

# La primera estadística sanitaria infantil de la provincia de Santiago de Chile (1860-1929)

**Pablo Chávez Zúñiga (\*) y José Julián Soto Lara (\*\*)**

(\*) [orcid.org/0000-0002-1726-7954](https://orcid.org/0000-0002-1726-7954). Universidad de Chile. [pablo.chavez.zuniga@gmail.com](mailto:pablo.chavez.zuniga@gmail.com)

(\*\*) [orcid.org/0000-0003-2263-1674](https://orcid.org/0000-0003-2263-1674). Centro de Estudios Históricos, Universidad Bernardo O'Higgins-CHILE. [jose.julian.soto@gmail.com](mailto:jose.julian.soto@gmail.com)

Dynamis

[0211-9536] 2019; 39 (1): 149-174

<http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v39i1.8670>

Fecha de recepción: 29 de enero de 2018

Fecha de aceptación: 16 de noviembre de 2018

**SUMARIO:** 1.—Introducción. 2.—Estadísticas, enfermedades, infancia: una panorámica teórica e historiográfica. 3.—El *Anuario Estadístico de la República de Chile* en el siglo XIX. 3.1.—El sistema de Bertillón a comienzos del siglo XX. 4.—Las enfermedades infantiles y la mortalidad. 5.—Conclusión.

**RESUMEN:** Se analiza el desarrollo de la estadística médica centrada en las causas de muerte y las enfermedades infantiles entre 1860 y 1929 en Santiago de Chile, evidenciando los criterios aplicados para clasificar estas últimas. Para ello se parte de la hipótesis de que la acumulación de conocimiento burocrático y médico modificó de modo gradual la comprensión de ambos fenómenos. En efecto, en base a documentación primaria, principalmente el *Anuario Estadístico de la República de Chile*, se aborda el cambio histórico de las definiciones de las enfermedades, la científicidad de los diagnósticos y las dificultades para implementar el sistema de Bertillón. Ello permitió detectar algunas representaciones conceptuales construidas hacia las enfermedades por los médicos y estadísticos. Las conclusiones destacan mejoras técnico-laborales de ambos funcionarios del Estado durante los últimos años del periodo, las que favorecieron la obtención de datos más fiables sobre la mortalidad y sanidad infantil, sentando las bases del «giro pediátrico» de la medicina chilena de los años treinta y posteriores.

**PALABRAS CLAVE:** mortalidad, enfermedades, infancia, estadística médica, Chile.

**KEYWORDS:** mortality, diseases, childhood, medical statistics, Chile.

## 1. Introducción (\*)

Durante el periodo 1860-1929, igual que en otras ciudades de América Latina, la elite médica y burocrática de Santiago, se vio influenciada por los progresos de la medicina europea, advirtiendo la necesidad de sistematizar y categorizar las causas de las enfermedades<sup>1</sup>. Tal (auto)imposición dificultó la manera tradicional que tenían los médicos y los estadísticos chilenos de registrarlas. Esas formas de trabajo anteriores provenían de la época colonial tardía y de los primeros años de la república. En el caso de los médicos, un número importante de ellos eran funcionarios de la Iglesia, al igual que sus ayudantes. De estos últimos, Enrique Laval, médico e historiador chileno, ha dicho: «Nadie ni nada lograba encauzar las actividades de los religiosos por el camino de la morigeración de las costumbres y del espíritu cristiano. Año tras año se sucedían los más graves incidentes y la atención de los enfermos se descuidaba visiblemente»<sup>2</sup>.

Una situación similar ocurría con los agentes del Estado encargados de censar. La historiadora Jenny Monsalve, ha subrayado la desconfianza producida por los trabajos estadísticos, coordinados, en ocasiones, oralmente<sup>3</sup>. La ciudadanía, por su lado, no apoyaba la contabilización, pues un grupo importante se escondía de los funcionarios creyendo que la información sería utilizada para el cobro de impuestos. Santiago Lindsay, Director de la Oficina Central de Estadísticas, escribió en el *Anuario* de 1863 sobre el capítulo de

---

(\*) Agradecemos el apoyo de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica de Chile (CONICYT) quien benefició al primer autor con la Beca de Doctorado Nacional (2015) y al segundo autor con la Beca de Doctorado en el Extranjero «Becas Chile» (2016).

1. Además de esa influencia general de la medicina y la estadística poblacional, como conocimientos fundamentales para el «progreso de la nación», las fechas límite de esta investigación se fundamentan, en el caso de la primera, por haber comenzado ese año a publicarse el Anuario Estadístico de la República de Chile (en adelante utilizaremos la abreviación Anuario), y en el caso de la última, por las consecuencias políticas, económicas y sociales que la Gran Depresión produjo en Chile. Este hecho económico global desbarató el proyecto de Estado de Bienestar Social que desde 1924, con más dificultades que aciertos, se intentaba implementar en áreas como la salud. En Chile, «El valor oro del comercio internacional... cayó proporcionalmente más que el de ningún otro país en el mundo, según la Liga de las Naciones». Drake, Paul. La misión Kemmerer a Chile: consejeros norteamericanos, estabilización y endeudamiento, 1925-1932. Cuadernos de Historia. 1984; n. 4: 52.
2. Laval, Enrique. Historia del Hospital San Juan de Dios de Santiago (apuntes). Santiago: Asociación Chilena de Asistencia Social; 1949, p. 59.
3. Monsalve, Jenny. Retratos de nuestra identidad: Los censos de población en Chile y su evolución histórica hacia el Bicentenario. Santiago: INE; 2009, p. 57.

Beneficencia: «La Oficina Central ha tenido grande empeño en formar la Estadística completa de este ramo, que horna altamente el sentimiento moral de este país; pero hasta el día de hoy, con pesar nuestro, no hemos podido realizar nuestros deseos»<sup>4</sup>.

De ese modo, los agentes del Estado tuvieron un papel central en la elaboración de categorías para la clasificación de las afecciones. Entre ese grupo destacaron algunos médicos, activos también en el ámbito político como, por ejemplo, Alfredo Commentz Löffler (1878-1929), Adolfo Murillo (1840-1899), Genaro Lisboa (1850-1909), Isauro Torres (1893-1972), Ricardo Dávila Boza (1850-1937) y también Luis Calvo Mackenna (1872-1937) y Mamerto Cádiz Calvo (1863-1929), aunque estos últimos no estuvieron políticamente activos.

Para este grupo de médicos, la finalidad de documentar con rigor el ámbito sanitario significaba reunir los datos básicos que permitieran elaborar una estadística médica «científica» que fundamentara políticas tendientes a reducir las tasas de mortalidad infantil<sup>5</sup>. Según los datos publicados por el *Anuario* estas tasas no descendían del 200‰ (por mil). Por señalar algunos ejemplos: 1865: 537‰, 1870: 413‰, 1874: 439‰, 1877: 480‰, 1880: 579‰, 1883: 406‰, 1885: 461‰, 1889: 347‰, 1896: 480‰, 1909: 447‰, 1912: 393‰, 1915: 330‰, 1920<sup>6</sup>: 306‰, 1925: 306‰, 1930: 248‰. El desarrollo de la epidemiología, favoreció una práctica médica interesada en «identificar

- 
4. Oficina Central de Estadísticas. Anuario Estadístico de la República de Chile correspondiente a 1862. Santiago: Imprenta Nacional; 1863, p. III.
  5. Chávez, Pablo. La mortalidad infantil en las viviendas: Las consecuencias de la migración campocidad en Santiago (Chile, 1865-1930). *Temas Americanistas*. 2018; 40: 265-286.
  6. Una excepción que trata sobre el descenso de la tasa de mortalidad infantil en Chile después de la década de 1920 como «obra de toda la nación y todos los gobiernos» está desarrollada en: Vargas, Nelson. Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría. Santiago: Editorial Universitaria; 2002, p. 479. Otras interesantes investigaciones que cruzan la historia de la medicina y la historia de la infancia son: Caffarena Barnecilla, Paula. Viruela y vacuna. Difusión y circulación de una práctica médica. Chile en el contexto hispanoamericano 1780-1830. Santiago: Editorial Universitaria; 2016; Zárate Campos, María Soledad. Dar a luz en Chile, siglo XIX. Santiago: DIBAM; 2007. Cavieres, Eduardo. Ser infante en el pasado. Triunfo de la vida o persistencia de estructuras sociales. La mortalidad infantil en Valparaíso, 1880-1950. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*. 2001; 5: 31-58; Didier, Alejandra; Dreckmann, Alejandra; García, Jackeline. No olvidar el montón de pequeños cuerpos enterrados sin nombre: muerte de niños a través de protocolos de autopsia de la Morgue de Santiago (1910-1912). *Investigación forense*. 2011; n. 2: 43-60; Llanos, Claudio; Lanfranco, María. La discusión política sobre mortalidad infantil en Chile durante la década de 1930. *Elementos para una aproximación histórico política*. Anuario de Estudios Americanos. 2017; 74 (2): 675-703.

claramente las condiciones que pueden ser calificadas como “causas” de las enfermedades»<sup>7</sup> y los medios para combatirlas.

La creación de registros médico-demográficos en Santiago experimentó una evolución epistémica y metodológica no exenta de problemas y contradicciones. Por eso ha sido pertinente escoger a la capital de Chile como marco territorial. Otros indicadores también apoyan esa decisión como son su altísima mortalidad infantil (en comparación con otros países<sup>8</sup>), la formación de una burocracia estadística nacional, la afluencia de médicos interesados en la pediatría y, por último, el funcionamiento del Congreso Nacional, lugar donde se debatió y legisló sobre esta materia<sup>9</sup>.

En la historiografía chilena, la construcción histórica del conocimiento pediátrico impulsado por el interés por registrar, cuantificar y estudiar las causas de muerte y las enfermedades infantiles constituye una temática novedosa. En la actualidad, se ha examinado escasamente la cuantificación de la etiología y de la mortalidad infantil, descuidando la vinculación entre las enfermedades mortíferas y la documentación que se registró de esos acontecimientos sanitarios.

En la presente investigación, nuestro objetivo es describir detalladamente el surgimiento de la estadística médica chilena centrada en la infancia e interpretar las razones de su aparición y de sus complicaciones para establecerse paradigmáticamente. Con esa meta, organizamos el estudio en cuatro secciones: la primera visualiza el aporte de algunas investigaciones en el ámbito de las estadísticas de la salubridad infantil; la segunda valora la importancia y las insuficiencias de la Oficina Central de Estadísticas (en adelante OCE) y del *Anuario Estadístico de la República de Chile*, durante las últimas décadas del siglo XIX, como fuente para la demografía de la niñez. La tercera, derivada de la anterior, favorece la comprensión de las dificultades producidas por la implementación del sistema de Bertillón a comienzos del siglo XX y la cuarta, desde una perspectiva cuantitativa, muestra cómo un conocimiento objetivado de las enfermedades infantiles favoreció el comienzo de un descenso leve de las muertes en ese grupo etario. La hipótesis manejada

---

7. López, Sergio; Garrido, Francisco; Hernández, Mauricio. Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica. *Salud Pública de México*. 2000; 42 (2): 133-143.

8. Commentz, Alfredo. Estadísticas de mortalidad, natalidad y morbilidad en diversos países europeos y en Chile. En *Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia. Trabajos y Actas*. Santiago: Imprenta Barcelona; 1913, p. 325.

9. Chávez, Pablo; Soto, José Julián. Mortalidad infantil en Santiago: representaciones y discursos, Chile 1860-1914. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2018; 25 (4): 1282.

en esta investigación sugiere que la acumulación de conocimiento burocrático y médico modificó de modo gradual la comprensión de las enfermedades y las causas de la mortalidad infantil.

## 2. Estadísticas, enfermedades, infancia: una panorámica teórica e historiográfica

El poder de los números en la historia de las sociedades modernas ha permitido reflexionar sobre la importancia de la estadística en el campo médico-científico y social<sup>10</sup>. Como sugiere Ian Hacking, desde un marco histórico-estadístico, durante el siglo XIX el determinismo cedió paso al reconocimiento del azar y el indeterminismo<sup>11</sup>. Aspectos relacionados con su definición y función social pueden ayudar a contextualizar el surgimiento de la necesidad por respaldar con datos numéricos el ámbito de la salud de la población chilena.

La estructura social jerárquica también quedó reflejada en las categorizaciones clínicas que marcaban, sobre todo, una distinción entre personas normales y anormales. Se trata de una división que incrementó las diferencias sociales y afectó la visión que tienen de sí mismas estas últimas. Técnica-mente, la autoridad política y la burocracia construyeron categorías para que las personas sean clasificadas con facilidad. Por ello, es fundamental revisar estadísticas de la población para comprender como esas nociones fueron definidas institucionalmente. De modo similar, Alain Desrosières ha afirmado que las estadísticas «están destinadas a sostener argumentos científicos y políticos»<sup>12</sup>, constituyendo un espacio de articulación entre ambos tipos de lenguaje.

Michel Foucault, por su parte, ha destacado la importancia que tuvieron para el «soberano» las «cosas» dentro del Estado. Una correcta comprensión de las mismas requería de la estadística, un «aparato de saber», que él definió como «el conocimiento de las fuerzas y los recursos que en un momento dado

---

10. Porter, Theodore. *Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life*. Princeton: Princeton University Press, 1995.

11. Hacking, Ian. *La domesticación del azar. La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*. Barcelona: Gedisa Editorial, 1991, 25.

12. Desrosières, Alain. *La política de los grandes números. Historia de la razón estadística*. Barcelona: Melusina; 2004, p. 16.

caracterizan a un Estado»<sup>13</sup> (por ejemplo, el conocimiento de la natalidad y la mortalidad de la población). Así mismo y de acuerdo con Michel Armatte, para la eficacia de los trabajos estadísticos se requiere crear un «sistema estadístico» entre el Estado y sus ciudadanos, basado en la confianza mutua derivada, entre otras cosas, de la publicidad de los resultados<sup>14</sup>. Armatte, además, es importante para esta investigación porque demuestra cómo hacia 1880 surgió una estadística eugenésica<sup>15</sup> con el objetivo de «mejorar» la especie humana. Esa instrumentalización de la estadística puede concebirse como «ideología estadística» sostenida por criterios políticos que «fundamentan la selección y definición de las variables, los valores y las unidades de análisis»<sup>16</sup> y «orientan la interpretación de los resultados y legitiman su uso, a través de procedimientos discursivos»<sup>17</sup>.

En Chile, la historiografía sobre la implementación de la estadística ha estado vinculada con la construcción del Estado-Nación. Ese proceso, enmarcado en la modernización burocrática, necesitó una demografía estatal precisa, como ha demostrado Andrés Estefane. En su trabajo investigó la instalación del personal recolector de datos demográficos, los inconvenientes producidos por la implementación de modelos administrativos foráneos y la preparación técnica insuficiente<sup>18</sup>. La conciencia sobre este último problema ha permitido a Elizabeth Hutchinson prescribir para la investigación de las estadísticas, una metodología que visualice «la historia detrás de las cifras»<sup>19</sup>.

---

13. Foucault, Michel. Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2006, p. 320.

14. Armatte, Michel. El papel de la estadística en la construcción del Estado Nación. En: Barbut, Marc; Arribas Macho, José María, coord. Estadística y Sociedad. Madrid: UNED; 2002, p. 17-43.

15. Armatte, n. 14, p. 41.

16. Otero, Hernán. Estadística y nación. Una historia conceptual del pensamiento censal de la Argentina moderna 1869-1914. Buenos Aires: Prometeo; 2006, p. 50.

17. Otero, n. 16, p. 50.

18. Estefane, Andrés. La institucionalización del sistema estadístico chileno: debates y problemas prácticos (1843-1851). Estudios Sociales del Estado. 2016; 2 (4): 35-73; Estefane, Andrés. Burocratas ambulantes. Movilidad y producción de conocimiento estadístico en Chile, 1860-1873. Revista Enfoques. 2012; 10 (17): 123-146; Estefane, Andrés. Enumerar lo que se gobierna. La producción del Anuario Estadístico de la República de Chile. En: Anuario Estadístico de la República de Chile: estudios sobre territorio y población: selección. Santiago: Cámara Chilena de la Construcción; 2012, p. ix-lxi; Estefane, Andrés. «Un alto en el camino para saber cuántos somos...». Los censos de población y la construcción de lealtades nacionales. Chile, siglo XIX. Historia. 2004; 1(37): 33-59.

19. Hutchinson, Elizabeth. La historia detrás de las cifras: la evolución del censo chileno y la representación del trabajo femenino, 1895-1930. Historia. 2000; 33: pp. 417-434.

Si bien su interés está enfocado hacia las trabajadoras, sus recomendaciones trascienden ese sujeto histórico, evidenciando los errores y distorsiones de los registros numéricos en el contexto de una «modernización estadística» del Estado. La comprensión de ese proceso de cambio permite al historiador mostrar que los números tienen una escasa realidad empírica y, consecuentemente, deben ser valorados como un conjunto de datos construidos socialmente. Pese al alcance de los estudios de Estefane y Hutchinson, éstos no han atendido las enfermedades y la mortalidad de los niños santiaguinos, ni los problemas surgidos durante el trabajo compartido, puntualmente, por médicos y estadísticos en la búsqueda del progreso de sus respectivas áreas del conocimiento.

En España, Josep Bernabeu-Mestre analizó las causas de la mortalidad del periodo 1825-1975, demostrando los cambios en las expresiones usadas para registrar el diagnóstico de las enfermedades, escritas mayoritariamente por funcionarios legos<sup>20</sup>. Desde una perspectiva histórico-demográfica, el historiador sostiene que tales expresiones escritas en las actas de defunción de los registros parroquiales o civiles eran el «resultado de la difusión de conocimientos científico-médicos procedentes de distintas épocas, sistemas y escuelas»<sup>21</sup> y «de la aplicación de criterios diagnósticos variables (desde criterios científico-médicos a interpretación de la cultura médica popular)»<sup>22</sup>.

- 
20. Bernabeu-Mestre, Josep et al. El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones. *Revista de Demografía Histórica*. 2003; 21(1): 167-193; Bernabeu-Mestre, José. Expresiones diagnósticas y causas de muerte. Algunas reflexiones sobre su utilización en el análisis demográfico de la mortalidad. *Revista de Demografía Histórica*. 1993; 11 (3): 11-21; Bernabeu-Mestre, Josep. Problèmes de santé et causes de décès infantiles en Espagne, 1900-1935. *Annales de démographie historique*. 1994; 1: 61-77.
  21. Bernabeu-Mestre, n. 20, p. 169.
  22. Bernabeu-Mestre, n. 20, p. 169. Otros estudios interesados en el mismo espacio geográfico son: Rodríguez, Esteban. La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España. *Historia Contemporánea*. 1998; vol. 18: 19-52; Ballester, Rosa y Balanguer, Emilio. La infancia como valor y como problema en las luchas sanitarias de principios de siglo en España. *Dynamis*. 1995; 15: 177-192; Sanz, Alberto y Fariñas, Diego. La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960. Un análisis de las causas de muerte. *Cuadernos de Historia Contemporánea*. 2002; 24: 151-188; Perdigueru, Enrique. Causas de muerte y relación entre conocimiento científico y conocimiento popular. *Revista de Demografía Histórica*. 1993; 11 (2): 65-88; Librero, Julián. Las estadísticas de causa médica de muerte: coordenadas históricas, herramientas actuales. *Revista de Demografía Histórica*. 1993; 11 (2): 151-172. Dos importantes investigaciones con una perspectiva europea en: Arrizabalaga, Jon. La identificación de las causas de muerte en la Europa pre industrial: algunas consideraciones historiográficas. *Revista de Demografía Histórica*. 1993; 11 (2): 23-48; Alter,

Esteban Rodríguez Ocaña, por su parte, presentó de forma contextualizada la labor estadística de Luis Comenge Ferrer en Cataluña durante 1892 y 1907. Su estudio muestra cómo algunas ciudades españolas usaron censos sanitarios en una época descrita por él como «época del entusiasmo gráfico»<sup>23</sup>. Esto ocurrió particularmente en Barcelona, donde los médicos utilizaron en su beneficio los datos anotados por el Registro Civil. El médico Comenge quería impulsar la elaboración de estadísticas demográficas sanitarias más profesionales para, entre otras cosas, disminuir la mortalidad infantil. Según sus indagaciones, las cifras de mortalidad estaban relacionadas con la pobreza. Annette Mülberger y su equipo, también han investigado las estadísticas sociales desde una perspectiva histórica, destacando su aplicación para implementar estrategias de selección y clasificación de niños para la prevención de conductas delictivas<sup>24</sup>. Para ello escogió la figura del penalista Eugenio Cuello Calón, quien en las primeras décadas del siglo XX había promovido en España métodos de diagnóstico psicológico de niños. Las propuestas de Rodríguez Ocaña y Mülberger son fundamentales para enmarcar temática y cronológicamente nuestro estudio, porque permiten visualizar la función que iban adquiriendo los registros sanitarios relacionados con la salud infantil. Asimismo, evidencian la necesidad de enriquecer las técnicas de control de los cuerpos con metodologías cuantitativas de orientación positivista que objetivasen los fenómenos observados.

En América Latina, donde se experimentaron procesos históricos similares, existen algunos estudios referidos a la estadística infantil. Por ejemplo, Bruno Ribotta abordó la ciudad argentina de Córdoba de inicios del siglo XX para reflexionar sobre los cambios de los índices demográficos a partir de la instauración del Registro Civil. Ribotta, quien revisó censos nacionales y municipales, demostró que la implantación de esa institución y la sustitución del sistema parroquial de registros, mejoró la calidad de la información poblacional recolectada<sup>25</sup>. De todos modos, los censos no

---

George. Classifying the dead: toward a history of the registration of causes of death. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*. 1999; 54 (2): 114-132.

23. Rodríguez Ocaña, Esteban. La labor estadística de Luis Comenge (1854-1916) en el Instituto de Higiene Urbana de Barcelona. *Dynamis*. 1985-1986; vol. 5-6: 279-306.

24. Mülberger, Annette; Elías, Aina; Márquez, Vanessa; Recuerda, Sònia; Torres, Patricia. La mente «anormal» como amenaza social: la psicología del jurista E. Cuello Calón. *Revista de Historia de la Psicología*. 2015; 37 (2): 3-13.

25. Ribotta, Bruno. Los niveles de mortalidad de la ciudad de Córdoba a principios del siglo XX: ¿particularidad demográfica o deficiencia administrativa? In: Celton, Dora; Carbonetti, Adrián.

podieron solucionar los problemas estadísticos más recurrentes relacionados «con la subenumeración de la población infantil, y con la mala declaración de la edad»<sup>26</sup>.

Claudia Daniel, destacó las consecuencias de las mejoras en las estadísticas argentinas y cómo un conocimiento de las mismas transformó las enfermedades y la mortalidad infantil en problemas sociales. Para Daniel, la cuantificación permitió medir los progresos sanitarios, a la par que los brotes epidémicos se representaron en términos de amenaza para la salud colectiva. A raíz de ello, los médicos adquirieron importancia en la elaboración de las cifras y conquistaron una mayor influencia política en el Estado<sup>27</sup>. Daniel destacó el trabajo realizado en Argentina por la médica de origen francés Adela Zauchinger. Zauchinger estuvo, durante décadas, a cargo de la sección de estadística del Departamento Nacional de Higiene, una entidad que se dedicaba a producir estadísticas relacionadas con la población infantil<sup>28</sup>.

De modo parecido, Laura Cházaro destacó las mediciones elaboradas por los médicos en México para enfrentar las enfermedades y mensurar el territorio. En ese marco, los instrumentos de medición fueron claves para ajustar las observaciones y contar el número exacto de afectados<sup>29</sup>. A juicio de la autora, ese interés médico reflejó las preocupaciones nacionalistas de la elite médica mexicana. Un caso concreto de ese interés fue la práctica de algunos obstetras quienes, para determinar las causas de los partos distócicos, midieron las pelvis de las pacientes. Querían saber si «poseían algún defecto pélvico que impidiera la sana e intensa reproducción de pobladores que requería aquella nación»<sup>30</sup>.

Los estudios de Ribotta, Daniel y Cházaro ofrecen pistas importantes sobre la necesidad médico-científica de establecer con rigurosidad los orígenes de las enfermedades. Esa impronta moderna, acompañada por un sentimiento

---

Poblaciones históricas. Fuentes, métodos y líneas de investigación. Córdoba: ALAP; 2010, p. 205-233.

26. Ribotta, n. 25, p. 229. Con la expresión «subenumeración» el autor se refiere a un error estadístico caracterizado por la omisión de una parte de la población.
27. Daniel, Claudia. Contar para curar: estadísticas y comunidad médica en Argentina, 1880-1940. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2012; 19 (1): 89-114.
28. Daniel, n. 27, p. 100.
29. Cházaro, Laura. Regímenes e instrumentos de medición: Las medidas de los cuerpos y del territorio nacional en el siglo XIX en México. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [publicación seriada en Internet]. 2000 [citado 29 nov 2018] Disponible en: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/14052>
30. Cházaro, n. 29, Disponible en: <http://journals.openedition.org/nuevomundo/14052>

de confianza hacia la estadística, delimitó en el pasado la documentación que hoy los especialistas analizan para comprender el fenómeno de la cuantificación de la salubridad y la mortalidad infantil. En el caso chileno, para la consecución de ese programa el *Anuario Estadístico de la República de Chile* es una fuente esencial y especialmente rica.

### 3. El Anuario Estadístico de la República de Chile en el siglo XIX

La Oficina Central de Estadística, fundada en Santiago en 1848, tuvo como objetivo adquirir, ordenar y editar informaciones concretas sobre diversas áreas del Estado, entre ellas las agrícolas, comerciales, climáticas y sanitarias<sup>31</sup>. Esos datos se publicaron en el *Anuario Estadístico de la República de Chile*, libro que apareció «por primera vez»<sup>32</sup> en 1860, con el objetivo de favorecer las comparaciones numéricas entre los habitantes de las diferentes provincias y elaborar «las deducciones necesarias para formar juicio acerca de las condiciones del país»<sup>33</sup>.

Gracias a los informes de las Juntas de Beneficencia<sup>34</sup>, el *Anuario* contó una sección de «Higiene y Beneficencia» que incluyó datos procedentes del Instituto de Higiene, las Estaciones Sanitarias, la Casa de Huérfanos, las Casas de Alienados, el Servicio de Vacunas y los Hospitales. En el caso de los últimos, se cuantificaban los ingresados, sus enfermedades y los fallecidos. Si bien su objetivo era suministrar datos para la elaboración de políticas médicas que redujeran la alta mortalidad infantil y perfeccionaran la salubridad, los editores reconocían sus defectos matemáticos<sup>35</sup>. Uno de

---

31. Sociedad Médica. Estudio sobre organización de una estadística médica en Chile. *Revista Médica de Chile*. 1866; 15: 460.

32. Ferreiro, Osvaldo; Prado, Carlos. Historia de la estadística en Chile. *Estadística española*. 1991; 33 (128): 578. Este trabajo no sigue con atención las dificultades experimentadas por la OCE que, por razones que desconocemos, fue cerrada en 1896 retomando sus funciones hacia 1910. Desde entonces, formó parte de la Dirección General de Estadística. Hacia fines de nuestro periodo de análisis, de acuerdo con Ferreiro y Prado, el gobierno contrató para las asesorías técnicas de la oficina al alemán Walter Grewell.

33. Sociedad Médica, n. 31, p. 460.

34. La OCE elaboró formularios que hacía llegar a las Juntas de Beneficencia, instituciones que administraban los hospitales. Esos papeles, una vez completados, les eran devueltos para su estudio y publicación. La OCE no contaba con médicos en su equipo de trabajo. De esto se deduce que las dudas médicas surgidas en la oficina no podían resolverse con eficacia.

35. Oficina Central de Estadísticas. *Anuario Estadístico de la República de Chile correspondientes a los años 1862-1863*. Santiago: Imprenta Nacional; 1864.

éstos era debido a la clasificación de las etapas de la vida en: infancia (1-7 años), pubertad (7-15 años), virilidad (15-25 años), madurez (25-30 años) y ancianidad (30-80 años), que evitaba que los párrocos intentasen averiguar la edad precisa de los individuos<sup>36</sup>.

En los tomos sucesivos del *Anuario* se categorizaron las enfermedades a partir de las informaciones «en bruto», recibidas por la OCE desde los hospitales<sup>37</sup>. En esos lugares, la escasez de médicos impidió estudiar las causas de muerte, favoreciendo que los curas, monjas y policías apuntasen en sus cuadernos las declaraciones de los mismos enfermos. Ignoraban los términos técnicos con que se designan las enfermedades, por lo que era «natural que no se den cuenta ni de su gravedad, ni del tiempo aproximativo que precisa su curación»<sup>38</sup>. Además, la mayoría de los enfermos acudía a los curanderos<sup>39</sup> que sanaban empachos, costillas hundidas y carnes abiertas producidas por el aire, el frío, el calor y el mal de ojo<sup>40</sup> mediante «sahumerios de palma baja, lavativas mil y pócimas infinitas»<sup>41</sup>. Contando sólo con herramientas diagnósticas insuficientes, registrar y clasificar con prolijidad las enfermedades resultó una tarea hartamente difícil.

A todas estas dificultades había que sumar las del conocimiento médico para determinar las casuísticas de los *Anuarios*, debido a la imprecisión de algunos conceptos usados para referirse a enfermedades como los ahogos, dolores, puntadas, etc.<sup>42</sup> En 1866 la *Revista Médica* cuestionó el uso científico de esas categorías y se refirió a ellas como «simples curiosidades

- 
36. Oficina Central de Estadísticas. Anuario Estadístico de la República de Chile correspondientes a los años 1848-1858. Santiago: Imprenta Nacional; 1859, p. VI.
  37. Durante este periodo las principales influencias extranjeras del *Anuario*... para elaborar sus reportes fueron europeas. En los libros correspondientes a los años 1862, 1870-1871, 1874-1875, 1876-1877, 1877-1878, 1878-1879 y 1879-1880, se pueden encontrar referencias a los sistemas estadísticos de Inglaterra, Francia, Bélgica, Italia y Estados Unidos. Por nombrar un ejemplo, el *Anuario* de 1870-1871 agradeció haber recibido de manos de Eduardo Sève, Cónsul General de Bélgica en Chile, el Resumen de la Estadística de Bélgica. Ver: Oficina Central de Estadísticas. Anuario Estadístico de la República de Chile correspondiente a los años de 1870 y 1871. Santiago: Imprenta Nacional; 1871, p. X.
  38. Archivo Nacional Histórico. Intendencia de Santiago, vol. 167, 12 de octubre de 1897.
  39. El Ferrocarril. Peste de viruelas. 18 de octubre de 1864: 2.
  40. Dávila Boza, Ricardo. Mortalidad de los niños en Santiago sus causas y sus remedios. Revista Chilena de Higiene. 1899; 5: 341.
  41. Dávila Boza, n. 40, p. 341.
  42. Oficina Central de Estadísticas. Anuario Estadístico de la República de Chile correspondientes a 1859. Santiago: Imprenta Nacional; 1860. p. 77.

ANUARIO ESTADISTICO  
DE LA  
REPÚBLICA DE CHILE,  
CORRESPONDIENTE

A LOS AÑOS DE 1873 Y 1874.



SANTIAGO DE CHILE.

IMPRESA DE LA LIBRERIA DEL MERCURIO

DE A. Y M. ECHEVERRIA, MORANDE NUM. 38.

MAYO DE 1875.

Figura 1. Portada del *Anuario* correspondiente a los años de 1873 y 1874.

históricas»<sup>43</sup>. En años posteriores aparecieron otros de este estilo: flemón (1869), retención de orina (1876), absceso, caries del peñasco, degeneración del estómago, estrechez del esófago y raquitismo (1877), estrechez pilórica, gota y púrpura (1878), estrechez uretral (1885), catarro uterino, cólico y vólvulos (1890) y espasmos (1891). Otra publicación de la época sugirió encargar al Protomedicato los padrones para anotar las cifras e instalar una oficina en los hospitales para registrar esas informaciones<sup>44</sup>.

43. Sociedad Médica, n. 31, p. 460.

44. El Ferrocarril. Anuario estadístico de Chile (años 1872-1873). 30 de octubre de 1874: 1.

Hacia 1878, ese problema conceptual se evidenció en la disparidad de criterios para categorizar los fenómenos sanitarios debido a un método de recolección de datos que había quedado obsoleto. La OCE se lamentaba de tales problemas técnicos que continuamente distorsionaban la realidad<sup>45</sup>. Mientras no había solución, la OCE elaboró cuadros estadísticos incompletos, con la esperanza de poder profesionalizar el registro cuantitativo en el futuro próximo y aumentar con ello el «apoyo y protección que debe prestársele»<sup>46</sup>. Ricardo Dávila Boza también criticó las imperfecciones de las cifras y «la poca fe que inspiran»<sup>47</sup>. Impulsado por tal situación, pensó una primera clasificación por regiones de las enfermedades<sup>48</sup>.

Otro problema de las estadísticas médicas fue su presentación en formatos diferentes. Por ejemplo, el *Anuario* de 1862 distinguió entre hombres muertos (37 fueron niños) en el Hospital San Juan de Dios, fallecidos a raíz de caries, cólicos, constipaciones intestinales, fracturas, marasmos y vejez; y mujeres muertas (71 fueron niñas) en el Hospital San Borja, fallecidas por diarreas, gota coral y problemas de la vista<sup>49</sup>. Esa distinción por hospitales no persistió por mucho tiempo.

De todos modos, tales modificaciones en espacios cortos de tiempo, parecían superfluas al lado del desconocimiento sobre la causa mortal de un número importante de sujetos<sup>50</sup>, situación que provocó nuevas críticas por parte de la Sociedad Médica de Chile. Para ésta, desconocer qué enfermedades ocasionaban la muerte de los niños era una falta grave, que impedía obtener resultados relevantes y útiles<sup>51</sup>.

A partir de los años ochenta los médicos sintieron la necesidad de producir una estadística centrada en la causa precisa de las muertes. Para ello, prestaron especial atención al vínculo indicio-enfermedad, reconociendo en algunos malestares las claves para el diagnóstico. Esta estrategia buscó

---

45. Oficina Central de Estadísticas. Anuario Estadístico de la República de Chile correspondientes a los años 1878 i 1879. Santiago: Imprenta Nacional; 1881.

46. Oficina Central de Estadísticas, n. 45, p. IX.

47. Dávila Boza, Ricardo. Apuntes sobre el movimiento interno de la población en Chile. Revista Médica de Chile. 1876-1877; 5: 224.

48. Dávila Boza, n. 47, p. 224.

49. Oficina Central de Estadísticas, n. 35, p. 132 y 135.

50. Durante la década del setenta, el *Anuario* consignó las siguientes cifras de causas de muerte «ignoradas»: 409 (1873), 202 (1876), 139 (1877) y 518 (1878). En décadas posteriores esas cifras disminuyeron gracias al establecimiento de conceptos más finos asociados a determinadas enfermedades.

51. Sociedad Médica. Algunos datos estadísticos. Revista Médica de Chile. 1872; 3: 105.

identificar y diferenciar con exactitud un malestar respecto a otro, con el objetivo de disminuir la mortalidad infantil. Empero, pasados los años, aún era común que una muerte fuese atribuida por los médicos a dos causas simultáneamente, contándose dos veces el fallecimiento<sup>52</sup>. En Chile, este conjunto de errores médico-estadísticos cambiarían paulatinamente con la introducción del sistema de Bertillón.

### *3.1. El sistema de Bertillón a comienzos del siglo XX*

En el año 1900 se reunió en París la Comisión Internacional de Estadística compuesta por los delegados de veintiséis Estados, entre ellos Chile. Acordaron utilizar el sistema de Bertillón para clasificar las causas de muerte de la población<sup>53</sup>. La taxonomía, compuesta por catorce grupos de enfermedades, fue seguida por los servicios chilenos de estadística médica a partir de 1901<sup>54</sup>. El tipo de registro favoreció la comparación demográfica con otros Estados y, por otro lado, evidenció cuantitativamente las altas tasas de mortalidad infantil en el país.

Desde entonces, los médicos intentaron resumir con exactitud «los millares de respuestas que se hacen cada año a sus interrogatorios»<sup>55</sup>, introduciendo en un listado las patologías descritas por los pacientes. Un grupo de especialistas fue consciente de que la clasificación debía reunir varias enfermedades en una conceptualización general, sin olvidar que ésta podía ser «dentro de algunos años artificial y anticuada»<sup>56</sup>. Contra lo previsto, los estudios de la OCE tampoco lograron precisar con rigor las enfermedades letales de los niños, tal vez por la desorganización de los informes médicos. Consecuentemente, ese organismo continuó solicitando a los hospitales datos detallados «para conseguir el mayor perfeccionamiento en esta clase de trabajos»<sup>57</sup>.

Una década después de su implementación, los problemas estadísticos continuaron. Dávila Boza, por ejemplo, afirmó que su aplicación había sido incorrecta, adoleciendo «de tantos defectos, que... nuestras estadísticas están

---

52. Revista Chilena de Higiene, 1901; 7: 83.

53. Por decreto 4676 de 22 de diciembre de 1900, a partir del 1 de enero de 1901 se adoptó en los servicios públicos de Chile el sistema Bertillón en la nomenclatura de las causas de defunciones.

54. Revista Chilena de Higiene, n. 52, p. 82.

55. Revista Chilena de Higiene, n. 52, p. 83.

56. Revista Chilena de Higiene, n. 52, p. 83.

57. Dirección General de Estadística, Estadísticas de mortalidad y morbilidad. Imprenta Dirección General de Prisiones, Santiago; 1935, p. 4.

lejos de corresponder al sistema de Bertillón»<sup>58</sup>. En un sentido similar, Francisco de Béze, Director de la OCE notificó a Pablo Urzúa Vergara, intendente de Santiago, para que los hospitales enviaran datos ajustados a los padrones estatales. Esa petición fue transmitida a la Junta de Beneficencia de Santiago que, a su vez, subrayó el gran esfuerzo que ese trabajo requería y solicitó a la OCE «la nomenclatura de las enfermedades según el sistema de Bertillón»<sup>59</sup>.

Para la aplicación del mentado sistema, los médicos sustituyeron los referentes empleados para el diagnóstico hasta ahora, por las nuevas categorías. Esa implementación fue engorrosa debido a la escasez de funcionarios preparados para «aplicar la clasificación, ni médicos comprobadores de defunciones, ni costumbre de utilizar certificados»<sup>60</sup>. Tales papeles llegaban al funcionario estadístico con datos falsos o incompletos, evidenciando que «la clasificación de las enfermedades no se hace prolijamente»<sup>61</sup>. Ante esos obstáculos, la OCE recomendó a los médicos llenar «en cuanto les sea posible, los formularios que les han sido enviados»<sup>62</sup>.

La estadística médica bertilloniana tropezó con la participación escasa de los médicos en las explicaciones sobre las enfermedades, la ineficacia del Registro Civil (que según algunos especialistas debía reformarse para especificar mejor las causas de muerte<sup>63</sup>) y la impericia de los funcionarios en los hospitales. Por tales razones, los médicos tuvieron dificultades para recopilar y organizar las cifras sanitarias. Según el médico Álvaro Covarrubias Pardo, ese «vacío se notaba por la carencia de estas informaciones, por las que se refieren a la atención de los enfermos»<sup>64</sup>. Debido a ello, la Junta de Beneficencia intentó ampliar el servicio estadístico en los hospitales, creando secciones para organizarlo y uniformar los formularios. Como se previó, la confección de una estadística moderna costaba, porque hubo «que vencer la fuerza de la costumbre»<sup>65</sup>.

---

58. Dávila Boza, Ricardo. Estadística médica en Chile. Comunicación al IV Congreso Científico Americano. Revista Chilena de Higiene. 1909; 15: 184.

59. Junta de Beneficencia de Santiago. Actas de las sesiones de la Junta de Beneficencia, 26 de abril de 1910.

60. Covarrubias, Álvaro. Organización de la estadística de la Junta de Beneficencia de Santiago. Revista de Beneficencia Pública. 1917; 1: 385.

61. Covarrubias, n. 60, p. 385.

62. Junta de Beneficencia de Santiago, n. 59.

63. Commentz, Alfredo. Estudio crítico sobre la morbilidad infantil en Santiago. Revista Médica de Chile. 1910; 38(4): 102.

64. Covarrubias, n. 60, p. 390.

65. Covarrubias, n. 60, p. 388.

En otras ocasiones, el afán de la OCE por establecer cifras detalladas de las enfermedades no fue posible por las declaraciones de los testigos. Por ejemplo, los familiares de los fallecidos por viruela o tuberculosis declaraban otras enfermedades para evitar las desinfecciones de sus casas o el traslado de sus parientes hacia el Lazareto. Estas indicaciones iban «falseando manifiestamente la estadística»<sup>66</sup>. La tuberculosis, particularmente, alcanzó una magnitud que no quedaba reflejada en los registros oficiales, porque los infectados negaban su condición. De ese modo en las estadísticas solo se consigna una escasa proporción<sup>67</sup>. A menudo, la tuberculosis infantil, adjudicada al alcoholismo paterno<sup>68</sup>, se confundía con la pulmonía<sup>69</sup>. Con ese nombre, según el médico Ricardo Dávila Boza, a veces se denominaba cualquier afección pulmonar<sup>70</sup>.

Veinte años después de la implementación del sistema de Bertillón, el médico Mamerto Cádiz Calvo continuó criticando la estadística médico-demográfica del Registro Civil y los hospitales, basada según él en datos «malos e incompletos»<sup>71</sup>. Por entonces, la tramitación de la sepultura de niños se hacía en el Registro Civil, donde no había médicos que evaluaran los reportes y únicamente se contaba con la información aportada por los testigos de la muerte<sup>72</sup>. Las cifras se distorsionaban en los relatos por el predominio del «sentido común». Por ejemplo, el pediatra Roberto del Río señaló que las enfermedades del sistema nervioso tenían un porcentaje del 33 por ciento debido a que los familiares definen así «cualquiera otra que presente entre sus síntomas, convulsiones, sopor o delirio»<sup>73</sup>. Para el médico Mateo Melfi Demarco, la tramitación era irrisoria, porque bastaba que dos personas inventaran una narración y que ésta fuera apuntada por el oficial

---

66. El Mercurio. Estadística de viruela. 24 de marzo de 1905: 5. Ver el caso de la tuberculosis en la tabla 2.

67. El Mercurio. Algo sobre tuberculosis. 5 de noviembre de 1917: 7.

68. El Mercurio. La mortalidad en la primera infancia. 4 de noviembre de 1913: 5.

69. El Mercurio. La higiene pública y nuestra mortalidad. 12 de octubre de 1913: 5.

70. Dávila Boza, n. 58, p. 184.

71. El Mercurio. El Instituto de Higiene. Ante los médicos y el público. 19 de julio de 1920: 7.

72. Ricardo Anguita. Leyes promulgadas en Chile. Desde 1810 hasta el 1º de junio de 1913. Santiago: Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona; 1913. Ministerio de Justicia, Culto e Instrucción Pública, Ley Registro Civil, n. 2184, promulgada 16 de julio de 1884. En la sección relativa a la muerte, el artículo 39 dice: «La fe de muerte será redactada por el Oficial Civil en la sección correspondiente del Registro Civil, después de oída la declaración de dos testigos, los cuales deberán ser parientes, vecinos del difunto o residentes de la subdelegación en que hubiere fallecido».

73. Las Últimas Noticias. Mortalidad infantil. 8 de enero de 1909: 11.

del Registro Civil para que esta contenga «una serie de suplantaciones y engaños»<sup>74</sup>. Esas tácticas pudieron relacionarse con la intención de ocultar las enfermedades o muertes «vergonzosas» (histeria, sífilis, suicidio)<sup>75</sup>.

Desde 1915 comenzó a incluirse en el *Anuario* información pormenorizada sobre quienes habían comprobado la defunción de un fallecido. La evolución de los datos demuestra que durante la década del veinte el papel de los médicos redujo la implicación de testigos (tabla 1). Ese cambio supuso la obtención de un mayor número de datos clínicos sobre las causas de muerte.

**Tabla 1**  
**Registros de defunciones, 1915-1929**

<i>Año</i>	<i>Médicos</i>	<i>Testigos</i>
1915	6861	12637
1916	7261	12368
1917	7348	13596
1918	8437	14029
1919	10779	17185
1920	9314	13231
1921	11358	17736
1922	7571	13891
1923	9502	15454
1924	9139	14772
1925	8812	14380
1926	9933	13314
1927	15411	7648
1928	13952	6131
1929	18194	6723

74. Melfi Demarco, Mateo. Mortalidad infantil y protección a la infancia. Memoria para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia. Santiago: Universidad de Chile; 1907, p. 12.

75. Araya, Claudia. La construcción de una imagen femenina a través del discurso médico ilustrado. Chile en el siglo XIX. Historia. 2006; 39 (1): 5-22; Bascañán, Jorge. El higienismo y la noción de contagio. El caso de la sífilis en los Anales de la Universidad de Chile. Intus-Legere Historia. 2015; 9 (1): 69-86; Chávez, Pablo; Ovalle, Alex. «Vengo en tomar por resolución única, la conclusión de mi fatal y azarosa existencia». Justicia y voluntad suicida. Arica, 1900-1930. Historia y Justicia. 2015; 4: 11-37.

Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1915-1929.

Siguiendo la línea de pensamiento de Melfi, Cádiz reclamaba una estadística médica fidedigna, con criterios y modelos uniformes. Tal reforma requería modificar la Ley de Registro Civil porque esta institución sería, bajo su punto de vista, el lugar donde se introducen los errores en las estadísticas de las enfermedades y la mortalidad infantil al falsear las «cifras de defunciones por falta o error del diagnóstico de la enfermedad o causa de muerte»<sup>76</sup>. Cádiz recomendó también elaborar un certificado obligatorio de defunción que incluyera la definición clínica de la enfermedad causante del deceso. Esto ya había sido realizado unos años antes por Emilio Croizet, quien criticaba la ley por prescindir de pruebas científicas<sup>77</sup> y, en parte, por Alejandro del Río quien propuso instituir médicos comprobadores de defunciones<sup>78</sup>.

#### 4. Las enfermedades infantiles y la mortalidad

Las enfermedades que causaron más muertes entre los niños fueron las digestivas y las respiratorias<sup>79</sup>. Para el doctor Ricardo Dávila Boza, pese a la deficiencia de la estadística médica, no había duda sobre cuales eran «las afecciones que predominan en la infancia»<sup>80</sup>. Ello permitió saber positivamente, en palabras de Melfi, cuáles eran los mayores enemigos a combatir<sup>81</sup>. Por eso, se intentó disminuir, aunque con un éxito cuestionable, los factores que las provocaban.

---

76. El Mercurio. 19 de julio de 1920: 7.

77. Croizet, Emilio. Lucha social contra la mortalidad infantil en el período de lactancia. Conferencia dada en la Universidad de Chile el 7 de septiembre de 1912. Santiago: Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona; 1913, p. 5.

78. El Mercurio. Progresos de la higiene en Chile en 1902 por Alejandro del Río. 29 de diciembre de 1902: 6.

79. Las repercusiones médico-sociales de algunas enfermedades digestivas y respiratorias, como el cólera y la influenza, dejaban en evidencia la descoordinación del Estado para responder a esas calamidades. Dos trabajos recientes ofrecen un panorama histórico fundamentado con rica documentación sobre las coyunturas sanitarias de 1886 y 1918. Ver: López, Marcelo y Beltrán, Miriam. Chile entre pandemias: la influenza de 1918, globalización y la nueva medicina. *Revista chilena de infectología*. 2013; 30 (2): 206-215; San Martín, Felipe. «¡Padre, huyamos como locos!» Las epidemias y el sentimiento de inseguridad en los sectores populares: el caso del cólera en las provincias de Valparaíso, Santiago y Concepción. 1886-1888. *Tiempo y Espacio*. 2016; 36: 45-70.

80. Dávila Boza, n. 40, p. 306.

81. Melfi Demarco, n. 74, p. 11.

La lista de enfermedades infantiles del *Anuario* varió en la utilización de conceptos. Por ejemplo, la tuberculosis también fue denominada tisis y tabes mesentérica<sup>82</sup>, apareciendo en ocasiones de modo separado o con especificaciones (tuberculosis intestinal, osteítis tuberculosa). A pesar de estas modificaciones, las estadísticas que incluían el nombre de las afecciones, supusieron un respaldo conceptual a los médicos para diagnosticarlas. Estas asignaciones fueron realizadas después de asociar los síntomas con una enfermedad, prescindiendo de las interpretaciones dadas por los enfermos o sus acompañantes. Cabe recordar que la medicina chilena del cambio de siglo no había integrado por completo la teoría germinal que estableció, en líneas generales, la influencia de los gérmenes patógenos en las enfermedades, favoreciendo la representación de algunas enfermedades como «castigo divino».

Las estadísticas sobre las causas de muerte de los niños fueron enriquecidas en 1914 cuando se sumó la distinción por edad. Desde entonces, las enfermedades que la estadística médica asoció con las muertes infantiles fueron las de origen infeccioso (sarampión, coqueluche, influenza, neumonía y tuberculosis), las traumáticas (hemorragia cerebral y convulsiones), las relacionadas con el nacimiento (debilidad congénita, prematuridad y consecuencias del parto), las provocadas por la nutrición (diarrea y enteritis) y por la falta de cuidados. Los médicos reconocieron que varios de estos males eran debidos al hacinamiento, la falta de un régimen alimentario saludable y otros problemas asociados al estilo de vida de la población<sup>83</sup>.

A partir de 1922 se incluyó la sífilis para explicar la muerte de los neonatos. A partir de este momento, el Gobierno entonó su discurso moral y político contra ella, apoyado por los periódicos conservadores. Uno de ellos,

---

82. La tuberculosis constituyó el problema sanitario más importante y desafiante para el Estado y sus métodos de control epidemiológico. La tasa de mortalidad era de 250 por 100.000 habitantes. Esta situación favoreció la creación de la Sociedad Chilena de Tisiología en 1930. Ver: Barros, Manuel. Visión histórica de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias en sus 85 años. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*. 2015; 31: 110. Además, la tuberculosis, junto con la sífilis y el alcoholismo, formó parte de las «enfermedades de trascendencia social». Ver: Zárata, María Soledad y Campo, Andrea del. Curar, prevenir y asistir: medicina y salud en la historia chilena. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos* [publicación seriada en Internet]. 2000 [citado 19 dic 2018] Disponible en: <https://journals.openedition.org/nuevomundo/66805>

83. Si bien durante este período se comprendía que la leche materna era el alimento fundamental para la salud de los niños, la «mala» alimentación de las mujeres y los tiempos extenuantes del mundo laboral perjudicaron el vínculo madre-lactante. Ver: Deichler, Claudia. *Historia y alimentación popular. Dos décadas de lucha médica contra la desnutrición en el Chile urbano, 1930-1950*. Santiago: Ministerio de Salud; 2016.

por ejemplo, explicó que la embriaguez no sólo mataba a los padres, sino que también contribuía al «raquitismo de los hijos, y en la mujer es un obstáculo para la buena nutrición de los párvulos»<sup>84</sup>. Otros, siguieron una interpretación similar en el caso de los huérfanos, quienes una vez abandonados «quedan en poder de comadres de buena voluntad, que haciendo mucho, solo evitan que mueran de hambre»<sup>85</sup>.

**Tabla 2**  
**Causas de muerte infantil en Chile, 1914-1929<sup>86</sup>**

	1914	1917	1920	1921	1922	1924	1926	1928	1929
<i>Enfermedad</i>	<i>Hasta 1 año</i>								
	<i>Entre 1 y 2 años</i>								
Sarampión	—	826	824	947	197	611	293	772	271
	—	962	1008	994	263	752	335	869	249
Coqueluche	924	1629	1577	1757	921	1098	1064	1023	1275
	428	860	873	820	431	570	560	426	609
Influenza	—	763	1485	1757	1291	1449	2023	1899	—
	—	626	990	1056	743	946	1286	1072	—
Neumonía	3325	3805	4423	5727	4278	5071	3427	2722	2429
	1859	2442	2895	3327	2445	3070	2901	1381	1339
Tuberculosis	—	—	—	—	—	—	—	197	—
	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sífilis	—	—	—	—	270	436	463	527	1204
	—	—	—	—	28	20	31	—	53
Hemorragia cerebral	3657	1291	—	—	—	—	—	—	—
	565	282	—	—	—	—	—	—	—
Convulsiones	—	3891	5194	5378	4881	5730	5454	4824	3169
	—	560	1015	1050	980	1016	973	514	592

84. Diario Ilustrado. 24 de abril de 1904: 6.

85. Diario Ilustrado. 14 de junio de 1911: 8.

86. La exclusión de determinados años en la tabla se debe a la ausencia de esos datos en los anuarios estadísticos. El período de la muestra parte en 1914, fecha en que se incluyó esta nomenclatura en los Anuarios.

	1914	1917	1920	1921	1922	1924	1926	1928	1929
<i>Enfermedad</i>	<i>Hasta 1 año</i>								
	<i>Entre 1 y 2 años</i>								
Debilidad congénita	2976	10958	9103	8222	8620	5604	4702	6155	6791
	9	—	—	—	—	1	—	5	52
Prematuridad-parto defectuoso	—	—	—	—	812	3923	3953	872	918
	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Diarrea y enteritis	2661	3227	4027	3872	3478	4397	5096	5257	5783
	1165	1580	2148	1841	1528	2434	2560	2317	2565
Falta de cuidados	400	320	774	795	753	835	517	199	203
	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Otras afecciones	4445	4879	5144	4970	4773	5295	4547	2116	2479
	2	—	—	—	—	2	—	—	—
Total	22416	38901	41480	42513	36692	43262	40185	33147	29981
Total de muertos (todas las edades)	34782	40169	38654	41151	35364	41297	40053	38003	39481

Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1914-1929.

Los datos de la tabla 2 permiten examinar diferencialmente tres aspectos: a) las enfermedades que produjeron la muerte de los niños chilenos hasta la edad de dos años, b) las consecuencias mortales por año de 13 enfermedades y c) una mirada de conjunto y anual.

A juzgar por la cantidad de muertos, las principales enfermedades mortales para los menores de 1 año fueron las no clasificadas (43943), las convulsiones (38521), la diarrea y la enteritis (37798) y la neumonía (35207), seguidas por el coqueluche, la influenza y la prematuridad. En el rango entre 1 y 2 años las enfermedades mortíferas primordiales fueron la neumonía (21659), la diarrea y la enteritis (18138), las convulsiones (6700) y la influenza (6719). Como se aprecia en la tabla, las enfermedades más persistentes registradas en la OCE fueron la neumonía, la diarrea y la enteritis. Llama la atención también la ausencia de datos sobre las enfermedades no clasificadas entre los niños de entre 1 y 2 años.

Desde una perspectiva cronológica, las enfermedades mortales catalogadas no tuvieron un descenso o ascenso claro, a excepción, durante el tramo 1924-1929, de las clasificadas con el rótulo «otras afecciones». Los

dígitos que mensuraron la neumonía, la diarrea y la enteritis, por ejemplo, se variaban de modo opuesto, pues mientras la primera disminuyó hacia el último bienio del periodo, la segunda tuvo su clímax en 1929.

Si se analizan los números de la tabla por año y de manera vertical, se aprecia que la suma de cada niño muerto entre el nacimiento y los dos años de vida (desde 1914 hasta 1921) se duplicó y que sólo en 1922 se invirtió ese orden para alcanzar un pico en 1923. Desde entonces, hasta 1929 comenzó un descenso hasta alcanzar los 29441 afectados. De todos modos, ese número fue superior al registrado en 1914.

Si observamos la evolución de los niños fallecidos a la edad inferior de un año, notamos un incremento entre 1914 y 1921. Más adelante, a partir de 1924 tuvo lugar un descenso en el número de muertes. De todas maneras, los 24522 niños fallecidos en 1929 fue una cifra superior a los 18388 muertos en 1914. Particularmente, las muertes de niños entre 1 y 2 años es inferior que en el caso de niños con menos edad y desde 1924 es posible detectar una bajada que disminuyó casi hasta la mitad el número anual de muertos.

Por otro lado, cabe señalar que sólo desde 1915 se detallaron y cuantificaron las enfermedades mortales de la «primera infancia» (tabla 3), entre ellas, la debilidad congénita, la prematuridad, los problemas durante el parto y la falta de cuidados. Puede que esto fuera debido a las críticas del pediatra Alfredo Commentz, quien acusó la inexistencia de estadísticas sobre la mortalidad infantil<sup>87</sup>. Las tres primeras enfermedades se relacionaron con una infraestructura insuficiente de los hospitales; la última pudo vincularse con una falta de atención (en ocasiones por desprecio) de los progenitores hacia sus hijos.

La nomenclatura más amplia y específica de las estadísticas contribuyó al conocimiento pediátrico y favoreció un cambio en los métodos de observación de los enfermos. La clasificación, de todas maneras, no fue rígida, ya que fue incluyendo nuevos términos como, por ejemplo, el «nacimiento prematuro o consecuencias del parto» en 1922 (con anterioridad ésta fue catalogada en otras entradas).

La tabla 3 contiene otros aspectos que vale la pena comentar. Uno de ellos tiene que ver con el aumento considerable de niños muertos por debilidades congénitas, situación que se agrava y quintuplica en aproximadamente 15 años. Al contrario, el control de «otras afecciones especiales» disminuyó,

---

87. Commentz, n. 8, p. 101.

pues salvo el aumento del bienio 1923-1924, en 1929 sólo tuvo 284 afectados considerando los casi mil que hubo en 1915. Por último, en la variable «falta de cuidados» se hace difícil precisar un cambio en la dirección de los ascensos o descensos numéricos. Esa situación puede ser debido a retenciones en el momento de decidir si inscribir o no en los registros médicos a los niños muertos por esa razón.

**Tabla 3**  
Enfermedades que causaron la muerte en los niños santiaguinos, 1915-1929<sup>88</sup>

<i>Enfermedades de la primera infancia</i>	<i>Años</i>									
	1915	1916	1917	1921	1922	1923	1924	1926	1928	1929
Debilidad congénita	235	1045	984	1171	746	931	865	658	878	1085
Prematuridad o consecuencias del parto	—	—	—	—	320	234	256	491	224	261
Otras afecciones especiales	992	849	832	763	502	662	710	624	266	284
Falta de cuidados	12	13	28	22	25	51	80	64	20	38

Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1915-1929.

Por último, la tabla 4 contiene datos sobre los niños muertos en cualquier lugar de Santiago y, específicamente, en los hospitales. Cabe mencionar que la OCE, desde 1896 no publicó más datos agrupados por institución. Con posterioridad, en 1910 el *Anuario* ofreció una clasificación similar, aunque con un carácter nacional (Chile) y no provincial, imposibilitando elaborar una tabla que incluyera las dos últimas décadas del período investigado.

El número de niños muertos fue bastante alto respecto al total de muertos de todas las edades. Eso muestra que los primeros años, y específicamente el primero, era un período crítico para la sobrevivencia. Sumado a ello, la mayoría de los fallecimientos infantiles no recibieron atención médica en hospitales, lo que confirma la ausencia de un recinto y una subdisciplina especial dedicada a los niños.

88. La exclusión de determinados años en la tabla 3 se debe a la ausencia de esos datos en los anuarios estadísticos.

**Tabla 4**  
**Niños muertos en hospitales y total de personas muertas en Santiago, 1860-1911**

Año	Niños muertos (hasta 7 años)		Muertos (todas las edades)	Año	Niños muertos		Muertos (todas las edades)
	Total	Hospital			Total	Hospital	
1860	7711	36	10967	1883	7313	53	11483
1861	6565	111	11989	1884	4308	77	6478
1862	6969	108	9831	1885 <sup>89</sup>	2488	74	6776
1863	8406	151	11373	1886	1482	38	3854
1864	9069	213	12575	1887	1544	40	6557
1865	7323	271	10851	1888	2868	11	7594
1866	6731	200	9890	1889	5181	11	14304
1867	6959	204	9912	1896	4093	—	8672
1868	6282	122	9089	1898	3818	—	11093
1869	9332	319	12503	1899	3969	—	11475
1870	6796	270	10070	1900	6087	—	16409
1871	6863	222	10172	1901	3978	—	11667
1872	7718	155	11589	1902	3492	—	10570
1873	7642	109	11195	1903	3536	—	10315
1874	7368	87	11032	1904	3563	—	10710
1876	9476	279	13916	1905	4425	—	13249
1877	7744	79	11368	1906	3746	—	12492
1878	8289	200	12686	1907	3936	—	11449

89. Desde 1885 hasta 1911 los datos de mortalidad infantil no utilizaron como margen de edad los 7 años, sino sólo el año de vida. Entre 1860 y 1885, las anotaciones de la Iglesia consideraron como infantes a los niños de hasta siete años. Desde 1885, el Registro Civil modificó los criterios para consignar la mortalidad infantil, incluyendo en ese indicador a los que murieron al nacer o en el primer año de vida.

Año	Niños muertos (hasta 7 años)		Muertos (todas las edades)	Año	Niños muertos		Muertos (todas las edades)
	Total	Hospital			Total	Hospital	
1879	8487	552	12942	1908 <sup>90</sup>	4602	109	12543
1880	10170	79	15423	1909	4636	1	14852
1881	7924	81	11297	1910	4528	3	14043
1882	8207	61	12098	1911	3952	—	12800

Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1848-1911; Alejandro del Río (editor), *Boletín de Higiene y Demografía*. Santiago, Imprenta Cervantes, Tomo I (1898)-Tomo XIV (1911).

## 5. Conclusión

La investigación histórica sobre la clasificación y cuantificación de las enfermedades y muertes de los niños santiaguinos permite reflexionar en torno al devenir del conocimiento médico chileno. En ese ejercicio, los anuarios estadísticos, las revistas médicas y la prensa son publicaciones fundamentales donde los médicos y estadísticos fueron registrando las informaciones necesarias para alcanzar los objetivos de este estudio.

La lectura vigilante de esas fuentes, muchas veces carentes de un formato estándar y con irregularidades en el campo demográfico sanitario, reveló el surgimiento, el desarrollo y los escollos de la estadística médica centrada en la infancia. La evaluación de este proceso, alentado por la influencia de los progresos médicos europeos y la alta tasa de la mortalidad infantil chilena, permite entender cómo la acumulación de conocimiento médico y burocrático fue modificando de manera gradual las representaciones hacia las enfermedades y la muerte infantil.

Durante las décadas finales del siglo XIX no se sistematizaron con rigurosidad pormenorizada las causas de las enfermedades y las muertes atendidas en los hospitales. Por eso, los médicos y los estadísticos comprendieron la necesidad de ordenar con rigor esos datos, confiados en que

90. Desde 1908 hasta 1911 los datos de mortalidad infantil en los hospitales no utilizaron como margen de edad los 7 años, sino sólo el año de vida.

la numeración objetiva dilucidaría los métodos óptimos para los cuidados sanitarios de la población.

Desde entonces, se requirieron categorías que redefinieran y organizaran las enfermedades para su posterior publicación. Esta concepción transformó al hospital en un lugar de encuentro entre los médicos, los estadísticos, los enfermos y los testigos de las muertes, a la vez que convirtió tal institución en un subsistema interdependiente de la Oficina Central de Estadísticas de Chile.

En Santiago, la configuración científica de las enfermedades fue un proceso que tardó varias décadas para consolidarse a nivel médico y burocrático. En dicho proceso, la implementación del sistema de Bertillón, que da cuenta del afrancesamiento de la estadística en el Chile de esos años, estableció un marco conceptual para clasificar las enfermedades. Sin embargo, su aplicación fue difícil y seguían los problemas anteriores relacionados con la falta de personal especializado, criterios homogéneos para la clasificación y de médicos para identificar las causas de la muerte. Además hubo, en general, un uso escaso de la medicina por parte de la población, que en caso de enfermedad se inclinaba más a acudir a saberes populares y la ayuda de curanderos. Después de todo, la persistencia en el uso de ese sistema ordenador y reproductor del modelo hizo posible algunas mejoras técnico-laborales en los funcionarios del Estado encargados de la salud y la estadística.

De todos modos, durante esta época fue constituyéndose la pediatría en correspondencia con el desarrollo y el uso de la estadística. Aun así, la pediatría tuvo graves dificultades de legitimar su existencia por una falta de eficacia en la curación de los infantes. A la par, los médicos invirtieron sus energías en el desarrollo de diagnósticos más fiables y confiaron que a través de evaluaciones certeras y un conocimiento de las causas de los fallecimientos podrían obtener pruebas fiables respecto a la eficacia de determinados tratamientos médicos.

Pese a ello, en el periodo estudiado la demografía médica todavía no repercutió de forma notable en la línea política del Gobierno que sería el órgano que hubiera tenido el poder para subsanar legislativamente las condiciones de vida de la población. Ese divorcio entre ciencia y política fue retardando, la adopción de medidas eficaces e innovadoras contra las enfermedades comunes y los brotes epidémicos. La inconsistencia informativa de aquella demografía y, en efecto, la flaqueza de sus conclusiones cambiaría en periodos posteriores con el advenimiento del «giro pediátrico» deudor, claro está, de esta desconcertante etapa de la historia médica y estadística infantil chilena. ■