XIX, generaron un proceso de

proletarización y de sub-urbanización marcado por la precariedad en las condiciones de vida de una parte sustancial de la población del país. El hacinamiento y la insalubridad de los espacios suburbanos trajeron consigo serias amenazas sanitarias que fueron percibidas como elementos contraproducentes para la estabilidad social y para la legitimación de la medicina decimonónica. En este contexto, la nueva ciencia médica se volcó al estudio de las enfermedades endémicas y epidémicas que afectaban a la población, dirigiendo sus observaciones a la mejora de la higiene pública y doméstica. Como respuesta, la elite médica ya instalada al interior de la administración pública, logró dar forma legal al discurso higienista, posibilitando la emergencia de instituciones y marcos regulatorios para la intervención médica de los tinglados y cuartos propios. Las discusiones sobre la vivienda obrera, los suburbios y las pestes se resolvieron con desinfecciones masivas e implementando la cuarentena y la educación higiénica de la población. Más que la segregación espacial -que realmente fue una consecuencia-, se buscó a través de la medicalización de la vivienda y de la familia obrera la higienización de la forma de vida del mundo popular. Por otra parte, la clasificación médica del espacio ciudadano facilitó la instalación de tecnologías enfocadas en la normalización de la multiplicidad del arrabal, objetivando a su habitante como *bárbaro, vicioso, criminal o enfermo*. En este sentido, podemos suponer que la medicalización se articuló no sólo como instrumento para la conducción de la conducta de una mano de obra poco habituada a la disciplina laboral que demandaban las nuevas faenas productivas; sino, además, como técnica para la auto-conducción.

Bibliografía

- Bruner, Juan. 1857. "Fragmentos de una Higiene Pública de Santiago". *Anales de la Universidad de Chile* XV: 291- 345, enero, febrero y marzo.
- Cruz-Coke Madrid, Ricardo. 1995. *Historia de la medicina chilena*. Santiago, Chile: Editorial Andrés Bello.
- Dávila Boza, Ricardo. 1908. *Higiene Pública en Chile*. Santiago, Chile: Imprenta Cervantes.
- De Ramón Folch, José Armando. 2000. *Santiago de Chile (1541-1991). Historia de una sociedad urbana*. Santiago, Chile: Editorial Sudamericana Chilena.
- _____. 1978. "Santiago de Chile, 1850-1900: Límites urbanos y segregación espacial según estratos". *Revista paraguaya de sociología* 42/43: 253-270, mayo-diciembre.
- Devés Valdés, Eduardo. 1991. "La cultura obrera ilustrada chilena y algunas reflexiones en torno al sentido de nuestro quehacer historiográfico". *Mapocho. Revista de Humanidades y Ciencias Sociales* (30): 127-136.
- Folchi Donoso, Mauricio. 2007. "La Higiene, la Salubridad pública y el problema de la vivienda popular en Santiago de Chile, 1843-1925". En López, Rosalva, *Perfiles habitacionales y condiciones ambientales. Historia urbana de Latinoamérica siglos XVII-XX*. Puebla México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. 361-388.
- Foucault, Michel. 1999. "Nacimiento de la Medicina Social". *Estrategias de Poder. Obras Esenciales*, Volumen II. Barcelona: Paidós. 364-384.
- _____. 2006. *Seguridad, Territorio y Población, Curso del Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Frías Callao, Eduardo. 1911. *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, Chile: Imprenta Santiago-Oficina del Trabajo.
- Góngora Escobedo, Álvaro. 2009. "El cuerpo en la ciudad. Santiago, 1541-1850". En Góngora, Álvaro y Sagredo, Rafael. *Fragmentos para una historia del cuerpo en Chile*. Santiago, Chile: Taurus, Aguilar Chilena de Ediciones. 161-216.
- Hidalgo Dattwyler, Rodrigo. 2002. "Vivienda social y espacio urbano en Santiago de Chile: Una mirada retrospectiva a la acción del Estado en las primeras décadas del Siglo XX". *Eure, Revista Latinoamericana de Estudios Urbanos Regionales* XXVIII (23): 83-106.
- Illanes Oliva, María Angélica. 1993. *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, Chile: Colectivo de Atención Primaria.
- Molina Bustos, Carlos. 2010. *Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- _____. 2006. "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". *Anales Chilenos de la Historia de la Medicina* 16 (1): 17-31.
- Moore Bravo, Eduardo; Sierra Mendoza, Lucas. 1895. *La mortalidad de los niños en Chile*. Valparaíso: Imprenta y Litografía Central, Publicación de la Sociedad Protectora de la Infancia.
- Murillo, Adolfo. 1899. *La mortalidad en Santiago*. Santiago, Chile: Imprenta Cervantes.
- Navarrete Martínez, Francisco. 1876. *Relacion de la fermentacion con las epidemias. Miasmas desinfectantes, reglas hijiénicas i terapéutica de las epidemias*. Santiago, Chile: Imprenta del Independiente.
- Orrego Luco, Augusto. 1897. *La Cuestión Social*. Santiago, Chile: Imprenta Barcelona.
- Padín, Vicente. 1853. "Contestación de Don Vicente A. Padín al discurso de incorporación como miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile de Don Víctor Pretot". *Anales de la Universidad de Chile* X: 38-39.
- Pinto Vallejos, Julio; Salazar Vergara, Gabriel. 2002. *Historia Contemporánea de Chile III. La Economía: Mercados, Empresarios y Trabajadores*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Pretot, Víctor. 1853. "Discurso de incorporación como miembro de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile". *Anales de la Universidad de Chile* X: 36-39.
- Romero, Luis Alberto. 1997. *¿Qué hacer con los pobres?: elite y sectores populares en Santiago de Chile, 1840-1895*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Salazar Vergara, Gabriel. 1989. *Labradores, Peones y Proletarios. Formación y crisis de la sociedad popular chilena del siglo XIX*. Santiago, Chile: Ediciones SUR.
- Sennett, Richard. 1997. *Carne y Piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vicuña Mackenna, Benjamín. 1872. *La transformación de Santiago. Notas e indicaciones respetuosamente sometidas a la Ilustre Municipalidad, al Supremo Gobierno y al Congreso Nacional, por el Intendente de Santiago*. Santiago, Chile: Imprenta y Librería de El Mercurio de Oreste S. Tornero.
- _____. 1872 - 1873. *El Paseo de Santa Lucía. Memoria de los trabajos ejecutados desde el 1° de Junio al 10 de Septiembre, leída a la Comisión Directiva del Paseo por el Intendente de Santiago*. Santiago, Chile: Imprenta de la Librería de El Mercurio.
- Wehner Venegas, Leslie. 2000. *Benjamín Vicuña Mackenna. Génesis de la transformación de Santiago*. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Historia, Geografía y Ciencia Política, Instituto de Historia.