



FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN INSTITUTO DE
HISTORIA Y CIENCIAS SOCIALES

El Control como Política Sanitaria durante el Estado de Bienestar en Chile

Tesis para optar al título de Profesor de Historia y Ciencias Sociales
Grados académicos de Licenciado en Historia y Licenciado en Educación.

Autor: Matías Andrés Aguirre Cifuentes
Profesor/a Guía: Dra. Claudia Montero Miranda

Índice

Introducción.....	3
Capítulo primero: El Estado de bienestar y la salud chilena	18
La Política, abriendo el camino para la seguridad social.....	18
La Población, precariedad económica y social.....	26
Estado y responsabilidad sanitaria.....	36
Capítulo segundo: Legislaciones e higienismo	42
La responsabilidad sanitaria: higienismo y eugenesia.....	42
Códigos Sanitarios, márgenes del sistema de salud.....	47
Capítulo Tercero: Vigilancia Sanitaria y Salud Especializada	77
Legislación Sanitaria, control e intervención.	77
Revistas especializadas, difusión del quehacer sanitario.....	85
Efectos del trabajo higienizador	92
Conclusión.....	104
Bibliografía:	108
Fuentes:.....	110
Anexos:	111

Introducción

El siglo XX chileno se vio envuelto por variados procesos sociales que dinamizaron el debate político y social, los movimientos obreros surgidos a raíz de la organización y motivación provocada por la realidad de las clases subalternas.

“Cuatro de cada diez niños moría en el primer año de vida por causa de infecciones, complicaciones en el parto o por simple abandono en la vía pública. Las pestes y plagas asolaban las ciudades y provocaban gran mortandad, transmitiéndose a través de roedores, piojos y aguas servidas. La gran mayoría de los adultos nunca había asistido a una escuela ni sabía leer o escribir. Tampoco existían leyes de seguridad social, contratos de trabajo o sindicatos legales. La desigualdad era rampante (...)”¹

La población se veía afectada por muchas problemáticas, las crisis políticas y económicas no dieron tregua. Desde allí las demandas de la ciudadanía caló en los distintos sectores que la integraban, siendo asimiladas paulatinamente por el Estado.

Entre los ámbitos en los cuales se involucra activamente el Estado de Bienestar se encuentra la salud, tal temática fue ampliamente estudiada por la entidad estatal y su accionar lo encabezan diversos y destacados médicos que son sensibilizados por el acercamiento con la enfermedad y la muerte². Desde allí nace el concepto de la biopolítica, al abstraer el estudio del poder sobre la vida, ejercido desde el Estado, surgiendo la pregunta de ¿Cómo se tradujo la biopolítica en el control ejercido durante el Estado de Bienestar en Chile? De tal forma, el objetivo general de este trabajo es analizar cómo la biopolítica se traduce en leyes y/o programas de control sobre la población en el Estado de Bienestar.

Retomando desde el objetivo general, de analizar cómo la biopolítica se traduce en leyes y/o políticas de control durante el Estado de Bienestar en Chile. Se fijó a modo de delinear el fin del proyecto, el objeto del estudio, correspondiendo a la intervención sanitaria y la periodización desde 1924 hasta 1969. Para ello fueron fijados los siguientes objetivos específicos desarrollados a lo largo de los tres capítulos que conforman la investigación. Primero, el describir el contexto político y social del Estado de Bienestar en Chile desde el primer cuarto del siglo XX, elaborando una introducción del panorama que llevó a permitir el pensar un nuevo

¹ Osvaldo Larrañaga. *El Estado de Bienestar en Chile: 1910-2010*. Taurus, Santiago, 2010. p. 1

² Osvaldo Larrañaga. *El Estado de Bienestar en Chile...*, p. 20

modelo de ciudadano. Segundo, revisar las legislaciones enfocadas en el tratamiento a la vida humana, aquello fue enfocado principalmente a los códigos sanitarios ocupando desde el promulgado el año 1918 hasta el que el último reemplazado en 1968, que rige actualmente. Tercero, el analizar las investigaciones surgidas a raíz de los códigos sanitarios y el efecto de la legislación en su aplicación a la sociedad, para observar la discursiva de los profesionales de la salud, el trabajo que estaban haciendo y cómo veían la relación entre la corporalidad, el sujeto y la sociedad en materia sanitaria.

Tomando en cuenta todo lo anterior, surge la hipótesis que plantea que la base de la biopolítica establecida durante el Estado de bienestar se traduciría en un mecanismo de control social al fijar como campo de intervención, la salud y los cuerpos de la población. Por lo tanto, el análisis de documentación legislativa en materia sanitaria y los discursos de profesionales de la salud pública, difundido a través de artículos en revistas especializadas de la época mostraría que dicho mecanismo funcionara desde el control encaminado a la restricción de prácticas personales, sociales y culturales para resguardar un modelo de salud, cuidando el capital humano del país en una fase de reconstrucción socioeconómica y un nuevo desarrollo de la política estatal.

La presente investigación nace al ubicarse entre el marco temporal de la pandemia del Covid-19 extendida a través de fines del 2019, formalmente desde febrero del año 2020 cuando fue declarada la alerta sanitaria en Chile debido a los primeros casos en el país, hasta agosto del 2023 cuando se da por finalizada dicha alerta. En este contexto uno de los debates públicos más álgidos, incluso dejando resquicios a la presente fecha por la continuidad de la campaña de vacunación, se dio por las restricciones establecidas por las autoridades para la contención del coronavirus. Situaciones como el uso de mascarilla, las cuarentenas obligatorias en el domicilio y los centros sanitarios que consistieron en el reacondicionamiento de hoteles para esta función. El registro y seguimiento de los contagiados para lograr lo anterior, entregar la data día a día a través de los canales de difusión públicos y privados. El restringir el libre movimiento de la ciudadanía, tanto por la policía como por las facultades del ejército al ser puesto en la calle, con salvoconductos y

cordones sanitarios entre comunas y regiones. Además de la añorada vacuna que fue implementada a través de planes de inoculación, virtualmente voluntarios, amplios para la población y trajo consigo el pase de movilidad como incentivo a los mismos. Las medidas provocaron una animosidad desatada a través de todas las redes de difusión, cada medida siendo criticada y acusando el autoritarismo del Estado en la manipulación de los cuerpos de la ciudadanía. Por ello, surgió la duda frente a cómo se ha desarrollado el control de salud en el Chile del pasado, la pregunta sobre si la biopolítica constituye necesariamente la coerción de la población por el bien mayor necesario y cuáles son las formas en que esto se desarrolló. Teniendo esto en mente, se fijó la atención en el Estado de Bienestar al ser este mismo distinto al presente que se caracteriza por la herencia de la dictadura militar 1973 – 1990, donde hay otra idea de la libertad y de la intervención sobre la ciudadanía. Así nació la curiosidad por investigar el desarrollo del biopoder en un sistema y período caracterizado por el ensanchamiento del Estado que trajo también mayor enfoque y gasto social.

El tema que compete a la investigación, requiere la definición de algunos conceptos claves dentro del proyecto, siendo importantes para el entendimiento y como herramientas del mismo. De tal forma, el primer elemento para el desarrollo es la Historia Política como enfoque historiográfico pertinente debido al papel que juega el Estado como protagonista en su conjunto. Es de donde fueron dictadas las medidas, de donde provienen los mecanismos y el que fue evolucionando sobre la sociedad. Retomando la Historia Política, la perspectiva a utilizar se enmarca dentro de lo denominado Nueva Historia Política³ principalmente influenciada por el posestructuralismo. A modo de vislumbrar las relaciones del aparataje estatal con distintos actores de la sociedad, en este caso la población en general y el personal médico. Bajo esta óptica historiográfica se analizan las mentalidades en su aspecto sociológico y la influencia de la ideología en la toma de decisiones y la permeabilidad de la sociedad. Teniendo en cuenta la reacción de las personas frente a las decisiones y el progreso del actuar del Estado, en las políticas que este implementa sobre la población. Al ser una de las formas de ver la participación activa

³ Marta Branislawa. *La Historia Política*. Revista Historia Universal, 2014. P. 103

de distintos sectores sociales, con el simbolismo y las representaciones del qué están viviendo, fijándose que en los fenómenos sociales es nutrida la historia del campo político⁴. Es necesaria este modelo de historiografía debido a la importancia del rol político estatal sobre el accionar directo hacia los individuos. Bajo este modelo se puede lograr entender e interpretar el devenir del objeto dentro del proceso del que es parte, ya que lo sociocultural no es extirpado para la construcción del saber, entendiendo la política en proyección a la sociedad⁵. Debido a ello es que se analizaran los actores colectivos y sus papeles en el trabajo para la intervención de los individuos⁶. Por otra parte, acercándola a un modo configuracional donde el Estado actúa como un actor más dentro del escenario político, como podría apreciarse en el modelo antiguo, sin opacar los hechos que ocurren a su alrededor, viendo lo político en un forma amplia del espectro estatal⁷.

Retomando la incidencia de la política sobre la población es donde se debe explicar la perspectiva biopolítica, concepto desarrollado originalmente por Michael Foucault, utilizado para explicar en un comienzo el poder ejercido sobre la sexualidad de los individuos a través de distintos mecanismos⁸. Teniendo esto en cuenta, la biopolítica surge de la preocupación por controlar e intervenir los procesos biológicos de la población, derivando en algunos casos en la finalidad de optimizar la vida al protegerla, cuidarla y resguardarla⁹. Desde esta concepción aparecen tanto el biopoder como la biopotencia¹⁰, el primero comprendiendo cuatro dispositivos desde donde es ejercido: la disciplina, la sexualidad, la seguridad y la gubernamentalidad¹¹. Tales dispositivos surgen de lo denominado como un juego de poder por Foucault y corresponden a poderes reguladores que son entendidos por la sociedad como algo común o naturalizados en su sistema. No obstante sin ser coartados por la hegemonía y por lo tanto, constituyen estructuras abiertas como

⁴ Marta Branislawa. *La Historia Política...*, p. 103

⁵ Marta Branislawa. *La Historia Política...*, p. 104

⁶ Marta Branislawa. *La Historia Política...*, p. 106

⁷ Darío Barrera. "Por el camino de la historia política: hacia una historia política configuracional" *Secuencia*, 2002. p. 179

⁸ Peter Pál Pelbart. "Biopolítica" *Sala Preta*, 2007. p. 57

⁹ Peter Pál Pelbart. *Biopolítica...*, p. 59

¹⁰ Peter Pál Pelbart. *Biopolítica...*, p. 58

¹¹ Daniel Toscano López. "El Bio-Poder en Michel Foucault" *Universitas Philosophica*. Bogotá (2008) p. 42

ampliamente mutables¹². Continuando, la biopotencia serían las capacidades de la vida, cercano a la filosofía aristotélica y entendiéndose dentro de las nuevas preocupaciones de los regímenes, la nueva fuente de riqueza se encuentra en la inteligencia y la producción que puedan concretar las personas¹³. Por lo que, el objeto de acción se enfoca hacia el cuerpo mismo, intentando controlar las distintas afecciones y condiciones azarosas en el mundo que puedan afectarle de cualquier manera. Así, el cuerpo como tal es primordialmente reconocido en cuanto actúa frente a otros cuerpos y a su vez son permeables a que estos también actúen sobre él de forma pasiva o activa¹⁴. Todo ello permite entender, que la biopolítica contemporánea está contextualizada en la supervivencia de la especie humana, siendo la propia vida la que está en juego¹⁵ tanto que inevitablemente el poder y la resistencia a este por parte de los grupos intervenidos, se vuelve una relación encadenada en su mecánica; relación a investigar en este proyecto, donde se examinará en base a lo biopolítico el actuar del Estado de bienestar sobre las poblaciones mencionadas anteriormente, para buscar la existencia de una relación entre el poder sobre la vida y su transformación al control de ella. También es importante señalar su complementario que es la necropolítica, mencionada brevemente más adelante, consistiendo en la intervención y organización de la muerte. Para este caso lo más relevante se encontraba en cuanto al manejo de cadáveres de recién difuntos y las reglamentaciones para los cementerios del país.

El Estado de Bienestar, nació como respuesta a las distintas crisis de los siglos XIX y XX en Occidente, generalmente la agudización de las crisis económicas provocadas por guerras de gran magnitud, respondiendo a la pregunta social sobre la configuración del Estado en el porvenir¹⁶. Este se caracteriza por tener bases social demócratas, enfocadas en un mayor gasto e inversión pública, aunque tiene distintas formas como la más liberal o la corporativista, este último es el que más

¹² Daniel Toscano López. *El Bio-Poder...*, p. 44

¹³ Peter Pál Pelbart. *Biopolítica...*, p. 58

¹⁴ Peter Pál Pelbart. *Biopolítica...*, p. 63

¹⁵ Peter Pál Pelbart. *Biopolítica...*, p. 65

¹⁶ T. Palley. *Re-theorizing the Welfare State and the Political Economy of Neoliberalism's Campaign*. Journal of Economic Issues, 2020. p. 609

engloba la categoría de Bienestar¹⁷. Canalizando un punto entre la producción pública de servicios versus la privada que va variando en proporción del financiamiento, la recaudación y los subsidios destinados para la aplicación de beneficios dentro de la garantía de servicios¹⁸. Otro aspecto a considerar es la importancia del denominado doble movimiento al que responde, buscando en parte desregularizar el mercado como forma de extrapolarlo en cierta medida de la sociedad y por el otro lado, lo que más atañe al caso de Chile, el enfoque en la protección pública frente a las distintas problemáticas e inestabilidades que conlleva el sistema capitalista y los procesos modernizantes¹⁹.

Por último, las Políticas Públicas son importantes para la investigación sobre su conformación como mecanismos y cuáles eran los objetivos para su implementación. Además el poder encontrar en sus programas los resultados obtenidos tanto si significa un éxito, fracaso o cualquier transformación que ejerza dentro de la población destinada. Debido a ello, es posible definir las como un curso de acción con flujo de información realizada hacia un público objetivo, contando con participación pública y privada. Por otra parte, es importante considerar que estas son un instrumento de la gobernabilidad y le otorgan forma a la política, creando dualidades entre la ciudadanía y los grupos de interés. Volviendo el actuar político en una suerte de ciclo que confluyendo entre la participación ciudadana y las futuras demandas de esta²⁰. Sumando a lo anterior, para la elaboración de este instrumento es crucial el flujo de ideas, el interés y las demandas públicas, tanto de personas como de entidades que comparten una visión en común²¹. Lo que va de la mano con los variados debates y la gama de problemáticas que puedan identificarse dentro de la sociedad. A través de ello es como esta herramienta puede ser identificaba como campo de acción mismo del biopoder en la sociedad y un dispositivo para su utilización en este. Puesto que es uno de los instrumentos utilizados para regular o incidir sobre la vida misma de las personas y/o

¹⁷ T. Palley. *Re-theorizing the Welfare State...*, p. 589

¹⁸ T. Palley. *Re-theorizing the Welfare State...*, p. 590

¹⁹ Rafael Muñoz de Bustillo. "Mitos y Leyendas del Estado de Bienestar". *Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 2021. P. 175

²⁰ J. M. Salum Tome. "Public Policy or Government Programs? Are a Contribution to the Inclusion in Chile?". *World Journal of Education*, 2020. p. 80

²¹ J. Subirat.. "El análisis de políticas públicas". *Gaceta Sanitaria*, 2001. p. 259-264

comunidades, siendo la principal forma para conocer las necesidades de la población intentando alcanzar la resolución de los problemas sociales²².

Las investigaciones relacionadas con el tema tienen un amplio espectro pero a modo de introducción se delimitó a la biopolítica como método de control político-social en el Estado de Bienestar chileno, durante el período pleno de su funcionamiento. Es decir, desde 1938 con el ascenso al poder de los gobiernos radicales y el Frente Popular, hasta 1969 previo al gobierno de la Unidad Popular encabezado por Salvador Allende Gossens. Debido a la particularidad del período y el cambio de rumbo por la vía del socialismo es que se marcó tal límite. Este rol del Estado nace de la preocupación por la ciudadanía y sus condiciones de vida, al permear las críticas europeas del modelo liberal, buscando un mayor resguardo del capital humano frente a la economía desregulada, que detonó en los grandes movimientos obreros y su internacionalización. Entonces, el modelo de Bienestar surge como una alternativa de los Estados capitalistas liberales integrando la justicia social como un pilar para el funcionamiento de la sociedad y el cuidado del orden. De tal forma, su implementación en Chile compartía la misión de intentar subsanar las problemáticas que conflictuaba a la población de inicios del siglo XX en el proceso de la Cuestión Social. Para ello, fueron ensanchados los límites del Estado y se amplió su propósito de trabajo, incorporando de lleno el campo de la salud y conceptualizándolo como una zona de intervención, ejerciendo el biopoder.

Para esto la perspectiva biopolítica es estudiada, buscando adentrarse en la vida desde quien ejerce el poder a su receptor. Así, utiliza dispositivos como la disciplina, la sexualidad, la seguridad y la gubernamentalidad²³, cruciales para el actuar del Estado, al ser uno de los mecanismos para el resguardo de salud y el bien vivir de la ciudadanía. De tal modo es que pueden ser identificados dichos dispositivos en las configuración de políticas públicas, códigos legislativos, programas y penalizaciones. Realizados a modo de inmiscuirse en el desarrollo de la vida de las personas, aspirando a la totalidad de ella. Es así que el registro y la estadística, poniendo de ejemplo, sirven al biopoder en tópicos como la natalidad,

²² J. M. Salum Tome. *Public Policy or Government Programs?...*, p. 87

²³ Daniel Toscano López. *El Bio-Poder...* p.39.

mortalidad y fecundidad. Ya sea para favorecer el crecimiento de la población, regularlo o planificar la garantía de la supervivencia del neonato y la infancia. También se encuentra el seguimiento de las enfermedades venéreas que estaban extendidas a lo largo del cuerpo social, como también la importancia de la homosexualidad y su categorización como sodomía. De esta forma, la biopolítica en el marco del Estado de Bienestar chileno está ligada a la programación médico-científica del siglo XX, ligadas a perspectivas enmarcadas en el evolucionismo de Darwin. La importancia del médico como autoridad sanitaria y actor protagonista de investigaciones, políticas o proyectos arraigados a la salud. La mezcla que se va desarrollando con los valores morales de la sociedad chilena del siglo pasado, que van horadando el trabajo científico para ajustarlo a las ideas hegemónicas de salud, reproducción y bienestar. Así es como en una de las investigaciones abordadas en este contexto se encuentra la figura de Waldemar Coutts, como uno de los principales impulsores de la educación sexual laica y estatal. Enfrascado en la lucha contra las enfermedades venéreas y su filosofía de entretener la biología con la política, dando pie al inicio del pensamiento eugenésico chileno en el arco de los años 1920 y 1930²⁴. Dentro de las investigaciones de Coutts se encuentran objetos de estudio como los jóvenes, el matrimonio o la sexualidad, estudiando la vida para así organizar la creación de programas que puedan intervenirla, con el objetivo de la biopotencia a través de mejorar la calidad misma del ser humano.

Así es como, se encuentran diversas investigaciones sobre la biopolítica dentro de este marco referencial, en ellas se observan como el Estado chileno desde el siglo XIX fue preocupándose paulatinamente por la situación sanitaria de la población, derivando en sistemas como la ya mencionada eugenesia, las prohibiciones, las reglamentaciones, los códigos sanitarios, las restricciones morales, etc. Sin embargo, desde el primer cuarto del siglo pasado; dando cuenta de la creación del Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social en 1924, es cuando se visualiza una nueva profesionalización. El nuevo interés por la investigación sobre las condiciones de vida del ciudadano y la importancia del

²⁴ Marcelo Sánchez Delgado. "Sexo, eugenesia y política: Waldemar Coutts (Chile 1895-1959)." *Rev. Hist.*, 2018. p. 115

Derecho a la vida, focalizado principalmente los esfuerzos en los sectores populares, y la población trabajadora, siendo unos objetivos centrales para las políticas sociales²⁵. Tal necesidad surge de problemáticas como la Cuestión Social, la pobreza, la poca estabilidad económica, la falta de educación y otros factores que atañen consecuencias directas en la salud del individuo, caracterizando al enfermo como un nuevo sujeto social, o a nivel colectivo con la sociedad misma. De tal manera, se construye culturalmente un modelo ideal de sanidad en el cuerpo humano²⁶, con el potenciamiento del rol activo del Estado y de su carácter benefactor, con una mayor expansión de la sanidad desde la década de los 40, cobran mayor protagonismo profesiones como los médicos, enfermeras, visitadoras sociales, entre otras.

El rol activo y participativo que adoptó el Estado de Bienestar a lo largo de su formación y el incremento en los recursos públicos permitió destacables avances dentro del sistema de salud, logrando una efectiva retirada de enfermedades como la tuberculosis o de infecciones de transmisión sexual desde la década de los 60. También esto significó que para 1970 el Servicio Nacional de Salud fuera un líder latinoamericano en indicadores sanitarios ²⁷. Dicha efectividad se logró gracias al compromiso laboral de asistentes, sociales, enfermeras y matronas, quienes contemplarían una recompensa principalmente afectiva a cambio de su destacado trabajo, el cual fue un pilar fundamental para la construcción del sistema de salud chileno. Otro aspecto importante es el deber de enseñar sobre la salud a la población más vulnerable, dando paso a una pedagogía sanitaria²⁸.

Tomando en cuenta estos aspectos, las acciones de programas basados en la biopolítica, eran bastante focalizados hacia poblaciones de menores recursos, principalmente hacia el género femenino y la niñez, quienes obtenían una especial atención por parte del Servicio Nacional de Salud, debido a la alta morbilidad y

²⁵ María Angélica Illanes Oliva. *“Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las visitadoras sociales Chile 1887-1940”*. Santiago. LOM Ediciones, 2006. p. 27

²⁶ María Soledad Zárate et al. *“Por la salud del Cuerpo Historia y políticas sanitarias en Chile”*. Santiago. Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2008. p. 195

²⁷ Maricela González Moya y María Soledad Zárate. *“Trabajo, miserias y recompensas: Asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de política sanitaria chilena a mediados del siglo XX”*. Salud Colectiva, 2019. p. 2

²⁸ Maricela González Moya y María Soledad Zárate. *Trabajo, miserias y recompensas...* p. 9

mortalidad infantil²⁹. La materialización de las políticas sociales en los grupos mencionados se debe principalmente a las profesionales de la salud o del trabajo social, que se transformaron en una suerte de vínculo directo entre la intención estatal y el sujeto a intervenir. Puesto que, que se construye un nexo que permite modificar el contexto socioambiental de una persona.

Bajo la línea anterior y dentro del dispositivo sexual del biopoder se ha trabajado también con el devenir de las prácticas o identidades sexuales fuera de la norma, las cuales eran sometidas a la persecución, al castigo y/o disciplinamiento de quienes incurrieran en ellas. Debido a lo cual la mayoría de las investigaciones sobre población homosexual dentro del marco del siglo XX proviene de testimonios o acciones tomadas por el poder judicial. Por ejemplo, en un principio la homosexualidad tenía la tradición de ser denominada sodomía, al trasladar el concepto directamente del mundo cristiano y con herencia colonial. Centrada esencialmente en la acción puesto que constituía parte del pecado, cosa que para una sociedad religiosa en casi su totalidad, en vías modernizantes y para el contexto occidental, reunía suficientes características para ser tipificado como delito en el artículo 365 del código penal desde 1874³⁰. Teniendo la particularidad de referirse expresamente al acto carnal en donde no se tipifique ni abuso ni violación, privando de la acción o del deseo. No obstante, bajo los paradigmas sanitarios surgió un desarrollo en torno a la investigación del ahora sujeto homosexual, fue perdiendo la importancia del mero hecho para dar paso a intentar conocer la configuración primordialmente mental de dicho sujeto. Así comenzaron a producirse mayor cantidad de artículos alrededor de este tema, siendo la Revista Médica de Chile un gran centro condensado para estos estudios, transformando la homosexualidad en una suerte de enfermedad o trastorno por lo que se asemejaba al sujeto social del enfermo, anteriormente nombrado. En consecuencia de esto se consolida el paradigma medicalizado³¹. Así la homosexualidad ya no solo se limitó a la pena judicial, sino que también se sometió a tratamiento, dirigidos en gran medida a

²⁹ María Soledad Zárate y Lorena Godoy Catalán. “*Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964)*”. *Historia, ciencias, Saide – Manguinhos*, 2011. p. 140

³⁰ Juan Rolando Cornejo. “*Configuración de la homosexualidad medicalizada en Chile*”. *Revista latinoamericana*, 2011. p. 111

³¹ Juan Rolando Cornejo. *Configuración de la homosexualidad...* p. 110

hombres jóvenes que fueran descubiertos, dando pie a procedimientos quirúrgicos, terapias de conversión y por sobre todo a la intervención de la institucionalidad en la vida sexo afectiva de estas personas. Con relación a la mencionada perspectiva, existe material en torno a la microhistoria de la Casa de Menores de Santiago donde, en base a los expedientes judiciales de quienes llegaban al lugar. Se encuentran numerosos ejemplos de cómo actuaría la biopolítica frente a la homosexualidad, puesto que la medicalización en conjunción a la criminalización buscaba examinar de distintas formas a adolescentes que fueran arrastrados a estos establecimientos debido al haber incurrido en una relación no heterosexual. Estos sujetos eran sometidos a exámenes físicos en donde se buscaban lesiones o rastros de su actividad sexual y también se examinaba su psique, intentando encontrar el origen de sus acciones y como revertirlas. Tales metodologías estaban influenciadas por la perspectiva médico legal francesa, con la instrumentalización de peritajes de marcas corporales que evidencien el coito homosexual; como también la perspectiva heredo-degeneracionista en donde se pensaría que genes innatos son los que provocarían estas prácticas y por lo tanto, se debían someter a reeducación a los sujetos penalizados.³² Esta investigación da cuenta de que el rol y la finalidad del sistema judicial de menores estaba centrado en la prevención y educación de la infancia y adolescencia en la época, insertando la homosexualidad en la prevención sexual, como algo dañino para la salud, la vida y la sociedad, al no someterse al pensamiento heteronormativo de la reproducción de la especie humana como uno de los propósitos mismos de las personas, colocando dicha orientación al nivel de enfermedades venéreas. Como añadido, el trabajo de investigación para menores culpables de sodomía, también incluía un estudio de su ambiente sociocultural, en donde se responsabilizaba al entorno de haberlo encaminado a incurrir en la homosexualidad.

Desde otra arista de materia sanitaria, se encuentra el caso de las drogas, su consumo y prohibición. Para esto se tiene que observar que quienes controlaban principalmente la comercialización y prescripción de consumo de drogas eran los

³² Silvana Vetö. “Homosexualidad masculina y examinación médica en la Casa de Menores de Santiago, 1929-1942”. Revista Historia y Justicia, 2018. P.17

médicos y las farmacias, por lo que fue en las boticas donde se comenzó a ver un incipiente consumo de drogas de forma recreativa. Como consecuencia surgió la regulación desde el Estado para evitar la circulación de estos productos fuera de las farmacias, prohibiendo el comercio y uso de la cocaína, el opio y sus derivados³³. Además, se da cuenta de la libertad en el uso de drogas, por parte las oficinas salitreras, con tal de llevar a sus trabajadores a un estado de vicio, pasividad y arrebatamiento lo que trajo conflictos tanto con el gremio farmacéutico como con el propio Estado. De tal forma que se puede observar cómo las regulaciones de consumo también son materia importante de la intervención de la vida y es un control explícito desde la biopolítica, siendo un objetivo importante los límites de la toxicomanía frente a los narcóticos. Lo cual significó el desarrollo de herramientas institucionales, mayormente judiciales, durante la primera mitad del siglo XX para frenar esta patología y evitar su expansión en la sociedad.³⁴

Como conclusión, el material de investigación en torno a lo biopolítico coincide en la importancia de la medicina como enfoque para la intervención dentro de la vida. Y el objetivo de conservar una sociedad sana, reproductiva, laboriosa y que pueda mantenerse viva, lo que conllevó a que se actuara sobre las poblaciones más vulnerables, históricamente marginadas u oprimidas, debido a la preponderancia de problemáticas relacionadas a sus condiciones de vida, sin abandonar de todas formas, perspectivas morales y percepciones civilizatorias de la ciencia sobre la bárbara miseria³⁵.

En el desarrollo de esta tesis se utilizarán como modelos metodológicos dos tipos de análisis que nos pueden permitir el construir la respuesta a la hipótesis anteriormente expuesta, tales modelos son, Análisis documental y Análisis de contenido. Para comenzar con el primer análisis, este se puede definir cómo:

“conjunto de principios y de operaciones técnicas que permiten establecer la fiabilidad y adecuación de cierto tipo de informaciones para el estudio y explicación de un determinado proceso histórico”³⁶

³³ Marcos Labbé. “*Boticas y toxicómanos: origen y reglamentación del control de drogas en Chile, 1900-1940*”. Atenea 508, 2013. p. 79

³⁴ Marcos Labbé. *Boticas y toxicómanos...* p. 80

³⁵ María Angélica Illanes Oliva. *Cuerpo y sangre de la política...* p. 30

³⁶ Aróstegui, Julio. “*La investigación histórica: Teoría y Método*”. Madrid, 1995. p.198

Puesto que funciona para el desarrollo de la crítica hacia las legislaciones e investigaciones biopolíticas del aparato gubernamental durante la temporalidad definida. Debido a la fiabilidad de las fuentes por su revisión como documentación institucional, la depuración de datos para el análisis se concentra en el campo donde actúan las políticas públicas. Siguiendo la línea de la hipótesis se encuentran dentro de la salud y por lo tanto, son legislaciones e investigaciones sanitarias que regulaban aspectos como la sexualidad, el consumo de drogas y la enfermedad. En su estudio se buscará construir la historia detrás del objetivo o las intenciones de aquellos documentos. Observando elementos como el origen contextual del Estado para dictar la implementación de una reglamentación específica sobre la población, de tal forma que en sus resultados se pueda analizar el cómo es traducido el poder y el control. Agregado a ello también es pertinente el análisis de adecuación³⁷, debido a la cantidad y variedad de la información, se estableció una selección que será necesaria para la concentración de la información de las fuentes y que sus enfoques vislumbren la búsqueda del objetivo de esta investigación.

En alineación con lo anteriormente mencionado es que se expone el segundo método, el del análisis de contenido, que según Aróstegui se puede definir como:

“técnica basada en el análisis del lenguaje, pero cuyo objetivo no es conocer éste en sí mismo sino «inferir» alguna otra realidad distinta a través de él (...) tendente a obtener indicadores por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/ recepción de estos mensajes”³⁸

El cual permitirá el análisis de la documentación institucional ya mencionada, efectuando una revisión de los contenidos, perspectivas y paradigmas utilizados de forma que pueda darse a conocer la intencionalidad, los objetivos y orígenes de las políticas en cuestión. Por otro lado, también para desmenuzar las percepciones encontradas en las revistas especializadas, donde pueden identificarse mayor carga explícita de aspectos culturales, sociales e incluso morales al plasmar los profesionales sus ideas sobre las problemáticas que trataban. Revisándose dos artículos de la revista *Servicio Social: El Servicio Social frente al problema de la*

³⁷ Aróstegui, Julio. *La investigación histórica...* p. 200.

³⁸ Aróstegui, Julio. *La investigación histórica...*p. 208.

madre soltera y su hijo de María Santelices E., publicado en octubre de 1938 y *Lucha Antivenérea* de Olga Vattuone Zanini, publicado en diciembre de 1940. Además del séptimo volumen de la *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva* publicado en marzo de 1945.

Para comenzar la investigación, el capítulo uno titulado El Estado de Bienestar y la salud pública chilena, tiene como meta el mencionado objetivo específico describir el contexto político y social del Estado de Bienestar en Chile conformado desde los años 1924 hasta el 1969. Desarrollando el origen político de la ruptura del Estado Oligárquico, la promulgación de la Constitución de 1925 y la llegada al gobierno del Frente Popular, estableciendo la base para la conformación del bienestarismo en Chile. Luego se da a lugar el panorama socioeconómico del país a comienzos del siglo pasado, al ser parte de los detonantes del proceso y vislumbrar las problemáticas de la ciudadanía en mortalidad, nutrición y salud en general. Finalizando con la modernización de la salud pública y la tradición higienista que formó de la estructura sanitaria.

Continuando con el capítulo dos, titulado Legislación e Higienismo en el sistema sanitario, se centra en el objetivo de revisar las legislaciones enfocadas al tratamiento de la vida humana. Para ello, se fijó la atención en los códigos sanitarios como el mayor reglamento legislativo que sirvió para la expansión de la infraestructura y supervisión sanitaria en el país. Los códigos en cuestión, situados dentro del período establecido, fueron los de 1918, el panamericano de 1925 al que Chile adscribió, 1930 y el de 1968, extrapolarlo los artículos pertinentes para su observación. La segunda parte del capítulo consiste en la investigación del cuerpo teórico que nutrió la perspectiva de estas legislaciones, encontrándose la disyuntiva entre el eugenismo y el higienismo, siendo este último el predominante.

El último capítulo, titulado Salud Especializada y Vigilancia Sanitaria, tiene como finalidad el análisis de los Códigos Sanitarios revisados en el capítulo dos y de las investigaciones surgidas a raíz de los mismos, con el efecto que tuvo la legislación a momento de ser aplicada. Comenzando con el análisis de la legislación al ver como se materializaba la biopolítica higienista dentro del modo de control estatal sobre la salud. Continuando con las apreciaciones extraídas desde los

artículos de revista seleccionados, del *Servicio Social* y la *Revista Médica de Chile*, al examinar el contexto, la discursiva y los resultados expuestos. Finalmente, la tercera parte consiste en las conclusiones sacadas a raíz del análisis y la relación con el progreso de las medidas sanitarias que fueron tomadas a través del período, dialogando entre los códigos, las investigaciones y los efectos que han mostrado.

La salud, el cuerpo y la vida misma también es son objeto de debate. El sistema de salud pública es una clara relación entre el individuo y el Estado por lo tanto, despierta interés por saber si realmente es la coerción lo que mueve esta relación o si prima el buen resguardo en ella.

Capítulo primero: El Estado de bienestar y la salud chilena

El objetivo de este capítulo es presentar el contexto político del Estado chileno en su rol de bienestar durante el siglo XX y su influencia dentro del campo de la salud en su aspecto biopolítico, además del campo de acción que pudo ejercer dentro de la sociedad chilena. Debido a ello es que el siguiente capítulo intentará construir una base informativa a través de los hechos políticos, sociales y luego trasladándonos al campo sanitario del período que competen a la investigación.

La Política, abriendo el camino para la seguridad social

El Chile del siglo XIX y XX atraviesa transformaciones económicas importantes enlazadas al desarrollo industrial, el crecimiento de las urbes y su disparado crecimiento macroeconómico con los sectores agrícolas y mineros, principalmente este último con la extracción del salitre, detonó diversos cambios en la estructura social chilena destacándose de ello la migración desde las zonas rurales hacia las urbes y el continuo desplazamiento de la población campesina al convertirse paulatinamente al proletariado, cambiando el inquilinaje por la mercantilización de su fuerza de trabajo. Así es que este nuevo actor, el proletariado, en el escenario del panorama socioeconómico chileno fue instalándose en su mayoría en las zonas centro y norte del país, siendo territorios industriales y mineros en las proporciones de su uso estratégico, estas nuevas dinámicas sociales en torno a la familia de clase baja, habitante de un sector vulnerable en la ciudad o de alguna oficina salitrera, expusieron consecuencias en la calidad de vida de las personas quienes se veían absortos en el hacinamiento, la poca salubridad, la explotación laboral, la baja representación política y un etcétera de problemáticas que acongojaban a la población común del período, lo que más tarde sería denominado como Cuestión Social.

Las condiciones mencionadas anteriormente, con cuatro de cada diez niños muriendo por complicaciones de salud en el parto, nacimiento o primeros años de vida; la gran mortalidad que conllevaban las epidemias y las problemáticas de un

país sin seguridad social³⁹. Eran lo que debía enfrentar la mayoría de la demografía chilena durante el cambio de siglo, lo que caló en la perspectiva de las clases medias ilustradas quienes al observar la situación se cuestionaron el sistema imperante del país con relación a cómo lo percibían sus habitantes. De tal forma es que las doctrinas europeas, corrientes marxistas o anarquistas, fueron adoptadas por teóricos nacionales entre los que se encontraban estudiantes universitarios que adoptaban el bando de los marginados sociales, por lo que uno de los orígenes pro-emancipación proletaria del país se trazaría hasta la Federación de Estudiantes de Chile quienes no abogaron por el marxismo per se sino por el socialismo de cátedra⁴⁰. Además de no contar con una uniformidad en postura política puesto que por las características de su diversidad como orgánica estudiantil, daba lugar a la interacciones de distintos puntos de vista en torno a la crítica hacia la República oligárquica del país. Tal posición los llevó a apoyar la candidatura de Arturo Alessandri para presidente en 1920 ayudando en la propaganda de su programa y en la mística de la salvación nacional en las calles. pero pronto la FECH fue perdiendo la fe al momento de considerar que el candidato difícilmente podría llevar un programa de gobierno que significara un real cambio para la estructura socioeconómica del país⁴¹. Esta desconfianza fue compartida por otro sector crítico que tomó más protagonismo conforme su representación y participación política fue creciendo, la de los grupos obreros organizados que profesaban las ideas del socialismo y el anarquismo. Para dicho sector la figura de Alessandri significaba otra candidatura burguesa que no ofrecería una solución real y duradera a las demandas que exigía el pueblo⁴².

Sin embargo Arturo Alessandri fue electo por el período de 1920 – 1925 en un ambiente conflictivo debido a la saliente primera guerra mundial, el déficit económico de Chile y la mayoría opositora en el Congreso dificultó la promulgación y aplicación de las reformas sociales que prometía el ya investido presidente quien confiaba en poder institucionalizar las demandas sociales que exigía la ciudadanía,

³⁹ Osvaldo Larrañaga. *El Estado de Bienestar en Chile...*, p. 1

⁴⁰ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994. Política, economía, sociedad, cultura, vida privada, episodios*, (RIL editores, 2012) p. 128

⁴¹ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 128

⁴² Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 128

mediante su trabajo dentro del poder ejecutivo apoyándose en las masas populares e incentivándolas con su discurso a ejercer presión desde las calles para persuadir a quienes dentro del poder legislativo frenaban las leyes sociales⁴³.

"El progreso económico de los pueblos (...) está basado en el capital representado por el patrón, y en el músculo, representado por el obrero. El bienestar de un pueblo, la tranquilidad social, exigen la armonía entre el capital y el trabajo, y es deber del Gobierno proteger y amparar al proletario, que es débil, sin herir fundamentalmente los derechos del patrón, porque así lo exigen la riqueza pública y la tranquilidad social"⁴⁴

Con tales palabras defendía un accionar centrado en generar alianzas con los nacientes movimientos obreros, pese a ser militante del Partido Liberal e incluso haber sido la propuesta de la Alianza Liberal para la presidencia propugnaba el integrar a las agrupaciones, ya cercanas a las ideas socialistas y anarquistas, dentro del aparataje estatal para con ello entregar la justicia social que se exigía. Sin embargo, un sector tan importante como la Federación Obrera de Chile le siguió a la FECH en la pérdida de confianza del León de Tarapacá debido a la férrea obstrucción que ofrecía el parlamento oligárquico en contra de sus paquetes de reforma, tomando como ejemplo de ello el hecho de que gracias a la aplicación de los votos de censura que otorgaba el régimen parlamentario, que ocupaba lugar en ese entonces, Alessandri se vio obligado a hacer 19 cambios de gabinete con la suma total de 71 ministros en rotación⁴⁵. Finalmente dentro de su mayores aportes sería el instalar la discusión del mejoramiento en la calidad de vida del proletariado, a modo de incentivar el desarrollo económico y mantener la estabilidad social pues este último elemento se volvió algo crucial para las burguesías del mundo frente a la influencia que ejercía la figura del Octubre Rojo como respuesta a la agudización de las contradicciones de clase.

Paralelo a la administración de Alessandri, la esfera militar no era ajena a las problemáticas de la sociedad chilena debido a que también les incumbía el asunto por las carencias que aquejaban a sus integrantes en aspectos como bajos salarios, el débil equipamiento, la previsión insuficiente, el ajuste de los recursos para el

⁴³ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 130

⁴⁴ Guillermo Feliu Cruz. *Alessandri, personaje de la Historia. 1868-1950*. (Editorial Nascimento, Santiago 1968) p. 15

⁴⁵ Guillermo Feliu Cruz. *Alessandri...*, p. 19

mantenimiento de los conscriptos y la poca movilidad dentro de la jerarquía militar⁴⁶. ¿Qué significó la precarización de las fuerzas armadas? Resultó en el denominado Ruido de Sables, este acontecimiento ocurrido en septiembre de 1924 se produjo debido a la indiferencia de la clase política que dominaba el parlamento. La misma frenaba los proyectos del entonces presidente, dejando de lado la tramitación que reformaría los sueldos de los castrenses y en reemplazo tramitar un nuevo proyecto de ley que instalaría una dieta parlamentaria. Lo que sería positivo en cuanto a abrir el camino para la ciudadanía que no tuviera el patrimonio personal suficiente del cual podría depender para trabajar dentro del Congreso como parte del parlamento⁴⁷. Sin embargo, el momento de su discusión fue poco estratégico frente al contexto nacional, derivando en la molestia de los militares quienes en la sesión hicieron tronar sus sables contra el suelo de la Cámara. Tal acción demostró tanto su descontento como la determinación para hacer algo al respecto, al tener entre los líderes de este movimiento militar se encontraban los personajes de Carlos Ibáñez del Campo y Marmaduke Groove, quienes tenían posturas progresistas mas no una ideología en particular⁴⁸. A partir de este hecho es que se constituyó una Junta de Gobierno para la administración del país, teniendo a la cabeza a los generales Juan Pablo Bennet, Luis Altamirano y al almirante Francisco Neff, con el objetivo propuesto de acabar con la corrupción política e invocar una Asamblea Constituyente⁴⁹. Que preparara la reformulación de la Carta Magna, que no había visto gran modificación desde su emisión en 1833 con la autoría de Diego Portales, siendo el inicio de lo que se convertiría en la Constitución de 1925 una impulsora en la materialización de derechos para la clase obrera, por lo que su realización tuvo una amplia aceptación en la población sobre todo en la clase media. No obstante, la Junta de Gobierno tuvo un carácter antialessandrista y derechista por lo que fue perdiendo el apoyo que inicialmente tuvieron desde la población y los militares. Provocando la rebelión en enero del año 1925 con Carlos Ibáñez al frente en antagonismo a la Junta de Gobierno. Una vez la Junta Militar hubiera sido disuelta y los ecos para el retorno tanto de Alessandri siendo eco del gobierno civil

⁴⁶ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 132

⁴⁷ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 131

⁴⁸ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 134

⁴⁹ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 134

remecieran la situación política, planteamientos apoyados principalmente por los partidos Liberal, Radical y Demócrata, en oposición al Conservador que todavía abogaba por la Junta⁵⁰. Una vez vencedor Ibáñez se hizo efectivo el retorno de Arturo Alessandri y la conformación de una nueva Junta la cual estuvo conformada por Emilio Bello Codesido, el almirante Carlos Ward y el general Pedro Pablo Dartnell hasta que Alessandri ocupara su puesto nuevamente, otorgándole a Ibáñez la gestión del Ministerio de Guerra.

Desde 1924 se originó un quiebre de la lógica estatal oligárquica que apresaba la administración, los bienes y recursos públicos rendidos al control de las clases dominantes. Quienes percibían al mismo Estado como parte de su patrimonio y hacían uso del aparataje estatal en favor de sus propios intereses⁵¹. lo que termina por haber excluido a la población durante los años previos a su desestructuración. De tal forma surgió una transformación del Estado centrado en su expansión social y territorial además del rol en el que interactúa con el resto de actores dentro de la sociedad chilena. Ello se debió a la amplificación dentro de la acción política estatal que una vez dentro de los márgenes del asistencialismo y la inversión pública tanto en sus mecanismos políticos como la creación de la Contraloría General de la República, el Ministerio del Desarrollo, la Dirección de Industrias Fabriles y la Tesorería General de la República, observando algunos ejemplos. Además de dedicarse a la modernización de la industria chilena en la construcción de vías de comunicación, invirtiendo en puertos y ferrocarriles, e introduciéndose en una suerte de algo semejante a un empresario, participando en sociedades mixtas o fundando fábricas y negocios de propiedad pública⁵². Por ello fue percibiéndose su presencia cada vez más por la población, logrando que esta fuera dándose cuenta cada vez más de la existencia del ente, aprendiendo paulatinamente sobre sus dinámicas, constitución y acciones⁵³. Tal proceso provocó la aparición de nuevas oportunidades para la representación política de la clase trabajadora, fortaleciendo sus asociaciones que constituían una nueva dinámica de soberanía popular,

⁵⁰ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 134

⁵¹ Enrique Fernández Darraz, *Estado y Sociedad en Chile, 1891 - 1931. El estado Excluyente, la lógica estatal oligárquica y la formación de la sociedad*. Editorial LOM, 2001. Santiago. P. 76

⁵² Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 142

⁵³ Enrique Fernández Darraz, *Estado y Sociedad en Chile...*, P. 128

conciencia y cooperación de clase reflejados en los sindicatos, socorros y federaciones, como las mencionadas anteriormente. La nueva perspectiva para el Estado permitió que en su orgánica surgieran oportunidades para la introducción de nuevos actores sociales y enfocó su participación en el mantenimiento de la vida de los ciudadanos, estableciéndose una base alrededor del bienestar. Denominación que caracterizaría el gran parte del siglo XX chileno procediendo a la mayor apertura por legislar. Teniendo en cuenta la situación socioeconómica de los trabajadores, pues bajo una mirada progresista el mismo desarrollo se vería beneficiado del aumento en la calidad de vida y la inversión en el capital humano representando el músculo, retomando los dichos de Alessandri, haciendo funcionar la máquina del patrón por consecuencia, la economía.

En cuanto a la nueva Constitución promulgada en 1925, los primeros cambios que tuvo fue el fortalecer la independencia del poder ejecutivo frente al poder legislativo. Rompiendo con el régimen parlamentarista al cambiar o anular estos mecanismos que coartaban los proyectos por parte del Presidente. Como la supresión de la capacidad de fiscalización que tenían diputados y senadores, por completo a estos últimos, o la capacidad de cobrar contribuciones por parte del parlamento para mantener activas a las FF. AA⁵⁴. Por lo tanto, se traducían en obstáculos constantes en caso de que el programa de gobierno del candidato electo fuera discordante a los intereses de la oligarquía al ser ella quien ocupaba los puestos del Congreso. Otra arista importante de esta nueva Carta Magna para el momento fue la preocupación y el deber que debía tener el Estado por el bienestar de las personas, preocupándose del trabajo, la industria, educación, previsión social y en gran medida sobre la salud pública⁵⁵, arista importante para la presente investigación. Pese a las bondades que se observan en el contenido de la nueva legislación, la etapa en la que pudo ser puesta en práctica fue desplazada hasta siete años después de su creación debido a la dictadura de Carlos Ibáñez del Campo⁵⁶. Quien una vez dirigió un movimiento en contra del autoritarismo oligárquico, en ese momento se encontraba a la cabeza de un régimen con potencial

⁵⁴ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 135

⁵⁵ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 136

⁵⁶ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 138

fascista en donde el desliz de los límites legales se volvió la regla para asegurar la estabilidad de su régimen por la fuerza. Aún así, todo llega a su fin y este fue facilitado gracias a la crisis que vivió el país en 1929 donde se agudizaron una vez más las problemáticas sociales, agrupándose distintos actores de la nación para desarticular el poderío de Ibáñez desde distintos flancos. En dónde se encontraban estudiantes de la FECH, los obreros y su cada vez más fortalecido movimiento e incluso Arturo Alessandri quién exiliado desde Italia buscaba las artimañas necesarias para el derrocamiento del dictador y su retorno a Chile. Finalmente Ibáñez renunció y se ausentó del país, entregándole el mandato al presidente del Senado quien convocaría a elecciones en 1931, por lo que la constitución del 25' realmente se haría efectiva el año 1932⁵⁷.

Así es como dentro del primer cuarto del siglo XX se encuentra una base crucial para lo que sería el Estado de bienestar en el futuro porque la constitución del 25' no sólo permitió su creación y rigió al país durante las siguientes cinco décadas (desde su real implementación) sino también tuvo la gran aceptación por la mayoría del espectro político, acomodándose dentro de un consenso desde la derecha hacia la izquierda⁵⁸. Siendo esto algo que benefició también a Alessandri ya en su segundo período de presidencia e incluso pudo ser útil a la izquierda política una vez el poder ejecutivo tomó conductas autoritarias al gozar de la reciente independencia. De manera que el documento es una gran oportunidad para el génesis de nuevos procesos políticos en el país, lo que se observará con la introducción de ala social demócrata y marxista al Estado una vez al Frente Popular lea sea otorgada la dirección del Estado en 1938.

El modelo del Frente Popular nace de influencias europeas al ser una de las estrategias que postulaba el Séptimo Congreso Internacional Comunista de Moscú del año 1935, donde se plantea una alianza entre sectores comunistas, socialistas, liberales y burgueses para enfrentar el surgimiento del nazismo en su continente⁵⁹, traducible al fascismo en América Latina. Por ello es que se relaciona con el

⁵⁷ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 138

⁵⁸ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 174

⁵⁹ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 177

contexto político de Chile al momento de formarse, pues se estaba dejando atrás una dictadura y la inestabilidad política de insurrecciones militares frente a los gobiernos civiles. La estrategia acatada por el Partido Comunista chileno derivó en una actitud distinta a la que venía utilizando años anteriores, siendo reticentes a la negociación de acuerdos con el Partido Socialista o los liberales, en cambio desde 1935 buscó constituir alianzas en la persecución de intereses comunes y dejar la subversión de lado al apoyar la modernización económica del país⁶⁰. Aquello encauzó su accionar dentro de la legalidad y permitió la fraternización con sectores desde la izquierda hasta el centro, apoyándose en su alianza con el Partido Radical. Este último, pese al apoyo que expresó al segundo período de gobierno de Alessandri y en un principio se encontraba dividido entre la cooperación o no con los comunistas, reafirmó un quiebre con la derecha una vez postularon a Gustavo Ross como su candidato siendo este un enemigo del PR. Mientras tanto el PS por su parte intentaba crear un bloque de oposición al gobierno por lo que al presentarse la oportunidad al ver el cambio de actitud de los radicales ante el oficialismo, toma la oportunidad en 1936 donde se funda el Frente Popular que integraría al mismo Partido Radical, el Partido Socialista y el Partido Comunista, quienes firman el Acta de Constitución del Frente Popular⁶¹. Esta alianza tuvo como primera tarea la elección de un candidato para 1938, donde fue elegido Pedro Aguirre Cerda, militante del Partido Radical. Siendo el representante del Frente, y aun no teniendo un concilio unánime frente a su carta para las elecciones, el candidato si lograba gran aceptación por distintos estratos de la sociedad: suficientemente moderado para los militares, representante de la clase media y con arrastre dentro de los sectores populares⁶². De tal manera fue una decisión acertada para este bloque de izquierda lo que se tradujo en la victoria de Aguirre Cerda, dando paso a los siguientes catorce años de gobiernos radicales donde sería crucial la participación de diversos grupos sociales en las legislaciones, proyectos y reformas que dieron a lugar durante el Estado de bienestar⁶³.

⁶⁰ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 177

⁶¹ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 178

⁶² Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 179

⁶³ Cristián Gazmuri. *Historia de Chile 1891-1994...*, p. 181

La Población, precariedad económica y social

A comienzos del apartado anterior se cita una breve exposición de la realidad que enfrentaban los sectores populares y la naciente clase media de la población chilena a fines del siglo XIX y comienzos del XX. Consecuencias de la precariedad laboral, la desigualdad económica entre otros aspectos, se denominaba Cuestión Social al conjunto de problemáticas en torno a las condiciones de vida y trabajo, la negociación de ellas, la educación, salud, previsión social, etc. Teniendo como respuesta al malestar social la organización popular, realizando huelgas y protestas obreras que comenzaron a cuestionar la estabilidad y el orden político, social y económico, llamando la atención de los grupos oligárquicos⁶⁴.

Cuantificándose en datos duros, para 1930 la población de Chile según el censo del mismo año constituían 4.287.445 millones de personas⁶⁵, la natalidad del país había ido disminuyendo porcentualmente respecto a la población desde 1910 con un 38,99 por mil habitantes hasta 1938 con un 33,4 por mil ⁶⁶. La mortalidad presentaba una tendencia a la disminución con cifras de unas 31,7 por cada mil habitantes en 1920 hasta llegar a los 24,5 por mil en 1938. Pero no significaba una mejora sustanciosa al hacer la comparación con otros países en la región⁶⁷ teniendo el caso de Argentina que para 1936 alcanzaba los 11.5 por mil, Uruguay llegando a los 9.7 por mil y Venezuela que llegó a los 18.2 por mil, ambos dentro del mismo año⁶⁸. Con relación a la estadística de muertes infantiles, Allende muestra que sólo para el año 1937, dónde la totalidad de muertos fue de 109.795, el 50,46% de ellas fueron menores de 16 años concentrando la gran mayoría en niños desde los primeros días de vida hasta los 5 años con un saldo de 50.194 infantes fallecidos⁶⁹. Por parte de los fallecidos en edad activa, mayores a los 16 años, la mayoría de las muertes eran causadas por enfermedades infecciosas, siendo la tuberculosis la mayor responsable con más del 60% de las causas de muerte⁷⁰. Estas condiciones de vida en cuanto a salubridad se veían agudizadas por la diferencia entre nivel

⁶⁴ José Pablo Arellano. *Políticas sociales y desarrollo chile...*, p. 22

⁶⁵ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social Chilena*. (Ministerio de Salubridad, 1939). P. 11

⁶⁶ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 18

⁶⁷ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 21

⁶⁸ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 20

⁶⁹ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p.22

⁷⁰ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p.22

socioeconómico, por lo que el autor muestra algunos ejemplos de estudios realizados por otros investigadores donde relaciona justamente la salud de los habitantes y los ingresos salariales de sus familias, lo que demostraba que con bajos salarios las probabilidades de sobrevivir a enfermedades eran bajas o casi nulas⁷¹.

La situación salarial también demostraba una curva beneficiosa engañosa sin un debido análisis, como ejemplo se observa el ingreso patronal del Seguro Obrero, datos recogidos por la Dirección de Estadística. Mostrando un incremento de \$ 2.155.559 en 1927 a \$ 5.720.148 para 1938 sin embargo, el índice del costo de vida también aumentó creciendo desde 78,5 a 200,5 en la misma cantidad de años, por lo tanto al observarlo no se puede traducir el crecimiento del salario en un mejoramiento de la calidad de vida⁷².

De mano con el salario, que constituía lo que se conocía como el salario vital familiar el cual era resultado del coeficiente de consumo según las cargas familiares que tuviera un sostenedor⁷³, la alimentación siendo un importante factor para el bienestar de la población. Además de servir en parte a un indicativo de otras problemáticas dependiendo de la nutrición del individuo en relación con el acontecer de su vida. Es así que la mayor inversión del salario obrero se dirigía hacia la alimentación, debido a la incapacidad de cumplir con el mínimo necesario es que el satisfacer la necesidad alimenticia ocupa tal posicionamiento⁷⁴. Para el estudio de la nutrición de los ciudadanos se encuentra la encuesta Dragoni y Burnet, que debe sus nombres a los delegados de la Sociedad de las Naciones que fueron enviados al país para investigar los componentes de la dieta chilena, trabajando en conjunto con el gobierno chileno en 1935⁷⁵. Involucrando a la Dirección General de Sanidad, la Sociedad Nacional de Agricultura, la Caja del Seguro Obrero, la Dirección General de Estadística, el Subsecretario de Salubridad, al Decano de la Facultad de Agronomía, distintos médicos y demás actores con tal de estudiar también el costo

⁷¹ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 28

⁷² Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 28

⁷³ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 32

⁷⁴ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 37

⁷⁵ Juan Carlos Yáñez Andrade. *Gobernar es Alimentar. Discursos, legislación y políticas de alimentación popular. Chile, 1900-1950*. Editorial América en Movimiento, 2018. Valparaíso. p. 111

de vida⁷⁶ . Para 1928 existía una encuesta anterior sobre la alimentación de Chile en la Revista Médica, pero sus datos se consideraban por su mismo autor, el médico Eduardo Cruz-Coke, optimistas y limitados puesto que en ellos la ingesta diaria promedio de calorías eran de 2.600 cal. para la primera muestra y 2.918 cal. para la segunda, dejando un intermedio de 2.750 cal. diarias por persona además de que en ambas muestras no se tuvo en cuenta la distribución de alimentos por el país y tampoco la representatividad social ni geográfica de las familias encuestadas (siendo 50 en esta ocasión)⁷⁷. Por ello la importancia de la encuesta Dragoni-Burnet debido a la integración de distintos factores para explicar la ingesta calórica de las y los chilenos, puesto que registros que siguieron a la realizada por Cruz-Coke mostraban datos dispares al ser tomadas las muestras en distintos sectores socioeconómicos de la ciudadanía⁷⁸.

Adentrándonos en las cifras obtenidas, estudiaron familias de 14 ciudades distintas de norte a sur las cuales tenían rubros distintos, relacionados generalmente con la localidad que habitaban y capacidad económica diferente también. Entre las familias se pudo observar que el promedio de integrantes para el período eran de 5.7, siendo el 87.5% de las relaciones al interior de padre-hijo y el resto se repartía entre pensionados y allegados, siendo estos últimos predominantes en las familias de estratos pobres pese a su poca contribución al salario vital familiar⁷⁹. El cual se dividió en otros grupos según el ingreso diario que tuviera el o la sostenedor/a, siendo el primer grupo de personas que ganaban <1 peso el 3%, el segundo grupo con 1 a 1.99 pesos el 29%, el tercer grupo con 2 a 2.99 pesos el 27%, el cuarto grupo con 3 a 3.99 pesos el 22%, el quinto grupo con 4 a 4.99 pesos el 11% y por último el sexto grupo que ganaba sobre o igual a los 5 pesos siendo el 8% de la muestra⁸⁰. Dentro de estos grupos se localizó la ingesta calórica de las familias pertenecientes a ellos, mostrando que en promedio se consumían 2.357 calorías diarias siendo el primer grupo, de ingresos más bajos, el que menos consumía

⁷⁶ Juan Carlos Yáñez Andrade. *Gobernar es Alimentar...*, p. 112-113

⁷⁷ Juan Carlos Yáñez Andrade. *Gobernar es Alimentar...*, p. 109-110

⁷⁸ Juan Carlos Yáñez Andrade. *Gobernar es Alimentar...*, p. 110

⁷⁹ Juan Carlos Yáñez Andrade. *Gobernar es Alimentar...*, p. 118

⁸⁰ Juan Carlos Yáñez Andrade. *Gobernar es Alimentar...*, p. 119

llegando a las 979 calorías y el sexto grupo, de ingresos más altos, 3543 calorías al día⁸¹.

Grupo Familiar	Ingreso (peso al día)	Familias	Calorías
Primer grupo	<1	17	979
Segundo grupo	1- 1.99	171	1724
Tercer grupo	2 – 2.99	161	1954
Cuarto grupo	3 – 3.99	130	2577
Quinto grupo	4 – 4.99	66	3270
Sexto grupo	≥ 5	48	3543

Fuente: Juan Carlos Yáñez Andrade. Encuesta Dragoni-Burnet sobre alimentación popular (1935) p. 120

Aquello dejaba un saldo 349 familias (el 60%) que no alcanzaban la ingesta de 2.000 calorías al día, mientras que 114 (el 19%) superaba las 3.000, siendo 2.500 la cantidad básica para el momento⁸². No obstante, la ingesta del primer grupo podría distar de realidad puesto que los encuestadores observaron las dinámicas de los grupos sociales, familiares o vecinos, que convivían con ellos. Mostrando que muchas veces se compartían alimentos por lo que a las 979 calorías le pueden ser agregadas un 20% o 30%, pues es improbable sobrevivir y trabajar con una cifra tan lejos del mínimo necesario para el ser humano que rondarían las 2.000 calorías diarias⁸³.

Sin embargo, las dificultades para el acceso a la alimentación también cruzan otros factores dentro del grupo familiar y del ámbito sociocultural, aspectos que Dragoni y Burnet tuvieron en cuenta, la importancia de la educación en economía doméstica y el manejo personal del dinero por parte del sostenedor mostrando que un 43% de los jefes de hogar encuestados no entregaban la totalidad del dinero recibido a sus familias lo que derivaba en que la presión económica tuviera que ser sostenida también por las esposas e hijos, provocando un 54% de inasistencia escolar en este último caso⁸⁴. Aun así la dificultad de ingresos no dejaba de ser la

⁸¹ Juan Carlos Yáñez Andrade. *Gobernar es Alimentar...*, p. 119

⁸² Juan Carlos Yáñez Andrade. *Gobernar es Alimentar...*, p. 120

⁸³ Juan Carlos Yáñez Andrade. *Gobernar es Alimentar...*, p. 122

⁸⁴ Juan Carlos Yáñez Andrade. *Gobernar es Alimentar...*, p. 121

principal razón mostrando un 60% de déficit presupuestario que terminaba por saldarse con préstamos o créditos informales⁸⁵.

Otro aspecto a agregar era la distribución de los alimentos y el consumo de alimentos protectores como los denomina el Dr. Allende, que consisten en proteínas de origen animal o vegetal, leche y derivados, siendo productos que aportaban vitaminas y minerales esenciales. Partiendo con los lácteos Chile se encontraba en un déficit respecto al consumo recomendado por la Sociedad de las Naciones, 1 litro por día de 0 a 15 años y 0.5 litros diarios en la población adulta, por lo que de 1.192.891.750 litros que cubrieran la totalidad de la población, sólo se producían 227.762.000⁸⁶. En cuanto a la proteína de origen animal, la carne consumida en total significaba 34,7 kg por habitante en 1 año, aun así el 88% del consumo se concentraba en las ciudades mientras que el 12% era por parte del mundo rural pese a ser el 50% de la población total del país⁸⁷. Finalmente el mayor consumo de alimentos en el país se reparten en el trigo, y derivados, con 162,5 kg consumidos por habitante en un año, papas con 87,8 kg en el mismo rango, vinos con 65,7 lts, leche con 50,9 lts y frutas con 36,4 kg en la misma cantidad, entre otros productos⁸⁸.

Continuando con la nutrición, la fuente más importante para la vida en general es el agua y debido a la industrialización es que se ha debido potabilizar este recurso al ser un conductor tanto de gérmenes y bacterias⁸⁹, como de materiales no digeribles o tóxicos en cantidades importantes, de lo que Chile es susceptible al depender en el pasado y hasta hoy su economía en la extracción mineral. Por ello es que el acceso a las fuentes de agua y su tratamiento en las obras de saneamiento fueron un factor importante para la instalación de infraestructura hídrica para el país y el mundo en general. De tal manera es que para el año en el que se analiza las estadísticas del capítulo, sólo un 39% de la población total del país vivía en sectores saneados, concentrándose en grandes ciudades. Un 5% con acceso únicamente a agua potable y el resto agrupándose en un 56% sin acceso a ningún servicio, siendo Aysén la región con nulo acceso y Santiago junto a Valparaíso las que más

⁸⁵ Juan Carlos Yáñez Andrade. *Gobernar es Alimentar...*, p. 120

⁸⁶ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 40

⁸⁷ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 41

⁸⁸ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 43-44

⁸⁹ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 67

contaban con ello en el país⁹⁰. Significando que la mayoría del país no contaba con una forma segura y limpia de conseguir este elemento vital.

La vivienda forma parte tan importante como las condiciones anteriores, siendo el espacio de convivencia, resguardo y cotidianeidad del ser humano, y por lo tanto un factor a considerar en la salud pública debido a las precariedades de la Cuestión Social que demostraban la ligereza de material de construcción con la cual estaban fabricadas, dificultando la protección frente al medioambiente y el hacinamiento debido a la explosiva migración y la lenta adaptación de las ciudades que sumadas a una negligente política pública, terminaba por dejar a merced de las enfermedades o la intoxicación a las personas más pobres. Para ello dentro de los antecedentes se encuentra una encuesta habitacional realizada en 1934 por la Asociación de Arquitectos de Chile, donde se encuentra entre sus conclusiones que un tercio de la población de Santiago y de todo el país habita dentro de viviendas malsanas; 1.500.000 de chilenos no tienen viviendas en condiciones y se necesitaba al menos 300.000 viviendas higiénicas la cual debía tener una inversión de 2.000 a 3.000 pesos chilenos de la época, entre otros aspectos⁹¹.

Los conventillos son un clásico ejemplo de la precariedad habitacional, pues muestran gráficamente la problemática del hacinamiento y por lo tanto, la susceptibilidad a ser foco de contagios. Así es que con los datos obtenidos a través de un censo de conventillos realizados por carabineros de Chile donde fueron encuestados 8.627 conventillos dentro de los cuales existían 67.109 habitaciones particulares y 220.412 personas que habitaban en ellas, calculando una densidad de 3,3 personas por habitación. La calidad de los conventillos fue catalogada en pésimos con 2.178, malos con 3.087, regulares 2.920 y 441 como buenos⁹².

Calidad	Conventillos	%
Pésimos	2.178	25,2
Malos	3.087	35,7
Regulares	2.920	33,8

⁹⁰ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 70

⁹¹ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 57

⁹² Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 58

Buenos	441	5,1
--------	-----	-----

Fuente: elaboración propia

Por lo que se puede observar, la gran mayoría de los conventillos no eran aptos para la habitación de la población y menos teniendo en cuenta la alta densidad de habitantes por espacio residencial.

Teniendo en cuenta los casos presentados factores encontrados como la alimentación, el saneamiento y la vivienda, se encontraban en condiciones dificultosas para el buen desarrollo de una persona, también se muestra una desigualdad importante al evidenciar las cifras que sólo una minoría tenía acceso a los distintos recursos de forma que los sustentará y les permitiera vivir dignamente. Por ello es que Allende hace la conexión entre estas situaciones con el riesgo a padecer enfermedades y no poder sobrevivir a ellas, además de la alarmante preocupación sobre la mortalidad y morbilidad de niños y mujeres madres o embarazadas. Revisando las cifras de la mortalidad materna, en Chile contemplando los años 1929, 1930, 1935 y 1936, teniendo en cuenta los datos otorgados. Es así que para nuestro país en cuanto a las muertes por septicemia perinatal se encuentran 591 en 1929, 778 en 1930 y 690 en 1936 (no habiendo registro en 1935), lo que se puede comparar a otros ejemplos internacionales como Argentina con 514 en 1930 y 499 en 1936 y Brasil con 137 en 1935 y 135 en 1936⁹³. Demostrando que existe un gran porcentaje de fallecimientos por dificultades en el parto considerando la población chilena cercana a los cuatro millones de habitantes en referencia a lo grave de la situación.

Otra cara de la moneda que va de mano con la mortalidad dentro del marco del embarazo es el aborto. La interrupción del embarazo no causaba problemas por el hecho en sí, sino debido a los procedimientos y resultados de la práctica, involucrando los métodos con los cuales se realizaban debido a que muchos eran caseros e incluso es difícil obtener resultados de aquellos por lo que en los recuentos se consideran a las enfermas atendidas en las Asistencia Pública, entre quienes con un total de 816 habían tenido 2.615 partos y 1.453 abortos en su vida,

⁹³ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 84

otro grupo constituido por 485 mujeres había tenido 787 abortos que fueron atendidos solo 232 por un servicio médico⁹⁴. En cuanto a la naturaleza de estos abortos un estudio realizado por el Dr. Víctor M. Gazitúa en la Universidad de Chile encontraron que de 1.022, 571 fueron espontáneos correspondiendo al 56,4% y 451 fueron provocados representando el 43,6%, demostrando la importancia de la interrupción como parte fundamental de la interacción social y sanitaria del sexo femenino dentro de la población, sobre todo quienes pertenecen al sector obrero donde se prefiere abortar debido a las condiciones materiales de las clases bajas y la posibilidad de supervivencia del neonato, sin embargo aquello termina por arriesgar la vida también de quienes deciden practicarlo⁹⁵.

Entre otras aristas de la cuestión que aquejaba a la población se encuentra la tuberculosis, la cual por sus características es denominada como una enfermedad social pues sus características biológicas y epidemiológicas están estrechamente relacionadas al cuerpo social de las personas, involucrando las interacciones que ocurren dentro la sociedad y diferenciándose su mortalidad en cuanto a las oportunidades que disponga una clase respecto a otra, debido a que la desigualdad también se manifiesta una vez alguien contrae tuberculosis⁹⁶. Teniendo aquello en cuenta la enfermedad social se define correctamente en base a la declaración de Flatzeck-Hofbauer, Geiseller y Brauning ante el congreso de Badkreuznach en 1935:

"Una enfermedad es social cuando los factores inespecíficos de la civilización e higiene son más imperantes que los de contagio y etiología (...) en ellas entran dos componentes uno inherente a la afección (...) y otro en relación con los factores de salario, habitación, (...) que aumentan las defensas individuales y colectivas y cuya deficiencia provoca la forma epidémica de la afección"⁹⁷

En Chile las cifras de tuberculosis se estimaban en torno a las 25.000 personas fallecidas, respecto a una población de enfermos de entre 140.000 y 200.000, dando como saldo la tasa de mortalidad por tuberculosis sería de 40 cada 10.000 habitantes⁹⁸. Las estimaciones se contradicen con los datos entregados por

⁹⁴ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 86

⁹⁵ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 86

⁹⁶ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 87

⁹⁷ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 88

⁹⁸ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 88

la Dirección de Sanidad esto debiéndose al distanciamiento entre las cifras reales, alcanzando hasta un 50% menos por las distintas declaraciones y certificaciones conflictuadas por las causas efectivas⁹⁹. De tal forma es que en un período de 1932 hasta 1938 las muertes por dicha enfermedad fluctúan entre los 11.155 el primer año hasta 11.388 el último, con el máximo de muertes en el 33' con 11.598 y el mínimo en el 34' con 9.958, dejando una tasa de 253,7 por cada 100.000 habitantes desde el inicio hacia 247,7 al final¹⁰⁰. Esta tasa al ser comparada con la de otros países ejemplificaba mejora la problemática chilena, mostrando que en el período histórico del registro de tuberculosis desde 1904 hasta 1934, la declinación de la mortalidad se ha encontrado con un 67,8% en EE.UU., 53,1% en Inglaterra, 38,4% en Francia y un 0% para nuestro país, observando una tasa en 1934 de 57, 76, 131 y 400 afectados muertos por cada 100.000 habitantes respectivamente¹⁰¹. Demostrando claramente el problema al ser países que distancian a Chile en capacidad económica y densidad de población, por sobre todo.

Las enfermedades venéreas son otras afecciones que significaban un peligro para la vida del ciudadano chileno dentro del primer tercio del siglo XX, entre las cuales se encuentran la sífilis, la blenorragia, el chancro blando y el ninfo granuloma¹⁰². La mortalidad provocada por la primera no es fácilmente identificable pues afecta tanto al sistema circulatorio como al nervioso, no asegurando una relación de causa-efecto en todos los casos, sin embargo Mauricio Brockman, profesor de clínica en la Universidad de Chile, realizó un estudio sobre las observaciones de archivadas de la Clínica entre marzo de 1928 y septiembre de 1932, dando por resultado unas 4.075 observaciones donde 529 corresponden a enfermos con afecciones cardio-vasculares y de ellos 319 tenían sífilis, por lo que 2 de cada 3 internados por el aparato cardio-vascular eran sífilíticos¹⁰³ aunque dentro de los 319, 155 (29,48% del total) encontraban el origen de su afección en la sífilis; 107 tenían una probabilidad de que estén relacionados el virus con su estado y 55 debían su situación a otro origen. Entre otros estudios similares a este se concluyó

⁹⁹ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 89

¹⁰⁰ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 90

¹⁰¹ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 91

¹⁰² Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 99

¹⁰³ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 97

que la lúes era responsable del 30% de los enfermos cardio-vasculares del país, asignándole la causa de muerte de 4.760 personas en 1936 y 3.515 en 1937, siendo el 8.6% y 6.5% de los decesos totales del año respectivamente¹⁰⁴. La sífilis en general afectaba hasta al 8% de la población total del país estimando sobre las 370.000 personas en una población de cuatro millones y medio¹⁰⁵.

Para la blenorragia esta se encontraba extendida en la población, pero afectaba mayormente al sexo femenino causando problemas ginecológicos siendo responsable del 25% de los casos de esterilidad, el 50% de las afecciones inflamatorias de la pequeña pelvis y el 75% de las mutilaciones genitales, además de dañar a los neonatos en la labor de parto al tener estos contacto con la zona infectada, causando entre otras cosas ceguera por lo que estimaban que de los 3.000 ciegos del país, 1.500 eran causados por la blenorragia, un 50%¹⁰⁶.

Las enfermedades venéreas fueron difíciles de controlar debido al precario seguimiento de la Dirección de Sanidad, donde las estadísticas mostraban que de 587 hombres inscritos en los policlínicos, el 66%, o sea 390 de ellos, no volvieron después de la primera visita. Aquello también se observaba en las mujeres donde 401 fueron inscritas y no volvieron 193, el 48,1%. Entre los motivos de su deserción se encuentra el falseamiento de domicilio, excusas diversas, el no retorno a Santiago, cambio de domicilio, el tiempo disponible o el mero hecho de negarse a recibir tratamiento¹⁰⁷.

Para finalizar entre la problemáticas sociales también se encontraba la toxicomanía, relacionada principalmente al consumo de alcohol, cocaína y el opio junto a sus derivados. El consumo de estos elementos es atribuible a distintos factores que sean parte de la complejidad del individuo no obstante, existe una diferenciación socioeconómica en el consumo de estas sustancias siendo la cocaína y los opioides drogas adquiridas por las clases privilegiadas del país, debido a su clandestinidad, costo del cultivo y transporte, siendo un problema enclaustrado

¹⁰⁴ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 98

¹⁰⁵ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 99

¹⁰⁶ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 100

¹⁰⁷ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 101

en los núcleos familiares debido al consumo por proximidad¹⁰⁸. Diferenciándose el alcohol, su consumo es más transversal en la sociedad que las sustancias anteriores. Para el año 1938 de 314.560 detenidos fueron 138.607 por embriaguez y dentro de tal grupo, 15.162 fueron acusados por autoría de lesiones. Dentro del mismo año hubo 137.963 causas criminales, estando relacionadas 45.171 a delitos de ebriedad y 29.563 por expendio ilegal de bebidas alcohólicas¹⁰⁹, concentrando las detenciones por ebriedad en O'Higgins, Curicó y Talca. En 1937 se encuentra un total de 109.795 defunciones de las cuales 403 se debieron a cirrosis hepáticas y 142 al alcoholismo agudo, además dentro de la intoxicación aguda se encuentran los accidentes, de 4.850 muertes accidentales 4.500 fueron provocadas por homicidios, envenenamientos agudos, quemaduras, traumatismos, etc. Originados por un estado de embriaguez ya sea de la víctima o del victimario¹¹⁰

Las razones de la embriaguez en Chile se debían a las condiciones sociales del ciudadano común chileno puesto que, según el Dr. Hugo Grove, el alcohol no se vuelve un estimulante para el obrero sino un anestésico que le permite actuar pese a la fatiga y el agotamiento físico¹¹¹.

Estado y responsabilidad sanitaria

La introducción de la legislación social a la política chilena y la preocupación por las problemáticas sociales que terminan por atentar directamente contra la vida de los ciudadanos, al tener en cuenta las estadísticas de morbilidad y mortalidad, dio paso gracias al Estado de Bienestar a que la salud se volviera uno de los temas centrales en programas de gobierno y actuar institucional, existiendo el antecedente del presidente Pedro Aguirre Cerda quien dentro de sus objetivos célebres decía sobre gobernar que esto consistiera en proveer tanto de educación como salud a la población, promoviendo la higienización y medidas sanitarias a través de los medios de comunicación encontrándose entre ellos la radio, el cine, los diarios, etc. Y la

¹⁰⁸ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 116

¹⁰⁹ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 117

¹¹⁰ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 121

¹¹¹ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 119

participación de la ciudadanía en el mejoramiento de la salud chilena, involucrando sindicatos, escuelas, congresos campesinos e incluso con la inscripción de más de 2.500 personas a cursos sobre difusión de la higiene en nutrición y puericultura¹¹².

La estructura estatal sanitaria estaba institucionalizada mediante la Constitución 1925, ya comentada en el primer subtítulo, y el Código Sanitario, constituyendo bajo la Carta Magna el establecimiento de la Dirección General de Sanidad que posteriormente, se transformaría en el Servicio Nacional de Salubridad con el Código Sanitario de 1931. El presupuesto del SNS fue incrementándose conforme transcurrían los años, siendo destinados 7.040.791 millones de pesos en 1935 hasta llegar a los 21.351.900 de pesos en 1939¹¹³, de aquel presupuesto más de la mitad (el 65%) era destinado al pago de personal y recurrentemente se debía acudir al Estado para que se inyectara presupuesto con tal de poder manejar epidemias y crisis sanitarias, evidenciando algunas deficiencias dentro del financiamiento del organismo las cuales provocaban por ejemplo la problemática de los sueldos a desplazo, de hasta 5 meses, dentro de los funcionarios de jornal o planta en las dependencias sanitarias¹¹⁴. En suma el SNS no logró su cometido debido a la falta de acción de distintos factores entre los que se encuentran en el subtítulo pasado, la burocratización, el descuido de las provincias y la falta de atribuciones, pues la suma de las inspecciones sanitarias necesarias para atacar las precariedades eran administradas por la Municipalidad, la Inspección del Trabajo, el servicio de agua potable, etcétera¹¹⁵.

Las Cajas por otra parte también se encargaban de entregar servicios médicos a sus afiliados, sobre todo es importante la Caja del Seguro Obrero puesto que el ente semifiscal tenía un mayor número de imponentes por lo que desembolsaba mayor cantidad de dinero en subsidios de los ingresos que obtenía al ser los salarios demasiado bajos¹¹⁶. La utilización de la medicina entregada era amplia como se puede observar en las cifras del año 1938 donde se realizaron

¹¹² Miguel Laborde Duronea. *Medicina Chilena en el Siglo XX*. Editorial de la Corporación Farmacéutica Recalcine, 2002, Santiago. p. 65

¹¹³ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 137

¹¹⁴ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 138

¹¹⁵ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 139

¹¹⁶ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 140

1.911.479 de consultas médicas, 134.933 de visitas a domicilio, 39.894 hospitalizaciones, 107.257 consultas de embarazadas, 513.155 consultas de niños, 50.538 consultas por enfermedades venéreas, 21.249 consultas por tuberculosis y hasta 113.894 exámenes médicos realizados entre dicho año y el siguiente¹¹⁷. Tales números demuestran la utilidad de la Caja frente a la ineficacia del SNS de alguna forma paleando el problema de la salud e higiene chilena pese a también quedarse corto al tener en cuenta la cantidad de profesionales fisiólogos al compararse con las altas tasas de mortalidad y morbilidad provocados por la tuberculosis como se presentó anteriormente¹¹⁸. Por otro lado la Caja de Empleados Particulares y la Caja de Empleado Públicos y Periodistas constituían una mucho menor cantidad de afiliados, médicos profesionales y presupuesto al compararse frente al Seguro Obrero. La de Particulares contaba con 62 médicos de distintas especialidades en total que componían un equipo de 110 personas junto a paramédicos y auxiliares, y tenía un presupuesto cercano a los 5.000.000 de pesos. Por el lado de la Caja de Empleados Públicos, contaba con un equipo de 28 profesionales de la salud en Santiago y su presupuesto alcanzaba los 2.500.000 de pesos en el año 1939¹¹⁹. En comparación de cantidad de profesionales y presupuesto, el Seguro Obrero disponía de 929 en total¹²⁰ y una entrada presupuestaria por 230.530.000 de pesos¹²¹ y un total de activos para el año 39' de 531.685.496 de pesos¹²², exhibiendo no solo la amplia diferencia entre las Cajas sino también por qué suplía las carencias del Servicio Nacional de Salubridad al disponer de 11 veces más el presupuesto de la entidad sanitaria.

Uno de los elementos principales para la fusión de distintas instituciones encargadas de la salud ciudadana, como son las ya vistas SNS y Cajas además de la Dirección General de Beneficencia, fue el terremoto de Chillán de 1939 pues significó una catástrofe con un sismo de magnitud 8.3 y gravemente afectada la zona centro-sur de Chile, además del derrumbe de gran parte de Chillán. Por ello es que los organismos antes mencionados se unieron bajo el Servicio de Salubridad

¹¹⁷ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 146

¹¹⁸ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 145

¹¹⁹ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 147

¹²⁰ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 145

¹²¹ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 141

¹²² Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 143

de Emergencia que respondía ante el Consejo Nacional de Salubridad quien terminó por administrar los fondos entregados por la Dirección y las Cajas. Este hecho marcó un precedente en la valorización médica y la atención, primero debido al incremento de sueldo de los profesionales enviados a suplir la zona, recibiendo un médico *full-time* con un jornada de trabajo de 6 horas entre 1.500 y 2.500 pesos, incrementando los 300 a 700 pesos por dos horas de trabajo con los cuales eran remunerados antes de esta organización; en segundo lugar se encuentra la ampliación del servicio médico al no hacer diferencia entre quienes trabajaran y fueran afiliados a alguna institución y quienes se encontraran en situación de indigencia. Además la preocupación y acción sobre el territorio terminó ampliando el servicio médico a través del territorio¹²³, teniendo antecedentes de centralización y encontrándose muchas provincias rurales sin acceso a elementos vitales de un sistema de saneamiento (como se pudo observar en el subtítulo anterior), con la introducción estatal obligada al tener el deber de subsanar la crisis de la zona, se realizaron labores de investigación sobre viviendas, inmunización de las personas, nutrición y bienestar de niños, etc.¹²⁴ Dando pie a la extensión de responsabilidad sanitaria por parte del Estado y al cuidado de la ciudadanía en materias higiénicas.

Otro elemento de la responsabilidad sanitaria extendida se dio gracias a la Ley de Medicina Preventiva, Ley 6174 promulgada en 1938, en ella se introducen principios como el examen periódico del individuo en forma de prevención y seguimiento al existir la probabilidad de encontrar alguna enfermedad en su fase inicial y ser tratada correctamente, además los exámenes a través del tiempo permiten generar un mayor registro estadístico sobre las personas, no dependiendo de las iniciativas particulares o de organismos externos como se revisó en el capítulo; también se expanden los subsidios por enfermedad para los obreros a cuatro meses con una prórroga de 26 semanas mejorando en parte la Ley 4054 que cubría estas circunstancias desde 1920; añadiendo a su vez la protección del trabajo por excusas de enfermedad y cosas como el salario íntegro, volviéndolas irrenunciables por lo que los patrones no podían realizar cambios arbitrariamente y

¹²³ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 150

¹²⁴ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 151

finalmente se declara el tratamiento antilúético gratuito y obligatorio para los imponentes de la Caja de Previsión que sean diagnosticados con sífilis¹²⁵. Sin embargo, la Ley igualmente encontraba deficiencias en torno a la insuficiencia de prevención al sólo optar por el examen periódico del individuo en edad activa laboral, dejando de lado la vida completa. También la legislación se presta para un mal uso por parte de los empleadores al poder encontrar como causa de eliminación laboral o no contratación por alguna afección encontrada en el historial médico de la persona que considere incompatible con el trabajo. Por último, mientras ofrece un cuidado para la lúes, deja de lado enfermedades integradas al grupo de las cardiopatías que en conjunto al carácter preventivo por sobre el curativo, termina siendo insuficiente puesto que este padecimiento necesita distintos cuidados además del tratamiento médico y el reposo de corta duración, incluso la tuberculosis, que trae consigo una alteración de cardiopatía tampoco se encuentra cubierta¹²⁶ y significa un importante grueso de la mortalidad del país.

Cómo último antecedente previo a la observación dentro del próximo capítulo se encuentra la creación del Colegio Médico de Chile, aprobada en 1948 por la comisión de Higiene, Salubridad y Asistencia Pública, la nueva agrupación gremial buscaba el perfeccionamiento, la protección económica social y la supervigilancia de la profesión médico cirujano. Aquello significó la organización y el posicionamiento del gremio frente a la coyuntura nacional y problemáticas que pudieran estar relacionadas tanto por el aspecto laboral de la profesión como por la situación sanitaria del país¹²⁷. Otra institución destacada fue la Escuela de Salubridad, pues contó con la realización de cursos para profesionales médicos con el objetivo de mejorar el ambiente sanitario chileno y también recibió financiamiento de organizaciones extranjeras, siendo un ejemplo la fundación Rockefeller, para el tratamiento de enfermedades en Chile, como pasó en el caso del tifus exantemático en 1935¹²⁸

¹²⁵ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 179-180

¹²⁶ Salvador Allende G. *La Realidad Médico-Social...*, p. 181

¹²⁷ Miguel Laborde Duronea. *Medicina Chilena...*, p. 101

¹²⁸ Miguel Laborde Duronea. *Medicina Chilena...*, p. 102

En conclusión la expansión del Estado hacia la vigilia y responsabilidad de la ciudadanía, que debiera darse por el contrato social, fue una lenta transformación impulsada principalmente por las masas populares afligidas y las constantes crisis políticas, económicas y sociales que obligó a la evolución del Estado chileno a comienzos del siglo XX, pues la negligencia por el cuerpo social afecta todas las aristas de la sociedad y el Estado excluyente agudizaba la situación precaria, por lo que el Estado de Bienestar y la organización de sociedades políticas, proletarias y profesionales permitió la extensión en la esfera sanitaria que se buscaría tratar a través de políticas sobre la vida humana, para buscar su preservación frente al contexto de la Cuestión Social del país.

Capítulo segundo: Legislaciones e higienismo

Este capítulo tiene como objetivo la revisión del aparato legislativo utilizado durante el Estado de Bienestar, tomando responsabilidad y actuando sobre la salud de la población. Por ello es que serán revisados los Códigos Sanitarios implementados durante la gestión abarcada. Comenzando, a modo de marcar antecedentes, el Código promulgado en el año 1918; para luego continuar con la revisión del texto que lo sucedió desde 1925, seguir con la reformulación promulgada en 1931 y finalizar con el más reciente promulgado en el año 1968. Además también será visto el Código Sanitario Panamericano de 1924, puesto que en el mismo año Chile fue parte de los países firmantes y desde allí nutrió los dos siguientes Códigos posteriores, denotando la importancia en la redacción de estos documentos.

La responsabilidad sanitaria: higienismo y eugenesia

En comienzo, serán definidos dos conceptos importantes, por la magnitud como ideas que establecieron objetivos, márgenes, actores y los sujetos para trabajar en la intervención de la salud pública. El higienismo y la eugenesia fueron dos perspectivas sanitarias que debieron su génesis a las problemáticas sanitarias del mundo industrial, encontrando su origen en Europa y vertiendo el paradigma hasta Latinoamérica, con pugnas entre ambas ideas.

El higienismo tiene sus raíces desde estudios sobre la salud de los trabajadores desde el siglo XVIII, encontró su apogeo teórico en el siglo XIX y continúa su influencia hasta el siglo XX. La principal razón del sistema se encontraba en la lucha contra la Cuestión Social que se estaba desarrollando en Europa, colocando en materia la realidad social de la población para atender efectivamente la salud¹²⁹. Pensando en las consecuencias del estilo de vida en decadencia del momento como también en la prevención de crisis sociales y movimientos políticos que emerjan de allí¹³⁰. De tal forma, el higienismo europeo fue creando un consenso entre la medicina especializada y las autoridades públicas,

¹²⁹ Anna Quintanas. "Higienismo y Medicina Social: poderes de normalización y formas de sujeción de las clases populares" *ISEGORÍA, Revista de filosofía moral y política* N°44. (2011) p. 275.

¹³⁰ Anna Quintanas. "Higienismo y Medicina Social... p. 275.

utilizando herramientas como la estadística, que en el caso chileno también puede observarse en gran medida, para el sondeo y muestreo de la salud pública¹³¹. El higienismo se transformó una forma administrativa y con miras a la especialización de la vida humana, buscando el mejoramiento de la ciudadanía en la subsistencia básica y el quehacer sano, economizando la vida de las personas al conceptualizarlas como un capital humano¹³². Aquello iba de la mano con las denominadas enfermedades o patologías sociales, desde la concepción de la sociedad como un organismo vivo, la búsqueda de su sanitización a través de la intervención de organismos públicos caracterizaba el modelo¹³³. Encargándose el personal médico de resguardar la sociedad a través del seguimiento de los patrones de los individuos, así higienizar tanto patologías biológicas como las que considerarán socio-culturales¹³⁴. Estos lineamientos encuentran directamente entrelazados con el bio-poder y la biopolítica en general, al racionalizar la vida humana ocupándose de la vigilancia, gestión y regular la vida misma de los individuos¹³⁵.

Por otro lado, la eugenesia se basa en un ideal más antiguo pero que su expresión científica y social se vio reflejado en la sociedad del siglo XX con mayor fuerza al encontrar simpatizantes y practicantes en los Estados. Principalmente son tres ideas las que dirigen este paradigma, primero el perfeccionamiento del ser humano, segundo la existencia de infrahumanos o individuos de la misma especie pero que sean débiles en comparación a otros, dependiendo de distintas aristas y tercero, la idea del progreso que tiene detrás para alcanzar esta perfección física y psicológica¹³⁶. Tales concepciones tomaban fuerza desde la teoría de la evolución de Charles Darwin y vieron en el liberalismo una herramienta para la aplicación de sus medidas, puesto que ve en la grandeza del individuo la importancia de su reproducción¹³⁷. Funciona con concepciones duales, la eugenesia positiva está marcada por la conservación de las buenas aptitudes que pueda tener una persona,

¹³¹ Anna Quintanas. "Higienismo y Medicina Social... p. 276.

¹³² Anna Quintanas. "Higienismo y Medicina Social... p. 277.

¹³³ Anna Quintanas. "Higienismo y Medicina Social... p. 277.

¹³⁴ Anna Quintanas. "Higienismo y Medicina Social... p. 278.

¹³⁵ Anna Quintanas. "Higienismo y Medicina Social... p. 282.

¹³⁶ Fabiola Villela Cortés, Jorge E. Linares Salgado "Eugenesia. Un análisis histórico y una posible propuesta" *Acta Bioethica* (2011) p. 190

¹³⁷ Fabiola Villela Cortés, Jorge E. Linares Salgado "Eugenesia... p. 190

relacionándolas directamente con su herencia genética y por lo tanto, siendo la familia el núcleo de una buena estirpe. Mientras que la eugenesia negativa funciona al revés, los aspectos negativos de una persona también serían heredables, por lo que se debe prevenir su propagación traducándose en esterilizaciones, segregaciones raciales, controles de fertilidad o la prohibición del matrimonio¹³⁸. A raíz de las investigaciones científicas sobre la genética es que la eugenesia tuvo un gran alcance en Europa, desarrollándose de forma principalmente autoritaria y racista, con ejemplos de su integración en la Alemania nazi con los programas de mejoramiento de raza¹³⁹. La repercusión en Latinoamérica fue más diluida, concentrándose en las áreas de puericultura y homicultura a falta del desarrollo de la ciencia genetista en el continente¹⁴⁰. Para nuestro continente existieron dos diferencias, primero la motivación de los investigadores europeos al verlo como un mundo pobre, incivilizado y mestizo, además de la distinta rama eugenésica que identificaba como causalidad no sólo la genética del individuo sino también el entorno y su crianza¹⁴¹. En consecuencia de esto último, la eugenesia fue integrada como otra evolución del higienismo, siendo absorbido y aplicado en la medida del saneamiento y el perfeccionamiento humano¹⁴².

Chile no siendo ajeno a integración de estas ideas en la conformación del sistema de salud público a comienzos del siglo XX, tuvo etapas donde predominantemente primó el higienismo. No obstante, la eugenesia positiva se instaló legalmente en 1925 con La ley de la Raza, que requería certificados prenupciales para el matrimonio¹⁴³. Por otra parte, el higienismo viene desde proyectos de saneamiento social propuestos al gobierno de 1880 dificultándose su implementación hasta comienzos del siglo XX, puesto que la idea de la intervención sanitaria del Estado en el ámbito privado causó roces con los liberales¹⁴⁴.

¹³⁸ Fabiola Vilella Cortés, Jorge E. Linares Salgado "Eugenesia... p. 191.

¹³⁹ Fabiola Vilella Cortés, Jorge E. Linares Salgado "Eugenesia... p. 192.

¹⁴⁰ Fabiola Vilella Cortés, Jorge E. Linares Salgado "Eugenesia... p. 194.

¹⁴¹ Fabiola Vilella Cortés, Jorge E. Linares Salgado "Eugenesia... p. 193.

¹⁴² Fabiola Vilella Cortés, Jorge E. Linares Salgado "Eugenesia... p. 193.

¹⁴³ Manuel Durán Sandoval "Género, Cuerpo, Gimnasia y Sexualidad en los Manuales Educativos Higienistas y Eugenésicos en Chile, 1870-1938" *Revista de Historia Social y de las Mentalidades* (2014) p. 36.

¹⁴⁴ Manuel Durán Sandoval "Género, Cuerpo, Gimnasia... p. 37

Consolidándose recién con el cambio de lógica y participación estatal visto en el capítulo anterior y propiciado con la entrada del Estado de Bienestar.

De manera que Chile se alineó con el contexto continental al adoptar particularidades eugenésicas pero, como un añadido al esquema higienista instalado en su modelo de intervención pública. Las dificultades que atravesaba la población durante la Cuestión Social y las crisis llevaron a pensar en el resguardo del individuo en vías de prepararlo para su buen desarrollo y así mejorar el capital humano. Por ello, la intervención de la medicina pública fue en aras de la higienización del hogar al considerarlo el núcleo social, principalmente en la cuestión de las madres y los niños enfermos¹⁴⁵.

Teniendo en cuenta lo anterior, la conceptualización de la intervención sanitaria en la sociedad en los documentos seleccionados que serán visto más adelante, se adscribe al higienismo que venía desarrollándose en el país conformando las bases de la validez científica para la salud pública¹⁴⁶. Enfocados primero en la sanidad misma del cuerpo, encontrándose con la transversalidad de artículos referentes a la profesionalización del cuidado de la salud con la validez del título a través de la Universidad de Chile, destacando las profesiones de enfermería, medicina y farmacéutica como los pilares de la salud por su labor en la identificación, cuidado y tratamiento de las enfermedades.

El higienismo urbano pertenece a una de las áreas específicas de este paradigma y le da sustento a la reglamentación legislativa. Gracias al desarrollo de la industrialización de las ciudades en el país a lo largo del siglo XX, concentrando las críticas a la insalubridad de estas y la importancia de una mejora en la vivienda obrera¹⁴⁷. De tal forma, se repiten los apartados de artículos que regulen la utilización y el acceso de las aguas potables, la vigilancia sobre la capacidad de los edificios y la regulación en general, teniendo en cuenta los permisos sanitarios correspondientes para cualquier edificación.

¹⁴⁵ Manuel Durán Sandoval "Género, Cuerpo, Gimnasia... p. 38

¹⁴⁶ Jorge Martín Bascañán. "El Higienismo y la noción de contagio. El caso de la sífilis en los anales de la Universidad de Chile" *Intus-Legere Historia*. (2015) p.85

¹⁴⁷ Rodrigo Hidalgo Dattwyler. "Higienismo, Beneficencia católica y vivienda obrera en Chile a finales del siglo XIX". *Estudios Ibero-Americanos* (Junio 2002) p. 66

Esto se llevó a cabo principalmente en Santiago, siendo la ciudad más grande del país, con un aumento de población descontrolado y las problemáticas en las condiciones de vida de la población. De tal forma, la transformación del hábitat fue el discurso que ganó adeptos en los profesionales que buscaban el mejoramiento de la situación¹⁴⁸. El trabajo en conjunto entre profesionales de la salud, arquitectos e ingenieros llevaron a proyectos para la intervención sobre la habitación obrera, que incluyera la planificación de barrios residenciales, la sanidad del agua, la importancia de la ventilación y el acceso a la luz solar como puntos importantes para prevenir enfermedades¹⁴⁹. En torno al urbanismo se crearon objetivos claves, pues la expansión de las enfermedades y la mortalidad también vislumbraba las diferencias sociales y la disyuntiva entre el heroseamiento del centro de la ciudad frente a la precariedad de la periferia¹⁵⁰. Así, la matriz de la construcción en el país funcionó con miras higienistas, influenciadas por las soluciones europeas ya que dicho continente había sufrido las mismas problemáticas con la industrialización¹⁵¹. Sin embargo, este foco tuvo repercusiones en la vida de la gente y dificultades para su desarrollo a comienzos de siglo, debido al tamaño original del Estado en esa época. Las familias pobres terminaron siendo desalojadas y desplazadas conforme la élite expandía el centro de la ciudad y el Estado debió ensancharse para abarcar lo que estaba en manos de la esfera privada y la Beneficencia¹⁵².

¹⁴⁸ Hernán Venegas Valdebenito, Diego Morales Barrientos. *“Una experiencia tardía de intervención sanitaria y urbana: La Población Lo Franco, una herencia del higienismo en Santiago de Chile (1900-1940)”*. *Rev. Hist.* N°29 Vol. 2 (julio-diciembre 2022) p. 538

¹⁴⁹ Hernán Venegas Valdebenito, Diego Morales Barrientos. *“Una experiencia tardía de intervención sanitaria...”* p. 539

¹⁵⁰ Hernán Venegas Valdebenito, Diego Morales Barrientos. *“Una experiencia tardía de intervención sanitaria...”* p. 543

¹⁵¹ Hernán Venegas Valdebenito, Diego Morales Barrientos. *“Una experiencia tardía de intervención sanitaria...”* p. 546

¹⁵² Hernán Venegas Valdebenito, Diego Morales Barrientos. *“Una experiencia tardía de intervención sanitaria...”* p.550-553

Códigos Sanitarios, márgenes del sistema de salud.

A modo de inicio para la revisión de las fuentes en estudio, se encuentra el Código Sanitario promulgado con la ley n°3385 en el año 1918, siendo el primer código sanitario de Chile. El código, organizado en sus artículos y apéndices, muestra desde la organización de las instituciones médicas, la organización de la República para tratar los temas sanitarios, la reglamentación tanto para el personal médico, obreros, rubros específicos que traten con vectores de propagación de enfermedades, situaciones o elementos que puedan ser tóxicos o perniciosos y personas contagiadas o enfermas. Organizado a través de dos libros con cuatro títulos en el primero: De la Organización y Dirección de los Servicios Sanitarios, De las Oficinas Centrales dependientes de la Dirección General de Sanidad, De los Servicios Sanitarios Regionales y De la Administración Sanitaria Municipal; El libro segundo tiene el título de Policía Sanitaria y trece subtítulos, De la Profilaxis de las Enfermedades Infecciosas, Del Ejercicio de la Medicina y de las demás Ramas del Arte de Curar y de las Preparaciones de Sustancias Medicinales, De la Salubridad de las Poblaciones, De la Salubridad de los Edificios, De la Higiene Alimenticia, De la Higiene Industrial, De la Policía Sanitaria Marítima y de las Fronteras, De la Policía Sanitaria de los Animales, De la Policía Mortuoria, De la Estadística Mélica, Disposiciones Generales, De los Sueldos y Viáticos, por último, De la Observancia de este Código.

De tal forma, se considerarán los artículos de interés que fueron extrayéndose del texto, a raíz de la identificación de las categorías mencionadas anteriormente. En la primera parte, siendo el primer título del código, De la Organización y Dirección de los Servicios Sanitarios, muestra el ejercicio de organización e institucionalización de la salud con pleno reconocimiento y participación estatal, como menciona el primer artículo “Corresponde el cuidado de la salud pública al gobierno y los municipios bajo los artículos (...) de la Constitución Política, y a las disposiciones de este código”¹⁵³, en el segundo ya es mencionada la fundación de la Dirección General de Sanidad y el Consejo Nacional de Salud,

¹⁵³ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 1.

explicando la orgánica de la DGS en los artículos del 3 al 5, resaltando algunos puntos como la integración de médicos veterinarios e ingenieros¹⁵⁴, entregando una perspectiva multifactorial dentro del espacio que habitan los humanos, viendo la higiene en urbanística y relación con los animales. Las atribuciones de la DGS se dictan en el artículo 7, que son el de dirigir los distintos servicios sanitarios como la vacunación, desinfección o inspección, vigilar los centros de tratamientos de enfermedades y supervisar las profesiones de la salud y los oficios del denominado arte de curar, en su ejercicio y educación, resguardar la explotación del agua y la proposición del gasto en salud como también la vigilancia al trabajo del Estado en materias sanitarias¹⁵⁵; siendo complementadas por el art. 8 que pide tanto al Presidente como al Director General de Sanidad, que elaboren un reglamento con las obligaciones de los trabajadores dependientes de la institución. Por otro lado, se menciona la creación también del Consejo de Higiene funcionando como una mesa de trabajo entre distintos actores como el mencionado Director General, el jefe del Servicio Sanitario del Ejército, miembros de la facultad de medicina y farmacia de la Universidad de Chile, médicos, abogados, ingenieros (nombrados por el presidente), jefes del Instituto de Higiene, validando la participación de esta entidad predecesora en el art. 13, y el jefe de la Sección de Administración Sanitaria del Ministerio del Interior, como menciona el Art. 9 del documento¹⁵⁶. Las responsabilidades y atribuciones de ambas entidades son reguladas desde el art. 12 al 17, encontrándose entre ellas el supervisar, proponer y valer por el cumplimiento de las autoridades y las leyes, realizar investigaciones sobre salud pública o privada, realizar análisis y prácticas clínicas, resguardar la toxicología y coordinar los datos para las estadísticas demográficas y médicas, destacando que los análisis mencionados serán remunerados si es que estos son a pedidos de un privado¹⁵⁷. Los siguientes servicios, desinfección, vacunación, boticas y droguerías, sanidad marítima, etc., son explicados en su funcionamiento, responsabilidades, atribuciones y orgánica desde el art. 20 hasta el art. 36, bajo los subtítulos De las

¹⁵⁴ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 3.

¹⁵⁵ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 7.

¹⁵⁶ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 9.

¹⁵⁷ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 17.

oficinas centrales de pendientes de la Dirección General de Sanidad y De los servicios Sanitarios regionales; con un punto de interés en primero, la dependencia de la Dirección General siendo la cúspide de la burocracia dentro del sistema sanitario nacional y segundo, la distribución territorial del país para la inspección sanitaria en el art. 30, siendo estas primero la que reúne las provincias de Tacna, Tarapacá, Antofagasta y Coquimbo, que se mencionará como norte para efectos de la tesis; el centro que reúne a Valparaíso, Santiago, Aconcagua y O'Higgins; el centro-sur que reúne Curicó, Talca, Linares, Maule y Ñuble; por último la del sur siendo las provincias de Concepción, Arauco, Bio-Bio, Malleco, Cautín, Valdivia, Llanquihue, Chiloé y el Territorio de Magallanes¹⁵⁸, siendo la provincia que más territorio concentra. La administración municipal se detalla entre los artículos del 42 al 44, con los servicios a cargo de los municipios y la construcción encargada a los mismos para el reglamento sanitario de medidas de protección a la salud público, con el particular art. 48 que muestra la supervisión de la DGS siendo que en caso de abandono de deberes o una falta de inversión a la salud pública municipal, podría requerir judicialmente el entero de sus arcas fiscales en favor de la cantidad omitida¹⁵⁹.

Avanzando hacia el Libro Segundo dentro del código, centrado en la policía sanitaria, comienza con el subtítulo De la profilaxis de las enfermedades infecciosas mostrando los distintos procedimientos a seguir una vez se tenga contacto y se atiende un paciente, por ejemplo: el art. 52 se enfoca en el médico a cargo de atender al paciente y declarar el hecho a una oficina de desinfección, aquello en caso de que la persona sea diagnosticada con viruela, escarlatina, difteria, fiebre tifoidea, tifus exantemático, fiebre amarilla, peste bubónica, cólera, lepra o tracoma, teniendo máximo 24 horas para su notificación. Otro inciso dentro del mismo artículo señala la situación de epidemia declarada, donde a falta de médico tratante, el dueño de casa o jefe del establecimiento ya sea público o privado, deberá hacerse cargo de la persona infectada, arriesgando multa si no lo hiciese. Por otra parte, el aislamiento y la desinfección de los locales en contacto con una de las

¹⁵⁸ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 30.

¹⁵⁹ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 48.

enfermedades anteriormente mencionadas, será obligatoria según el artículo 54, con pena para quien impide el traslado del enfermo¹⁶⁰. Desde el artículo 55 se establece que las personas que comercien con objetos como muebles, ropas, libros, u otros que puedan ser usados deben estar constantemente desinfectándolos de acuerdo con el reglamento sanitario emitido por el municipio, siendo las desinfecciones pagadas de acuerdo con el arancel que dice el Código (que se encuentra a finales de este) y gratuitas para las personas pobres según el artículo 56¹⁶¹. Dentro del art. 57 se dicta que todos los habitantes de la República deberán serle suministrados la vacuna antivariólica, en su primer año de vida con su respectiva replicación a los 10 y 20 años, administrándola a todas las personas a quienes no se las haya colocado a momento de la publicación de este documento¹⁶².

En el marco del subtítulo Del ejercicio de la medicina y de las demás ramas del arte de curar y las preparaciones de las sustancias medicinales, iniciando por el art. 62, sobre la legalidad y exclusividad de las profesiones de médico cirujano, farmacéutico, dentista o matrona sin un título legal que lo acredite, además de ser excluyente el cirujano del farmacéutico, prohibiendo ejercer ambas profesiones al mismo tiempo como también prohibir a los médicos cirujanos ser propietarios de cualquier botica o droguería¹⁶³. Hasta el art. 75 se encuentran el reglamento para el funcionamiento de las boticas o droguerías, explicando los permisos para la venta de medicamentos, la exclusividad de circulación, las recetas que se expidieren y la exclusividad del Presidente de la República para otorgar el permiso para abrir una nueva botica o droguería, con previo informe del director general y en caso de que la localidad no cuente con una ya designada, siempre y cuando el regente del establecimiento este titulado como farmacéutico, durando solo un año para los dueños sin dicha profesión¹⁶⁴.

¹⁶⁰ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 52.

¹⁶¹ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 56.

¹⁶² Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 57.

¹⁶³ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 62.

¹⁶⁴ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 66.

De la salubridad de las poblaciones, se llama el subtítulo tres, acotando su contenido al alcantarillado, la recepción, el uso y sanitización del agua potable dentro de un sector urbano, ocupando desde los artículos 76 hasta el 82, destacando que todo trabajo de agua potable, alcantarillas o desagües, debe ser expresamente aprobado por el Presidente de la República, tanto el proyecto como los planos y las especificaciones para su realización y funcionamiento¹⁶⁵.

Desde los artículos 83 al 94 se refieren a la salubridad de los edificios, con el subtítulo homónimo, dictaminando la exclusiva responsabilidad de la alcaldía para la construcción de estos, teniendo en sus atribuciones los permisos de obra y demolición en caso de infracción o el mero hecho de negar la construcción cuando así lo amerite, así los planos deben cumplirse de acuerdo con las especificaciones del reglamento sanitario municipal que debe tenerse en cada localidad.

Sobre la higiene alimenticia es el subtítulo que le sigue, el cual consta los dos artículos 95 y 96, siendo el primero la prohibición para la introducción al país de sustancias alimenticias adulteradas o nocivas, siendo el Presidente quien esté encargado de determinar la lista de sustancia prohibidas con previo informe del Consejo Superior y el 96 sobre la adecuación de los alimentos a los reglamentos municipales, quienes establecerán la forma de ver la pureza, inocuidad, envase, entre otros requisitos higiénicos¹⁶⁶.

El sexto segmento trata sobre la higiene industrial, preocupándose de la planificación urbana con las industrias, prohibiéndose en el artículo 97 la instalación o construcción de industrias que califiquen como peligrosas dentro de las ciudades, las cuales deberán ser establecidas por el reglamento sanitario municipal requerido por este código, donde también se ubican las condiciones higiénicas para el lugar del trabajo y los obreros. La supervisión queda a cargo de la alcaldía y las industrias a merced de las inspecciones sanitarias, siendo especificado en el artículo 101 que

¹⁶⁵ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 76.

¹⁶⁶ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 96.

si el propietario se niega a la visita correspondiente, este será multado y el valor se irá doblando por cada caso de reincidencia¹⁶⁷.

El trabajo para la policía sanitaria, encontrado desde los artículos 103 hasta el 110, para las fronteras como en el mundo marítimo se preocupa de los principales medios de transporte que deben ser sometidos a inspección, los trenes y barcos, siendo importante el tratamiento de las especies que puedan ser vector de contagio como la misma tripulación, siendo dicha policía la encargada de esos elementos. Siendo el siguiente subtítulo pero en relación con la misma fuerza, la policía sanitaria también tendrá una rama dedicada a los animales, preocupándose de las infecciones que estos puedan tener, el accionar frente a ello y las responsabilidades de sus dueños en caso de ser propiedad de alguien, desglosado desde el art. 111 hasta el 113.

El noveno subtítulo sobre policía mortuoria se centra en la tanatopolítica, el tratamiento de cadáveres humanos ya sea por muertes ordinarias como causas naturales o no provocadas por un patógeno en especial, como las muertes por enfermedades infecciosas que requieren atenciones distintas como la imposibilidad para ser velados o ingresar a un centro religioso, según el art. 118¹⁶⁸. También regula otras cosas como la necesidad de los cementerios, art. 114 y 115, los requisitos para las inhumaciones, art. 116, 117 y 120, o la modificación de no sepultar a nivel del suelo en los cementerios futuros, según el art. 122¹⁶⁹.

El décimo subtítulo trata sobre el archivo de las estadísticas médicas, almacenando en la Oficina Central de Estadística los nacimientos, muertes, enfermos, etc. y el uso para el trabajo e información de las otras instituciones pertinentes. Finalizando en los dos últimos subtítulos donde se encuentran elementos como las disposiciones necesarias en caso de incumplimiento o infracción de este Código y un reglamento para los salarios de los distintos cargos asociados al aparato formado mediante esta ley.

¹⁶⁷ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 101.

¹⁶⁸ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 118.

¹⁶⁹ Código Sanitario (Chile: 1918), artículo 122.

En 1924 fue ratificado un Código Sanitario a través de la Organización Sanitaria Panamericana, donde se delimitó el reglamento para la prevención e higiene de los territorios del continente americano. Dicho Código contó con la firma de los representantes de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, El Salvador, Estados Unidos de América, Guatemala, Haití, Honduras, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Esto con el fin de cooperar internacionalmente en la lucha contra las enfermedades altamente transmisibles, buscando proteger la salud pública¹⁷⁰.

El Código cuenta con trece capítulos, mostrando sus objetivos e intenciones en el primero de ellos con el artículo número 1, el cual menciona prevenir la propagación internacional de infecciones, adoptar medidas cooperativas, estandarizar los datos estadísticos, favorecer el intercambio de informes que puedan ser importantes para esta lucha, uniformar los ingresos a los países para vigilar la transmisión de enfermedades¹⁷¹. Su artículo segundo se preocupa del glosario de definiciones donde se encuentran los lugares a trabajar, las enfermedades a vigilar, los procedimientos a realizar con las personas y otros términos dedicados a la información estadística. El tercer artículo obliga a los gobiernos a informarse en un intervalo de tiempo relativamente corto y notificar de forma forzosa en caso de enfermedades como cólera, meningitis, poliomiелitis, fiebre amarilla, viruela, etc¹⁷². Siendo los artículos que le siguen la manera y contenidos de los informes y las notificaciones. En el artículo noveno se refiere a la justificación para aplicar medidas sanitarias en un área donde un brote sea autóctono¹⁷³ y el gobierno debe encargarse de tomar medidas necesarias para los distintos medios de transporte¹⁷⁴. Desde el artículo décimo sexto en el tercer capítulo, nombra las patentes sanitarias necesarias para la circulación de los buques¹⁷⁵, la que necesita

¹⁷⁰ Código Sanitario Panamericano (Cuba, Conferencia Sanitaria Panamericana: 1924), página 1.

¹⁷¹ Código Sanitario Panamericano (Cuba, Conferencia Sanitaria Panamericana: 1924), artículo I.

¹⁷² Código Sanitario Panamericano... artículo III.

¹⁷³ Código Sanitario Panamericano... artículo IX.

¹⁷⁴ Código Sanitario Panamericano... artículo X.

¹⁷⁵ Código Sanitario Panamericano... artículo XVI.

documentación sobre los pasajeros y embarcados, además de sujetar a los funcionarios que habiliten estos pases a que estén bien informados¹⁷⁶, además en el artículo 19 da la oportunidad para que los gobiernos firmantes pueden enviar personal médico a las embajadas de otros integrantes de este código, con oportunidad de una visa sanitaria¹⁷⁷.

En los artículos del cuarto capítulo se clasifican los distintos tipos de puerto que se denominarían infectados¹⁷⁸, si tienen casos autóctonos de las enfermedades anteriormente nombradas, sospechoso si tiene en sus cercanías un área con casos autóctonos¹⁷⁹, limpio clase A si tiene operativos, personal, recursos y establecimientos óptimos para el resguardo de la higiene del mismo¹⁸⁰ y de clase B en el que tenga buenas condiciones de lo anteriormente mencionado pero no cumpla todos los requisitos del artículo anterior¹⁸¹. Las mismas categorías son trasladadas a los buques dependiendo de tanto su patente como del puerto en el que haya atracado anteriormente, en caso de ser sospechoso serán sometidos a medidas sanitarias necesarias¹⁸², de acuerdo con las enfermedades en cuestión, pudiendo desinfectar el cargamento, los depósitos, efectos personales y limitando la destrucción a vectores (desechos humanos y animales), en caso de tener una plaga también podrá someterse a desinfección¹⁸³. Desde los artículos 41 al 45 se dictan los procedimientos para distintos tipos de infección.

El capítulo noveno presenta una oficina sanitaria panamericana, la cual debe ser la central sanitaria de las distintas naciones firmantes¹⁸⁴, suministrar los informes a los distintos gobiernos¹⁸⁵, comunicar y consultar los problemas de los países en materia de sanidad pública¹⁸⁶, tomar medidas preparatorias necesarias

¹⁷⁶ Código Sanitario Panamericano... artículo XVIII.

¹⁷⁷ Código Sanitario Panamericano... artículo XIX.

¹⁷⁸ Código Sanitario Panamericano... artículo XXIX.

¹⁷⁹ Código Sanitario Panamericano... artículo XXX.

¹⁸⁰ Código Sanitario Panamericano... artículo XXXI.

¹⁸¹ Código Sanitario Panamericano... artículo XXXII.

¹⁸² Código Sanitario Panamericano... artículo XXXIX.

¹⁸³ Código Sanitario Panamericano... artículo XL.

¹⁸⁴ Código Sanitario Panamericano... artículo LV.

¹⁸⁵ Código Sanitario Panamericano... artículo LVI.

¹⁸⁶ Código Sanitario Panamericano... artículo LVII.

si es solicitado por cualquier autoridad sanitaria para enviar profesionales en asistencia a un país¹⁸⁷ y su financiamiento que deberá ser costado en proporción entre los gobiernos signatarios¹⁸⁸.

El Código Sanitario Panamericano, fue integrado a la legislación chilena desde la promulgación de la versión actualizada del Código Sanitario en 1925, ratificándolo en el artículo 217. A continuación será visto el desglose de la legislación en cuestión.

El Código cuenta con dos libros teniendo tres títulos el primero y doce el segundo, siendo el primer título del primer libro, De la Administración Sanitaria; segundo De la organización del Servicio de Salubridad y tercero, Del personal. Para el segundo libro, el primer título es De la Policía Sanitaria, le sigue el segundo, Del ejercicio de la medicina y demás ramas del arte de curar; tercero, De las drogas y artículos alimenticios; cuarto, De la prostitución; quinto, De los dementes; sexto, De la entrada y registro en lugares cerrados; séptimo, De la Policía Mortuoria; octavo, De la Policía Sanitaria Marítima y de las Fronteras; noveno, De la Salubridad de las Poblaciones; décimo, De los nombramientos, licencias y subrogaciones de los Empleados del Servicio; undécimo, De las penas y de los procedimientos que deben seguirse en su aplicación y por último el duodécimo, sobre Disposiciones Generales.

Desde su primer artículo determina que todo lo que tenga que ver con salubridad pública del país, debe atenerse a las directrices del Código Sanitario centralizando en un inicio el tema¹⁸⁹. Constituyendo la Dirección General de Sanidad y el Servicio de Salubridad Pública bajo su alero¹⁹⁰ y el rol que debe tener este servicio en la protección, cuidado y mantenimiento de la salud en el país¹⁹¹. La organización de estas instituciones es mencionada desde el art. 4, con la figura del Director General con la máxima autoridad por debajo del Presidente de la República¹⁹². Estableciéndose sus atribuciones en el dictaminado de ordenes e

¹⁸⁷ Código Sanitario Panamericano... artículo LIX.

¹⁸⁸ Código Sanitario Panamericano... artículo LX.

¹⁸⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 1.

¹⁹⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 2.

¹⁹¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 3.

¹⁹² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 4.

instrucciones para el funcionamiento del servicio sanitario¹⁹³, la recomendación de medidas legislativas al Presidente de la República¹⁹⁴, la facultad para la inspección de instituciones sanitarias¹⁹⁵, entre otras. Agregándole a ello, desde el art. 16 se forma el Consejo de Higiene, siendo el principal colaborador del Director General¹⁹⁶, delimitando a sus integrantes en autoridades del mundo de la medicina¹⁹⁷ que sean nombradas por el Presidente¹⁹⁸. Las atribuciones del Consejo se centran en la investigación sanitaria para la salud pública¹⁹⁹, la compartida capacidad para proponer materia legislativa sobre la salud pública²⁰⁰ además de reglamentos²⁰¹.

El segundo título sobre la organización del servicio, establece sus encargados en base a la división de zonas sanitarias del país encargadas al Presidente de la República²⁰². Nombrando a la figura del jefe sanitario, que entre sus atribuciones vigilaba el cumplimiento de ordenanzas y mantenimiento sanitario a la autoridad local que le corresponda en el artículo 41²⁰³. Teniendo este cargo como deber extra el monitoreo sobre la mortandad en cárceles y la zona sanitaria en general, pudiendo investigar sobre las causas de muerte en el artículo 45²⁰⁴.

En paralelo a estas autoridades también son establecidas las Juntas Municipales de Sanidad, que se encontraban bajo la dirección del jefe sanitario en el artículo 54²⁰⁵. La Junta era la encargada de realizar la inspección que dirigiera el jefe sanitario, monitoreando las condiciones de salubridad en la comuna gracias al art. 62²⁰⁶ y se encargaba de manejar el cumplimiento de medidas sanitarias en la comuna por el art. 69²⁰⁷.

En cuanto a las divisiones sanitarias, su organización y funciones son definidas desde el artículo 77 con la formación de la Asamblea Provincial, capaz de

¹⁹³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 8.

¹⁹⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 9.

¹⁹⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 10.

¹⁹⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 16.

¹⁹⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 17.

¹⁹⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 18.

¹⁹⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 24.

²⁰⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 25.

²⁰¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 26.

²⁰² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 31.

²⁰³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 41.

²⁰⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 45.

²⁰⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 54.

²⁰⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 62.

²⁰⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 69.

organizar el territorio en tales divisiones con la aprobación del Presidente²⁰⁸. Su organización dependiente tanto del Presidente como del Director General²⁰⁹, teniendo atribuciones sobre la inspección general, el cumplimiento de leyes sanitarias, los reglamentos correspondientes a su división, entre otras²¹⁰.

Para Santiago, existe un apartado exclusivo de su Junta Local de Sanidad, teniendo en cuenta las funciones del servicio y el trabajo en conjunto con el Director General en el artículo 98²¹¹. Las funciones que cumplía se centraban alrededor del funcionamiento sanitario de la ciudad, teniendo en cuenta la limpieza, ventilación, capacidad de edificios, saneamiento, alcantarillado²¹² y explotación de las aguas para su uso por personas²¹³.

El personal médico, visto en el título tercero y final del primer libro, debe estar normado por la certificación profesional y/o técnica de la Universidad de Chile, estando bajo las nóminas del Presidente de la República y del Director General²¹⁴.

En lo que compete a la policía sanitaria, la temática de la profilaxis frente a las enfermedades altamente infecciosas comienza desde el artículo 140 con la obligación de todo médico a declarar cuando sean diagnosticadas²¹⁵, con el debido aislamiento de la persona²¹⁶. A ello se le añadía las precauciones para personas y recintos que hayan tenido contacto con la persona en cuestión y debían someterse al diagnóstico o también extendida la cuarentena²¹⁷. Bajo la lógica de prevención se decretaba la obligatoriedad de las vacunas para todos los habitantes del país en el art. 145²¹⁸, haciendo responsable a la vez a los tutores legales de los menores de

²⁰⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 77.

²⁰⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 80.

²¹⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 82.

²¹¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 98.

²¹² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 100.

²¹³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 101.

²¹⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 107.

²¹⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 140.

²¹⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 141.

²¹⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 142.

²¹⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 145.

edad a ser vacunados también²¹⁹. Lo último era extendido en la obligación de las autoridades para el cumplimiento de la vacunación obligatoria en el art. 146²²⁰ y la responsabilidad del directorio de todo establecimiento educacional, desde básica hasta superior, al cumplimiento dentro de ellos²²¹.

La regulación de los medicamentos es vista desde el artículo 157, encontrándose el exclusivo transporte y comercialización bajo las reglas de la Dirección General²²². La denominación para droga, siendo productos para la curación de enfermedades tanto en personas como animales independientemente de si su origen es farmacéutico o de mezclas naturales²²³.

La prostitución fue prohibida este año, bajo el artículo 167 se condenaba cualquier práctica relacionada al comercio sexual, desde la exposición hasta la seducción en lugares públicos²²⁴. Asegurando penalizaciones para todo quien promueva el comercio sexual u omita deliberadamente, restringiendo cualquiera de sus formas²²⁵.

El apartado quinto, De los dementes, se refiere a las personas con problemas de salud mental o psiquiátrica, que para la época fueron catalogados como dementes y su cuidado se basa en el peligro que pudieran significar para la vida pública²²⁶. Sumándole el Manicomio del Estado como la institución para la reclusión de dichas personas y el cuidado que debían llevar estas, focalizando la responsabilidad financiera en sus familiares primero y luego el Estado²²⁷.

La necropolítica dentro del código tiene dos partes importantes, la definición de lugares para poder construir cementerios a cargo de las Municipalidades, con las

²¹⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 150.

²²⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 146.

²²¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 151.

²²² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 157.

²²³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 161.

²²⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 167.

²²⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 168.

²²⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 174.

²²⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 176.

condiciones de estar alejadas de zonas habitacionales²²⁸. Además de los requisitos para la inhumación y exhumación, con requisitos sobre la necesidad del certificado de defunción con causa de muerte²²⁹, la no discriminación por ningún motivo²³⁰ y las excepciones por enfermedades infecciosas que retardaban los procedimientos²³¹.

Finalmente, para los artículos que llamaran la atención se encuentran los 218 y 219, referido al saneamiento de poblaciones refiriéndose expresamente al agua potable en cuanto a construcción y modificación del acceso a su fuente²³². Y el alcantarillado, con la prohibición de que este sea descargado en cualquier fuente de agua potable de donde sea extraído el recurso para la alimentación de otra población²³³.

A continuación corresponde el desglose del Código Sanitario promulgado en el año 1931. Este Código contiene cuatro libros siendo De la Organización y Dirección de los Servicios Sanitarios, De la Profilaxis, De la Profilaxis Sanitaria Internacional y De la Policía Sanitaria, con sus respectivos subtítulos que serán mencionados a través de la revisión de los artículos, comenzando con el primero de todos, dentro de Del Servicio de Salubridad, dícese en el artículo 1, “Todas las cuestiones relacionadas con la salubridad pública del país serán regidas por las disposiciones del presente Código”²³⁴, instituyendo con el art. 2 el Servicio Nacional de Salubridad, que debe velar por la salubridad pública y el bienestar higiénico acorde al art. 10 de la Constitución Política de 1925 que aborda las distintas garantías constitucionales para la ciudadanía. Dentro del art. 3 delega la policía de salubridad a las municipalidades²³⁵.

²²⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 189.

²²⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 201.

²³⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 193.

²³¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 205.

²³² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 218.

²³³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo: 1925) artículo 219.

²³⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 1.

²³⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 3.

En el art. 4 y dentro del subtítulo De la Organización y Administración Sanitarias, se establece que el Servicio Nacional de Salubridad estará a cargo del Director General de Sanidad²³⁶, desplegando sus atribuciones, responsabilidades y funciones dentro de su párrafo que contiene el art. 5, encontrando elementos como el cumplimiento del Código, la reglamentación del servicio y el personal sanitario, las propuestas de materia sanitaria al Presidente de la República, hacer practicar la inspección sanitaria en sitios públicos o privados, autorizar y vigilar las droguerías, boticas, farmacias, laboratorios y comercios de industrias farmacéuticas o biológicas, conceder o cancelar permisos para el funcionamiento de instituciones de asistencia o medicina preventiva, reglamentar la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social²³⁷, etc.

La división sanitaria del país será igual a las provincias administrativas y geográficas, conservando su nombre según el art. 6, fragmentándose en caso de estar a cargo de un médico y con la aprobación de la Dirección General de Sanidad como dice el art. 7 y conforme al art.8 contando con la cooperación de Carabineros para cumplir las instrucciones y órdenes del SNS²³⁸.

Desde el art. 9 al 23 se establecen las distinciones y reglamentaciones para la organización, adquisición y trato del personal destinado a integrar esta institución, dividiéndose en técnicos, administrativos y técnicos auxiliares dependiendo de la profesión, siendo importante para el personal médico la exclusiva necesidad de que estos tengan un título profesional acreditado por una universidad, como es el caso de los médicos, matronas y enfermeras, siendo explícito el género de tales profesiones²³⁹, además de poder utilizar a sus homólogos en las fuerzas armadas o de orden en caso de que una ciudad tenga menos de 15.000 habitantes²⁴⁰.

En los art. 24 y 25 se desglosan las responsabilidades de los jefes de territorio, jefe sanitario provincial y médico sanitario de distrito respectivamente, siendo en general la vigilancia de la sanidad del lugar que tengan a cargo ya sea

²³⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 4.

²³⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 5.

²³⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 8.

²³⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 11.

²⁴⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 23.

con las actividades del servicio, las investigaciones demográficas de la zona, las campañas, las eventuales amenazas, la higienización y el cumplimiento de leyes, decretos, ordenanzas y reglamentos correspondientes²⁴¹.

El art. 26 tiene su importancia en las atribuciones que tienen las municipalidades, siendo más específicos en la reglamentación, la inspección y la vigilancia de la higiene, por ejemplo: deben proveer la limpieza pública, hacerse cargo del tratamiento de residuos, exigir en base a visitas, a los dueños de cualquier lugar el aseo en pos del bienestar y buena salud de los ciudadanos; reglamentar las emanaciones que puedan afectar el bienestar de las personas, como gases, olores y ruido; proveer la inspección de los mercados que manipulen alimentos en cualquier tipo tanto mercados y carnicerías como posadas u hoteles; reglamentar las condiciones mínimas de higiene para casa, fábricas o edificios públicos; fijar el número de personas que pueden ocupar un recinto, lo mismo con los animales, proveer protección contra distintas plagas y animales que puedan traer enfermedades zoonóticas, establecer desinfectorios públicos²⁴², etc. Cualquier función o ejercicio que no se encuentre dentro de lo correspondiente a las municipalidades, deberá hacerse cargo el Servicio Nacional de Salubridad bajo el art. 29²⁴³.

Desde el libro segundo, De la Profilaxis, bajo el primer subtítulo sobre los centros preventivos se establece la fundación de ellos en el art. 36²⁴⁴ con el objetivo de prevenir y proteger la salud de la población, estos deben ser anexos a los hospitalarios y trabajar en una cooperación entre el Servicio Nacional de Salubridad y la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social. Su ejercicio será el de la inmunización, la examinación y la atención de consultas prenupciales con el objetivo de evitar enfermedades inmunitarias, bajo el art. 37²⁴⁵.

El subtítulo segundo se preocupa del bienestar del niño y la madre, bajo el art. 40 establece una armonización del trabajo en sanidad general en conjunto con

²⁴¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 25.

²⁴² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 26.

²⁴³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 29.

²⁴⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 36.

²⁴⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 37.

los establecimientos públicos o privados, en caso de que estos sean subvencionados, que traten con niños²⁴⁶, dictando que la protección sanitaria hacia los mismos es desde el embarazo hasta que terminen su escolaridad, aplicando la protección a la mujer que sea madre desde la fecundación hasta el sexto mes de nacido del niño, viendo que la asistencia social se preocupe de este binomio madre-hijo²⁴⁷, estipulados en los artículos 41 y 42. La atención para este binomio sería gratuita en caso de indigencia según el art. 43²⁴⁸, y figura la leche materna como de exclusiva propiedad del hijo, obligada la madre a amamantarlo hasta los cinco meses sin poder alimentar a niños ajenos bajo esa cláusula, obligando a padres y tutores a declarar tanto al niño como excepciones a la autoridad sanitaria para su inspección, reglamentado bajo el artículo 44²⁴⁹.

En el art. 46 se dicta que el SNS tendrá que brindar atención médica preventiva en las escuelas²⁵⁰ y en el art. 47 que deberá existir un servicio dental en las ciudades que brinde apoyo a la protección sanitaria del binomio madre-hijo²⁵¹.

Dedicado a las enfermedades transmisibles en el subtítulo tres, desde el art. 48 figura la obligación de todo médico a declarar la enfermedad transmisible al momento de ser diagnosticada, responsabilidad ampliada a quienes habiten con la persona contagiada. También se encuentran el art. 51 donde toda persona que padezca una de estas enfermedades debe ser aislada²⁵², el art. 53 donde el jefe de una institución educativa debe prohibir las clases a cualquier estudiante contagiado²⁵³, el art. 54 que permite el aislamiento o cuarentena de toda habitación o local contaminado²⁵⁴, la prohibición de cultivo de estas enfermedades en laboratorios privados en el art. 58²⁵⁵, la destrucción de animales determinados como

²⁴⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 40.

²⁴⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 41.

²⁴⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 43.

²⁴⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 44.

²⁵⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 46.

²⁵¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 47.

²⁵² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 51.

²⁵³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 53.

²⁵⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 54.

²⁵⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 58.

propagadores a manos del SNS en el art. 59²⁵⁶, la inmunización obligatoria de estas enfermedades en los art. 60 poniendo al SNS como principal responsable del programa²⁵⁷, el art. 61 para los niños en su vacuna antivariólica, responsabilizando al padre o tutor legal²⁵⁸ y el art. 63 que permite la inmunización obligatoria, declarada por el Presidente a todos los habitantes en caso de epidemia²⁵⁹.

En el artículo 64 se amplía los tipos de transporte, terrestres, fluvial, marítimo o aéreo, y como existirá un reglamento para su desinfección²⁶⁰. Además del artículo 65 donde el Director General tendrá facultades extraordinarias en una zona declarada como amenazada o invadida por un epidemia para poder extinguirla o evitar su transmisión, cosa que el art. 66 frena a momento que el Presidente considere una satisfacción con el trabajo hecho para retirar las atribuciones del artículo anterior²⁶¹. Antes del siguiente párrafo, en el art. 67 se explica que un reglamento regirá las profesiones u ocupaciones que no pueden desempeñar los pacientes diagnosticados con enfermedades transmisibles²⁶².

Las enfermedades venéreas tienen un párrafo específico con artículos como, el gratuito diagnóstico y tratamiento en el art. 70²⁶³, la reserva de cupos para aislamiento y tratamiento en los hospitales mediante el art. 71²⁶⁴, la denuncia obligada de los médicos a la autoridad sanitaria a momento de diagnosticar la enfermedad venérea como dice el art. 72²⁶⁵ y en el art. 73 un reglamento especial para las personas que realicen trabajo sexual, siendo Carabineros los encargados de la fiscalización de prostíbulos, o que sean portadoras de enfermedades venéreas consideradas como amenaza a la salud pública²⁶⁶. El artículo 74 y la exclusividad

²⁵⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 59.

²⁵⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 60.

²⁵⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 61.

²⁵⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 63.

²⁶⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 64.

²⁶¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 65.

²⁶² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 67.

²⁶³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 70.

²⁶⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 71.

²⁶⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 72.

²⁶⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 73.

del párrafo es para la tuberculosis, siendo un compromiso para la creación de un organismo especial para la lucha contra ella²⁶⁷.

De la Divulgación y Educación Sanitaria, es el cuarto subtítulo centrado en la capacidad de la Dirección General para censurar la información referente a salud o higiene considerada como engañosa o perjudicial en los artículos 77 y 78²⁶⁸, además de responsabilizar al SNS y al servicio de enfermeras sanitarias de publicar sobre los distintos servicios, enseñar y difundir los principios que sirvan para la protección de la salud, especialmente según el art. 75²⁶⁹.

En el art. 80 se destaca la importancia del Instituto Bacteriológico de Chile, además de preocuparse de la fundación de laboratorios y su vigilancia para los distintos exámenes o análisis que puedan realizar²⁷⁰, en los artículos 79 y 80. Por otra parte, la estadística sanitaria se amplía al trabajo en conjunto con el Registro Civil, siendo un pilar importante para brindar información en la cooperación del trabajo sanitario y la obligación de cualquier institución ya sea pública o privada a entregar los datos que sean solicitados por el SNS, en su artículo 84²⁷¹, como también la obligación de todas las industrias y servicios de prevención o tratamiento de enfermedades a informar mensualmente sobre las estadísticas de morbilidad y mortalidad en el art. 85²⁷². Dentro del artículo 86 se explicita que los datos entregados en caso de una persona muerta por enfermedades como la peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, viruela, tifus, meningitis, encefalitis letárgica epidémica, poliomiелitis aguda epidémica, fiebre tifoidea, paratifoideas, escarlatina, difteria, septicemia puerperal, sarampión o disentería, corresponderán al nombre, sexo, nacionalidad, ocupación, estado civil, fecha y lugar de su fallecimiento, su causa, duración de la enfermedad y residencia²⁷³.

²⁶⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 74.

²⁶⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 78.

²⁶⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 75.

²⁷⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 80.

²⁷¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 84.

²⁷² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 85.

²⁷³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 86.

De la Profilaxis Sanitaria Internacional, ocupa desde los artículos 88 al 165, siendo acorde al Código Sanitario Panamericano que fue publicado en 1924 y cuenta con anexos adicionales en 1927 y 1952, preocupándose de desglosar los protocolos para el ingreso de transportes internacionales, la identificación de las enfermedades y el tratamiento a seguir en cada situación tanto para las personas como para el medio de transporte en sí, incluyendo las enfermedades importantes para la época. Así entre el art. 88 y el 94, se explica el proceder del SNS para la protección de los puertos tanto en ingreso como en su salida, preocupándose sobre todo de alertar las enfermedades hacia el exterior, informando primeramente a los países vecinos y creando nóminas y tratamientos para la contención de las enfermedades potencialmente epidémicas²⁷⁴. Otro aspecto importante son las patentes de sanidad, que se encuentran desde el art. 95 hasta el 104, siendo el pase para la circulación de embarcaciones siempre y cuando entreguen la información requerida por el SNS para poder retirarse de los puertos del país. También el personal médico que se encuentre dentro de una embarcación está obligado a llevar un diario de anotaciones respecto a la salud de la tripulación y pasajeros, la calidad de los suministros, los tratamientos, la presencia y prevención de animales por el artículo 105²⁷⁵. Los puertos serán considerados infectados si presentan contagiados con las enfermedades anteriormente mencionadas y vueltas a renombrar en el art. 107²⁷⁶. Dentro del art. 113 se establecen los parámetros de cuarentena, tratamiento y protección contra las enfermedades²⁷⁷, además de enumerar el listado de sospecha, procedimiento y calidad de indemne²⁷⁸ a través de los artículos desde el 114 hasta el 144 con las medidas para cada enfermedad. Entre los artículos 148 hasta el 151 se explican los procedimientos para los distintos tipos de mercadería y ya dentro del 153 los químicos específicos para la fumigación de una embarcación, siendo fabricado en base de bióxido de azufre, ácido cianhídrico y cloruro de cianógeno²⁷⁹. En cuanto al cuidado de las fronteras en caso

²⁷⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 88.

²⁷⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 105.

²⁷⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 107.

²⁷⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 113.

²⁷⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 114.

²⁷⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 153.

de aviso de territorios infectados, las fronteras serán cerradas por sectores sometiendo a las personas a campamentos de observación según el art. 154²⁸⁰, en el art. 155 permite la inspección sanitaria de pasajeros, realizando un examen médico completo sólo a quienes sean visiblemente sospechosos²⁸¹, los viajeros que vengan de un lugar contagiado tendrán una vigilancia de cinco a diez días según el art. 156²⁸² y en el art. 157 se dictará un reglamento especial para las poblaciones vulnerables, inmigrantes, vagabundos o grupos grandes²⁸³. Para los artículos 158 hasta el 161 se refiere al equipaje y las inspecciones temporales del transporte terrestre y aéreo, siendo este último el importante para los artículos desde el 162 al 164 para la notificación internacional de enfermedades, principalmente de países europeos.

El último libro es sobre la policía sanitaria y mortuoria, además de los subtítulos finales con cuestiones administrativas dentro de las disposiciones generales y transitorias. Pero, volviendo a la policía, el primer subtítulo profundiza sobre productos medicinales, farmacéuticos y alimentos, prohibiendo para el consumo cualquier producto contaminado o adulterado en el artículo 168²⁸⁴, con las especificaciones de la falsificación en los artículos 170 hasta el 173, teniendo la leche una especial vigilancia en art. 174 debido al cuidado del transporte de esta²⁸⁵, los requisitos bacteriológicos y químicos en el art. 175²⁸⁶, además de su autorización por el SNS en el art. 176²⁸⁷. Dentro del art. 177 se especifica que el servicio médico debe inspeccionar los alimentos y que en caso de no tener uno en el territorio es responsabilidad del SNS²⁸⁸. Por otra parte, no se pueden importar ni fabricar productos farmacéuticos sin la previa autorización de la Dirección General de Sanidad, supervisando su venta y distribución en el art. 178²⁸⁹.

²⁸⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 154.

²⁸¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 155.

²⁸² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 156.

²⁸³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 157.

²⁸⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 168.

²⁸⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 174.

²⁸⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 175.

²⁸⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 176.

²⁸⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 177

²⁸⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 178.

Dentro del artículo 191 se encuentra la regulación de importación, fabricación, expendio, consumo o posesión de sustancias como el opio, la coca, cocaína, y demás narcóticos, estupefacientes o drogas varias²⁹⁰, serán sometidas a un reglamento especial del Presidente, regulando también su tránsito hacia el exterior en el art. 192 y estimando como infracción su posesión no autorizada por la DGS o sin receta médica en el art. 193.

Desde el artículo 194 hasta el 209 se desarrollan las prevenciones para el saneamiento urbano, rural y la higiene industrial, preocupándose de situaciones como el cumplimiento municipal a su responsabilidad higiénica en el art. 197²⁹¹, los límites urbanos y la necesidad del agua potable para el comercio de Bienes Raíces en los artículos 198 y 199; la importancia de las instituciones sanitarias para las plantas de tratamientos de aguas, la construcción, reparación o modificación del servicio y el alcantarillado en los artículos 202 y 203; su prohibición de descarga del desagüe en ríos, esteros, lagos o lagunas que afecten a la población según el art. 205²⁹² y también en el art. 206 prohíbe el usar estas aguas para la crianza de moluscos o el cultivo de vegetales²⁹³ y la limitación de tóxicos en los regadíos según el art. 207²⁹⁴. Desde el art. 208 se da importancia a la autoridad sanitaria para la cooperación en los reglamentos dispuestos con el Código del Trabajo, observando materias como higiene, seguridad, condiciones de aseo, iluminación, ventilación, disposición de residuos, servicios de agua y baños, protección contra emanaciones de sustancias, polvo o humo y cualquier elemento que afecte la salud del trabajador²⁹⁵.

El subtítulo tres, especifica asuntos tratados en los artículos a principio del documento, como lo son la necesidad del título profesional para las profesiones, estipulando en el art. 210 que serían las de médico cirujano, dentista, farmacéutico, médico veterinario, matrona, enfermero, enfermera sanitaria u otra relacionada al

²⁹⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 191.

²⁹¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 197.

²⁹² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 205.

²⁹³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 206.

²⁹⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 207.

²⁹⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 208.

denominado arte de curar o prevenir enfermedades, siendo estos acreditados por la Universidad de Chile²⁹⁶, además en el art. 211 se prohíben nuevamente el ejercer a la vez médico cirujano y farmacéutico²⁹⁷.

La confección de medicinas, aguas medicinales artificiales, cosméticos, dentífricos, tinturas para el cabello, desinfectantes e insecticidas queda a exclusividad de farmacias, droguerías, laboratorios y fábricas que específicamente los produzcan según el art. 215, siendo la exclusiva venta en farmacias o droguerías como aparece en el art. 216. Siempre y cuando estas funcionen bajo la autorización de la DGS y teniendo como regente a un farmacéutico según el art. 218.

En el artículo 223, se expresa la ilegalidad de un dentista realizando operaciones ajenas a su profesión, en el art. 224 se prohíbe a las matronas recetar medicamentos con excepción de los específicos para el parto y en el art. 226 se refiere a la interrupción del embarazo, siendo este sólo con fines terapéuticos, además de incluir a aquello la esterilidad de la mujer.

Sobre la policía mortuoria, la municipalidad queda encargada de la planificación de cementerios con previa autorización de la DGS en el art. 228, mientras que en el artículo 229 se dicta que la instalación de cementerios, crematorios o depositarios transitorios no se autorizarán en sitios que puedan significar un peligro a la salud, además de integrar el derecho a la inhumación de una persona sin importar raza, nacionalidad o religión²⁹⁸. Los cadáveres deberán sepultarse en menos de 48 horas, a menos que se haya autorizado traslado o investigación médico o judicial según el art. 230²⁹⁹ y en el 231 se prohíbe registrar defunciones sin estipular las causas del fallecimiento³⁰⁰. En el caso de las personas muertas por un enfermedad contagiosas, deberá inhumarse en menos de 18 horas por lo establecido en el art. 234³⁰¹. Para los cadáveres en centro de beneficencia que no hayan sido reclamados o de los que sus deudos los hayan autorizados,

²⁹⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 210.

²⁹⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 211.

²⁹⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 229.

²⁹⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 230.

³⁰⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 231.

³⁰¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 234.

podrán ser utilizados para fines de investigación científica y estudios anatómicos patológicos, por lo que establece el art. 237³⁰².

Desde los artículos 239 al 242, se establecen los reglamentos y lineamientos de las inspecciones y allanamientos a recintos cerrados o privados, con las reglas y los documentos para su correcta aplicación, además de ya en el subtítulo seis que comprende desde el art. 243 al 265, las diferentes multas y sanciones en caso de no respetar el presente Código y faltar a sus distintos artículos. Finalizando con las disposiciones anteriormente mencionadas que ocupan más sobre la orgánica de las instituciones aquí señaladas.

Como tercer y último documento legal, se encuentra la actualización al Código de 1931, guardando más similitudes con el que el caso anterior del de 1931 junto al de 1918, promulgada en el año 1968 por el decreto de fuerza de ley 725 que deroga el anterior conteniendo una cantidad menor de artículos al integrar reglamentos específicos en sus apéndices, primero el de Código de Cementerios, después el Reglamentos de Sustancias y el último sobre Reglamento de Productos que Causan Dependencia, siendo añadidos los dos últimos en el año 1970, por lo que se escapa del marco temporal correspondiente a esta investigación, además cuenta con nueve libros con sus correspondientes subtítulos que van agrupando el contenido del documento.

A modo de desglose, el artículo primero nos señala que el Código Sanitario rige todas las cuestiones relacionadas al fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de Chile³⁰³, encargando en el art. 3 al Servicio Nacional de Salud el atender todo lo relacionado a la salud pública sin obstaculizarse con el Ministerio de Salud Pública³⁰⁴. Para el art. 4 se mantiene a las municipalidades como principales responsables del orden sanitario³⁰⁵, explicado desde el artículo 11 al 13 las distintas materias por las que deben velar y las penas en caso de negligencia. Para el art. 14 se encarga al Servicio Nacional de Salud la supresión

³⁰² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Bienestar Social: 1931) artículo 237.

³⁰³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 1.

³⁰⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 3.

³⁰⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 4.

de cualquier factor que ponga en peligro la salud, seguridad o bienestar de la población³⁰⁶. Desde el artículo 16 hasta el 18 es tratado el binomio madre-hijo, marcando el derecho a la protección y vigilancia de la mujer que esté gestando hasta el sexto mes de edad del recién nacido, la atención médica que les corresponde y la gratuidad en caso de indigencia, siendo el art. 18 donde se repite la propiedad exclusiva de la leche materna para el hijo, obligando a la madre a que lo alimente y preocupándose de que no pueda amamantar niños ajenos sin previa autorización médica³⁰⁷.

Desde el artículo 20 se tratan las enfermedades transmisibles siendo este artículo el del médico obligado a declarar a una persona contagiada³⁰⁸, en el art. 22 se detalla el necesario aislamiento y la responsabilidad de quien habite con la persona de hacerse cargo del tratamiento y recuperación³⁰⁹, en el art. 23 muestra como la autoridad sanitaria debe proveer al médico los medios necesarios para el rápido diagnóstico de estas enfermedades³¹⁰ y en el art. 24 se establece que el Servicio Nacional de Salud puede inspeccionar todo tipo de establecimientos e instituciones, públicas o privadas³¹¹. Los directores de los establecimientos educacionales pueden suspender la asistencia de un estudiante contagiado con una de estas enfermedades, según el art. 25³¹². Para el artículo 26 dicta que los contactos que haya tenido una persona contagiada pueden ser sometidos a observación, diagnóstico y aislamiento³¹³, además siendo el profesional que la diagnosticó el encargado de ordenar la adecuada desinfección de objetos y desechos del contagiado bajo el art. 27³¹⁴, siendo el SNS encargado de la forma de desinfección de dichos elementos según el art. 29³¹⁵.

³⁰⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 14.

³⁰⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 18.

³⁰⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 20.

³⁰⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 22.

³¹⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 23.

³¹¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 24.

³¹² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 25.

³¹³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 26.

³¹⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 27.

³¹⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 29.

En cuanto a los peligros de epidemia o la declaración de alguna sobre determinado territorio o al alcance nacional, según el art. 31 el SNS tiene las atribuciones para sacrificar animales que puedan ser vectores de alguna enfermedad, aparte de estar también encargado del saneamiento de lugares públicos y del agua que pueda consumir la población³¹⁶. Entre los artículos 32 y 33 se establece que el SNS está a cargo de la vacunación y su obligatoriedad para la lucha contra las enfermedades transmisibles, añadiendo la facultad del Presidente para integrar nuevas vacunas a la lista. El artículo 36 le permite al Director General tener facultades extraordinarias para el resguardo de la salud pública en algún territorio amenazado o en transcurso de una epidemia, enfrentándola directamente o bajo la prevención de su propagación, siendo necesario la previa autorización del Presidente de la República³¹⁷. Por último, en el art. 37 se abriría un reglamento especial para determinar las profesiones u ocupaciones que sean incompatibles con una persona que sea portadora de los denominados gérmenes de las enfermedades transmisibles³¹⁸.

Desde el artículo 38 se encarga de la lucha contra las enfermedades venéreas, siendo el SNS la entidad a cargo de ella, con la formación de un reglamento sobre educación sexual ya antivenérea mediante el art. 39, la denuncia obligatoria que debe realizar el médico al diagnosticar a algún portador de enfermedades venéreas, por el art. 40, la importancia de la estadística sanitaria del comercio sexual, llevando un conteo de las enfermedades y clausurando los prostíbulos en caso de incumplimiento siendo Carabineros quien se encargue de la vigilancia del presente art. 41³¹⁹.

Otra materia es tratada desde el artículo 42, siendo la investigación y análisis en laboratorios los que ocupan esta parte, asegurando que su trabajo debe ser orientado a mantener y proteger la salud pública³²⁰, el artículo 44 ocupa la

³¹⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 31.

³¹⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 36.

³¹⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 37.

³¹⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 41.

³²⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 42.

producción de especies biológicas o farmacológicas, siendo el Instituto Bacteriológico quien tendrá funciones relacionadas con la fabricación de estos.

La cooperación con el Registro Civil se encuentra desde los artículos 48 al 50, siendo el primero sobre cómo el Registro debe rendir semanalmente datos al Servicio Nacional de Salud, siendo estos necesarios para el trabajo y análisis estadísticos de nacidos vivos, fallecidos y las defunciones fetales que ocurriesen durante el período que se esté informando³²¹; como también el último que también obliga a dar a conocer defunciones causadas por enfermedades transmisibles y por interrupción del embarazo.

En materia distinta, los artículos 51, 52 y 53, encargan al SNS la responsabilidad para capacitar a las personas y grupos sociales sobre la salud personal, el cuidado y la prevención, teniendo a cargo acciones educativas para ello³²², teniendo la facultad de prohibir cualquier información considerada engañosa que pueda perjudicar la salud pública a momento de desinformar sobre algún tópico o tratamiento.

El artículo 55, correspondiente al libro segundo sobre la profilaxis internacional, con un pequeño glosario definiendo elementos como aislamiento, área local infectada, epidemia, foco infeccioso, enfermedades sujetas a cuarentena, persona infectada, sospechoso, visita médica, inspección general sanitaria³²³, etc. y el cuidado que esta debe tener a cargo del Servicio Nacional de Salud según el art. 56 y con las atribuciones necesarias otorgadas por el art. 57 para tratar la amenaza o invasión de alguna epidemia, pudiendo establecer las medidas que considere adecuadas y ya con reglamentos específicos entre acciones, restricciones, vigilancia y protocolos sanitarios tanto de transporte marítimo como aéreo, con el compromiso de crearlos y la orden de informar a las entidades internacionales correspondientes en caso de que existiese un área infectada dentro del territorio nacional³²⁴, siendo hasta el artículo 66.

³²¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 50.

³²² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 53.

³²³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 56.

³²⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 57.

Dentro de su tercer libro, sobre el ambiente y el espacio laboral, se encuentra el artículo 67 donde se hace responsable al Servicio Nacional de Salud de garantizar y resguardar la salud y el bienestar de los habitantes, con el control sanitario de sus agentes en dichos lugares³²⁵. La importancia del agua potable figura desde los artículos 69 al 76, donde se explica el proceder en base alcantarillado de las localidades y como son un eje para la construcción posterior de cualquier infraestructura, mientras que en los artículos 78 al 81 dicta el tipo de condiciones para el saneamiento, seguridad, acumulación, selección, industrialización, comercio³²⁶, etc. de desechos y basuras. Desde el artículo 82 se centra en los lugares de trabajo con la implementación de un reglamento para ello³²⁷, además de poner a municipalidades la aprobación de las industrias³²⁸ y el traslado o cierre a mandos del SNS por razones sanitarias o de contaminación³²⁹.

Desde el artículo 89, en un subtítulo sobre factores riesgosos, la materia cambia hacia el ambiente en general, con un reglamento con normas para la contaminación del aire, con ruidos y vibraciones en general, buscando la pureza del aire y la conservación de la salud³³⁰. Desde el art. 90 al 93 se ubica el reglamento y las especificaciones para la sustancias tóxicas y peligrosas para la salud, en cuanto a producción, importación, almacenaje, transporte, uso y eliminación³³¹.

Para el cuarto libro, como se organiza en el código, es tratado el uso, consumo y comercialización en general de distintos productos como los denominados farmacéuticos, siendo cualquier sustancia natural o sintética con fines curativos³³², el alimento de uso médico, siendo los que se consideren con propiedades terapéuticas³³³ y los productos cosméticos, siendo cualquier preparado destinado a la aplicación externa del cuerpo con fines embellecedores³³⁴.

³²⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 67.

³²⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 80.

³²⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 82.

³²⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 83.

³²⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 84.

³³⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 89.

³³¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 90.

³³² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 97.

³³³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 98.

³³⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 99.

Fijando una nómina en el artículo 100 para los productos farmacéuticos, medicamentos, que fueran indispensables para el país, siendo encargado al Ministerio de Salud Pública³³⁵. La fabricación e importación de este tipo de productos solo puede ser autorizada por el director general de Salud y dentro del art. 106³³⁶ se dicta un reglamento para el consumo de narcóticos, estupefacientes, alucinógenos y demás tipos de drogas, aunque las bebidas alcohólicas son reglamentadas en base al art. 109³³⁷. Desde el artículo 108 hasta el 111 se detallan las medidas correspondientes a los productos alimenticios, siendo todos los destinados al consumo humano ya sean sólidos, bebestibles, aditivos y variantes ingredientes³³⁸, siendo el SNS quien autoriza y fiscaliza el funcionamiento de los productores de alimentos y su circulación, incluyendo productores locales, frigoríficos, mataderos etc³³⁹.

El quinto libro se refiere al ejercicio de la medicina y las profesiones que estén involucradas en el mismo, procurando desde el artículo 112 hasta el 119 las especificaciones para los profesionales que se desempeñen en las distintas áreas como odontología, medicina general, química y farmacia, obstetricia, etc. teniendo en cuenta la exclusividad del título profesional emanado por la Universidad de Chile u otra autorizada por el Estado para poder ejercer, además de las profesiones que se determinen como auxiliares y que pueden funcionar sin el título pero con la debida autorización del director general³⁴⁰, cayendo en la ilegalidad cualquiera que realice un diagnóstico sin tener acreditada el tipo de profesión relacionado a la actividad que esté ejerciendo³⁴¹.

Delante de ello, desde el artículo 121 hasta el 129, siendo el libro sexto sobre laboratorios, farmacias y otros establecimientos, dicta sobre los productos que son fabricados en estos lugares y la circulación para ellos, además de regular el

³³⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 100.

³³⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 106.

³³⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 109.

³³⁸ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 108.

³³⁹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 109.

³⁴⁰ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 112.

³⁴¹ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 113.

funcionamiento concentrando la producción debido a la autorización necesaria para poder trabajarlos.

Entre los artículos 130 y 132 se refiere a la internación de las personas que padezcan una enfermedad mental, denominándolas directamente como enfermos mentales, siendo el director general quien verá la observación de los mismos, además de quienes padezcan también dependencia a distintas sustancias³⁴² que pueden ser nocivas para la salud como el alcohol. El alta de dichas personas depende de su estado y requiere la autorización tanto del médico tratante como de la autoridad sanitaria, que se otorgará mientras consideren que no representa un peligro para los demás o para sí misma³⁴³.

En los artículos 139 y 140 se refiere a la tanatopolítica, con las restricciones de sepultura de los cadáveres siendo el límite de 48 horas sin sepultar³⁴⁴, además de la obligación por parte del familiar más cercano disponible al momento del deceso, de cargar con la responsabilidad del entierro³⁴⁵.

Ya en los artículos finales de este código, se centra en el aspecto más burocrático y organizacional, con las atribuciones dictadas para la inspección y la importancia de la autoridad sanitaria, capaz de inspeccionar, allanar y registrar cualquier sitio público o privado³⁴⁶, y los distintos tipos de sumarios y sanciones que pueden ser aplicadas a momento de la infracción, implicando que la autoridad sanitaria también tendría la facultad para investigar y tomar declaraciones conforme a esclarecer las faltas a la ley³⁴⁷.

Concluyendo el capítulo, se hizo una revisión de las fuentes seleccionadas para el objetivo, observando como los distintos documentos tratan la materia del control de la vida humana desde distintas perspectivas y aristas, viendo el caso de la preocupación por la salud de la ciudadanía y la sociedad en general que en ocasiones tiene cruces con la moralidad producto del imaginario social y los juicios

³⁴² Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 130.

³⁴³ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 132.

³⁴⁴ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 139.

³⁴⁵ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 140.

³⁴⁶ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 146.

³⁴⁷ Código Sanitario (Chile, Ministerio de Salud Pública: 1968) artículo 164.

de valor que pudiera tener autores, legisladores y profesionales en cuestión. Para el siguiente capítulo corresponde su análisis del contenido en conjunto a la bibliografía habiendo presentado aquí la materia de la documentación para investigar la hipótesis sobre la biopolítica en la creciente intervención estatal para la higienización del país.

Capítulo Tercero: Vigilancia Sanitaria y Salud Especializada

El presente capítulo tiene como objetivo el análisis tanto del contenido revisado sobre las legislaciones como de los trabajos de medicina especializada surgidas desde el impulso de estudio sobre la salud social y los efectos de estudio en intervención sobre la población. Primeramente, determinar cómo se tradujo el control biopolítico en los documentos legislativos. Para luego observar la selección de las revistas de salud especializadas, artículos de las revista *Servicio Social y de la Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*. Las que tenían como objetivo el difundir investigaciones, estudios y análisis entre el personal médico, con miras a la profilaxis e higiene pública. Esto ya que surgieron a través de la legislación en los Códigos Sanitarios donde son promovidas tanto en su creación como en su publicación. Luego, se es necesario la revisión sobre las consecuencias de la legislación sanitaria y la tensión producida en la sociedad ya que los modos de intervención sanitaria siguen un lineamiento a través de sus mecanismos pero las formas difieren en sus resultados. Provocando la evolución de los Códigos Sanitarios expuestos dentro del capítulo anterior.

Legislación Sanitaria, control e intervención.

Comenzando, el Código Sanitario de 1918 siembra las bases para el modelo de salud pública que seguiría el Estado chileno en el siglo XX. Al ser el primer Código Sanitario del país, apela a las problemáticas de la higiene social en el momento y bajo la lógica del Estado Oligárquico que regía en ese momento. De tal forma, las categorías del Código se emplazan a través del mismo y obedecen primero a la fundación del sistema público sanitario, a las especificaciones de la especialización médica, a la persecución de enfermedades y al manejo del control mortuario. De tal forma, fija las bases para el futuro sanitario del país y expone los lineamientos sobre el control y la vigilancia sobre la población para, en este caso, solventar las debilidades de la salud pública incipiente.

La densidad del trabajo sanitario se concentra en la Dirección General de Sanidad, desde el artículo 2 del presente Código, desglosando su estructura a través de los primeros apartados. Tal precedente delimita la forma de

institucionalizar la salud en el país, comenzando el proceso de integración al Estado y la prevalencia de este sobre los actores privados. Primero, la sanción como herramienta para el trabajo sanitario se encuentra en materia pública, privada y personal, la obligación municipal a la higienización de sus territorios sancionada por el art. 48 en conjunto con el art. 42 para comenzar a entregar el servicio de salud. Segundo, las sanciones y reglamentaciones sobre empresas y edificios limitándose a la desinfección de estos en el art. 83 para permitir su funcionamiento bajo la responsabilidad y vigilancia de la alcaldía correspondiente. Tercero, los aspectos biopolíticos más explícitos centrados a la persecución de la enfermedad y la profilaxis, con la acusación de personas contagiadas que derivan en el traslado y aislamiento del mismo en el art. 54, ampliándose al flujo marítimo con la clausura de barcos por enfermedad en el art. 103. Además de la introducción de la vacunación obligatoria bajo el art. 57, específicamente contra la viruela que fue el mayor motivo de la implementación de estructuras sanitarias para combatirla. Legalizando la intervención sanitaria en la población, con objetivos específicos como el anterior y sentando las bases que posteriormente se repiten en los demás Códigos.

El Código Panamericano y el de 1925 pueden observarse como uno solo al fusionarse con la aprobación del último, extendiendo las redes del control sanitario al cuidado fronterizo, la colaboración internacional y sobre todo el poder que gana el Estado sobre las personas que entren al territorio nacional. Comenzando con lo estipulado dentro del código de 1925, su artículo primero deja claro que toda la materia sanitaria debe ser controlada por el Estado. Aquello se sincroniza con las transformaciones políticas de la época, siendo esta reformulación una consecuencia directa del llamado a la modernización constitucional ocurrido el mismo año. De tal forma, especializa aún más la distribución sanitaria del país al aumentar la participación de las municipalidades y en paralelo formar las divisiones territoriales sanitarias en el art. 31, creciendo las ramas del Servicio de Salubridad en el país. Otra transformación es sobre el Instituto de Higiene, que fue adoptado bajo el alero estatal en el Código anterior, pero aquí se crea en paralelo un Consejo de Higiene volviéndose un órgano más de la Dirección General de Salud. Integrando

principalmente a autoridades de la Universidad de Chile, con los profesores del instituto de medicina y de carreras del área de la salud.

También se estrecha la colaboración entre el Director de la DGS y el Presidente de la República, al estar el primero facultado para proponer y motivar legislaciones y acciones que considere necesarias para su responsabilidad con la sanidad del país dictaminada en el art. 7, otorgándole más poder al cargo. Conjuntamente a la dependencia del nombramiento de cargos del presidente para la directiva sanitaria, que muestra el art. 18, el sistema sanitario depende directamente del poder ejecutivo. Aunque, conserva autonomía en casos excepcionales como lo eran las epidemias o brotes de enfermedades, muestran que los lineamientos del mandatorio eran vitales para el trabajo sanitario del país y que se explicaría por esa vía la complementariedad del bienestarismo incipiente con el higienismo que llevaba estableciéndose. Así la organización de la estructura sanitaria fue amplificándose con los distritos sanitarios mencionados, las divisiones sanitarias, las juntas locales y el foco en el trabajo local que complementa la salud pública en este Código.

La persecución sanitaria se mantiene generalmente, la profilaxis se basa en la búsqueda y el aislamiento de las personas contagiadas con lo expresados en artículos como el 141 y 142, que obliga a la cuarentena del sujeto, sus círculos sociales con quienes hayan tenido contacto e incluso ampliándose al lugar concreto que haya visitado como muestra el art. 143. Mostrando la predominancia de la higiene social, ubicando el problema y aislándolo del conjunto con el objetivo de resguardar la propagación por sobre la curación. El cuerpo del individuo enfermo consistiría en el peligro para los cuerpos sanos, por lo tanto el control se ejerce sobre ambos en la identificación y acusación del enfermo. Lo que se extiende también al flujo de poblaciones con el Código Sanitario Panamericano, preocupándose del traslado de personas enfermas tanto en el cuerpo individual como en el transporte que lo haya llevado, instalando un control sanitario fronterizo más complejo. De tal forma, los gobiernos del continente se comprometieron al cuidado sanitario de los países y entre ellos, acatando las obligaciones para informar sobre el panorama de salubridad nacional y la toma de medidas en caso

de emergencias. Siendo invocadas en casos específicos de enfermedades que sean rápidamente contagiosas y comunes del continente, las cuales son estipuladas en el art. 9, debiendo informar el plan de acción a la comisión internacional de la Organización Panamericana de salud. Otro elemento de control se encuentra en la emisión de patentes sanitarias para embarcaciones, los cuidados para el movimiento entre puertos considerados limpios o infectados y la obligatoriedad de fumigación en las embarcaciones. Modelando las bases higienizadoras para el movimiento internacional y que posteriormente se irá especializando más en los Códigos al cambiar también los métodos de transporte utilizados a lo largo de los años. Sometiéndose a medidas parecidas, con el foco de la precaución sobre el cuerpo infectado y la trazabilidad para tomar medidas como comunidades internacionales. El conjunto de estas medidas fue formalizado con la fundación de la Oficina Sanitaria Panamericana en el art. 55, centralizando la materia en un organismo internacional unificado y adecuando los modelos higienistas que adquirieron más fuerza en el continente, con la profilaxis y el cuidado sobre cuerpos infectados.

Las medidas tomadas en 1925 rescatan más elementos del código anterior con las modificaciones organizacionales correspondientes debido a la integración de nuevas instituciones como las ya mencionadas. El saneamiento de las ciudades, la potabilización del agua y el cuidado de este recurso importante para la vida de la población y la higiene dentro de la actividad económica. La circulación de sustancias médicas y productos alimenticios fue un foco para controlar los elementos dañinos para la población, así existían reglamentos para las droguerías, boticas y la cadena de productos lácteos. Lo importante era la veracidad de la composición de las sustancias, en el art. 166, que en consecuencia también sancionaba productos adulterados o falsificados. Más adelante son observados las consecuencias de las drogas y como desde este código en específico comenzó la lucha contra el tráfico y el consumo problemático de ellas.

Retomando el control de las personas, una de las prohibiciones sancionadas aquí fue de las más conflictivas al pugnarse directamente con la cultura de la sociedad chilena a principios del siglo XX. La prohibición total y persecución de la

prostitución responde a la profilaxis de enfermedades venéreas por sobre todo, utilizando como herramienta el punitivismo sobre esta actividad económica. Lo visto en las fuentes de revistas especializadas del *Servicio Social*, ofrece mayor profundidad a los cuestionamientos morales de ello, pero su integración al código viene de la visión higienista sobre las prácticas personales de la población.

Por otro lado, también se estableció un método de contención para las personas con enfermedades de salud mental, llamándoles dementes en el art. 174. Su tratamiento era similar al de personas infectadas al ser identificados, acusados y confinados en este caso, en los manicomios. Aún así la responsabilidad se repartía entre la familia y el Estado, siendo este último quien se hacía cargo en caso de que el primero no tuviera los medios. Las enfermedades mentales se buscaban contener para el mejoramiento social, al ser observadas como un potencial peligro y para actuar rápidamente a momento de convertirse en tal.

Finalmente, la necropolítica del Código también adopta gran parte de su antecesor en las medidas que establece para el tratamiento de cadáveres desde la defunción hasta el entierro. Se agrega la no discriminación por categorías culturales como religión o raza en el art. 193 y se mantienen los cuidados sobre las personas que fallecieron a raíz de enfermedades infecciosas, teniendo mayores protocolos para el manejo de su cuerpo. También en conjunto con el saneamiento y el cuidado del agua, no se podían construir cementerios cercanos a fuentes de este recurso, cuidando la potabilidad del mismo.

El Código Sanitario de 1931 sigue el mismo modelo general de sus antecesores, adopta gran parte de las medidas, moderniza otras y añade nuevas. Además, la crisis de 1929 provocó otro giro en su contenido al sumar la curación a la contención de la enfermedad, buscando la profilaxis desde el origen y facultando a la investigación médica.

La organización de la instituciones del Servicio Nacional de Salubridad se mantuvo con la Dirección General pero aparecen la fundación de los Centros Preventivos en el art. 36. Estos estaban destinados no sólo a la prevención de enfermedades sino también a la protección ciudadana, acercándose al modelo de

bienestar en el sistema de salud pública. Conceptualmente la protección de la vida encuentra como objetivo el inicio de la vida humana, apareciendo la vigilancia de la maternidad y el cuidado del niño. Por ejemplo, el denominar propiedad del niño la leche materna de su progenitora en el art. 44 muestra el crecimiento de la intervención estatal hacia acciones íntimas de las relaciones humanas. También arroja el protagonismo que adquirieron los menores de edad en esta versión del Código, con el art. 41 garantizando la protección sanitaria de la niñez y el art. 43 permitiendo la atención gratuita en centros públicos de salud y extendiéndola a establecimientos educacionales. También las vacunas se volvieron obligatorias en menores de edad y comprometían a sus tutores en llevarlos a que estas fueran administradas, ampliando el espectro de la inmunización y preparando el Código a futuro con su obligatoriedad en caso de cualquier epidemia que ocurra, como muestra el art. 63.

Las formas de controlar las enfermedades siguen siendo similares en caso de las transmisibles como las pestes o tuberculosis, pero se añade la investigación médica como forma de prevención. Se encuentra la colaboración con el Instituto Bacteriológico en el art. 80, la importancia de reunir estadística sanitaria en el art. 85 involucrando cualquier tipo de industria pública o privada y todas las instituciones estatales. La expansión de control sobre el sistema de salud también abarcó la expresa autorización del Estado para la creación de laboratorios, farmacias y el sometimiento en general de la esfera privada. La vigilancia y la intervención sanitaria es mayor que en los Códigos anteriores y por lo tanto, también aumenta la cantidad de artículos y temáticas que se toman.

El control de la vida en este Código encuentra primero la capacidad para eliminar cualquier animal en caso de ser necesario, ya no limitándose frente a lo que se consideraba plagas. La transformación del control sexual, enfocándose en la tolerancia a la prostitución, ofreciendo tratamiento y registro a quienes ejerzan el comercio sexual en el art. 73. Complementando en el mismo apartado, se perseguía más la enfermedad venérea colocándola al nivel de otras que obligaban a ser declaradas, aisladas y tratadas, siendo esto último el ofrecimiento con incluso la reserva especial de camas en el hospital para quienes las porten. Estas actitudes

rayan en el límite del modelo eugenésico al crear registros de quienes sean considerados problemáticos para la salud pública, lo que también se extendía para el registro de personas con enfermedades mentales y el registro de personas con adicción a sustancias. Problemáticas que intentaban erradicarse de la sociedad, pero bajo los lineamientos higienistas se hizo a través del trabajo sanitario y no del modelo perfeccionista basado en la reproducción biológica. Por lo que, los sujetos eran vigilados y tratados, pero no constituían en su eliminación a largo plazo más bien en un mejoramiento.

Para el trabajo fronterizo y el comercio exterior, se mantienen los elementos ratificados por el Código Sanitario Panamericano para el tratamiento de embarcaciones y se integra la vigilancia sanitaria a poblaciones, teniendo en cuenta el origen de la inmigración. Además de mantener las fumigaciones obligatorias y agregar la necesidad de que las embarcaciones cuenten con personal médico a bordo que realice seguimiento sanitario.

Dentro de los productos y sustancias, los protagonistas en esta documentación son la leche y el opio, además de una reglamentación para la prohibición ciertos productos. El primero se basa su control en su cadena de producción, estableciendo los límites para su almacenamiento y posterior consumo. Mientras que el segundo, concentra mayor vigilancia por el tráfico y la calidad del mismo al ser la materia de prima de medicinas y una sustancia peligrosamente adictiva que se intentaba monitorear.

La estadística mostrada en el primer capítulo y las fuentes que son partes del presente comparten temporalidad con la vigencia de este Código, explicando el aumento del trabajo investigativo y que derivó en las revistas especializadas. El documento en cuestión representa la introducción del bienestarismo en la salud pública que fue construyéndose con los anteriores y transformándose en el regulador de la vida chilena durante el siglo XX.

Por último, el Código Sanitario de 1968 tiene su última modificación en octubre de 2023, estando vigente durante grandes transformaciones sociopolíticas del país. Por lo que el modelo de biopolítica que implementó el Estado dentro del

sistema de salud se mantuvo en los lineamientos generales provenientes del siglo XX. Conservando gran parte de su antecesor, también integra nuevos elementos ya desde el primer artículo donde incluye el fomento, la protección y la recuperación de la Salud Pública. Diferenciándose de las versiones anteriores que plasmaban toda materia sanitaria en manos del Estado, involucrando conceptos más amplios.

Se establece al Servicio Nacional de Salud y su trabajo con las municipalidades desde un inicio del Código, teniendo mayor impacto y trabajo a realizar con las órdenes sanitarias. Se mantiene el derecho del niño sobre la leche materna, la medicina preventiva en establecimientos educacionales, la persecución de enfermedades transmisibles y el tratamiento para estas. El comercio sexual se mantiene pero la tolerancia cambia por la clausura de los prostíbulos y el tratamiento de enfermedades venéreas ya no cuenta con el registro de personas, pero sí de quienes ejerzan la prostitución. Además, se especifican los reglamentos de sustancias, incluyendo productos alimenticios, bebidas alcohólicas, medicinas y estupefacientes e incluso cosmética, abarcando la totalidad de lo que pueda ser consumido por el cuerpo humano.

El tratamiento de la salud mental también elimina el registro y se basa en la contención, aislamiento y tratamiento, adquiriendo toda responsabilidad el Estado y manteniendo las facultades del Director General para la revisión de los casos.

También se mantienen elementos sobre la higiene de los lugares de trabajos y se amplían con el saneamiento de alcantarillados, conservando la importancia del agua potable como regulador para las diversas actividades humanas.

En general, se vuelve una especialización del Código Sanitario anterior, incluyendo materia de mayor modernidad debido a los 37 años de diferencia entre ambos. Resaltando sobre todo la gran ampliación de reglamentos en distintas materias desde los productos que se mencionaron, las delimitaciones para la construcción de cementerios y la diferenciación con las sustancias que pueden provocar dependencias, siendo un apéndice de 1970.

La documentación muestra el crecimiento del sistema de salud pública chilena a lo largo del siglo XX y también da cuenta que los modelos de control sobre

la vida fueron constantes al rescatarse elementos de sus antecesores. Las adecuaciones obedecen principalmente a las transformaciones del Estado, cambiando la vigilancia basada en el castigo de los dos primeros Códigos a la vigilancia basada en la protección de los Códigos más recientes. Como también, el nivel de intervención que alcanzó el Estado absorbiendo completamente la salud privada que fue predominante en el siglo XIX, subordinándola a las directrices de la legislación.

Así, las áreas que ocupan los distintos apartados de la legislación se centran en el movimiento de las personas, las prácticas curativas y las prácticas socioculturales. Principalmente el resguardo del nacimiento y la infancia buscaba la inyección de capital humano a la sociedad, siguiendo la seguridad social como impulsor económico del bienestarismo. Conjunto a ello, teniendo a la policía científica para el monitoreo sanitario sobre la población, cuidando el modelo del ciudadano sano y por lo tanto, productivo o que signifique un menor costo social.

Revistas especializadas, difusión del quehacer sanitario.

Comenzando con dichas revistas especializadas, el primer artículo seleccionado fue escrito por la visitadora social María Santelices E. en octubre de 1938 publicado en la revista *Servicio Social*, titulado *El Servicio Social Frente al Problema de la Madre Soltera y su Hijo*. Aborda la ilegitimidad de los hijos como un problema dentro de la sociedad, estudiándolo mediante la investigación de madres solteras en sus causas y consecuencias para que se encuentren en tal situación. Principalmente se enfoca en elementos culturales y la relación de la actividad de mujeres jóvenes con los peligros sanitarios que pudiera tener la falta de educación sexual y el descuido de las infancias.

Explora la problemática de la ilegitimidad criticándolo como un factor desastroso para la población y la raza, porque acarrearía también el aborto, la muerte en el parto y la mortalidad infantil, argumentando que su origen vendría de los factores racial, cultural y social, siendo el primero una especie de falta de moral intrínseca al chileno, el segundo la ignorancia de la sociedad y el tercero relacionado

las precarias condiciones de vida en las clases vulnerables³⁴⁸. Esto último es criticado a través de la industrialización del país, pues Santelices mencionaba que el mundo rural y el trabajo campesino sería más receloso de la familia y la protección de la herencia, cosa que no se observaba en los centros industriales y mineros³⁴⁹.

De tal forma es que hace un llamado al gobierno a estimular un responsabilidad paterna en los hogares, que las escuelas trabajen en conjunto con los padres para valorar la importancia de la niñez y su educación, que las juventudes tengan recreaciones consideradas sanas, existan sueldos y trabajos apropiados, mencionando que la ilegitimidad sería finalmente reducida si se acabaran los distintos males sociales a los que se refiere³⁵⁰. Para fundamentar estos aspectos es que la metodología de su investigación se basó en una encuesta a cincuenta madres solteras, siendo primerizas, de clase obrera, con tratamiento en Maternidad y que padres de sus hijos no hubieran contraído matrimonio posteriormente, concentrado también entre el área de Maternidad San Francisco de Borja y el Consulto N°1 del Seguro Obrero ambos en Santiago. Así recolectó los datos de identificación de la madre, identificación del padre (denominado seductor), constitución del grupo familiar del que provenía la madre y su situación socioeconómica, el ambiente material o moral como se refiere a las problemáticas que pueda tener una familia con la conformación del núcleo, el abuso de sustancias, etc., la iniciación del conocimiento para saber si el acto sexual fue consentido o una violación, la actitud de la familia frente al embarazo y por último, la correspondiente demanda por manutención hacia el progenitor, auspiciada por el mismo Servicio Social. La investigación fue concentrada en la madre, obviando el estado de su hijo al ser este supervisado bajo la misma labor de la visitadora social³⁵¹.

Finalizada la encuesta, la muestra tuvo un rango etario desde los 15 hasta los 26 años siendo relativamente equivalentes entre ambos progenitores, siendo los hombres mayores pero manteniéndose en el rango de padres y madres jóvenes o adultos, con la excepción de los casos de violación, aun así ninguno de los padres

³⁴⁸ María Santelices E. "El Servicio Social Frente al Problema de la Madre Soltera y su Hijo" *Servicio Social* (Octubre, 1938) p. 151.

³⁴⁹ María Santelices E. "El Servicio Social...", p. 152.

³⁵⁰ María Santelices E. "El Servicio Social...", p. 153.

³⁵¹ María Santelices E. "El Servicio Social...", p. 155.

era menor de 18 años³⁵². Dentro del grupo, Santelices establece una relación entre el embarazo debido a que la juventud no habría tenido sus necesidades cubiertas y que los hombres además, no se habrían desarrollado en un ambiente que pudiera dominarlos para encauzar sus instintos, siendo la falta de principios y la falta de sanción legal el origen de la relación ilícita³⁵³. En su análisis también encuentra la diferencia entre las jóvenes de mayor y menores recursos, siendo que las primeras tienden a interrumpir el embarazo ya que cuentan con los medios para ello, siendo la segunda más obligada por su situación a que su hijo nazca, mostrando también lo variado de las situaciones donde se llegaba al embarazo, ya sean las violaciones debido a la poca educación sexual y el descuido de la familia, la aspiración a una mejor situación socioeconómica al ser el hombre de mayor posición, para intentar conservar su empleo manteniendo una relación con su jefe y otras por mera inocencia³⁵⁴.

Los distintos factores que va enumerando son variados, entre ellos se encuentran el origen, siendo una causa más inmediata donde se busca anular los mencionados males sociales en su ambiente³⁵⁵, el factor racial donde postula la primitividad de los pueblos indígenas en la cohesión familiar sumado a los conquistadores españoles que pese a tener los valores de familia occidental, no lo pusieron en práctica con las mujeres nativas por considerarlas inferiores, además de la historia más reciente que tendría Chile en comparación a otros países, siendo algo que incidiría en el valor familiar³⁵⁶; el factor cultural que incluye el analfabetismo, la promiscuidad resultante del trato conflictivo entre ambos géneros, la falta de delicadeza en la mujer, la ignorancia de la juventud en materia de educación sexual, las faltas de valores en el hogar, la precariedad económica, la ignorancia general de la población que llevaría a las mujeres jóvenes a ser más inocentes frente al coqueteo masculino, las relaciones de poder y la necesidad de supervivencia de las mujeres³⁵⁷; el factor ambiental en el que se desarrollaría la niñez, siendo el hogar el pilar fundamental para construir su personalidad, la

³⁵² María Santelices E. "El Servicio Social...", p. 157.

³⁵³ María Santelices E. "El Servicio Social...", p. 158.

³⁵⁴ María Santelices E. "El Servicio Social...", p. 167.

³⁵⁵ María Santelices E. "El Servicio Social...", p. 167.

³⁵⁶ María Santelices E. "El Servicio Social...", p. 168.

³⁵⁷ María Santelices E. "El Servicio Social...", p. 169 – 171.

materialidad en cuanto al poder económico que este tenga, atribuyendo que a mayor pobreza aumentaría el riesgo de abuso infantil debido a la capacidad de la vivienda y las camas dentro de ella, además del abandono debido a las extensas horas de trabajo que ocupan a los padres, añadiéndole el ambiente moral donde influyen aspectos como el alcoholismo que degradaría a la familia y la salud de los hijos, la falta de matrimonio civil que impactaría en la moralidad de los hijos, una familia no constituida o afectada por la tragedia del fallecimiento de los padres y la falta de vigilancia que se mencionaba anteriormente, culpando al industrialismo de las largas jornadas de trabajo y el obligar a que las madres no se dediquen completamente a la crianza³⁵⁸ y finalmente, el factor social, donde la culpa se la llevarían el consumo de productos culturales debido a la necesidad de esparcimiento y diversión de las juventudes, ocupando lugares como cabarets o centros de baile además de la música siendo el *jazz* en esta ocasión, a ello se le suma el cine tanto por las producciones como por el acceso a este y las lecturas que llama impropias las cuales favorecerían la precocidad sexual³⁵⁹. El conjunto de estos elementos serían los causantes del aumento de población de madres solteras y su coerción, remedio o anulación de algunos permitiría alcanzar esta mejoría en la sociedad y la raza que menciona la autora.

El siguiente artículo fue escrito también por una visitadora social en este caso de Valparaíso, parte del Hospital Dr. Carlos Van Buren, llamada Olga Vattuone Zanini. Titulándose *Lucha Antivenérea* publicado en la revista *Servicio Social* en diciembre del año 1940. Problematiza la relación entre las enfermedades venéreas y el núcleo familiar de la sociedad chilena, a través de entrevistas a personas portadoras relacionando sus actividades personales con la falta de educación sexual.

Consiste en estudio sobre problemáticas sexuales dentro del ambiente familiar a raíz de la denominación de enfermedades de trascendencia social a las ITS que les preocupaba en el momento, siendo algo no solo de salud sino también de moralidad como un mal social. Para la autora son necesarias tres medidas para

³⁵⁸ María Santelices E. "El Servicio Social...", p. 173-174.

³⁵⁹ María Santelices E. "El Servicio Social...", p. 175.

combatir las enfermedades venéreas, el criterio general para identificar el problema en la familia, la intervención del Estado y la prostitución³⁶⁰, siendo el primer problema en relación al temprano inicio de vida sexual en los hombres que en conjunto con el poco conocimiento de la familia sobre estas enfermedades, siendo de quien depende la educación sexual, provoca el riesgo en los adolescentes que terminan siendo afectados y seguir transmitiendo estas ITS³⁶¹, por lo que es necesario que las familias tengan una mayor cultura sexual, menos pudor para enfrentarse a estos temas y entregar las herramientas para formar la conciencia moral del adolescente, tanto para la prevención como para la curación en donde la vergüenza y el desconocimiento provoca que no se lleguen a pronto tratamientos o la misma contención de la infección que lo aflija, añadiendo el estigma que pueda tener la familia por lo que en algunos de los casos fueron terceros o conocidos quienes llevaron al adolescente donde la visitadora para que pudiera asistirlo³⁶².

Así con el estudio de los casos es que Vattuone crea un diagnóstico social, donde jerarquiza las distintas causas para que los pacientes hayan contraído la enfermedad, complementando el problema médico con el problema moral al que denomina, donde se involucran la desorientación, la adquisición de conceptos errados, la imprudencia consciente motivada para una necesidad biológica, el ambiente desfavorable que arrastraría a caer en estos problemas sexuales y la moral dogmática de los padres, sumándole a ello otros problemas que puedan derivar a raíz de la socialización del contagiado, como el fracaso en los estudios, la moral licenciosa, los complejos, el abandono del hogar, el fracaso profesional, la falta de respeto hacia los padres, la separación, el abandono y la violencia conyugal³⁶³.

De tal forma es que la visitadora construye también un esquema para las actividades sexuales con relación a las prácticas y problemáticas de la sociedad con sus consecuencias para la salud de las personas y de la sociedad en general, por

³⁶⁰ Olga Vattuone Zanini. "Lucha Antivenérea" *Servicio Social* (Diciembre 1940) p. 202.

³⁶¹ Olga Vattuone Zanini. "Lucha Antivenérea...", p. 203.

³⁶² Olga Vattuone Zanini. "Lucha Antivenérea...", p. 205.

³⁶³ Olga Vattuone Zanini. "Lucha Antivenérea...", p. 210.

lo mismo es que llama a que este problema sea algo trascendente y de importancia para el conocimiento dentro de las familias.

Continuando la revisión se encuentra el séptimo volumen de la *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*, publicada en marzo del año 1945. Asesorada por Waldemar E. Coutts, J. Orellana y F. Landa P., dirigida por Nacianceno Romero y Ortega, además del secretario de redacción de Osvaldo Cifuentes T. Se trata de la difusión de investigaciones y programas médicos realizados en el país, con el objetivo de entregar las novedades del trabajo sanitario y proponer ideas para su realización.

El volumen se diferencia de los anteriores artículos al centrarse en medicina científica, encontrándose las afecciones y sus causas por distintas prácticas pero con la diferencia de no estudiar a la persona como tal. Más bien refiriéndose a él como algo que lo identifique a momento del estudio, pero se concentre en el desarrollo de los patógenos en cuestión, con el perfil clínico, el estudio y una discusión bibliográfica con la investigación de acuerdo con el funcionamiento de determinada enfermedad y si sigue siendo vigente el conocimiento previo.

Así se concentra en las enfermedades que figuraban dentro de los códigos sanitarios como el tifus exantemático³⁶⁴, la fiebre tifoidea³⁶⁵ y enfermedades o infecciones producto de las relaciones sexuales donde no se hace mayor diferencia más que el portador, no encontrándose algún juicio de valor en el desarrollo de los artículos.

Otros elementos interesantes son los distintos informes sobre inoculación en infantes y escolares, comentando el tipo de procedimientos y del contenido de las vacunas que fueron aplicadas. Además contiene bastante bibliografía chilena dedicada a distintas áreas con un índice que muestra los temas como rasgos físicos y psíquicos, mortalidad infantil, patologías, problemas de conducta, trabajo infantil, eugenesia, puericultura, alimentación, higiene mental, higiene bucal, higiene

³⁶⁴ Servicio Nacional de Salubridad de Chile *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva* (Marzo, 1945) p. 15.

³⁶⁵ Servicio Nacional de Salubridad de Chile *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva* (Marzo, 1945) p. 35.

escolar, educación, protección social, servicio social y documentos de organismos de protección y cuidados³⁶⁶, mostrando el tipo de temáticas que eran consideradas relevantes para el conocimiento de los profesionales de salud.

Más adelante también se encuentran proyectos de obras de salubridad, como planes de saneamiento en territorios rurales, para Santiago y tres demás ciudades que sean consideradas importantes para la labor³⁶⁷, donde se encuentran trabajos de Alcantarillado, tratamiento de aguas potables, la apertura de nuevos centros de lucha contra enfermedades, las consideradas importantes legislativamente, el establecimiento de baños y lavanderías, y la higienización tanto de la ciudad como planes para higienizar viviendas. Denotando las preocupaciones del saneamiento urbano dentro de la sociedad, ya establecido el esquema legislativo de las medidas requeridas por el Estado para el trabajo sobre el espacio. El contenido del artículo muestra los diálogos profesionales para el cometido sanitario de la autoridades, proponiendo planes en la higienización de las urbes. Así se tuvo en cuenta la prevención de la enfermedad en grandes poblaciones desde lo más básico, el acceso al agua limpia y la correcta utilización de este recurso. Después se extiende al trabajo sobre las viviendas, que el higienismo urbano focalizó para mejorar la vida en los sectores pobres de las ciudades principalmente.

La mayor parte del contenido explícito de la revista termina siendo el estudio de enfermedades relevantes para el período, siendo las de mayor preocupación o las establecidas expresamente en los códigos sanitarios. Involucrando la investigación para encontrar soluciones médicas a ellas, ya sea vacunas, tratamientos terapéuticos o medicamentos, centrándose en los aspectos biológicos de prevención y contención en la sociedad. En otro aspecto, la revista no es centrada en categorías morales del individuo como si pasaba con los artículos de Santelices y Vattuone, a la vez que tampoco integró elementos eugenésicos del perfeccionamiento humano condicionándose al modelo higienista.

³⁶⁶ Servicio Nacional de Salubridad de Chile *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva* (Marzo, 1945) p. 60.

³⁶⁷ Servicio Nacional de Salubridad de Chile *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva* (Marzo, 1945) p. 105.

Efectos del trabajo higienizador

En general los estudios vistos siguen las pautas del desarrollo biopolítico durante el período, pues se es analizada tanto la corporalidad de los sujetos en cuanto a materia biológica; virus, bacterias o enfermedades transmitidos por estos, como la realidad interpersonal de los mismos. En las revistas del *Servicio Social*, se puede encontrar un análisis de los sujetos buscando no necesariamente el tratamiento o la contención, sino el origen o la prevención. Así son resaltados elementos culturales, sociales y económicos como causales para la transmisión de enfermedades o el actuar más impuro frente a los valores morales de la sociedad de la época.

Se podría hablar de una complementariedad en las investigaciones y del trabajo médico en la época, lo que formaba el entramado del saber-poder de la biopolítica bienestarista. Es posible observar los aspectos directos de la teoría y el análisis de resultados típicos de las ciencias naturales, resaltando los aspectos biológicos de la profilaxis, proyectándose en el trabajo social para continuar el protocolo de cuidados desde la curación hasta el tratamiento domiciliario y en algunos casos, la prevención de enfermedades al analizar la realidad social de los pacientes.

En concordancia con ello, es destacado el rol de las visitadoras sociales como un nexo directo del Estado con las familias chilenas, pues no sólo aumentaban la capacidad médica disponible si no también la implementación de las políticas sanitarias³⁶⁸. El contexto entregado en las investigaciones que construían con las visitas amplía el manejo de la salud sobre la población, ya que sus responsabilidades iban desde el tratamiento mismo del enfermo hasta la correcta organización del hogar que estimara³⁶⁹. Aparte, cumplían otro rol intermedio entre la medicina general y el trabajo social en el seno de las familias, convirtiéndose en una inyección de personal sanitario necesario tanto para el interior de los hospitales

³⁶⁸Maricela Gonzalez Moya, María Soledad Zárate Campos "Profesionales, modernas y carismáticas: enfermeras y visitadoras sociales en la construcción del Estado Asistencial en Chile, 1900-1930". *Dossiê Pobreza e Assistência: debates historiográficos*. (abril, 2017). P. 379.

³⁶⁹ Maricela Gonzalez Moya, María Soledad Zárate Campos. "Profesionales, modernas y carismáticas..." p. 383

como para el seguimiento de la gente³⁷⁰. En resumen, fueron un agente crucial para el desarrollo de la modernización y el control sanitario emanado por el Estado sobre la población.

Teniendo esto en cuenta, el control ejercido o el biopoder del Estado de Bienestar en este caso vendría a traducirse principalmente en el estudio y foco de infecciones en la sociedad civil, el resguardo no se convierte en un modo de operar meramente coercitivo, sino más bien fundamentándose en la educación de los individuos y el masificar el monitoreo sanitario, buscando ese mejoramiento ciudadano proveniente de la asistencia bienestarista.

El control sanitario específico de la población podría agruparse en tres áreas: la inmunología, la salud sexual y el consumo de sustancias. Siendo lo primero el enfoque en las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, que representa una de las grandes luchas del siglo XX; la higiene social que se proyecta en la salud reproductiva de la población por las consecuencias mismas de las infecciones de transmisión sexual y también las responsabilidades o conformaciones de las familias buscando el correcto cuidado de los hijos, con los roles paternos de la sociedad en la época y la solvencia para satisfacer las necesidades de la niñez, el cuidado moral de los adolescentes y el respeto de acuerdo a los estereotipos y estigmas de género en sus roles; por último el consumo de sustancias centrado en mayor medida en el control del alcoholismo, al ser la droga legal de más alta ingesta, evaluando el costo monetario para los grupos familiares y el riesgo que representaba para la sociedad los individuos bajo efectos del alcohol.

Comenzando con la preocupación en cuanto a infecciones, el control se puede observar en la aplicación de políticas desde el aparataje estatal administrativo, con las fundación de diversas instituciones y el entramado de trabajo en conjunto predispuestos por los códigos sanitarios, las medidas de inoculación haciendo uso de las vacunas disponibles en la época, el monitoreo sanitario de las

³⁷⁰ Maricela González Moya. (2017). *Asistentes sociales y salud pública en Chile: identidad profesional y lucha gremial, 1925-1973*. *Dynamis*, 37(2), p. 350-351

personas, los programas que engloban el mejoramiento o la asistencia médica y la inspección sanitaria como un sistema de vigilancia del cuerpo enfocado en la salud.

Es por ello que se suma el nacimiento de una mayor institucionalidad agregándole más complejidad, debido a la concentración de la medicina que se encontraba en el mundo de la Beneficencia y el Seguro Obrero. Por lo tanto, siendo de los primeros planes del Estado en esta materia hizo esfuerzos en implementar organizaciones como la del Instituto Bacteriológico, el Servicio Médico Nacional de Empleados o la Dirección General de Protección de la Infancia y la Adolescencia. Sin embargo, al no controlar gran parte del cuerpo médico llegó a ser ineficiente en su coordinación recién siendo subsanado con el Servicio Nacional de Salud y el posterior Ministerio de Salud Pública y Previsión Social³⁷¹. Por lo tanto, el ensanchamiento del Estado sobre la vida humana fue necesario para la contención de las problemáticas sanitarias, siendo esta el principal foco donde se centra el actuar biopolítico, ya que incluso la vida animal es vista desde el consumo humano.

Trasladándose al punto de la sexualidad, la carga moral es evidente en las fuentes de la revista *Servicio Social* teniendo como temática el sexo y sus consecuencias personales y sociales. Primero se encuentran los esquemas familiares, preocupándose por lo considerado en el momento una correcta conformación del grupo familiar. Esto quiere decir primero, familia nuclear constituida por madre y padre; segundo, el modelo familiar del matrimonio heterosexual; tercero, la satisfacción de necesidades socioeconómicas. Pudiendo establecerse aquello como los pilares del cuidado en la reproducción biológica, el estatus social y el bienestar económico. Así es como se puede traducir el denominado problema de la madre soltera, que justamente tendría carencias de estos tres aspectos, buscando la solución en el control moral, social y cultural tanto de mujeres como de hombres. El foco no se encuentra en la acción de encauzar el cuerpo humano por sí mismo, más bien intenta plantear un mejor desarrollo

³⁷¹ González C, Castillo-Laborde C, Matute I: [ed.]. *“Serie de salud poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno”*. Santiago, Chile: CEPS, Fac. de Medicina. CAS-UDD. 2019. P. 55-56

educativo y mayor vigilancia sobre las acciones de los individuos avaladas o presionadas por el entorno social o cultural.

La sexualidad con control del cuerpo como tal se identifica mejor a momento de estudiar las enfermedades venéreas, siendo estas de importancia igual o mayor que las infecciosas. En este ámbito puede derivar ambas acciones ya vistas, desde el punto de vista de la infección misma con su prevención o posterior cuidado a la vez que se considera necesario el control social y cultural, incluso hasta culpando los productos culturales de entretenimiento populares entre la juventud de la época. Aun así son puntos entrelazados, pues puede ser derivado uno del otro o trabajar al mismo tiempo en el origen del problema. De tal forma en las fuentes de las revistas del *Servicio Social*, consideran tres esferas importantes que deben trabajar o subsanarse para combatir el problema de estas infecciones. Primero una esfera interna siendo la familia; Segundo una esfera externa entre la experimentación, las prácticas sociales y la prostitución. Apareciendo también una tercera esfera, una superior que se encargaría del trabajo desde lo macro a lo micro, el Estado.

La esfera interna familiar o socioeconómica, encuentra elementos compartidos con lo explicado anteriormente del esquema familiar, valga la redundancia, del sujeto en cuestión. Se busca un modelamiento directo de las conductas que puedan considerarse nocivas para su salud y desarrollo, no de forma explícitamente impactante o detonante pero paulatinamente a lo largo del trabajo de las visitas sociales, los controles de infantes y el subsidio en salud a madres. Debido a ello, caracterizando la vida familiar y cotidiana como un pilar importante en el mejoramiento ciudadano, se investiga y acompaña. Proponiendo resoluciones sanitarias desde esta arista de la vida humana.

Desde esta esfera externa, resalta el tema de la prostitución sobre todo, siendo una de las mayores persecuciones que realizó el Estado contra el comercio sexual desde el siglo finales del siglo XIX que cubriría las fases de tolerancia, prohibición y mediano punitivismo que fueron emanándose desde las políticas sanitarias y repercutiría en el accionar del personal público en general desde las policías hasta el cuerpo médico en general, quienes se encargaban de la profilaxis de enfermedades venéreas.

En primer lugar, hubo una fase de tolerancia con el mismo continuando con la tradición del mal menor respecto a esta práctica, cuestionada moralmente pero fuertemente arraigada en la sociedad. Así en la primera reglamentación tanto la prostitución misma como los burdeles, denominados Casas de Tolerancia, eran permitidos, regulados y registrados, teniendo que someterse también a otros ámbitos como el expendio de alcoholes o las restricciones al consumo de sustancias ilícitas³⁷². Además eran sometidas tanto a la inspección del cuerpo policial sanitario y regular, limitando recintos y trabajadoras independientes a distanciarse físicamente de centros de aglomeración pública como escuelas, cuarteles e iglesias y a la invisibilización u ocultación constante de sus integrantes, exigiendo ventanas y puertas cerradas a parte de la imposibilidad de asomarse por la mismas, arriesgando multas y mayores sanciones por acumulación en caso de incumplimiento³⁷³. Aquello muestra un incipiente desarrollo hacia el punitivismo y la excusa judicial para poder comenzar la persecución, estableciéndose como una forma para vigilar directamente, dando facultades a las municipalidades para ello, en conjunto a la exclusión del comercio sexual en la cotidianidad social³⁷⁴.

1925 marcó el antes y el después con la directa prohibición de todo tipo de comercio sexual, incluyendo el clausurar burdeles y sancionar a todo quien lo practique o consuma. Esto iba en pos de la modernización del país, también sumándose a la modernización sanitaria ya mencionada, buscando las vías legales para la destrucción de los antiguos burdeles y los que estuvieran funcionando todavía de forma clandestina, una especie de mezcla entre la idea sanitización de Santiago y de la población³⁷⁵. Pese a la dureza legislativa, en la práctica hubo dos factores que llevaron a no ser tan efectivas estas medidas, primero la persistencia de la prostitutas en seguir trabajando en clandestinidad enfrentándose a las consecuencias y por otro lado, el rumbo que tomó el accionar de las autoridades al momento de considerar que la eliminación del rubro no lo arrancaba de raíz. Se caracterizó este diferir de la ley y la autoridad cuando fue considerado mejor utilizar

³⁷² Ana Gálvez Comandini. *"Lupanares, Burdeles y Casas de Tolerancia: Tensiones entre las prácticas sociales y la reglamentación de la prostitución en Santiago de Chile 1896-1940"*. Revista Tiempo Histórico, año 5 n°8. Santiago, (Octubre de 2014). P. 75

³⁷³ Ana Gálvez Comandini. *"Lupanares, Burdeles y Casas de Tolerancia..."* p. 76

³⁷⁴ Ana Gálvez Comandini. *"Lupanares, Burdeles y Casas de Tolerancia..."* p. 77

³⁷⁵ Ana Gálvez Comandini. *"Lupanares, Burdeles y Casas de Tolerancia..."* p. 82

la vigilancia como el principal método para la prevención de las enfermedades venéreas, así lo dieron a entender en 1930 Carabineros a momento de publicar una memoria respecto del intento de erradicación de la prostitución. Para ese momento la consideraron ineficaz y desconectada con la realidad e idiosincrasia de la sociedad emplazando a los legisladores del momento³⁷⁶, para el cuerpo policial también constituía un mal pero en la práctica del control de este no hallaron frutos para los que seguir trabajando en esa línea.

Con el código sanitario de 1930 se llegó a una mediación entre los protocolos tomados por los dos anteriores, seguían sin volver los burdeles o casas de tolerancia como fueron denominados alguna vez, pero todavía estaba permitido ejercer el comercio sexual mediante la prostitución individual e independiente. Esto fue de la mano con las perspectiva más afín al Estado de Bienestar, donde el mejoramiento de la salud sexual se vería a través principalmente de la educación, por lo que una vigilancia sobre la prostitución no fue constituida estrictamente necesaria más allá de la prohibición del trabajo colectivo o asilado³⁷⁷. Por otra parte, el remedio terminó siendo peor que la cura al consecuentemente provocar la proliferación de la prostitución clandestina, trayendo consigo el aumento en infecciones de transmisión sexual³⁷⁸ y las problemáticas derivadas de las prácticas sexuales sin mayor responsabilidad o con falta de conocimiento.

En 1943 la Dirección General de Sanidad emite un nuevo reglamento intentando arreglar el historial que ya venía arrastrando la pugna entre el Estado y la prostitución. En él se buscó la reglamentación mediante la inscripción de las prostitutas del país, buscando el estudio mediante investigación estadística y el sistema de control sanitario de las trabajadoras³⁷⁹. Sin embargo, se continuo por la línea más punitiva y acusatoria, al ofrecer la inscripción conviniendo sus derivados tratamientos y resguardos pero responsabilizando al cuerpo de Carabineros de denunciar a toda prostituta que no estuviera registrada como tal.

³⁷⁶ Ana Gálvez Comandini. *"Lupanares, Burdeles y Casas de Tolerancia..."* p. 83

³⁷⁷ Ana Gálvez Comandini. *"Lupanares, Burdeles y Casas de Tolerancia..."* p. 85

³⁷⁸ Ana Gálvez Comandini. *"Lupanares, Burdeles y Casas de Tolerancia..."* p. 86

³⁷⁹ Ana Gálvez Comandini. *"Lupanares, Burdeles y Casas de Tolerancia..."* p. 89

Por lo que se pudo entrever, la problemática de la prostitución para las fuentes calza justamente cerca de las fases finales del control estatal sobre dicho gremio. Esto no dejaría de ser así hasta la introducción del tratamiento de sífilis mediante la penicilina entre los años 1943 a 1949 siendo el último donde se masificaría. Terminando por menguar disyuntiva del Estado contra la prostitución al haber encontrado otra forma de lograr el objetivo de la profilaxis de enfermedades venéreas y gracias a que la prostitución se encontraba tan entrelazada con la sociedad que pese a todos sus intentos de extinguirlas logró sortear su supervivencia.

Lo anterior constituye el planteamiento del desarrollo entre las dos últimas esferas para los puntos estudiados por los profesionales de la salud, siendo la tercer esfera la superestructura del Estado que es clave protagonista de la presente investigación. El aparataje legislativo fue un punto de inflexión para ejercer el biopoder correspondiente sobre la sociedad en su complejidad, los actores del mismo fueron una pieza fundamental tanto para la aplicación de las legislaciones como para la discusión de las mismas como se pudo ver con los casos presentados. Por lo que es posible decir que, en Chile durante el período que compete el texto la mayor carga de biopolítica se encuentra en la institucionalización de la salud y la legislación sanitaria, a su vez existiendo diversos tipos de coerción pero en constante desarrollo y discusión, la aplicación de este poder fue más allá del forcejeo del cuerpo y las intervenciones biológicas como puede serlo un control sanitario o una vacunación obligatoria.

La aplicación se dibujó en torno a la super vigilancia de la materia sanitaria como un cuerpo de ideas, que se tradujo en la herramienta de los legisladores, la presencia del Estado y la vinculación del cuerpo médico. Lo primero encontrándose en las distintas ideas que se intentaron implementar a través de los códigos sanitarios y los reglamentos disponibles; lo segundo en la expansión de infraestructura y la fundación de nuevas instituciones para seguir los lineamientos de la ley y ayudar a cumplir el gran objetivo que era la profilaxis de enfermedades infecciosas; lo tercero de la mano con lo anterior, en la regulación y ampliación del cuerpo médico, ya sea a través de la legalidad de las profesiones por medio de la

Universidad de Chile como el principal validador de la formación médica, como por la creación de nuevos empleos y el ordenamiento del personal sanitario. Todo ello en pos de ir profundizando la conexión del Estado con los individuos de la ciudadanía nacional o extranjera, incluso ingresando a un entramado de cooperación internacional con lineamientos explícitos en común para el mismo objetivo, lo ya visto en la revisión del código sanitario panamericano de 1925.

De la mano del biopoder con las ideas higienistas que se cultivaron en el país, la sociedad en si se volvió un campo de acción para el trabajo del Estado³⁸⁰. Desde el consenso social y político del primer cuarto del siglo XX que fue formalizándose el proyecto de mejoramiento y protección ciudadana, surgiendo las facultades, planteamientos e intervenciones mostradas aquí.

El tercer aspecto anteriormente expuesto es la preocupación respecto al consumo de sustancias, encontrándose en los códigos sus respectivos catálogos, reglamentos y diferenciaciones. Ellos contienen las especificidades respecto al consumo mismo, la distribución y venta, aparte de las autorizaciones de los actores para poder ingerir alcoholes y drogas terapéuticas, medicinales o derechamente ilícitas.

El centro del control de sustancias comenzó desde la regularización de boticas, siendo estas las principales distribuidoras de productos farmacéuticos al mercado y desde 1920 el Estado buscó regular la toxicomanía específicamente de opioides como la morfina y la cocaína junto a la hoja de coca³⁸¹. Esto a raíz de los temores primero a la adulteración de los productos farmacológicos, responsabilizándose por el daño que estos podrían provocar a la salud de la población si no era reglada su pureza y buen estado para el consumo de quienes lo necesitaran, siendo la principal preocupación de finales del siglo XIX e inicios del XX³⁸². Luego a través de la mitad del siglo XX surgiría otra problemática como consecuencia del mercado de estos medicamentos, el sujeto denominado como

³⁸⁰ Maricela Gonzalez Moya, María Soledad Zárate Campos. "Profesionales, modernas y carismáticas..." p. 374

³⁸¹ Marco Fernández Labbé. "*Drogas en Chile, 1900-1970: Mercado, consumo y presentación*" Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2011 p. 14.

³⁸² Marco Fernández Labbé. "*Boticas y toxicómanos: Origen y reglamentación del control de drogas en Chile 1900-1940*" Atenea 508, 2013. P. 74

toxicómano un individuo dependiente de los efectos de estupefacientes o preponderante a la narcomanía³⁸³ No obstante, la regulación encontró rápidamente problemas con el tráfico ilícito, el soborno y la languidez de los empleados de boticas, droguerías y farmacias dentro de hospitales privados o a cargo de la Beneficencia, que entregaban estas drogas sin prescripción médica, siendo ella necesaria arriesgando delito, o ellos mismos caían en la adicción³⁸⁴. Por ello, es que el control se ejerció en los recintos anteriormente nombrados, ya que tanto en informes de la Dirección General de Sanidad como por las investigaciones policiales estos se convirtieron en focos del tráfico de sustancias, debido a la falta de vigilancia del personal y las falencias legislativas que no establecían responsables facultativos para el correcto manejo de las drogas³⁸⁵.

Llegando a 1936, se es promulgado un nuevo reglamento donde se carga aún mayores responsabilidades a farmacéuticos, galenos y boticarios respecto al control de la circulación de las drogas, pero no se da el mismo caso para los médicos cirujanos que cuentan con un libre uso de ellas, lo que causa conflicto entre ambos gremios para la lucha contra el comercio clandestino que ya se instalaba también en lugares como cabarets, casas de tolerancias bares, restaurantes y centros nocturnos desde 1930³⁸⁶. A raíz de ello es que fue la receta médica la principal forma de regular el mercado y el acceso de los fármacos a los consumidores nacionales, pese al lento pero continuo crecimiento del mercado, las investigaciones policiales no arrojaban una red demasiado extensa de distribución ilegal, más bien esto venía desde los mismos adictos que terminaban redistribuyendo de forma adulterada los productos³⁸⁷, recién planteando el tráfico desde el extranjero, a través de alimentos adulterados principalmente, cosa que tenía su propio apartado en los códigos sanitarios, en las investigaciones de lo considerado como crímenes a la salud pública en 1954³⁸⁸.

³⁸³ Marco Fernández Labbé. *"Boticas y toxicómanos..."* p. 85.

³⁸⁴ Marco Fernández Labbé. *"Drogas en Chile..."* p. 17.

³⁸⁵ Marco Fernández Labbé. *"Drogas en Chile..."* p. 22.

³⁸⁶ Marco Fernández Labbé. *"Drogas en Chile..."* p. 23

³⁸⁷ Marco Fernández Labbé. *"Drogas en Chile..."* p. 26.

³⁸⁸ Marco Fernández Labbé. *"Drogas en Chile..."* p. 29.

Recién en 1960 se posibilitó el rastreo del mercado ilícito de las drogas y fueron identificándose los nexos de las rutas provenientes desde el extranjero, además de la mayor fiscalización en el ingreso de productos al país y el trabajo en conjunto con la policía internacional (Interpol)³⁸⁹, al ser Chile un punto crucial en la exportación de drogas desde Bolivia hacia mercados europeos y norteamericanos, investigaciones expuestas en 1971³⁹⁰.

El control sobre el consumo de estupefacientes hace un juego mayormente punitivo que lo encontrado en otros puntos, la regulación y el trabajo fue desarrollándose fuertemente ligado a las policías y la fiscalización de los centros públicos para intentar detener el mercado negro. Ya luego entrado de lleno en el proyecto bienestarista del Estado es que recién fue ingresada la preocupación por la ciudadanía con problemas de adicción a estas sustancias, organizando el registro nacional de toxicómanos desde la Dirección General de Sanidad y posteriormente la utilización del registro para la rehabilitación de dichos sujetos³⁹¹.

Reiterando la focalización de vigilancia Estatal en las actitudes consideradas peligrosas para la salud pública en general, los registros y reglamentos fueron un mecanismo legislativo para institucionalizar a estos sujetos problemas, como se hizo con las prostitutas para el control sanitario de su corporalidad tanto para la salud propia como para el resguardo de sus clientes en cuanto a enfermedades venéreas y los toxicómanos para cuidar la adulteración de fármacos, interrumpir el comercio clandestino, gobernar sobre su comportamiento y resguardar sus vidas, debido al deterioro provocado por la adicción y el costo que pueda significar la masificación de estos problemas en el sistema público de salud, además de velar también porque su comportamiento tampoco afecte a la población general, al ser este considerado de mayor consideración al de una persona sobria.

Sin olvidar el alcoholismo, tuvo una apertura a su investigación desde 1915 sobre todo ligado a la teoría de la degeneración en el paradigma de la higienización urbana y la eugenesia, analizando la enfermedad como un problema para la

³⁸⁹ Marco Fernández Labbé. “*Drogas en Chile...*” p. 35.

³⁹⁰ Marco Fernández Labbé. “*Drogas en Chile...*” p. 36.

³⁹¹ Marco Fernández Labbé. “*Boticas y toxicómanos...*” p. 86.

reproducción humana que iría repercutiendo en la descendencia, ideas aplicadas desde el evolucionismo y el darwinismo social³⁹². Así los comienzos de su prevención son provocados por la concepción de que el alcohol como sustancia termina dañando las células necesarias para la reproducción, facilitando anomalías y degeneración en la prole que además podría heredar la adicción, alejándolo del buen y sano desarrollo³⁹³. No escaparía también el relacionarlo con la criminalidad, no tanto por los delitos cometidos por personas bajo el consumo del alcohol sino por la predisposición de la descendencia anómala dentro de estos parámetros, que terminarían siendo criminales o formando una raza de estos³⁹⁴. Este pensamiento radical sería heredado por la teoría psiquiátrica del siglo XIX, donde se buscaba la profilaxis del degenera miento mismo y el alcohol figuraba como una de las causales más recurrentes en el daño de la salud, el comportamiento y la estabilidad mental de las personas³⁹⁵.

La responsabilidad estatal respecto al alcoholismo fue implementada en 1925 al formar parte de lo denominado como enfermedades sociales, como la tuberculosis, venéreas entre otras, contra las que debía encargarse en su lucha y prevención. Sin embargo, pese a las corrientes más radicales, la tradición higienista de Chile prevaleció sobre la eugénica al derivar su contención en un proyecto de higiene social y no ir tan de la mano con la coerción a los individuos en protección de la raza³⁹⁶.

La vigilancia y actuación sobre el alcohol fue un precedente para la protección sobre las drogas en general³⁹⁷, debido al cuidado centrado en los síntomas y conflictos que podría traer el alcoholismo al ser provocado también por un producto de uso tan común y fuertemente arraigado en toda la población. Por lo tanto, el trabajo de su control se terminó por ligar al resguardo de su comercialización y consumo como otra droga lícita.

³⁹² Marcelo Javier Sánchez Delgado. *“Chile y Argentina en el escenario eugénico de la primera mitad del siglo XX”* Santiago, 2015. p. 19.

³⁹³ Marcelo Javier Sánchez Delgado. *“Chile y Argentina en el escenario eugénico...”*. p. 22.

³⁹⁴ Marcelo Javier Sánchez Delgado. *“Chile y Argentina en el escenario eugénico...”*. p. 24.

³⁹⁵ Marcelo Javier Sánchez Delgado. *“Chile y Argentina en el escenario eugénico...”*. p. 35.

³⁹⁶ Marcelo Javier Sánchez Delgado. *“Chile y Argentina en el escenario eugénico...”*. p. 168.

³⁹⁷ Mauricio Becerra Rebolledo. *“Restaurando la voluntad del enfermo: Medicalización del uso de drogas en la primera mitad del siglo XX en Chile”*. Revista Soc. hoy, 26. (2018) p. 118.

Las características de la biopolítica durante el Estado de Bienestar se concentran en la higiene de la sociedad en su totalidad. La introducción del Estado en el campo de salud, donde antes de toda la institucionalidad ya vista se concentraba en grupos de socorro mutuos como los seguros o en la Beneficencia, siendo un rescate altruista, un autogestión ciudadana³⁹⁸ que fue catalizándose hasta la completa absorción por parte del Estado. Sumándole a ello, la perspectiva del campo de acción para que fuera interviniendo el cuerpo médico público, desde médicos, visitadoras hasta farmacéuticos, intentando cubrir el ciclo total de la profilaxis de enfermedades con la detección, cuidado y seguimiento del enfermo. Por último, la intención de manejar aquellas redes con el fin de mantener un ingreso constante y expansivo de mano de obra a la economía nacional³⁹⁹, se buscó resguardar un modelo de salud para asegurar el capital humano necesario para la expansión que venía construyéndose desde el cuarto de siglo y la posterior industrialización del país, siendo la biopolítica un elemento de la modernización de Chile.

En total la gubernamentalidad aplicada encuentra aspectos coercitivos pero no son una parte crucial del proyecto, con el mejoramiento general de la salud de la ciudadanía se busca el progreso a futuro de la situación del país. El contexto en crisis general, la introducción de fuerzas políticas y la expansión de ideas que aquello trajo nutrieron las vías de acción que culminó y guió el bienestarismo.

³⁹⁸ Mauricio Becerra Rebolledo. “*Restaurando la voluntad del enfermo...*” p. 124.

³⁹⁹ Mauricio Becerra Rebolledo. “*Restaurando la voluntad del enfermo...*” p. 125.

Conclusión

El objetivo de la investigación, analizar cómo se traduce la biopolítica en la legislación y control sanitario durante el Estado de Bienestar en Chile, siguió en cada capítulo el desglose de lo necesario como contexto, la inspección del material legislativo y la relación con las fuentes del campo médico en el período.

Inicialmente, el contexto señaló las bases del desarrollo biopolítico en Chile desde la demanda ciudadana y los cambios que tuvo el Estado de la mano de las nuevas políticas surgidas a raíz de los inicios del siglo XX. La crisis como la de 1929, al introducción de base ciudadana a la política y las nuevas formas de pensamiento que dieron forma a la modernización del Estado, evolucionó en la forma de interactuar con la vida humana en todas sus formas. El comienzo de la decadencia proveniente de la poca iniciativa profiláctica pública y agravado por las consecuencias de la pobreza en el país, facilitó una cuna para la prueba de la biopolítica al volverse la sociedad un campo de acción.

Entre las corrientes eugenésicas e higienistas fueron permeando las ideas del modelado de la salud del ser humano, desde la prevención de enfermedades de distinta índole, pasando por el consumo de alimentos o sustancias hasta las prácticas mismas que se entretajaran con la óptima salud. Sin embargo el higienismo fue el que terminó por imponerse en las discusiones y las leyes, no buscando tanto el perfeccionamiento del individuo mismo que llevaría a la modificación personal. Mas bien fue encaminándose a la higiene social en general, trasladando ese modelo de salud del sujeto a la expectativa de sanidad de la sociedad en su conjunto, desde allí que el urbanismo, el incremento de infraestructura, organización y personal fueran más importantes para resguardar un control de salud amplio.

Las legislaciones en cuestión fueron principalmente los códigos sanitarios al ser aplicados como una carta magna para el ejercicio del biopoder, son canonizados los elementos a desarrollar y visualizan también la evolución en el tiempo, como son heredadas algunas cosas y otras se modifican en base al trabajo resultante de su aplicación.

Estos códigos, están mayoritariamente ligados a los conceptos del higienismo, su aspecto es técnico y hablan de la distribución de la salud que buscaba el Estado. Iniciando con las fundación de instituciones públicas sanitarias, el personal encargado de su funcionamiento, la división territorial, la profesionalización de la salud, los pisos mínimos de lugares públicos y privados para su funcionamiento o capacidad de albergar personas, los protocolos de intercambio y tránsito de especies involucrando también las regulaciones para las vías internacionales, límites para la adquisición, transporte y almacenaje de sustancias y farmacéuticos, entre otros. Siendo en resumen, la aglomeración de la regulación sanitaria en todas las aristas y entregando el panorama biopolítico de forma explícita.

La revisión de estos documentos fue focalizada en los aspectos que interfieran directamente con la vida y la organización de esta, colocándolos por encima de elementos más del rigor jurídico en la redacción y lo que dicta cada artículo, los anexos muestran los artículos nombrados a lo largo de la redacción con el tema, centro de lo que dice y su respectiva cita o extracto debido a la extensión de algunos. Así el objetivo de ese capítulo fue su revisión y dentro a la vez fue ligado el cuerpo de ideas higienistas encontradas dentro de los códigos.

Posterior a ello, el objetivo del capítulo se basó en el análisis de los efectos de dicha legislación y como se tradujo la biopolítica bienestarista en el Chile del período. Para ello se comenzó con el análisis de la revisión de los Códigos Sanitarios que mostraban el mecanismo de la biopolítica bienestarista. Siguiéndole a ello, la revisión de las fuentes de revistas especializadas se concentró en la revista *Servicio Social* y la *Revista Médica de Chile*, al concentrar tanto el trabajo de campo y el seguimiento que realizaban las visitadoras sociales en la primera y el trabajo investigativo de los médicos cirujanos. además de los protocolos o programas que se tomaban en los centros públicos y privados del país en la segunda.

Luego el desglose de los distintos discursos integrados en los artículos de revista, que marcaban concepciones personales y profesionales respecto al modo de vivir de las personas y sobre todo, las herramientas para la profilaxis pública. Para ello, se dividió en las tres luchas del Estado contra las principales

problemáticas sanitarias del momento siendo las enfermedades transmisibles, la tuberculosis como insignia para la época; las enfermedades venéreas, preocupándose por la sífilis en gran medida y por último el consumo de fármacos y estupefacientes, sustancias en general, donde la preocupación era dirigida hacia los productos de la hoja de coca y el alcohol.

Estas problemáticas eran atacadas desde el cuidado de la higiene social con el trabajo en conjunto del personal médico, que brindaba el seguimiento de los distintos casos y la regulación de las personas mismas, destacando a las prostitutas y los alcohólicos o drogadictos, denominados toxicómanos, quienes debían personalmente registrarse para su tratamiento o seguimiento de sus actividades cotidianas. También aquello servía para la elaboración estadística que sirviera para el trabajo legislativo, los resultados de este y sus posteriores modificaciones en el tiempo.

Las fuentes se condicen entre sí al mostrar la bajada de línea de lo requerido por el Estado para ser aplicado en el campo de la salud, reflejándose el origen y desarrollo del aparato público estatal. Así el nacimiento de instituciones desde la Dirección General de Sanidad en 1918 hasta el Ministerio de Salud Pública en 1969 abarca una amplia temporalidad definiendo los márgenes de la intervención estatal en la sociedad, en gran medida ampliándolos al haberse dejado a cargo del sector privado y la Beneficencia desde los inicios de la República. A lo largo de la investigación se resaltó el proceso del Estado de Bienestar por ello mismo, de la mano de la ideología del Frente Popular y los cambios que incrementarían la atención sobre lo social es que directamente es empleado el biopoder no desde una cohesión o control directo, limitándose a los discursos actuales simplistas respecto a libertad frente a la inoculación, en vez refleja un modelamiento del capital humano disponible del país, a conciencia de percibirse una mirada mercantilista. De tal forma, el individuo se vuelve un objetivo político desde su aporte como trabajador y su participación como ciudadano dentro de un entramado de conexiones interpersonales, así la higiene es necesaria en la fábrica, la ciudad y el hogar.

En conclusión, la biopolítica bienestarista basa su control en la institucionalización, regulación y vigilancia, plasmados desde los inicios que tuvo el

sistema de salud pública en el siglo XX. Lo primero se observa en los artículos iniciales de los códigos sanitarios, a excepción del panamericano del año 1925 por sus características internacionales, estableciendo las instituciones, desde la Dirección General de Sanidad, el Servicios Nacional de Salubridad hasta el Ministerio de Salud Pública e Higiene; las jerarquías dentro de ellas, el personal competente para estas tareas, tanto médico como administrativo, e importante también la profesionalización de la salud. Además de los médicos cirujanos, otros oficios fueron ingresados al campo profesional sanitario, como las parteras, la enfermería y la posterior fundación de las visitadoras sociales con su protagonismo a lo largo del siglo XX. Lo segundo se observa en cómo tratar la profilaxis, las enfermedades infecciosas y/o transmisibles son tratadas como un alerta social, se precisa declaración, tiempo para ella y responsabilidades para el médico tratante y la familia que luego cuidará al enfermo en cuestión, las enfermedades venéreas son atañidas en mayor lugar al comercio sexual, naciendo la regulación de los prostíbulos o casas de tolerancia, en un primer momento al ser prohibido posteriormente y el registro de quien ejerza el trabajo sexual, llegando a permitirlo mientras sean cumplidos los parámetros dictados por la legislación, lo que involucraba registro de las personas que se prostituían y controles médicos a modo de seguimiento de su salud sexual .

El control viene de la mano más del cuidado que del castigo, siendo este último algo que no llegaba a funcionar bien en algunos casos, como fue con los intentos de erradicación de la prostitución que fueron fallando constantemente, mientras que el resguardo implicaba la vigilancia constante de que estaban haciendo los ciudadanos, donde estaban frecuentando los lugares para identificarlos y actuar ante estos o que consumían y como les afectaba esto para principalmente ser un peligro para la sociedad.

Bibliografía:

Arellano, José Pablo. "Políticas sociales y desarrollo de Chile 1924-1984" (CIEPLAN, Santiago, 1988)

Aróstegui, Julio. "La investigación histórica: Teoría y Método" (Crítica, Madrid, 1995.)

Barriera, Darío "Por el camino de la historia política: hacia una historia política configuracional" (Secuencia, 2002): 163-196

Bascuñán, Jorge Martín. "El Higienismo y la noción de contagio. El caso de la sífilis en los anales de la Universidad de Chile" (Intus-Legere Historia, 2015): 69-86.

Becerra Rebolledo, Mauricio. "Restaurando la voluntad del enfermo: Medicalización del uso de drogas en la primera mitad del siglo XX en Chile" (Revista Soc. hoy, n°26, 2018): 117-153.

Branislawa, Marta "La Historia Política" (Revista Historia Universal, 2014): 90-117

Cornejo, Juan Rolando. "Configuración de la homosexualidad medicalizada en Chile." (Revista Latinoamericana, 2011): 109-136.

Dattwyler, Rodrigo Hidalgo. "Higienismo, Beneficencia Católica y vivienda obrera en Chile a finales del siglo XIX" (Estudios Ibero-Americanos, 2002): 65-83.

Durán Sandoval, Manuel. "Género, Cuerpo, Gimnasia y Sexualidad en los Manuales Educativos Higienistas y Eugenésicos en Chile, 1870-1938" (Revista de Historia Social y de las Mentalidades Vol. 18 N°1, 2014): 35-58

Feliu Cruz, Guillermo. "Alessandri, personaje de la Historia. 1868-1950" (Editorial Nascimento, Santiago, 1968)

Fernández Darraz, Enrique. "Estado y Sociedad en Chile, 1891-1931. El Estado Excluyente, la lógica estatal oligárquica y la formación de la sociedad" (Editorial LOM, Santiago, 2001)

Fernández Labbé, Marco "Drogas en Chile, 1900-1970: Mercado, consumo y presentación" (Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2011)

Fernández Labbé, Marco "Boticas y toxicómanos: Origen y reglamentación del Control de drogas en Chile 1900-1940" (Atenea n°508, 2013): 73-89

Folchi D., Mauricio "La Higiene, La Salubridad Pública y el Problema de la Vivienda Popular en Santiago de Chile, 1843-1925" (Perfiles habitacionales y condiciones ambientales. Historia Urbana de Latinoamérica siglos XVII-XX, 2007): 361-388.

Gálvez Comandini, Ana. "Lupanares, Burdeles y Casas de Tolerancia: Tensiones entre las prácticas sociales y la reglamentación de la prostitución en Santiago de Chile 1896-1940" (Revista Tiempo Histórico, Santiago, 2014): 73-92.

Gazmuri, Cristián. "Historia de Chile 1891-1994. Política, economía, sociedad, cultura, vida privada, episodios" (RIL editores, 2012)

Gonzalez Moya & Zárate Campos. "Profesionales, modernas y carismáticas: enfermeras y visitadoras sociales en la construcción del Estado Asistencial en Chile, 1900-1930." (Dossiê Pobreza e Assistência: debate historiográficos, 2017): 369-387.

González Moya, Maricela "Asistentes sociales y salud pública en Chile: identidad profesional y lucha gremial, 1925-1973." (Dynamis, 2017): 345-365.

González Moya, Maricela, y María Soledad Zárate. "Trabajo, miserias y recompensas: Asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política sanitaria chilena a mediados del siglo XX." (Salud Colectiva, 2019.)

González, Castillo & Matute. "Serie de salud poblacional: Estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno" (CEPS Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, Santiago, 2019)

Illanes Oliva, María Angélica. "Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las visitadoras sociales Chile, 1887-1940" (LOM Ediciones, Santiago, 2006)

Labbé, Marcos Fernández. "Boticas y toxicómanos: origen y reglamentación del control de drogas en Chile, 1900-1940." (Atenea 508, 2013): 73-89.

Larrañaga, Osvaldo "El Estado de Bienestar en Chile: 1910-2010" (Taurus, Santiago, 2010): 1- 81

Muñoz de Bustillo, Rafael "Mitos y Leyendas del Estado de Bienestar" (Reis: Revista Española de Investigaciones Sociológicas, 2021): 169-182

Palley, T. "Re theorizing the Welfare State and the Political Economy of Neoliberalism's Campaign" (Journal of Economic Issues, 2020): 588-612

Pelbart, Peter Pál "Biopolítica" (Sala Preta, 2007): 57-66

Quintanas, Anna "Higienismo y medicina social: poderes de normalización y formas de sujeción de las clases populares" (ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política. N°44, 2011): 273-284.

Salum Tome, J. M. "Public Policy or Government Programs? Are a Contribution to the Inclusion in Chile?" (World Journal of Education, 2020): 80-88

Sánchez Delgado, Marcelo "Sexo, eugenesia y política: Waldemar Coutts (Chile 1895-1959)" (Rev. Hist., 2018) 109-130

Sánchez Delgado, Marcelo Javier. "Chile y Argentina en el escenario eugénico de la primera mitad del siglo XX" (Santiago, 2015)

Toscano López, Daniel "El Bio-Poder en Michel Foucault" (Universitas Philosophica, Bogotá, 2008): 39-57

Venegas Valdebenito & Morales Barrientos. "Una experiencia tardía de intervención sanitaria y urbana: La Población Lo Franco, una herencia del higienismo en Santiago de Chile (1900-1940)." (Rev. Hist., 2022): 535-568.

Vetö, Silvana. "Homosexualidad masculina y examinación médica en la Casa de Menores de Santiago, 1929-1942." (Revista Historia y Justicia, 2018.)

Villela Cortés Fabiola & Linares Salgado Jorge E. "Eugenesia. Un análisis histórico y una posible propuesta" (*Acta Bioethica*, 2011): 189-197.

Yáñez Andrade, Juan Carlos. "Gobernar es Alimentar. Discursos, legislación y políticas de alimentación popular. Chile, 1900-1950" (Editorial América en Movimiento, Valparaíso, 2018.)

Zárate Campos, María Soledad, y Lorena Godoy Catalán. "Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964)." (História, Ciências, Saúde – Manguinhos, 2011): 131-151.

Fuentes:

Allende G., Salvador. "La Realidad Médico-Social Chilena" (Ministerio de Salubridad, 1939)

Código Sanitario Panamericano, Organización Panamericana de Salud. (1924)

Decreto Ley 602 Código Sanitario, Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo (1925)

Decreto por Fuerza de Ley 226 Código Sanitario, Ministerio de Bienestar Social. (1931)

Decreto por Fuerza de Ley 725 Código Sanitario, Ministerio de Salud Pública. (1968)

Ley n°3385 Código Sanitario, Estado de Chile. (1918)

Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva, Servicio Nacional de Salubridad de Chile (Marzo, 1945).

Santelices E., María. "El Servicio Social Frente al Problema de la Madre Soltera y su Hijo" (Servicio Social, 1938): 151-197.

Vattuone Zanini, Olga. "Lucha Antivenérea" (Servicio Social, 1940): 201-210.

Anexos:

1.- Código Sanitario 1918:

Nombre:	Código Sanitario, ley n°3385
Autor:	Estado de Chile
Año:	1918
Tipo de documento:	Legislación Código
Origen:	Biblioteca del Congreso Nacional

Artículos:

Artículo	Contenido	Cita
<i>Título I “De la Organización y Dirección de los Servicios Sanitarios”</i>		
Art. 1	Responsabilidad estatal	“Corresponde el cuidado de la salud pública al gobierno y a los municipios”
Art. 2	Fundación Dirección General de Sanidad	“Habrá bajo la dirección del gobierno una Dirección Jeneral de Sanidad y un Consejo Nacional de Salud”
Art. 3 – Art. 5	Cargos y títulos dentro de la Dirección General de Sanidad	“un jefe (...) Director Jeneral de Sanidad, secretario, pro-secretarios, veterinario, ingeniero...”
Art. 7	Atribuciones de la DGS	“Corresponde a la Dirección Jeneral: 1° Dirigir los servicios sanitarios del Estado...”
Art. 8	Obligaciones de la DGS	“Un reglamento que dicte el Presidente de la República (...) determinará las obligaciones de los empleados de la Dirección Jeneral”
Art. 9	Composición Consejo de Higiene	“Compondrán el Consejo: El Director Jeneral de Sanidad (...) El jefe del Servicio Sanitario del Ejército (...) Tres miembros de la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile (...) El Director, los jefes de las secciones del Instituto de Higiene...”
Art. 12	Atribuciones y Responsabilidades del Consejo	“Corresponde al Consejo: 1° Proponer a las autoridades las reglas o medidas generales o particulares que convenga dictar en materias de higiene o salubridad...”
<i>Título II “De las Oficinas Centrales dependientes de la Dirección General de Sanidad”</i>		

Art. 17	Atribuciones y Responsabilidades del Instituto de Higiene	“Corresponde al Instituto de Higiene: Hacer las investigaciones o estudios científicos sobre higiene pública o privada (...) Practicar los análisis clínicos...”
Art. 20	Oficina Central y responsabilidad de vacunación	“El servicio de vacunación antivariólica estará a cargo de una Oficina Central (...) médico jefe (...) número de vacunadores de primera y segunda clase, respectivamente, que fije la ley de Presupuestos”
Art. 23	Boticas y droguerías a cargo de una Inspección dictada por el Director General de la DGS	“La vijilancia de las boticas y droguerías estará a cargo de una Inspección que procederá conforme al reglamento J a la instrucciones que dicte el Director Jeneral”
Art. 24 - 25	Sobre el servicio de desinfección	“El servicio de desinfección estará a cargo de una Oficina Central (...) Corresponde a la oficina: 1° Coordinar los datos que les envíen las Oficinas departamentales 2° Hacer la desinfección de edificios (...) Preparar y especialmente instruir el personal necesario para el servicio de desinfección en toda la República...”
<i>Título III “De los servicios Sanitarios regionales”</i>		
Art. 30 – Art. 33	Distribución territorial de inspectores sanitarios y sus responsabilidades	“Divídese en cuatro zonas el territorio de la República, para los efectos de la Inspección Sanitaria...”
Art. 36	Sobre el servicio de sanidad marítima	“El servicio de sanidad marítima o de las fronteras estará a cargo de las estaciones sanitarias o de los medios de puertos...”
Art 39 – Art. 41	Sobre el Consejo Departamental de Higiene y sus responsabilidades	“(…) Consejo Departamental de Higiene en cada cabecera de departamento y será compuesto: Del intendente o gobernador a quien corresponderá la presidencia...”
<i>Título IV “De la Administración Sanitaria Municipal”</i>		
Art. 42 – Art. 44	Administración sanitaria municipal y su deber con la salud pública	“Habrá un servicio de higiene a cargo de cada Municipalidad (...) Toda Municipalidad dictará (...) un reglamento sanitario que determine las medidas de protección a la salud pública...”

Art. 48	Consecuencia de no invertir en el servicio sanitario municipal	“la Dirección Jeneral podrá requerir judicialmente el entero en arcas fiscales de la cantidad omitida...”
Libro Segundo De la Policía Sanitaria Título I “De la Profilaxis de las Enfermedades Infecciosas”		
Art. 52	Médico que atienda enfermedades infecciosas debe declarar el hecho a la Oficina de Desinfección	“Todo médico que asista a persona enferma de viruela, escarlatina, difteria (...) declarará el hecho...”
Art. 54	Sobre el aislamiento del enfermo y su traslado en caso de ser necesario, pena para quien lo impida	“será obligatorio el aislamiento del enfermo y la desinfección de los locales u objetos que, a juicio de la autoridad sanitaria, estuvieron contaminados...”
Art. 55	Personas que comercien con objetos usados deben desinfectar	“Las personas que se ocupen en la venta de muebles, ropas, libros u otros objetos usados, deberán hacerlos desinfectar en conformidad a lo que determine el reglamento sanitario municipal...”
Art. 57	Vacuna antivariólica para todos los habitantes de la República	“Recibirán la vacuna antivariólica todos los habitantes de la República en el primer año de la vida...”
Título II “Del Ejercicio de la Medicina y de las demás Ramas del Arte de Curar y de las Preparaciones de las Sustancias Medicinales”		
Art. 62	Legalidad de los títulos profesiones de la salud	“No podrá ejercerse la profesión de médico cirujano, farmacéutico, dentista o matrona sin título legal...”
Título III “De la Salubridad de las Poblaciones”		
Art. 76 - 82	Uso y aprobación del servicio de agua potable y salubridad de las poblaciones	“No podrán ejecutarse de los trabajos de agua potable alcantarillas o desagües de las poblaciones sin que el Presidente de la República apruebe los planos y especificaciones...”
Título IV “De la Salubridad de los Edificios”		

Art 83 – Art. 94	Responsabilidades y atribuciones del Alcalde respecto de la sanidad de los edificios	“En ninguna población podrá construirse ni reconstruirse (...) un edificio sin permiso escrito del alcalde (...) cerciorado de que los planos y especificaciones cumplen con los requisitos del reglamento sanitario...”
<i>Título V “De la Higiene Alimenticia”</i>		
Art. 95 - 96	Salubridad de los alimentos	“Prohíbese la introducción al país de sustancia alimenticias adulteradas o nocivas”
<i>Título VI “De la Higiene Industrial”</i>		
Art. 97	Industria y salubridad de las ciudades	“No podrán instalarse dentro del recinto urbano de las poblaciones las industrias que el reglamento sanitario califique como peligrosas...”
<i>Título VII “De la Policía Sanitaria Marítima y de las Fronteras”</i>		
Art. 103 – Art. 107	Sobre el tratamiento de barcos con especies o tripulantes infectados y el accionar de la policía sanitaria	“Si la nave o el tren estuviese infestado (...) rejarán las disposiciones respectivas del reglamento...”
<i>Título VIII “De la Policía Sanitaria de los Animales”</i>		
Art. 111 - 113	Sobre animales infectados y las responsabilidades de sus dueños	“Prohíbese internar en el país animales atacados de enfermedades contagiosas...”
<i>Título IX “De la Policía Mortuoria”</i>		
Art. 114 – Art. 123	Sobre el transporte de cadáveres y las excepciones de este (muerte por enfermedad infecciosa)	“Solo podrá establecerse un cementerio o ensancharse (...) con autorización del Presidente de la República, previo informe del Consejo Superior...”
<i>Título X “De la Estadística Médica”</i>		
<i>Título XI “Disposiciones Generales”</i>		
<i>Título XII “De los Sueldos y Viáticos”</i>		

2. Código Sanitario Panamericano 1924:

Nombre:	Código Sanitario Panamericano
Autor:	Conferencia Sanitaria Panamericana

Año:	1924
Tipo de documento:	Acuerdo Internacional
Origen:	Archivo Digital Organización Panamericana de la Salud

<u>Artículo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Cita</u>
Capítulo I Objeto del Código y Definición de los Términos que en Él se Usan		
Art. 1	Propósitos del Código	“Los fines de este Código son los siguientes: (a) Prevenir la propagación internacional (...) (b) Estimular o adoptar medidas (...) (c) Uniformar la recolección de datos (...)”
Capítulo II Sección I Notificación e Informes Ulteriores a Otros Países		
Art. 3	Compromiso informativo de los gobiernos adscritos y responsabilidad conjunta	“Cada uno de los Gobiernos signatarios se obliga a transmitir (...) informes de sanidad (...)”
Sección II Publicación de las Medidas Prescritas		
Art. 9	Entrega de facultades en caso de enfermedad	“La notificación del primer caso autóctono de peste bubónica, cólera o fiebre amarilla justificará la aplicación de medidas (...)”
Art. 10	Obligación de los Gobiernos a publicar las medidas a tomar	“El gobierno de cada uno de los país obliga a publicar inmediatamente aquellas medidas (...)”
Capítulo III Documentos Sanitarios		
Art. 16	Obligación de porte de carnet sanitario a capitanes de embarcaciones	“Al Capitán de cualquier buque o buque aéreo (...) patente de sanidad, por duplicado (...)”
Art. 18	Deber informativo de quienes emitan las patentes	“Los Cónsules y otros funcionarios que firmen (...) deben mantenerse bien informados en cuanto a las condiciones sanitarias de sus puertos (...)”
Art. 19	Refuerzo médico entre países signatarios	“Los Gobiernos signatarios pueden comisionar médicos o funcionarios de sanidad para que hagan las veces de agregados de sanidad pública en Embajadas (...)”
Capítulo IV Clasificación de los Puertos		

Art. 29	Tipificación de cuerpo infectado	“Se entenderá por un puerto infectado aquel en donde hubiere casos autóctonos (...) cualquiera otra enfermedad contagiosa de carácter epidémico”
Art. 30	Plazos de tiempo para sospechar del puerto	“Un puerto sospechoso es aquel en el cual o en sus áreas adyacentes haya ocurrido dentro de los sesenta días uno o más casos autóctono (...)”
Art. 31	Características del puerto limpio	“(...) 1. La ausencia de casos no importados de cualquiera de las enfermedades referidas (...) 2. (a) La presencia de un personal de sanidad competente y adecuado (...)”
Art. 32	Condiciones del puerto limpio	“un puerto limpio de la Clase B es aquel en el cual se cumplen las condiciones descritas en el artículo XXX (...)”
Capítulo V La Clasificación de Buques		
Capítulo VI El Tratamiento de los Buques		
Art. 39	Buques sospechosos son sometidos a medidas necesarias	“Los buques sospechosos se someterán a las medidas sanitarias necesarias para determinar su verdadera condición.”
Capítulo VII Modelos de Fumigación		
Art. 49	Periodicidad de la fumigación obligatoria	“A fin de que la fumigación de buques resulte enteramente eficaz, debe llevarse a cabo periódicamente y con preferencia a intervalos de seis meses y debe incluir todo el buque y sus botes Salvavidas (...)”
Capítulo VIII Los Médicos de los Buques		
Capítulo IX La Oficina Sanitaria Panamericana Sus Funciones y Deberes		
Art. 55	Organigrama de la Oficina Sanitaria Panamericana	“La Oficina Sanitaria Panamericana constituirá la agencia sanitaria central de coordinación de las varias Repúblicas que forman la Unión Panamericana, así como el centro general de recolección y distribución de informes sanitarios (...)”
Art. 56	Funciones Especiales de la OSP	“Suministrar a las autoridades sanitarias de los Gobiernos signatarios, por medio de sus publicaciones o de otra manera adecuada, todos los informes (...) la estadística de morbilidad y mortalidad; la organización y administración de la sanidad pública; el progreso realizado en cualquiera de los ramos de la medicina preventiva (...)”
Art. 57	Monitoreo del código entre la OSP y los gobiernos	“La Oficina Sanitaria Panamericana comunicará (...) a la manera de interpretar y aplicar las prescripciones de este Código”
Art. 58	Representantes nacionales a la OSP	“Pueden designarse los funcionarios de los servicios de sanidad nacionales como representantes -exoficio-de la Oficina Sanitaria Panamericana además de sus deberes regulares. (...)”

Art. 59	Facultad de la OSP a tomar medidas	“A solicitud de las autoridades sanitarias de cualquiera de los Gobiernos signatarios, la Oficina Sanitaria Panamericana está autorizada para tomar las medidas preparatorias necesarias (...)”
Art. 60	Fondo para el financiamiento de la OSP	“(...) la Unión Panamericana recogerá un fondo que no será menor de 50,000 dólares, cuya suma será prorrateada entre los Gobiernos signatarios (...)”
Capítulo X Buques Aéreos		
Capítulo XI Conferencia Sanitaria de Washington		
Capítulo XII “Se tiene por entendido que el presente Código no altera ni la validez o fuerza de ningún tratado, convención o acuerdo que exista entre algunos de los Gobiernos signatarios y cualquier otro Gobierno”		
Capítulo XIII Disposiciones Transitorias		
Firmas de Gobiernos Signatarios		
<p>“Por la República Argentina: Gregorio Aráoz Alfaro, Joaquín Llambías. Por los Estados Unidos del Brasil: Nascimento Gurgel, Raúl Almeida Magalhaes. Por la República de Chile: Carlos Graf. Por la República de Colombia: R. Guitiérrez Lee. Por la República de Costa Rica: José Varela Zequeira. Por la República de Cuba: Mario G. Lebrede, José A. López del Valle, Hugo Roberts, Diego Tamayo, Francisco M. Fernández, Domingo F. Ramos. Por la República de El Salvador: Leopoldo Paz. Por los Estados Unidos de América: Hugh S. Cumming, Richard Creel, P. D. Cronin. Por la República de Guatemala: José de Cubas y Serrate. Por la República de Haití: Charles Mathon. Por la República de Honduras: Arístides Agramonte. Por la República de México: Alfonso Pruneda. Por la República de Panamá: Jaime de la Guardia. Por la República del Paraguay: Andrés Gubetich. Por la República del Perú: Carlos E. Paz Soldán. Por la República Dominicana: R. Pérez Cabral. Por la República del Uruguay: Justo F. González. Por los Estados Unidos de Venezuela: Enrique Tejera, Antonio Smith.</p>		

3. Código Sanitario de 1925

Nombre:	Decreto Ley 602
Autor:	Ministerio de Higiene, Asistencia, Previsión y Trabajo
Año:	1925
Tipo de documento:	Legislación Código
Origen:	Biblioteca del Congreso Nacional de Chile

<u>Artículo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Cita</u>
De la Organización y Dirección de los Servicios Sanitarios		
Título Primero De la Administración Sanitaria		
Art. 1	Determina la salubridad pública completa bajo	“Todas las cuestiones relacionadas con la salubridad pública del país, serán resueltas de acuerdo con las disposiciones de la presente lei.”

	las directrices del código	
Art. 2	Constitución de la Dirección General de Sanidad	“Constitúyese, bajo la autoridad del Gobierno, una Dirección General de Sanidad, que estará a cargo del servicio de salubridad pública, cuya inspección corresponderá al Ministerio de Higiene y Asistencia Social.”
Art. 3	Rol del Servicio de Salubridad y facultades	“Corresponde al servicio de salubridad la protección y el cuidado de la salud pública y el mantenimiento de las condiciones sanitarias del país (...).”
Párrafo I De la Dirección General de Sanidad		
Art. 4	Organigrama de la DJS	“La Dirección General de Sanidad tendrá un Director General y un Director General Auxiliar.”
Art. 5	Requerimientos para el cargo de Director	“Para poder ser Director General (...) requiere el título de médico-cirujano, estar en posesión de conocimientos especiales de higiene y medicina, y gozar de buena reputación”
Art. 7	Responsabilidades del Director General	“El Director General de Sanidad, o el que haga sus veces, ejercerá las funciones superiores del servicio de salubridad pública y deberá (...) intervenir en todos los asuntos que la ley hubiere colocado dentro de la esfera de sus atribuciones (...).”
Art. 8-14	Potestades del Director General	“Incumbe al Director General dictar las órdenes e instrucciones que fueren necesarias para el eficaz funcionamiento del servicio (...).” “Incumbe al Director General recomendar al Presidente de la República para su promulgación, leyes sanitarias y de extensión del servicio (...).” “Se confiere al Director General la facultad de inspeccionar y visitar todos los hospitales e instituciones destinados al tratamiento o cuidado de personas enfermas, indigentes o desvalidas (...).”
Párrafo II Del Consejo de Higiene		
Art. 16	Formación del Consejo de Higiene	“Habrá un Consejo de Higiene, el cual cooperará a la labor del servicio de salubridad pública a cargo del Director General.”
Art. 17	Integrantes del Consejo	“El Consejo de Higiene se compondrá de un profesor de Medicina y de un profesor de Farmacia de la Facultad de Medicina y Farmacia, de un miembro de la Sociedad Médica, de un funcionario superior del servicio de salubridad, de un abogado y de un propietario de bienes raíces.”
Art. 18-19	Cargos elegidos por el Presidente de la República	“Los miembros del Consejo de Higiene serán nombrados por el Presidente de la República por un período de cinco años (...).” “El Presidente del Consejo será designado por el Presidente de la República (...).”

Art. 24	Atribuciones del Consejo	“El Consejo de Higiene tendrá autoridad suficiente para practicar investigaciones en asuntos relacionados con la higiene y salud pública (...)”
Art. 25	Atribución legislativa del Consejo	“El Consejo de Higiene puede preparar anteproyectos de leyes sobre materias que se encuadren dentro de la esfera de acción de los servicios (...)”
Art. 26	El Consejo puede proponer reglamentos ante todas las áreas del código sanitario	“Podrá el Consejo de Higiene proponer al Director Jeneral reglamentos referentes a la higiene de casas, restaurants, peluquerías, fábricas, molinos, escuelas, prisiones, lecherías, mercados, carnicerías, panaderías, baños públicos, pozos, cisternas, cementerios, crematorios, establecimientos (...)”
Art. 27	Deber del constante estudio sobre materias sanitarias	“Como cuerpo consultivo será deber del Consejo estudiar y tomar en consideracion cualquier asunto relacionado con la salud pública y con la administracion del servicio de salubridad (...)”
Título II De la Organización del Servicio de Salubridad		
Párrafo I De la división sanitaria del país		
Art. 31 - 32	Encargados de la división sanitaria del país	“El Director Jeneral, con la aprobacion del Presidente de la República, dividirá el país en el número de zonas sanitarias que juzgue conveniente (...)”
Párrafo II De las Zonas Sanitarias y su Personal		
Art. 33 - 34	Nombramiento del Jefe sanitario	“El Director Jeneral puede destinar a cada zona un jefe sanitario, el cual será el representante principal del servicio de salubridad pública.”
Art. 35 – 39	Atribuciones y deberes del jefe sanitario	“En casos urgentes podrá el Director Jeneral destinar funcionarios sanitarios adicionales a una zona determinada (...)” “Podrá, tambien, el Director Jeneral, destinar para cualquiera zona a los demas empleados (...)”
Art. 41 - 43	Facultades de los jefes sanitarios para la vigilancia y sanción	“Cuando llegue a conocimiento de un jefe sanitario de zona que una ordenanza local relacionada con la higiene no se cumple o se cumple imperfectamente, representará el hecho a la autoridad local respectiva (...)”
Art. 44 - 47	Deberes del jefe sanitario	“(...) en una prision falleciere un detenido sin asistencia médica, el jefe sanitario de zona estará obligado a practicar o disponer un reconocimiento del cadáver (...)” “El jefe sanitario de zona, a peticion del Ministerio Público o de cualquiera otra autoridad judicial, dirigirá personalmente, cuando fuere posible, las investigaciones en caso de muerte (...)”
Párrafo III De las Juntas Municipales de Sanidad		

Art. 54	Formación de las Juntas Municipales de Sanidad	“En cada comuna del pais puede haber una Junta Municipal de Sanidad, que se organizará cuando lo disponga el respectivo jefe sanitario de zona, con el acuerdo de la Asamblea Provincial.”
Art. 55-61	Organigrama de la Junta Municipal	“Cada Junta Municipal de Sanidad estará formada por un presidente, que será médico; por un representante de la municipalidad, elegido por ella; por un maestro de escuela (...)”
Art. 62	Facultad de la Junta para la vigilancia	“La Junta Municipal, sujeta a la direccion e inspeccion del jefe sanitario de zona, tendrá la vijilancia jeneral de las condiciones de salubridad e hijiene de la comuna (...)”
Art. 64	Atribuciones de la Junta en casos excepcionales de epidemia	“En caso de epidemia de enfermedades peligrosas o contajiosas, y en cualquiera otra oportunidad, la Junta Municipal de Sanidad designará los inspectores sanitarios que la Municipalidad autorice (...)”
Art. 69	La Junta está encargadas de las labores sanitarias en la comuna	“Será deber de la Junta evacuar los informes y desempeñar las obligaciones relacionadas con la salubridad e hijiene de la comuna, que le exija el respectivo jefe sanitario de la zona en que estuviere situada la Municipalidad, o que la pida el Director Jeneral de Sanidad.”
Párrafo IV De los distritos sanitarios municipales		
Art. 73	Facultad para la unión de municipios para el resguardo sanitario comunal	“Con la aprobacion de las respectivas municipalidades y del Director Jeneral, puede el jefe sanitario de zona reunir dos o mas municipios vecinos en un solo distrito sanitario (...)”
Párrafo V De las divisiones sanitarias		
Art. 77	Formación de la Asamblea Provincial y divisiones sanitarias	“La Asamblea Provincial, previo acuerdo del Presidente de la República y cuando lo recomiende el jefe sanitario de zona, organizará las comunas de la provincia en divisiones sanitarias. Una division sanitaria puede comprender cuatro municipalidades (...)”
Art. 80	Organigrama de las divisiones sanitarias	“Cada division sanitaria estará a cargo de un presidente, que será nombrado por el Presidente de la República a propuesta del Director Jeneral de Sanidad.”
Art. 82	Atribuciones de la división sanitaria	“(...) a) Ejercer la inspeccion jeneral (...) b) Hacer cumplir todas las leyes y reglamentos sanitarios aplicables a su Division (...)”
Art. 84	Inspectores de la división	“Cada Municipalidad de una division sanitaria tendrá uno o mas inspectores sanitarios, que serán nombrados por el Presidente de la República (...)”

Art. 93	Deber de la Municipalidad frente a la división sanitaria	“Toda Municipalidad estará obligada a mantener una existencia de drogas y efectos médicos a cargo y bajo la responsabilidad del presidente de la división sanitaria. (...)”
Párrafo VI Del fondo de sanidad municipal		
Art. 94	Exigencias del presupuesto municipal para la división sanitaria	“Cada Municipalidad comprendida en una división sanitaria separará anualmente una cantidad que no baje del cinco ni exceda del diez por ciento del total de su presupuesto (...)”
Párrafo 7 De la Junta Local de Sanidad de la capital		
Art. 98-99	Organización de la Junta Local	“Las funciones de junta local de sanidad de la capital del país, serán desempeñadas por el Servicio de Salubridad Pública, y sus facultades serán ejercidas directamente por el Director Jeneral (...)”
Art. 100	Materias en que actúan las ordenanzas sanitarias	“(...) a) La limpieza, blanqueo, ventilación (...) La fijación del número máximo de personas que pueden ocupar una habitación, edificio (...) c) La instalación y conservación de un desagüe adecuado (...)”
Art. 101	Extensión del uso de aguas potables	“Las ordenanzas aprobadas con el fin de proteger la pureza de los suministros de agua de la capital se aplicarán y harán valer sobre todo el territorio de donde se extraen (...)”
Art. 102	Sobre las ordenanzas en la Capital	“Las ordenanzas de sanidad de la capital serán difundidas profusamente y se proporcionará gratuitamente un ejemplar, previo recibo, a quien lo solicitare”
Art. 103	Inspecciones sanitarias bajo la jurisdicción del Director General	“Las ordenanzas de sanidad de la capital serán difundidas profusamente y se proporcionará gratuitamente un ejemplar, previo recibo, a quien lo solicitare (...)”
Art. 104-105	Sobre la inspección de desechos y aguas a cargo del Director General	“Si el Director Jeneral encuentra que los excrementos, basuras, desperdicios, contenido en letrinas, retretes (...)” “El Director Jeneral inspeccionará o hará que se inspeccionen los edificios, tuberías, abastecimientos de agua, sistemas de disecación, y desagües, esteros (...)”
Título III Del personal		
Párrafo 1 Del personal técnico		
Art. 107-132	Sobre los requerimientos, organización y salarios del personal médico en las instituciones.	“Todos los funcionarios técnicos del servicio de salubridad pública, o sea aquellos cuyos deberes y obligaciones exijan pericia profesional en la ciencia médica, serán nombrados, por el Presidente de la República (...)” “Los médicos sanitarios titulados serán preferidos en la provisión de los cargos técnicos del servicio de salubridad.”
Párrafo 2 Del Personal Administrativo		

Art. 133 - 139	Requerimientos y salarios del personal administrativo	“Dependiente de la Dirección Jeneral de Sanidad, habrá un departamento administrativo, compuesto del personal que se indica a continuación, el cual gozará de los sueldos asignados a los respectivos grados en que se clasifica: 1er. grado: Un secretario, un asesor jurídico sanitario, un ingeniero sanitario, un jefe de la oficina de demografía y un arquitecto sanitario; 2º grado: Un oficial de partes y un contador; 3er. grado: Seis oficiales primeros; 4º grado: Diez oficiales segundos, correspondiendo uno de estos empleos al de mayordomo; 5º grado: Un portero primero y un jardinero primero; y 6º grado: Un portero segundo y dos jardineros segundos.”
Título I De la Policía Sanitaria		
De la profilaxis de las enfermedades infecciosas		
Art. 140	Responsabilidad de los médicos	“Todo médico que en cualquier lugar asista a persona enferma de enfermedad infecciosa peligrosa, declarará el hecho a la autoridad sanitaria de la localidad (...)”
Art. 141	Aislamientos de enfermos	“Todo enfermo de enfermedad peligrosa y contagiosa será aislado en la forma que prescriba la autoridad sanitaria, la cual podrá, con la aprobación del Director Jeneral (...)”
Art. 142	Precauciones para contactos estrecho con el infectado	“Toda habitación, casa o lugar, y toda persona que hubiere estado en contacto con el enfermo infeccioso y peligroso, podrá ser sometida a cuarentena por la autoridad sanitaria (...)”
Art. 143	Precauciones con lugares que hayan tenido contacto con enfermos	“Toda habitación, casa o lugar, y todo enfermo o persona que hubiere estado en contacto con éste, podrá ser sometida a las operaciones de desinfección que determine la autoridad sanitaria (...)”
Art. 144	Encargados del traslado de infectados	“La traslación de enfermos infecciosos y peligrosos se hará en la forma que determine la autoridad sanitaria.”
Art. 145	Vacunación obligatoria	“Recibirán la vacunación antivariólica todos los habitantes de la República en el primer año de la vida, y la revacunación en las épocas y en la forma que determine el Director Jeneral. (...)”
Art. 146	Responsabilidad de las autoridades en la vacunación	“Todas las autoridades sanitarias locales harán que se lleve a cabo anualmente una vacunación pública perfecta en sus jurisdicciones respectivas; y las autoridades administrativas cooperarán al desarrollo de dicha labor facilitando los locales que fuere necesario (...)”
Art. 150	Obligación de padres y tutores para la	“Los padres, guardadores o personas encargadas del cuidado de niños mayores de tres meses, deberán presentarlos para ser examinados y vacunados en la época y

	examinación sanitaria del menor	lugar que disponga la autoridad sanitaria (...)"
Art. 151	Directores y administradores encargados de la vacunación en establecimientos	"Los directores o administradores de cualquier establecimiento de educación, pública o privada, ya sea de instrucción, primaria, secundaria, superior, especial o industrial (...)"
Art. 152	Atribuciones excepcionales frente a una epidemia	"Cuando una parte del territorio se viere amagada o invadida por una epidemia peligrosa y contagiosa, podrá el Presidente de la República, previo informe del Director Jeneral, declarar que el lugar en cuestión se halla amagado o invadido por epidemia (...)"
Art. 154	Medidas sobre animales que puedan poner en peligro la sanidad	"Cuando a juicio del Director Jeneral parezca que existe la rabia entre los perros u otros animales de una localidad, constituyendo amenaza grave para la salud de los habitantes, dispondrá dar publicidad al hecho mediante avisos y carteles que serán colocados en lugares visibles de la localidad (...)"
Título II Del ejercicio de la medicina y demás ramas del arte de curar		
Art. 155	Requerimiento del título para el quehacer médico	"No podrá ejercerse la profesión de médico-cirujano, dentista, farmacéutico, veterinario, matrona u otra relacionada con el arte de curar, sin título legal. (...)"
Art. 156	Exclusividad de bóticas y droguerías	"Solo se permitirá despachar recetas o vender medicamentos en las boticas y droguerías. (...)"
Art. 157	Reglas para la venta y transporte de medicamentos	"La venta de medicamentos y despacho de recetas se sujetará a las reglas que fije el Director Jeneral; e igual cosa se observará respecto a las instalaciones de boticas, droguerías y laboratorios de cualquier clase."
Art. 158	Regulación para la enfermería	"Toda persona que desee prestar servicios en calidad de enfermero, deberá ser autorizada para ello por el Director Jeneral. (...)"
Título III De las drogas y artículos alimenticios		
Art. 159	Mantenimiento de sustancias a cargo del Director General y sus delegados	"El Director Jeneral, por sí o por delegados, estará facultado para investigar de tiempo en tiempo, la composición, identidad, potencia y calidad, así como la pureza de cualquier artículo sujeto a las prescripciones que mas adelante se indican; y para definir y fijar las normas de calidad y pureza de los mismos y para enmendar o modificar dicha calidad o

		norma, siempre que las circunstancias lo requieran. (...)"
Art. 161	Denominación de "droga"	"La palabra "droga", en su sentido legal, comprende todas las medicinas y preparaciones para uso interno o externo, reconocidas por la Farmacopea Nacional, y cualquiera sustancia o mezcla de sustancias que se intente usar para la curacion, alivio o prevencion de las enfermedades del hombre o de los animales. (...)"
Art. 162	Sobre los artículos adulterados	"(..) Si se venden bajo el nombre reconocido por la Farmacopea Nacional y se diferencian de la fuerza, calidad, potencia o pureza señalada en dicha farmacopea, entendiéndose que no existe adulteración (...)"
Art. 163	Denominación de falsificados	"Se reputarán falsificadas todas aquellas drogas, artículos alimenticios o sustancias que entran en la composicion de alimentos, cuyo paquete o rótulo lleve alguna declaracion o diseño referente a él (...)"
Art. 166	Productos no pueden circular sin datos sobre su composición	"Prohíbese la publicacion de avisos relativos al espendio de artículos alimenticios, medicamentos o drogas, siempre que no se indique con claridad suficiente, la base de su composicion. (...)"
Título IV De la prostitución		
Art. 167	Prohibición de la prostitución	"Prohíbese el ejercicio de la prostitución y de cualquiera práctica que conduzca a la esposicion pública de una mujer a todo jénero de torpeza y sensualidad. (...)"
Art. 168	Penalizaciones para quienes infrinjan el artículo anterior	"Las contravenciones a lo dispuesto en el artículo anterior, serán penadas de acuerdo con lo establecido en la siguiente escala gradual: La primera infraccion será castigada con multa de quinientos pesos (...)"
Título V De los dementes		
Art. 172	El Manicomio del Estado	"Se entiende por "Manicomio del Estado" cualquier lugar destinado al cuidado y atencion de dementes, que esté bajo la autoridad del gobierno o cualquier institucion particular que reciba dementes con autorizacion del Director Jeneral de Sanidad. (...)"
Art. 173	Director General encargado de velar sobre la salud mental	"El Director Jeneral estará facultado para investigar acerca del estado mental de las personas dementes y de los presuntos dementes, para pedir informes respecto a ellos, para dictar los reglamentos que sean necesarios (...)"
Art. 174	Potestad para recluir personas con patologías mentales	"Cuando para la tranquilidad pública fuere necesario recluir en un manicomio a alguna persona demente, y ésta o la que lo tenga a su cuidado se opusieren al traslado, el Director Jeneral por sí o por delegados, ocurrirá al juez letrado en lo civil del departamento, quien resolverá breve y sumariamente si ha lugar o no a la reclusion."

Art. 175	Sobre reclusión de menores	“Toda reclusión de persona demente se decretará con audiencia del defensor de menores y de su guardador si lo tuviere.”
Art. 176	Financiamiento para el bienestar del recluso a cargo de su cuidador legal	“Los gastos que fuere necesario hacer para llevar a efecto la reclusión de un demente y los que demande su alimentación y vestuario, serán de cargo a los bienes de aquel, o en su defecto, de las personas que por la lei estuvieren en la obligación de suministrarle alimento. (...)”
Art. 177	En caso de no cumplirse lo anterior queda a cargo del Municipio	“Si una persona indijente fuere recluida u ordenada su reclusión, los gastos que esto demande y su alimentación y vestuario, serán de cargo de la municipalidad respectiva (...)”
Art. 178	El Presidente de la República se encuentra sobre el Director General en cuanto a la reclusión	“El Director Jeneral estará facultado para disponer la reclusión de dementes en los manicomios en la forma que determine el Presidente de la República”
Art. 179	Posibilidad de apelación del Director General al Presidente de la República	“Para resolver lo conveniente en caso de que exista duda respecto al estado mental de la persona que se tratare de recluir, podrá el Director Jeneral pedir informe que determine el Presidente de la República.”
Art. 180 – 182	Actuar frente a las disputas de la reclusión	“Mientras se resuelve lo conveniente acerca de la reclusión de un demente, podrá el Director Jeneral sujetarlo a estricta vigilancia (...)”
Título VI De la entrada y registro en lugares cerrados		
Art. 183	Facultades para la inspección en distintos lugares	“Cuando fuere necesario para la debida aplicación de las leyes, reglas y ordenanzas sanitarias, podrá el Director Jeneral por sí o por delegados, entrar legalmente en cualquier edificio o lugar cerrado, sea público o particular (...)”
Art. 187	Posibilidad de requisar elementos que infrinjan la ley	“Si durante la inspección o registro se comprobare una infracción a la lei y se encontraren los elementos que hubieren servido para cometerla, podrán éstos ser trasladados a los depósitos (...)”
Título VII De la Policía Mortuoria		
Art. 188	Excepciones para la inhumación	“Sólo en casos de urgencia y previo permiso de la autoridad sanitaria local de mayor categoría o representación, podrán inhumarse cadáveres, temporal o permanentemente, en lugares extraños a cementerios legalmente autorizados.”

Art. 189	Requisitos para la instalación de cementerios	“No se autorizará ni se establecerá ningún cementerio ni se usará ningún local para inhumar cadáveres, que no esté situado por lo menos a veinticinco metros de distancia de cualquier vivienda o morada (...)”
Art. 190	Prohibición de entierro cercano a recursos potables	“Prohíbese dar sepultura o enterrar cadáveres, o usar cualquier terreno o terrenos de cualquier modo que sea, como lugar provisional o permanente para el entierro o disposiciones de los cadáveres, dentro de una distancia de cincuenta metros de cualquier lado de un río (...)”
Art. 191	Facultad de la Municipalidad para establecer cementerios	“Toda Municipalidad, previa autorización del Director General de Sanidad, podrá convertir cualquiera porción de terreno de su dominio en cementerio, destinando parte de él para el entierro de los pobres (...)”
Art. 193	No discriminación para la inhumación	“Ninguna Municipalidad al prescribir las normas y reglamentos para el régimen de los cementerios municipales, hará distinción alguna en orden a la inhumación de cadáveres por razón de raza, nacionalidad o religión (...)”
Art. 201	Prohibición de inhumación sin causa de muerte certificada previamente	“Prohíbese la inhumación de cadáveres sin que se justifique previamente la causa del fallecimiento, mediante el certificado médico correspondiente. (...)”
Art. 202	Sobre el contenido de los certificados médicos	“Los certificados médicos a que se refiere el artículo precedente contendrán el nombre, edad, sexo, nacionalidad y ocupación del difunto; su estado civil de soltero, casado o viudo; la fecha del fallecimiento (...)”
Art. 204	Sobre permisos de inhumación	“La autoridad sanitaria local de más alta jerarquía, otorgará los permisos necesarios para inhumación de cadáveres previa exhibición del certificado de defunción expedido por el oficial de registro civil respectivo.”
Art. 205	Restricciones para la inhumación siendo muertos por enfermedades infecciosas	“(...) Cuando una persona hubiere fallecido de enfermedad peligrosa y contagiosa, su cadáver se inhumará dentro de las doce horas siguientes al fallecimiento, a menos que de otro modo lo ordene la autoridad sanitaria. (...)”
Art. 207	Requisitos para lo inhumación de personas muertas por	“Puede autorizarse la exhumación del cadáver de una persona que no haya fallecido de enfermedad infecciosa, después de transcurridos tres años a contar desde la fecha de la inhumación; y en casos especiales puede el Director General autorizar la exhumación antes de este período (...)”

	enfermedades infecciosas	
Art. 209	Requisitos para la exhumación de personas muertas por enfermedades infecciosas	“Los cadáveres de las personas que hubieren fallecido de enfermedad infecciosa o contagiosa, sólo podrán ser exhumados después de transcurridos cinco años, a contar desde la fecha de la inhumación, y en este caso deberán ser convenientemente desinfectados. (...)”
Art. 210 - 211	Requisitos para el entierro de cadáveres	“Prohíbese la colocación del cadáver de cualquiera persona en sepulturas levantadas sobre el nivel del suelo que no estén convenientemente cerradas y selladas. (...)”
Art. 212	Responsabilidad del registro de muertes y entierros por la Municipalidad	“Toda junta de sanidad local llevará un registro completo de las defunciones que ocurran dentro de sus jurisdicciones; y dicha junta podrá exigir a la persona o personas encargadas de una sepultación, los informes que sean necesarios.”
Título VIII De la Policía Sanitaria Marítima y de las Fronteras		
Art. 217	Ratificación del Código Sanitario Panamericano	“Ratifícase en todas sus partes el Código Sanitario Pan-Americano, aprobado con la concurrencia de Chile, en la VII Conferencia Sanitaria Pan-Americana el 14 de noviembre de 1924, que fué suscrito en La Habana y se acordó adoptar ad-referendum en dicha oportunidad (...)”
Título IX De la Salubridad de las Poblaciones		
Art. 218	Sobre el agua potable	“Para proceder a la construcción, reparación o modificación de cualesquiera obra destinada a proveer de agua potable y desagües o alcantarillados, a una población, será menester el acuerdo del Director General de Sanidad.”
Art. 219	Sobre el alcantarillado	“Prohíbese descargar los desagües o alcantarillados, en ríos, esteros, lagos o lagunas, o en cualquiera otra fuente que sirva para proporcionar agua potable a alguna población (...)”
Título X De los Nombramientos, Licencias y Subrogaciones de los Empleados del Servicio		
Título XI De las penas y de los procedimientos que deben seguirse en su aplicación		
Título XII Disposiciones Generales		

4. Código Sanitario de 1931

Nombre:	Decreto por Fuerza de Ley 226.
Autor:	Ministerio de Bienestar Social

Año:	1931
Tipo de documento:	Legislación Código
Origen:	Biblioteca del Congreso Nacional de Chile

<u>Artículo</u>	<u>Contenido</u>	<u>Cita</u>
Libro I		
De la Organización y Dirección de los Servicios Sanitarios		
Título I Del Servicio de Salubridad		
Art. 1	El Código como condensación de la salubridad pública	“Todas las cuestiones relacionadas con la salubridad pública del país serán regidas por las disposiciones del presente Código.”
Art. 2	Fundación del Servicio Nacional de Salubridad	“(…) habrá un Servicio Nacional de Salubridad encargado de velar por la salubridad pública y el bienestar higiénico del país.”
Art. 3	Responsabilidad de las Municipalidades	“A las Municipalidades corresponde la policía de salubridad de su territorio (…)”
Título II De la Organización y Administración Sanitarias		
Art. 4	Servicio Nacional de Salubridad a cargo del Director General de Sanidad	“El Servicio Nacional de Salubridad estará a cargo del Director General de Sanidad, quien ejercerá las funciones superiores de dicho servicio, de conformidad con las facultades y deberes que las leyes le señala (…)”
Art. 5	Responsabilidades del Director General de Sanidad	“(…) a) Velar por el cumplimiento de las disposiciones del Código Sanitario (…) b) Reglamentar la organización y atribuciones del servicio y del personal sanitario del país (…)”
Art. 8	Cooperación de Carabineros para el cumplimiento del código	“El personal del Cuerpo de Carabineros de Chile cooperará en el cumplimiento de las instrucciones u órdenes que imparta el Servicio Nacional de Salubridad (…)”
Art. 11	Denominación de los funcionarios.	“Se denomina funcionario técnico a todo aquel que, para el desempeño de sus funciones, necesite ser médico o tener otro título otorgado o revalidado por la Universidad de Chile, excepto el de enfermera sanitaria y matrona.”
Art. 23	Compatibilidades profesionales	“ciudades de menos de quince mil habitantes, serán compatibles los cargos de médicos municipales y cirujanos militares o de carabineros (…)”

Art. 25	Organigrama del cuerpo médico	“Corresponde al Médico Sanitario de Distrito cumplir las órdenes e instrucciones que le fije el Jefe Sanitario respectivo y velar por el cumplimiento de las leyes (...)”
Art. 26	Responsabilidades municipales	“(...)1. Proveer a la limpieza de los sitios públicos de tránsito y recreo. 2. Recolectar y someter a un tratamiento adecuado para su higienización, las basuras, residuos y desperdicios de la vía urbana. 3. Practicar la visita de cualquier edificio, finca o lugar (...)”
Art. 29	Profilaxis y protección sanitaria a cargo del SNS	“Corresponderá al Servicio Nacional de Salubridad, el ejercicio de todas las funciones sanitarias de prevención y protección de la salud (...)”
Libro II De la Profilaxis		
Título I De Los Centros Preventivos		
Art. 36	SNS a cargo de la fundación de centros sanitarios	“El Servicio Nacional de Salubridad fundará centros destinados a prevenir y proteger a la población contra los factores que perjudiquen la salud (...)”
Art. 37	Funcionamiento de los Centros Preventivos de Salud	“(...) Atender a la inmunización contra las enfermedades transmisibles. 2. Examinar, desde el punto de vista higiénico y médico-preventivo, a las embarazadas, lactantes y niños (...)”
Título II Del Bienestar del Niño y de la Madre		
Art. 40	Supervigilancia del SNS en protección de la maternidad	“El Servicio Nacional de Salubridad tendrá la supervigilancia técnica sanitaria sobre las instituciones y establecimientos públicos y privados (...) protección maternal e infantil (...)”
Art. 41	Margen de protección al niño	“La protección sanitaria del niño comprende desde antes de su nacimiento hasta su término de la edad escolar.”
Art. 43	Atención gratuita en centros estatales y de Beneficencia	“La atención de la mujer y del niño durante todos los períodos a que se refiere el artículo anterior, será gratuita para los indigentes en todos los establecimientos de Beneficencia Pública y del Estado (...)”
Art. 44	Leche Materna como propiedad exclusiva del hijo biológico	“La leche materna es de propiedad exclusiva de su hijo y, en consecuencia, la madre está obligada a amamantarlo por sí misma hasta la edad de cinco meses, salvo que causales de enfermedad se lo impidan. No podrá ella amamantar niños ajenos mientras el suyo no haya cumplido cierta edad (...)”
Art. 46	Atención infantil en escuelas a cargo del SNS	“La atención médico-preventiva de los niños de las escuelas estará a cargo del Servicio Nacional de Salubridad. Los establecimientos particulares de enseñanza deberán mantener un servicio médico-escolar (...)”

Art. 47	Servicio dental en ciudades	“En las ciudades de importancia habrá un servicio dental que coopere a las labores de protección sanitaria del niño y de la madre.”
Título III De las Enfermedades Transmisibles		
Art. 51	Aislamiento de personas contagiadas	“Toda persona que padezca de una enfermedad sujeta a declaración obligatoria, será aislada en la forma prescrita por la autoridad sanitaria (...)”
Art. 53	Jefe de establecimientos educacionales a cargo del aislamiento de alumnos contagiados	“Será obligación del jefe de todo establecimiento educacional, prohibir temporalmente la asistencia a clases de todo alumno que padezca de una enfermedad infecciosa o parasitaria contagiosa. (...)”
Art. 54	Medidas a tomar en lugares contaminados y personas	“Toda habitación o local contaminado, así como persona que hubiere estado en contacto con paciente de enfermedad contagiosa, podrá ser sometido a observación, aislamiento o cuarentena”
Art. 58	Laboratorios privados sujetos a autorización de la Dirección General de Sanidad	“Se prohíbe a los laboratorios bacteriológicos privados, sin autorización expresa de la Dirección General de Sanidad, cultivar los microorganismos específicos y los parásitos (...)”
Art. 59	Exterminio de vidas animales en caso de epidemia o peligro	“En caso de peligro o invasión de epidemia, el Servicio Nacional de Salubridad podrá tomar a su cargo la destrucción de los animales o insectos propagadores de la enfermedad (...) Protección sanitaria de agua potable y cualquier otro agente de propagación de enfermedades (...)”
Art. 60	Inmunización a cargo del SNS	“El Servicio Nacional de Salubridad tendrá a su cargo la inmunización de los habitantes contra las enfermedades transmisibles, en la forma determinada por los reglamentos. (...)”
Art. 61	Obligaciones para la inmunización infantil	“Los niños deberán ser vacunados contra la viruela dentro del primer año de su vida. El padre, la madre o, en su defecto, la persona a cargo del niño, serán responsables de la infracción de esta disposición.”
Art. 63	Inmunización obligatoria en caso de epidemias	“En épocas de epidemias, el Presidente de la República podrá declarar obligatoria la inmunización de la población contra aquellas otras enfermedades transmisibles (...)”
Art. 64	Origen del reglamento para cualquier tipo de transporte	“Un reglamento especial fijará los requisitos sanitarios que deben cumplir los ferrocarriles, barcos, aeroplanos o cualquier otro medio (...)”

Art. 65	Facultades extraordinarias para el Director General en caso de epidemia	“Cuando una parte del territorio se viere amenazado o invadido por epidemia, podrá el Presidente de la República (...) otorgar específicamente al Director General facultades extraordinarias para extinguirla o evitar su propagación.”
Art. 67	Reglamento de inhabilidades profesionales para contagiados	“Un reglamento determinará las profesiones u ocupaciones que no podrán desempeñar los pacientes o portadores de gérmenes de enfermedades transmisibles.”
Art. 70	Dispensarios gratuitos para diagnóstico y tratamiento	“En toda población de importancia, la autoridad sanitaria instalará dispensarios gratuitos para el diagnóstico y tratamiento antivenéreo. (...)”
Art. 71	Reserva de camas en hospitales para casos de enfermedades venéreas	“Todos los hospitales de Beneficencia Pública, a medida de sus recursos, deberán reservar, para el aislamiento y curación de enfermos venéreos, el número de camas que la autoridad sanitaria determine.”
Art. 72	Médicos encargados de denunciar a enfermo venéreos que no quieran tratamiento	“Los médicos deberán denunciar a la autoridad sanitaria aquellos enfermos venéreos contagiosos que se nieguen a seguir el tratamiento necesario.”
Art. 73	Reglamento para limitar examen, tratamiento y registro de trabajadores sexuales	“Un reglamento fijará las condiciones en que se podrá examinar, obligar a tratarse o internar para su curación a las personas que se dedican al comercio sexual o aquellas afectadas de males venéreos que constituyan una amenaza para la salud pública (...)”
Art. 74	Organismo especial para la lucha contra la tuberculosis	“La dirección técnica de la lucha antituberculosa estará a cargo de un organismo especial creado por el Supremo Gobierno (...)”
Art. 78	Castigo para profesiones pseudocientíficas no reconocidas legalmente	“Se considerará que, desde el punto de vista sanitario, se engaña al público y se perjudican los intereses de la población (...) ofrezcan los servicios de curanderos, flebotomos, practicantes, hipnotizadores u otras personas que no posean título profesional legalmente reconocido (...)”
Título V De Los Laboratorios de Salubridad Pública		

Art. 79	Sólo la autoridad sanitaria puede establecer laboratorios	“La autoridad sanitaria, de acuerdo con la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, Instituto Bacteriológico de Chile o las Municipalidades, podrá establecer en el territorio de la República los laboratorios que sean necesarios (...)”
Art. 80	Cooperación del Instituto Bacteriológico	“El Instituto Bacteriológico de Chile cooperará a las labores de sanidad, conforme a la ley 4557.
Título VI De Las Estadísticas Sanitarias		
Art. 84	Obligación de instituciones públicas a entregar información al SNS	“Cualquiera institución pública, privada o municipal estará obligada a suministrar, dentro de un plazo determinado, los datos que soliciten los funcionarios jefes del Servicio Nacional de Salubridad (...)”
Art. 85	La Industria y la Salud debe proveer estadística sanitaria al SNS	“Todos los establecimientos industriales, mineros, de prevención o tratamiento de enfermedades, de protección y de beneficencia públicos o privados, deberán proporcionar mensualmente al Servicio Nacional de Salubridad sus estadísticas particulares de morbilidad y mortalidad.
Art. 86	Deber del Oficial Civil a informar sobre defunciones causadas por enfermedades	“El Oficial Civil estará obligado a dar aviso al médico sanitario de la localidad (...) as defunciones causadas por: peste bubónica, cólera, fiebre amarilla (...)”
Libro III De la profilaxis Sanitaria Internacional		
Art. 88	Deberes del SNS en materia internacional	“(...) 1. Adoptar en los puertos (...) 2. Recolectar datos estadísticos (...) 3. Estimular el intercambio internacional de informaciones (...)”
Art. 105	Requisitos de los buques de tener médicos a bordo y seguimiento sanitario	“Todo buque que tenga un médico a bordo, deberá llevar un diario de anotaciones sanitarias hechas por dicho funcionario, quien indicará las condiciones sanitarias del buque, de sus pasajeros y su tripulación. (...)”
Art. 107	Requisitos para calificar de sospechoso a un puerto	“Un puerto sospechoso es aquel en el cual, o en sus áreas adyacentes, haya ocurrido, dentro de los sesenta días, uno o más casos autóctonos de cualquiera de las enfermedades mencionadas (...)”
Art. 113	Infracción para quien interrumpa u obstaculice cualquier procedimiento sanitario en un buque	“Cualquiera persona que viole alguna disposición de este Código y sus reglamentos, ya sea en lo relacionado con la inspección del buque, con la entrada o salida de cualquier estación de cuarentena (...)”

Art. 114	Respecto a buques limpios	“Las autoridades sanitarias concederán libre plática a todo buque clasificado como limpio.”
Art. 153	Químicos para realizar fumigaciones	“La fumigación deberá hacerse a base de bióxido de azufre, ácido cianhídrico y mezcla de gas de cloruro de cianógeno u otras sustancias análogas. (...)”
Art. 154	Facultades del SNS para las cuarentenas territoriales	“El Servicio Sanitario no deberá establecer cuarentena terrestre en toda la extensión de las fronteras; pero podrá cerrar, cuando fuere necesario, una parte de ellas (...)”
Art. 155	Intervención sanitaria en fronteras	“En condiciones ordinarias, la intervención sanitaria en las fronteras se limitará a una visita a los pasajeros y a los cuidados que se han de dar a los enfermos. (...)”
Art. 156	Vigilancia de inmigrantes procedentes de lugares contagiados	“Los viajeros procedentes de un lugar contaminado, podrán ser sometidos a una vigilancia que no exceda de cinco a diez días, a contar de la fecha de partida, según se trate de cólera o de peste y de seis días, en caso de fiebre amarilla.”
Art. 157	Reglamento Especial para otro tipo de personas en tránsito	“Un reglamento sanitario establecerá las medidas de protección sanitaria respecto a ciertos grupos de personas, tales como inmigrantes, vagabundos o los que atraviesen la frontera en grandes grupos.”
Libro IV De La Policía Sanitaria		
Título I De los productos medicinales o farmacéuticos y artículos alimenticios		
Art. 168	Prohibición del comercio de cierto productos	“Se prohíbe fabricar, vender, guardar para vender o usar en cualquier forma, con riesgo para la salud del hombre o de los animales, productos medicinales o artículos alimenticios contaminados, adulterados o falsificados.”
Art. 174	Vigilancia en trayectoria de la leche	“La producción y distribución de la leche o productos derivados que se consuman en un territorio municipal distinto de aquel en donde fueren producidos, estará, en todo caso, sometida a la supervigilancia del Servicio Nacional de Salubridad. (...)”
Art. 175	Requisitos de la DGS para el comercio de leche	“La Dirección General de Sanidad definirá los requisitos químicos y bacteriológicos que deberá cumplir el producto que se venda bajo la denominación de leche.”
Art. 176	Permisos de productos alimenticio emanados del SNS	“El Servicio Nacional de Salubridad concederá por períodos no mayores de dos años, permisos que autoricen la fabricación y venta de los productos alimenticios (...)”

Art. 177	Vigilancia de manipuladores de alimentos	de de	“En aquellas localidades en donde la Municipalidades no tuvieran servicio médico, el personal del Servicio Nacional de Salubridad examinará, por lo menos cada tres meses, a las personas ocupadas en la elaboración o distribución de alimentos (...)”
Art. 178	Autorización de la DGS para la fabricación de medicamentos		“Ninguna especialidad farmacéutica podrá ser importada o fabricada en el país sin previa autorización de la Dirección General de Sanidad (...)”
Art. 191	Requisitos para el opio		“La importación, fabricación, expendio, consumo o posesión del opio, sea en polvo o en pasta y sus derivados, de la coca y sus preparados, cocaína y sus sucedáneos (...) se someterán a las disposiciones del reglamento especial que dicte el Presidente de la República.”
Título II Del saneamiento urbano y rural de la higiene			
Art. 197	Castigos para Municipalidades que infrinjan el Código		“Cuando una Municipalidad no diere cumplimiento a lo dispuesto en el No. 3 del Art. 26 de la presente ley, el Director General de Sanidad, por sí o por delegado, hará visitar el edificio, finca o lugar correspondiente (...)”
Art. 205	Prohibición de la descarga de aguas servidas en fuentes con suministros de agua potable		“Prohíbese descargar los desagües o alcantarillados en ríos, esteros, lagos o lagunas o en cualquiera otra fuente que sirva para proporcionar agua potable a alguna población o para regadío (...)”
Art. 206	Prohibición de aguas servidas para el cultivo de alimentos		“Prohíbese usar las aguas de alcantarillado, desagües, acequias u otras aguas contaminadas, para la crianza de moluscos y cultivo de vegetales y frutos que suelen ser consumidos sin cocer, y crecen a flor de tierra. (...)”
Art. 208	Cooperación entre la autoridad sanitaria para cumplir el Código del Trabajo		“La autoridad sanitaria cooperará en la forma determinada en los reglamentos para que se cumplan las disposiciones del Código del Trabajo sobre higiene y seguridad de los establecimientos industriales (...)”
Título III Del ejercicio de la medicina y profesiones similares			
Art. 210	Exclusividad de la legitimación de títulos por la Universidad de Chile		“Sólo podrán ejercer las profesiones de médico- cirujano, dentista, farmacéutico (...) los que posean título correspondiente otorgado por la Universidad de Chile.”

Art. 211	Prohibición de ser médico y farmacéutico a la vez	“Prohíbese ejercer conjuntamente las profesiones de médico-cirujano y farmacéutico.”
Título IV De la policía mortuoria		
Art. 229	Exclusión de cementerios en caso de peligrar la salud de la población cercana	“No se autorizará la instalación o funcionamiento de cementerios, crematorios o depósitos transitorios de cadáveres en sitios o condiciones que pusieren en peligro la salud o perjudicaren el bienestar del vecindario o del resto de la población.”
Art. 230	Límites para el tratamiento de cadáveres	“Ningún cadáver podrá permanecer insepulto por más de cuarenta y ocho horas, a no ser que se haya autorizado su traslado (...)”
Art. 231	Requisito de inscribir causas antes del fallecimiento mismo	“Prohíbese inscribir en el Registro Civil las defunciones e inhumar cadáveres si no se justifican previamente las causas del fallecimiento mediante un certificado del médico que asistió en la última enfermedad (...)”
Art. 234	Límite especial de inhumación para contagiados	“Toda persona fallecida a consecuencia de una enfermedad declarada contagiosa y peligrosa para la salud pública, deberá inhumarse dentro de las dieciocho horas (...)”
Art. 237	Cadáveres pueden ser puestos a disposición científica	“Podrán ser dedicados a fines de investigación científica y estudios anatómopatológicos los cadáveres de personas cuyos deudos así lo autorizaren, así como los cadáveres de personas fallecidas en establecimientos de beneficencia, no reclamados (...)”
Título V De la entrada y registro en lugares cerrados		
Título VI De las sanciones a las infracciones sanitarias		
Título VII Disposiciones Generales		
Título VIII Disposiciones transitorias		

5. Nombre:	Código Sanitario, decreto por Fuerza de Ley 725
Autor:	Ministerio de Salud Pública
Año:	1968
Tipo de documento:	Legislación Código
Origen:	Biblioteca del Congreso Nacional

Artículo	Contenido	Cita
Art. 1	Presentación del Código	“Código Sanitario rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República...”
Art. 3	Servicio Nacional de Salud responsable de atender las materias de salud pública y bienestar higiénico	“Corresponde al Servicio Nacional de Salud (...) atender todas las materias relacionadas con la salud pública...”
Art. 4	Municipalidades encargadas del orden sanitario	“A las Municipalidades corresponde atender los asuntos de orden sanitario...”
Art. 9	Atribuciones y responsabilidades del Director General de Salud	“Corresponde en especial al Director General de Salud: a) velar por el cumplimiento de las disposiciones de este Código...”
Art. 11	Responsabilidad de las Municipalidades sin cruzar con las del Servicio Nacional de Salud	“...corresponde, en el orden sanitario a las Municipalidades: a) proveer a la limpieza y a las condiciones de seguridad de sitios públicos...”
Art. 12 – Art. 13	Responsabilidad y pena por negligencia a las Municipalidades en caso de negligencia	“El Presidente de la República (...) y a propuesta del Director General de Salud, deberá, estableciendo servicios y obligaciones mínimas, reglamentar la forma cómo las Municipalidades ejercerá las funciones sanitarias...”
Art. 14	El SNS puede suprimir cualquier factor que ponga en peligro la salud, seguridad o	“Corresponderá al Servicio Nacional de Salud la supresión de cualquier factor (...) ponga en peligro la salud, seguridad o bienestar...”

	bienestar de la población	
Art. 16 - 17	Derecho a la protección y vigilancia de la mujer gestante hasta el sexto mes, su atención médica y la de su hijo además de esta ser gratuita para indigentes.	“Toda mujer, durante el embarazo y hasta el sexto mes de nacimiento (...) tendrán derecho a la protección y vigilancia del Estado...”
Art. 18	El hijo tiene propiedad exclusiva de la leche de su madre, por lo que esta es obligada a alimentarlo sin poder amamantar niños ajenos	“La leche de la madre es propiedad exclusiva de su hijo y, en consecuencia está obligada a amamantarlo por sí misma...”
Art. 19	Atención médico-preventiva y dental para alumnos de establecimientos fiscales de educación	“El control de la atención médico preventiva y dental (...) será efectuada por el Servicio Nacional de Salud...”
Art. 20	Médico cirujano obligado a declarar enfermedad transmisible	“Todo médico-cirujano que asista a persona que padezca de una enfermedad transmisible sujeta a declaración obligatoria...”
Art. 22	Autoridad sanitaria responsable del	“Será responsabilidad de la autoridad sanitaria el aislamiento de toda persona que padezca una enfermedad de declaración obligatoria...”

	aislamiento de una persona con enfermedad de declaración obligatoria	
Art. 23	Autoridad sanitaria debe proveer al médico-cirujano los medios adecuados para el rápido y eficaz diagnóstico de las enfermedades transmisibles	“La autoridad sanitaria deberá proveer al médico-cirujano particular que lo solicite (...) los medios adecuados de diagnóstico (...) de aquellas enfermedades transmisibles...”
Art. 24	SNS puede inspeccionar y visitar establecimientos e instituciones públicas o privadas	“El Servicio Nacional de Salud podrá inspeccionar y visitar todos los establecimientos e instituciones públicas o particulares...”
Art. 25	Directores pueden prohibir la asistencia a clase de alumnos que presenten peligro de contagio de enfermedad transmisible	“Los Directores de los establecimientos educacionales estarán obligados a prohibir temporalmente la asistencia...”
Art. 26	Contacto con el paciente de E.T. podrá ser sometida a la autoridad	“Toda persona que hubiere estado en contacto con paciente de enfermedad transmisible, podrá ser sometida a la autoridad sanitaria...”

	<p>sanitaria a observación, aislamiento y demás medidas preventivas</p>	
Art. 27	<p>Profesional que trate a una persona con una E.T. deberá ordenar la adecuada desinfección de objetos y desechos de dicha persona</p>	<p>“El Servicio Nacional de Salud (...) las restricciones que se sujetarán a las personas que sean portadoras...”</p>
Art. 29	<p>SNS encargado de la forma de desinfección</p>	<p>“El Servicio Nacional de Salud determinará la forma y condiciones en que se efectuarán la desinfección, desinsectación o desratización...”</p>
Art. 31	<p>En caso de peligro de epidemia o de la declaración de esta, el SNS puede sacrificar animales y eliminar insectos propagadores de la enfermedad, además de sanear lugares y el agua a utilizar</p>	<p>“...peligro de epidemia (...) el Servicio Nacional de Salud podrá disponer o tomar a cargo el sacrificio de animales...”</p>
Art. 32 - 33	<p>SNS a cargo de la vacunación, obligatoriedad de esta y atribución del Presidente para</p>	<p>“El Servicio Nacional de Salud tendrá a su cargo la vacunación de los habitantes contra las enfermedades transmisibles...”</p>

	integrar nuevas vacunas obligatorias	
Art. 34	Tratamiento antirrábico determinado por el SNS al ser una persona herida o mordida por un animal	“Toda persona mordida, rasguñada o que hubiere podido ser infectada por un animal enfermo (...) deberá someterse al tratamiento antirrábico...”
Art. 36	El SNS puede obtener facultades extraordinarias para resguardar la salud pública en algún territorio amenazado o en transcurso de una pandemia	“...el Presidente de la República, previo informe del Servicio Nacional de Salud, otorgar al Director General facultades extraordinarias para evitar la propagación del mal o enfrentar la emergencia.”
Art. 37	Pacientes portadores de gérmenes de E.T. no pueden ejercer profesiones u ocupaciones determinadas	“Un reglamento determinará las profesiones u ocupaciones que no podrán desempeñar los pacientes o portadores de gérmenes de enfermedades transmisibles”
Art. 38	SNS a cargo de la lucha contra las enfermedades venéreas	“El Servicio Nacional de Salud tendrá a su cargo la lucha contra las enfermedades venéreas y procurará evitar su propagación...”
Art. 39	Reglamento sobre la educación sexual y antivenérea	“Un reglamento establecerá la forma y condiciones en que deba realizarse la educación sexual y antivenérea...”

Art. 40	Denuncia obligatoria al portar una enfermedad venérea	“Será obligatoria la denuncia al Servicio Nacional de Salud de los casos de enfermedades venéreas...”
Art. 41	Clausura de prostíbulos y estadística sanitaria de personas que se dediquen al comercio sexual	“...personas que se dedican al comercio sexual, se llevará una estadística sanitaria...”
Art. 42	Las investigaciones en laboratorios deben ser apropiadas para mantener y proteger la salud pública	“El Servicio Nacional de Salud establecerá en los puntos del territorio de la República que sea necesario, los laboratorios indispensables para realizar los análisis e investigaciones...”
Art. 44	Sobre la producción de productos biológicos o farmacológicos del Instituto Bacteriológico	“El Instituto Bacteriológico tendrá (...) funciones relacionadas con la fabricación de productos biológicos, farmacológicos...”
Art. 48	Oficiales del Registro Civil obligados a rendir semanalmente datos necesarios al SNS	“Las Oficiales del Registro Civil estarán obligados a proporcionar (...) los datos necesarios para (...) nacidos vivos, fallecidos y de las defunciones fetales...”
Art. 50	Oficiales del Registro Civil deben dar a conocer	“deberán dar a conocer de inmediato a la autoridad sanitaria local las defunciones causadas por enfermedades de declaración obligatoria y por aborto...”

	defunciones causadas por enfermedad de declaración obligatoria y por aborto	
Art. 51	El SNS está encargado de capacitar al individuo y a grupos sociales mediante acciones educativas, la responsabilidad en problemas de salud personal	“El Servicio Nacional de Salud deberá capacitar al individuo y a los grupos sociales mediante acciones educativas...”
Art. 53	Prohibir información engañosa sobre la salud	“Queda prohibida cualquiera forma de publicación o propaganda referente a higiene, medicina preventiva o curativa (...) tienda a engañar...”
Art. 55	Sobre la profilaxis internacional y sus conceptos claves	“Para la aplicación del presente Libro y sus reglamentos se entenderá por...”
Art. 56	Protección sanitaria internacional a cargo del SNS y su reglamento	“Corresponde al Servicio Nacional de Salud en materia de protección sanitaria internacional...”
Art. 57	Atribuciones del SNS para tomar medidas en caso de tener problemas con una enfermedad	“...cuando el país este amenazado o invadido (...) el Servicio Nacional de Salud deberá establecer medidas adecuadas...”

	transmisibles dentro del territorio chileno	
Art. 58 – Art. 66	Sobre medidas preventivas, acciones, restricciones, vigilancia y reglamento sanitario de naves marítimas y aéreas	“El Servicio Nacional de Salud (...) publicará las medidas que buques u otros medios de transporte (...) deberán tomar...” “El Servicio Nacional de Salud informará al Organismo Internacional correspondiente, cuando un área local infectada...”
Art. 67	SNS responsable de garantizar y resguardar la salud y el bienestar de todos los habitantes	“Corresponde al Servicio Nacional de Salud velar porque se eliminen o controlen (...) agentes del medioambiente que afecten a la salud...”
Art. 69 – Art. 76	Sobre alcantarillado e infraestructura	“No podrá iniciarse la construcción (...) de una población sin que el Servicio Nacional de Salud haya aprobado previamente los servicios de agua potable...”
Art. 78 – Art. 81	SNS encargado de la acumulación, saneamiento y transporte de la basura	“El reglamento fijará las condiciones de saneamiento y seguridad relativas a la acumulación, selección, industrialización, comercio o disposición final de basuras y desperdicios”
Art. 82	Reglamento sobre higiene en el lugar de trabajo	“El reglamento comprenderá normas como las que se refieren a: a) condiciones de higiene...”
Art. 89	Reglamento sobre la contaminación de aire, ruidos y vibraciones	“El reglamento comprenderá normas como las que se refieren a: a) la conservación y pureza del aire (...) b) la protección de la salud...”

Art. 90 – Art. 93	Reglamento sobre sustancias tóxicas y peligrosas para la salud	“El reglamento dictará las condiciones en que podrá realizarse la producción, importación, expendio, tenencia, transporte, distribución, utilización y eliminación de la sustancias tóxicas y productos peligrosos...”
Art. 97	Especificación de producto farmacéutico	“Se entenderá por producto farmacéutico cualquiera sustancia, natural o sintética (...) que se destine a la administración al hombre o a los animales con fines de curación...”
Art. 98	Especificación de Alimento de uso médico	“Alimentos de uso médico son aquellos que (...) adquieren propiedades terapéuticas...”
Art. 99	Especificación de cosmético	“Se entenderá por cosmético cualquier preparado que se destine a ser aplicado externamente al cuerpo humano con fines embellecedores...”
Art. 100	Ministerio de Salud Pública encargado de publicar una nómina con los productos farmacéuticos indispensables para el país	“El Ministerio de Salud Pública aprobará (...) un Formulario Nacional de Medicamentos...”
Art. 102	Productos farmacéuticos o cosméticos solo pueden ser importados o fabricados con autorización del Director General de Salud	“Ningún producto farmacéutico o cosmético podrá ser importado o fabricado (...) sin la autorización previa del Director General de Salud...”
Art. 106	Reglamento especial para el	“...consumo de narcóticos, estupefacientes, alucinógenos y demás sustancias (...) se someterán a las

	consumo de narcóticos, estupefacientes, alucinógenos, etc.	disposiciones de un reglamento especial...”
Art. 109	Reglamento de los productos alimenticios incluye bebidas alcohólicas	“El reglamento determinará las características que deben reunir las bebidas alcohólicas y analcohólicas”
Art. 110 - Art. 111	SNS autoriza el funcionamiento de locales productores de alimentos, mataderos, frigoríficos y la circulación de los productos	“Corresponde al Servicio Nacional de Salud autorizar la instalación, ampliación o modificación y vigilar el funcionamiento...”
Art. 112 - Art. 119	Especificaciones para el ejercicio de las profesiones de salud	“Sólo podrán desempeñar actividades propias de la medicina, odontología, química y farmacia (...) quienes poseen el título respectivo...”
Art. 121 - Art.129	Sobre la fabricación y circulación de productos de laboratorios y farmacias	“La fabricación y elaboración de productos farmacéuticos solo se permitirá en las farmacias y laboratorios...”
Art. 130	Director General de Salud resuelve la observación y la internación de enfermos mentales	“El Director General de Salud, resolverá sobre la observación de los enfermos mentales, de los que presentan dependencias de drogas u otras sustancias, de los alcohólicos...”

Art. 132	Sobre el alta dependiendo del estado en que se ingrese a un centro psiquiátrico	“...la salida del establecimiento se efectuará por indicación médica o a pedido del enfermo, siempre que la autoridad sanitaria estime que éste puede vivir fuera del establecimiento sin constituir un peligro para él o los demás...”
Art. 139 - 140	Sobre el período de entierro de un cadáver y la obligación del familiar más cercano a enterrarlo	“Ningún cadáver podrá permanecer insepulto por más de cuarenta y ocho horas...”
Art. 146	Atribuciones para inspección y allanamiento encargadas a la autoridad sanitaria para lugares de trabajo público o privado, casa, edificio, etc.	“...la autoridad sanitaria podrá practicar la inspección y registro de cualquier sitio, casa...”
Art. 152 - Art. 164	Sobre sumarios sanitarios en caso de infracción del particular dueño del lugar inspeccionado o allanado	“Los sumarios que se instruyan por infracciones al presente Código y a sus reglamentos (...) podrán iniciarse de oficio o por denuncia de particulares” “La autoridad sanitaria, tendrá autoridad suficiente para investigar y tomar declaraciones necesarias en el esclarecimiento de los hechos relacionados con las leyes...”
APÉNDICE CÓDIGO DE CEMENTERIOS		
APÉNDICE REGLAMENTO DE SUSTANCIAS		
APÉNDICE REGLAMENTO DE PRODUCTOS QUE CAUSAN DEPENDENCIA (1970)		