

Del auxilio ambulatorio a una organización “moderna y científica”. Los dispensarios durante las primeras décadas del siglo XX en Chile.

From outpatient assistant to a “modern and scientific” organization. Dispensaries during the first decades of the 20th century in Chile.

Catalina Saldaña Lagos¹

¹Doctora en Historia PUC. Investigadora postdoctoral ANID, Departamento de Historia, Universidad Alberto Hurtado. catasaldana@gmail.com.



Fecha de Recepción: 18 diciembre de 2025

Fecha Aceptación: 26 diciembre 2025

DOI: <https://doi.org/10.22370/syc.1.1.2025.5395>.

Resumen

Los dispensarios funcionaron en Chile desde el siglo XIX como espacios de atención médica ambulatoria y entrega de medicamentos. Hacia el cambio de siglo, en el contexto de la cuestión social y el empeoramiento de las condiciones de salubridad de la población, se hizo necesaria la transformación de estos establecimientos en dispensarios “modernos” y “científicos”. Esto significó integrar en sus funciones tareas de educación en higiene y prevención, junto con una organización tendiente a la especialización médica, con el objetivo de atender a un número mayor de pacientes y contener las enfermedades de mayor extensión en la época, principalmente las de carácter contagioso.

Palabras Claves: Dispensarios, institucionalidad sanitaria, educación sanitaria, higiene, prevención

Abstract

Dispensaries operated in Chile since the 19th century as places for outpatient care and medication delivery. At the turn of the century, in the context mounting social problems and worsening public health, it became necessary to transform these establishments into “modern” and “scientific” ones. This meant integrating hygiene and prevention education into their functions, along with an organization geared toward medical specialization, with the aim of treating a greater number of patients with the most wide range of diseases, mainly those of a contagious

Keywords: Dispensaries, health institutions, health education, hygiene, prevention

Introducción

Como “dispensarios” se conocieron aquellos establecimientos destinados a prestar de manera ambulatoria asistencia médica y farmacéutica a parte de la población más pobre. Se denominaron también como dispensarías, policlínicos, “consultas médica-farmacéuticas de pobres” y “departamento de puertas afuera” del hospital.

Varios de estos establecimientos funcionaron durante el siglo XIX, especialmente en las principales ciudades, como Santiago y Valparaíso. Sin embargo, en las primeras décadas del siglo XIX, algunas voces médicas comenzaron a alertar sobre la necesidad de contar con dispensarios “modernos y científicos”. ¿Qué significaban estas características con respecto a los dispensarios existentes? ¿Qué cambios del panorama médico y sanitario de la época se dejan entrever con el planteamiento de esta necesidad? La presente contribución busca indagar en posibles respuestas a estas preguntas, con el propósito de dilucidar el origen y las implicancias de este cambio en la concepción y utilidad de los dispensarios en Chile. El periodo abordado responde al contexto de la cuestión social, definida por James O. Morris, como la totalidad de consecuencias laborales, ideológicas y sociales de la industrialización y la urbanización, las que se expresaron en la constitución de organizaciones defensoras de la clase trabajadora, huelgas, enfrentamientos, la instalación del sistema de salario y, la más determinante, la emergencia de complejos problemas asociados a la vivienda popular, la atención médica y la salubridad, entre otras². Este escenario, colmado de enfermedades, epidemias y mortalidad, requirió con urgencia tomar acción en la atención de salud y contener los contagios que se propagaban entre la población, principalmente entre la más pobre.

Los dispensarios en el siglo XIX

Para algunos estudiosos de la historia médica chilena, los dispensarios fueron uno de los

² James O. Morris, *Las élites, los intelectuales y el consenso. Estudio de la cuestión social y el sistema de relaciones industriales en Chile*, Editorial del Pacífico, Santiago, 1967.

espacios más importantes de esta trayectoria, pues proporcionaron médicos y medicinas a las personas más necesitadas³. Además, destacan la importancia estratégica de sus servicios y la función socializadora de los beneficios de la medicina formal, mayor en cobertura a la ofrecida por los hospitales en el país durante el siglo XIX.

Los dispensarios constituyeron “una mezcla entre un centro ambulatorio de atención de salud, una botica para quienes no podían adquirir medicamentos en las florecientes farmacias y un lugar de ayuda caritativa en general”⁴. Además, entre los propósitos de estos establecimientos, estuvo dar alivio a la demanda de los hospitales, “sacar a los moribundos de los hospitales y usarlos como alternativa de socorro en las villas”⁵, lugares donde los dispensarios fueron la única opción de curación sin la necesidad de viajar a la ciudad.

Según Macarena Ponce de León, las primeras descripciones de los dispensarios referían a una pequeña y rudimentaria sala, que atendía alrededor de una hora y media algunos días a la semana. En ellos, atendía un médico, un practicante y, esporádicamente, un boticario y un mozo. Las consultas médicas, las visitas médicas que se realizaban, como la prescripción de medicamentos, eran de manera gratuita. Los servicios ofrecidos por los dispensarios, junto con la escasa cobertura sanitaria de la época⁶, hizo que atendieran a

³ Eduardo Salas Olano, *Historia de la medicina en Chile*, Imprenta Vicuña Mackenna, Santiago, 1894. Ricardo Cruz-Coke, *Historia de la medicina chilena*, Editorial Andrés Bello, Santiago, 1995.

⁴ Oscar Mac-Clure, *En los orígenes de las políticas sociales en Chile 1850-1879*, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2012, p. 48.

⁵ Macarena Ponce de León, *Gobernar la pobreza. Prácticas de caridad y beneficencia en la ciudad de Santiago, 1830-1890*, Editorial Universitaria, DIBAM, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 2011, p. 152.

⁶ Sobre cobertura sanitaria en Chile durante el siglo XIX, ver: María Angélica Illanes, *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile 1880-1973*, Red de Protección Social Ministerio de Salud, Santiago, 2010; Carlos Molina, *Institucionalidad sanitaria en Chile, 1890-1990*, LOM, Santiago, 2010; Rafael Sagredo, “Nacer para morir o vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías”, en Rafael Sagredo y Cristian Gazmuri (coords.), *Historia de la vida privada en Chile*.

un gran número de personas, “consolidándose a fines de la década de 1870 como centros de atención médica ambulatoria para adultos y niños”⁷. La administración de los dispensarios estuvo en manos de diversos organismos, como municipalidades, organizaciones civiles, la Beneficencia⁸ y congregaciones religiosas, entre las que destacaron las Hermanas de la Caridad y la de San Vicente de Paul.

Un elemento interesante de enfatizar es que fueron las mujeres quienes más atención recibieron en los dispensarios. Su alta demanda provino del hecho de que acercarse a ellos les permitía no separarse de sus familias y no perder un día de trabajo. Además, si la patología no era compleja, no necesitaban internarse en un hospital. María Soledad Zárate agrega a esta causa que la demanda femenina fue mayor porque los hospitales disponían de escasas camas para mujeres y los dispensarios tuvieron especial cobertura de enfermedades de orden ginecológico y obstétrico. Todo esto, habría provocado que las mujeres fueran las principales usuarias de dispensarios, y añade que pese a desconocer

“el detalle del tipo de atención, curación y tratamientos más frecuentes que estas instituciones ofrecían a la población femenina de la época (...) suponemos que difundieron a mayor escala los procedimientos y beneficios que la medicina formal ponía en práctica y es altamente probable que parte de esta demanda se relacionara con las necesidades asistenciales propias del embarazo, parto y puerperio”⁹.

El Chile moderno, de 1840 a 1925, Taurus, Santiago, 2005.

⁷ Macarena Ponce de León, p. 152.

⁸ La Junta de Beneficencia en Chile fue la entidad a cargo de la administración y supervisión de hospitales, hospicios y casas de expósitos, entre otros espacios asistenciales. En sus inicios tuvo un carácter privado de tono caritativo, pero hacia fines del siglo XIX se integró a la incipiente institucionalidad sanitaria que comenzó a crearse por parte del Estado. Funcionó entre 1832 y 1952.

⁹ María Soledad Zárate, *Dar a luz en Chile*, siglo XIX. De la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2008, p. 402. Uno

Hacia fines de siglo, la atención también se concentró en dispensarios para niños, debido a las altas tasas de mortalidad infantil: alrededor de 350 niños por mil nacidos, en los primeros años de vida¹⁰. Para poder revertir la situación de que ninguno de los hospitales capitalinos contaba con un servicio destinado a menores de 3 años y que los establecimientos de la Beneficencia tenían escasa cobertura infantil, surgió la necesidad de instalar dispensarios de párvulos en los barrios más pobres que realizaran visitas domiciliarias sistemáticas, proyecto que en parte pudo realizarse principalmente por la acción de la caridad privada.

La importancia de los dispensarios en términos de cobertura de atención de pacientes, especialmente de los habitantes que no podían acceder al servicio privado, se puede inferir por los diversos proyectos de reforma que hubo durante el siglo para mejorar su funcionamiento por medio de mayor cantidad de recursos¹¹. Lo cierto es que no lograron concretarse

de los propósitos de la difusión de la medicina formal fue el combate contra los medios de curación alternativos y de los servicios ofrecidos por los llamados charlatanes, altamente requeridos por la población. Al respecto, ver: Sol Serrano, *Universidad y nación. Chile en el siglo XIX*, Editorial Universitaria, Santiago, 1994; María José Correa, “Por haber sanado a muchos y haber matado a varios. Charlatanes, practicantes y curanderos. La justicia y el ejercicio médico ilegal. Chile, 1874-1919”, en Daniel Palma (coord.), *Delincuentes, policías y justicias. América Latina, siglos XIX y XX*, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2015.

¹⁰ Sobre mortalidad infantil en Chile, ver: Pablo Chávez, “La mortalidad infantil en las viviendas: las consecuencias de la migración campo-ciudad en Santiago (Chile, 1865-1930)”, *Temas americanistas*, n°40, pp. 265-286, 2018; Pablo Chávez y José Soto, “Mortalidad infantil en Santiago: representaciones y discursos, Chile 1860-1914”, *Historia, Ciencia, Saude-Manguinhos*, vol. 25, n°4, pp. 1281-1300, 2018; Pablo Chávez y Víctor Brangier, “Esa diaria gotera de la muerte: mortalidad infantil y los albores de la medicina pediátrica en la provincia de Santiago, 1870-1913”, *Salud Colectiva*, junio 2020, (en línea); Nelson Vargas, *Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría*, Editorial Universitaria, Santiago, 2002.

¹¹ Oscar Mac-Clure. Un aspecto sobre la situación de los dispensarios puede observarse en el testimonio del médico Carlos Mandiola, quien expuso sobre la incapacidad de los establecimientos para atender a un gran número de personas, sobre todo en periodos de epidemia. En 1890, Mandiola narró sobre la epidemia de pústula maligna en las provincias

a cabalidad y, en su mayoría, fueron sostenidos por organizaciones civiles y congregaciones religiosas, y hacia fines del XIX gracias a la incorporación de estudiantes de medicina, quienes acompañaban a los médicos, podían recetar bajo supervisión y tratar directamente a los pacientes.

Hacia lo “moderno y científico”: dispensarios en los inicios del siglo XX

Durante la primera década del siglo XX, el servicio de los dispensarios mantenía las mismas características del periodo anterior. Con el objetivo de rastrear los conceptos de moderno y científico, se revisaron documentos que tienen entre ellos un rango de 10 años. El primer grupo, corresponde a documentos de 1908 y están referidos a los dispensarios de tuberculosos, creados y administrados por la Asociación de Señoras contra la Tuberculosis y por la Liga contra la Tuberculosis. El segundo, datado en 1918, son publicaciones realizadas por los médicos Selim Carrasco y Lucas Sierra, mientras que el tercero refiere a una publicación realizada por Germán Greve en 1928 que analiza, a partir del caso estadounidense, cómo debieran ser los dispensarios en Chile. Una primera conclusión a partir del análisis de este conjunto de documentos es que, pese a las necesidades planteadas por estos diferentes actores, el funcionamiento de los dispensarios se mantuvo prácticamente inalterable hasta la tercera década del siglo XX, solo con algunos avances, pero sin la aplicación completa de los cambios que se esbozaban como

de Curicó, Talca, Linares, Ñuble y Arauco: “a la dispensaría de la ciudad llegaban en tal cantidad que el médico que la sirve se vio precisado a enviar una nota al Intendente de la provincia para que se tomaran las medidas conducentes a fin de detener la producción de una afección cuya causa no era otra sino la ignorancia o desidia de los superiores. Tres, cuatro y hasta cinco enfermos se presentaban diariamente a la dispensaría en demanda de auxilios de la ciencia para obtener pronta mejoría”. Carlos Mandiola, “Estudio sobre las enfermedades carbunclosas; su frecuencia en Chile; medidas higiénicas y preventivas que convendría adoptar y su mejor tratamiento”, Anales de la Universidad de Chile, tomo 77, 1890, pp. 68 y 69.

imprescindibles para hacer de estos espacios, establecimientos que contribuyeran de manera integral a la salud del pueblo.

En 1908, durante el Congreso Científico Panamericano, se presentó la labor del dispensario antituberculoso de la Asociación de Señoras contra la Tuberculosis. En la presentación se indicó que el dispensario se dividía en dos secciones: una donde se realizaba el examen clínico de los enfermos, a cargo de los médicos, y otra que funcionaba como botica y anexos, a cargo de las señoras, quienes también en estas tareas anexas, repartían ropa, frazada, colchones y alimentos. El principal problema de la organización se relacionaba con el aumento de enfermos que se atendían en el dispensario, que en ningún caso era proporcional al ingreso de recursos del establecimiento. En la alocución, Ana Swinburn, representante de la Asociación, señaló:

“Lo que ha hecho y hace muy difícil nuestra tarea es que los tuberculosos que asistimos pertenecen a la clase trabajadora y que la tuberculosis exige un tratamiento que no podemos dar. Esta es una enfermedad de los gastados por el trabajo; de los que carecen del alimento necesario y también de los que ignoran los medios de evitar el contagio o que viven en habitaciones miserables y malsanas. Lo que procuramos es, adaptar el medio y a las condiciones de vida de nuestro pueblo los preceptos recomendados por la ciencia, para probar que la tuberculosis es evitable y curable”¹².

Este extracto de su discurso revela un elemento que será trascendental en la concepción de los dispensarios durante esta época: la educación. Este propósito de la Asociación surgió por la recomendación hecha en el congreso sobre tuberculosis realizado en Londres en 1901, ocasión donde se enfatizó en la necesidad urgente de establecer dispensarios que se dedicaran a la profilaxia de la tuberculosis por medio de la educación higiénica, además de la asistencia directa

¹² Ana Swinburn, “El dispensario antituberculoso”, en El dispensario antituberculoso y su acción en la lucha contra la tuberculosis, Imprenta y Litografía Barcelona, Santiago, 1908, p. 6.

de los enfermos¹³. Esto será un cambio importante, pues incorporará a las personas sanas dentro del grupo destinatario, agregando la prevención como un aspecto fundamental de sus funciones.

Si bien, normas de higiene se venían aplicando desde el siglo pasado, un hecho decisivo en este tema fue el surgimiento y desarrollo de la bacteriología, que reveló la causa de una serie de enfermedades y las formas de su contagio. Según lo planteado por el médico Isaac Ugarte en 1908, en relación con el dispensario para tuberculosos, la bacteriología habría tenido dos implicancias en el desarrollo de este tipo de establecimientos: por una parte, en el examen y diagnóstico, fijados mediante “los procedimientos más modernos de investigación física y de bacteriología. Su tratamiento descansa, pues, en datos positivos, bien apreciados y que sirven de base para tener los mejores resultados posibles”¹⁴. Por otra parte, el desarrollo de la ciencia bacteriológica había tenido “todavía otro resultado práctico de la mayor importancia”, pues había dado a la higiene “una importancia decisiva en la profilaxia de esta enfermedad que permite proteger eficazmente a los seres que rodean al enfermo y que están expuestos al contagio”¹⁵.

De esta manera, la educación en higiene se convertía en el “supremo recurso humano” que establecía la “visión del porvenir”, lo que en términos prácticos se situaba en la organización de un sistema que incluyera la desinfección obligatoria, la declaración de los casos infecciosos, listas de enfermos, intervención de conventillos, control de la venta de alimentos y control del consumo de carne, entre otras medidas¹⁶.

¹³ La profilaxia, o profilaxis, fue un término ampliamente utilizado en la época para referirse a la higiene, a la prevención de la enfermedad o a la protección de la salud.

¹⁴ Isaac Ugarte, “El dispensario antituberculoso”, en El dispensario antituberculoso y su acción en la lucha contra la tuberculosis, Imprenta y Litografía Barcelona, Santiago, 1908, p. 30.

¹⁵ Isaac Ugarte, p. 35.

¹⁶ Algunas de estas medidas se fueron implementando a partir de organismos como la Sección de Química y la Sección de Microscopía y Bacteriología del Instituto de Higiene, fundado en 1892, el desinfectorio público fundado en la capital en 1896 y la ley de Enfermedades Infecciosas de 1899.

Una década después, la educación sanitaria continuaba considerándose una función esencial en los dispensarios. Sin embargo, aún no se lograba cubrir a la población requerida, problema que limitaba el rango de influencia que podían tener las normas de higiene más básicas. En 1918, Selim Carrasco apuntaba que existían 10 dispensarios para una población de 500 mil habitantes, una cantidad insuficiente que ya había sido un problema para la Asociación de Señoras contra la Tuberculosis, cuya representante había sostenido que “no ha sido posible hacer la selección de enfermos ni organizar un servicio completo y científico como se habría podido hacer si hubiéramos tenido los recursos suficientes para establecer dispensarios en distintos barrios de la ciudad, limitando la asistencia de enfermos”¹⁷. Carrasco, en esta misma línea, indicó que los servicios que existían “son mal atendidos porque por defecto la organización y por lo precario de los recursos para atenderlos no hay medios de hacerlos volver a continuar el tratamiento”¹⁸.

De lo anterior surge otro elemento fundamental en la nueva concepción sobre los dispensarios, referido a la organización. Un dispensario moderno debía estar organizado en secciones, con un jefe médico, personal técnico y cuatro ayudantes en cada una, con atención diurna y nocturna, con un cobro mínimo por los servicios. Con esta organización, el dispensario -en las opiniones de la época- habría estado en condiciones de cumplir con la misión social que debía tener: preventiva, curativa y educadora. Esta misión se vinculaba directamente con los tres objetivos que debían tener los establecimientos, como lo estipuló Selim Carrasco:

“1° Profilaxia de las enfermedades.

2° Tratamiento apropiado de los pacientes, la prevención de reinfecciones y de la difusión de las enfermedades a los demás;

3° El estudio científico de las enfermedades sociales, la investigación y elaboración de métodos para su tratamiento y la educación

¹⁷ Ana Swinburn, pp. 4 y 5.

¹⁸ Selim Carrasco, El dispensario para combatir las enfermedades sociales, Imprenta El Progreso, Santiago, 1918, p. 15.

de especialistas en esta rama de la Ciencia Médica”¹⁹.

La organización, por lo tanto, se relacionaba de modo claro con la concepción “científica” del dispensario. ¿Qué significaba esto? Un dispensario modernamente organizado garantizaba una atención más minuciosa de cada enfermo, en consecuencia, era imprescindible contar con una mayor cantidad de tiempo para cada consulta. El médico Lucas Sierra recordó su experiencia en el dispensario San Luis, donde recibían una cantidad inusual de pacientes que lo dotó de cierta popularidad. La causa de esta situación habría radicado en el esfuerzo de quienes atendían ahí, pues su esfuerzo se concentraba en reconocer la naturaleza de la enfermedad que aquejaba a cada paciente. Según Sierra, “es que en las demás dispensarías de la capital de la República solamente se trataba el síntoma y nada más. El diagnóstico y reconocimiento exacto de la enfermedad constituían un mito. En otros términos, la parte científica y noble de nuestra profesión (...) se empequeñecía para dar satisfacción a la rutina de las dispensarías de Santiago”²⁰.

Para lograr esto, sumado a la organización previamente descrita, el dispensario debía estar anexo a un hospital, con el fin de hacer el seguimiento a los enfermos que habían sido dados de alta. Este procedimiento implicaba que cada médico, con el tiempo suficiente y contando con el historial clínico de cada paciente, pudiera ir conociendo en profundidad su estado y la evolución de la dolencia y del tratamiento, haciendo más posible la especialización médica respecto a las enfermedades. El propósito de la especialización era la prevención, objetivo que, como se indicó, será fundamental en la concepción de los dispensarios en el siglo XX. Por tanto, la incorporación de personas sanas como objetivo de estos establecimientos adquiere un concepto y una misión específica. Sierra argumentaba que la especialización “puede contribuir poderosamente

a prevenir, a evitar un número crecido de enfermedades; a despistar enfermedades infecciosas o contagiosas en momento oportuno, y a dar así la voz de alarma, contribuyendo a resguardar a la colectividad de daños mayores”²¹.

Sin embargo, para lograr tal cometido, era indispensable aumentar el número de dispensarios, tanto en las ciudades como fuera de ellas. Por ello, se postulaba la necesidad de innovar a través de dispensarios ambulantes en poblaciones y salitreras, lugares donde no era posible su instalación permanente. Esto se concebía bajo la idea de que el dispensario debía acudir en busca del enfermo para curarlo y evitar la propagación de la dolencia que lo aquejaba. Asimismo, se propuso la creación de dispensarios en áreas rurales y suburbanas, aumentando el espacio de acción de “la ciencia preventiva y la medicina en los primeros tiempos de la enfermedad”²². En cada uno de estos lugares, tanto urbanos, como suburbanos y rurales, se establecía que

“no se contentará el médico con la rutina del medicamento para el síntoma, sino que, después de haber establecido el diagnóstico, se esforzará por hacer comprender al enfermo la base esencial de su enfermedad, explicará el porqué de la enfermedad que lo aqueja, y, sobre todo, el modo de evitar que se replique el mal en sí mismo o en los que lo rodean”²³.

Ahora bien, aumentar el número de dispensarios y ampliar su margen de acción implicaba recursos, que no serían pocos, considerando la mayor complejidad con la que debían organizarse. En este ámbito, las propuestas de los médicos fueron más difusas. En un primer momento, se postuló que cada persona que se atendiera debía pagar un pequeño monto, pero más que para la mantención del dispensario, se relacionaba con la creación de un “valor” por el servicio que se estaba otorgando, a su vez que esta acción crearía un compromiso en cada enfermo con respecto a su tratamiento.

¹⁹ Selim Carrasco, p. 27.

²⁰ Lucas Sierra, “Organización de las Dispensarías i Policlínicos”, La Tribuna Médica, 1 de mayo de 1918, p. 344.

²¹ Lucas Sierra, p. 345.

²² Lucas Sierra, p. 345.

²³ Lucas Sierra, p. 346.

Luego, al enfatizar el beneficio público que tenían estos establecimientos, se conminó a “todos” para contribuir en la instalación y mantenimiento de dispensarios, por ejemplo, llamando a las colectividades obreras y sociedades de socorros mutuos a destinar parte de sus fondos. La Beneficencia debía actuar a través de la anexión de dispensarios a cada hospital, en un intento por unificar el sistema, en el que los dispensarios se concebían como uno de los eslabones principales de la cadena de organización sanitaria.

Pese a los obstáculos materiales, dependiendo de la institución que lo administrara, los dispensarios sí pudieron integrar la labor de prevención en sus funciones y, en algunos casos, la toma de exámenes para diagnósticos. Ya hacia fines de la década de 1920, la concepción de dispensario se había complejizado y, como indicó Germán Greve, “el dispensario moderno no es ya el sitio donde dispensa por caridad una botella de medicamento tras un ligerísimo interrogatorio y superficial examen del enfermo”²⁴. Sin embargo, los dispensarios chilenos aún se encontraban lejos del ideal de dispensario que postulaba el médico, consistente en funcionamiento permanente, parcelación de actividades en numerosas secciones, dedicación de tiempo suficiente para el examen y tratamiento del enfermo, trabajo en grupo de especialistas del personal, instalación de laboratorios, secciones de fisioterapia, servicio social e incluso una cafetería. Contar con este mínimo de funcionamiento haría, según Greve, que “se aprovechen ampliamente las ocasiones que ofrece para la investigación científica de la enfermedad, para la instrucción y perfeccionamiento del personal médico, del personal médico auxiliar, del personal del servicio social y para la propaganda de la higiene como ciencia de la conservación de la salud en el pueblo”²⁵.

Para esta época, según se ha constatado, ya eran cinco las funciones que debía cumplir un dispensario definido como moderno y científico,

tareas más específicas y complejas: 1) descubrir la epidemia y prevenir, por consiguiente, su difusión; 2) tratar al enfermo ambulatorio y las emergencias quirúrgicas; 3) enseñar el valor de la dieta, el ejercicio y la de la higiene; 4) entrenar al médico y a la enfermera en el diagnóstico, técnica y tratamiento; 5) instruir al estudiante en el arte de la medicina y en la práctica quirúrgica²⁶.

Consideraciones finales

Como se ha podido observar, una de las características que determinó el carácter moderno y científico de un dispensario en las primeras décadas del siglo XX, fue la complejización de sus objetivos. Esto fue consecuencia del escenario sanitario de la época, determinado por el alto contagio de enfermedades y la escasa capacidad de la institucionalidad para abordarlo. Una de las maneras se relacionó con el concepto que se instaló en la primera década como función primordial de los dispensarios: la educación higiénica. Como se señaló anteriormente, esta fue importante porque además de los enfermos, incorporó en la acción de los dispensarios a las personas sanas. En este proceso fue relevante la influencia del desarrollo de la bacteriología y el aumento y profundización de las formas de contagio y detección de las enfermedades infecciosas, como la sífilis y la tuberculosis, parte de las llamadas “enfermedades de trascendencia social”.

Así mismo, este elemento fue el punto de inflexión que provocó el cambio en la concepción de los dispensarios, como parte a su vez, de un tema que se instalará en el discurso médico de la época como una estrategia para disminuir la morbilidad en la población y que alcanzará su institucionalización con la promulgación de la Ley de Medicina Preventiva en 1938. La prevención será característica de lo moderno de un dispensario y lo que impulsará las nuevas y más complejas formas de organización y funcionamiento. Como consecuencia, la aplicación de este modelo implicaría un estudio y seguimiento más detallado de los casos clínicos que se presentaban, logrando

²⁴ Germán Greve, *El dispensario moderno. Su organización, su administración, su equipo, su funcionamiento, sus deberes, sus ideales*. Imprenta Universitaria, Santiago, 1928, p. 3.

²⁵ Germán Greve, p. 4.

²⁶ Germán Greve, p. 7.

otorgar al dispensario un carácter científico, que aportaba en una mayor especialización de la labor y formación médica.

En definitiva, los adjetivos “moderno” y “científico” se comprenden de manera ineludible con los conceptos de educación higiénica, prevención, organización, funcionamiento y especialización, que conformaron los pilares básicos de la instalación ideal de dispensarios que cubrieran a la mayor cantidad de población en las primeras décadas del siglo XX. Hasta

ahora, las fuentes no indican si logró existir algún dispensario bajo este modelo en Chile durante esta época, sin embargo, las permanentes referencias a los establecimientos estadounidenses y las nulas al ámbito local, podrían dar cuenta de lo contrario. Una realidad que se mantuvo fue la escasez de recursos para establecer dispensarios modernos y científicos; este obstáculo se convertirá en uno de los elementos más importantes de continuidad en la salud pública chilena, extendiéndose hasta nuestros actuales consultorios, herederos directos de los dispensarios.

Referencias

- Carrasco, Selim. El dispensario para combatir las enfermedades sociales, Imprenta El Progreso, Santiago, 1918.
- Chávez, Pablo. “La mortalidad infantil en las viviendas: las consecuencias de la migración campo-ciudad en Santiago (Chile, 1865-1930)”, Temas americanistas, n°40, pp. 265-286, 2018.
- Chávez, Pablo y José Soto. “Mortalidad infantil en Santiago: representaciones y discursos, Chile 1860-1914”, Historia, Ciencia, Saude-Manguinhos, vol. 25, n°4, pp. 1281-1300, 2018.
- Chávez, Pablo y Víctor Brangier, “Esa diaria gotera de la muerte: mortalidad infantil y los albores de la medicina pediátrica en la provincia de Santiago, 1870-1913”, Salud Colectiva, junio 2020, (en línea).
- Correa, María José. “Por haber sanado a muchos y haber matado a varios. Charlatanes, practicantes y curanderos. La justicia y el ejercicio medico ilegal. Chile, 1874-1919”, en Daniel Palma (coord.), Delincuentes, policías y justicias. América Latina, siglos XIX y XX, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2015.
- Cruz-Coke, Ricardo. Historia de la medicina chilena, Editorial Andrés Bello, Santiago, 1995.
- Greve, Germán. El dispensario moderno. Su organización, su administración, su equipo, su funcionamiento, sus deberes, sus ideales. Imprenta Universitaria, Santiago, 1928.
- Illanes, María Angélica. En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública, Chile 1880-1973, Red de Protección Social Ministerio de Salud, Santiago, 2010.
- Mac-Clure, Oscar. En los orígenes de las políticas sociales en Chile 1850-1879, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 201.
- Mandiola, Carlos. “Estudio sobre las enfermedades carbunclosas; su frecuencia en Chile; medidas higiénicas y preventivas que convendría adoptar y su mejor tratamiento”, Anales de la Universidad de Chile, tomo 77, 1890.
- Molina, Carlos. Institucionalidad sanitaria en Chile, 1890-1990, LOM, Santiago, 2010
- Morris, James O. Las élites, los intelectuales y el consenso. Estudio de la cuestión social y el sistema de relaciones industriales en Chile, Editorial del Pacífico, Santiago, 1967.
- Ponce de León, Macarena. Gobernar la pobreza. Prácticas de caridad y beneficencia en la ciudad de Santiago, 1830-1890, Editorial Universitaria, DIBAM, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 2011.
- Sagredo, Rafael. “Nacer para morir o vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías”, en Rafael Sagredo y Cristian Gazmuri (coords.), Historia de la vida privada en Chile. El Chile moderno, de

1840 a 1925, Taurus, Santiago, 2005.

Salas Olano, Eduardo. Historia de la medicina en Chile, Imprenta Vicuña Mackenna, Santiago, 1894.

Serrano, Sol. Universidad y nación. Chile en el siglo XIX, Editorial Universitaria, Santiago, 1994.

Sierra, Lucas. "Organización de las Dispensarías i Policlínicos", La Tribuna Médica, 1 de mayo de 1918.

Swinburn, Ana. "El dispensario antituberculoso", en El dispensario antituberculoso y su acción en la lucha contra la tuberculosis, Imprenta y

Litografía Barcelona, Santiago, 1908.

Ugarte, Isaac. "El dispensario antituberculoso", en El dispensario antituberculoso y su acción en la lucha contra la tuberculosis, Imprenta y Litografía Barcelona, Santiago, 1908.

Vargas, Nelson. Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría, Editorial Universitaria, Santiago, 2002.

Zárate, María Soledad. Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la "ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago, 2008.



Dispensario n°1 de la Asociación de Señoras contra la Tuberculosis, hacia 1927.

Fuente: memoriachilena.cl