

## Enfermar y sanar en el Altiplano chileno: El caso de Putre (1900-1940)

Palma, Patricia; Rojas Contreras, Constanza

**Patricia Palma**

ppalma@academicos.uta.cl  
Universidad de Tarapacá, Chile

**Constanza Rojas Contreras**

cmrojasc@academicos.uta.cl  
Universidad de Tarapacá, Chile

**Estudios Rurales. Publicación del Centro de Estudios de la Argentina Rural**

Universidad Nacional de Quilmes, Argentina  
ISSN: 2250-4001  
Periodicidad: Semestral  
vol. 13, núm. 28, 2023  
estudiosrurales@unq.edu.ar

Recepción: 24 Mayo 2023  
Aprobación: 18 Octubre 2023

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/181/1814401027/>

**Resumen:** El objetivo de este artículo es analizar las políticas de salud implementadas por el Estado chileno en el altiplano del Departamento de Arica en la Subdelegación de Putre en las primeras décadas del siglo XX con el fin de reducir la morbilidad, pero especialmente controlar determinadas epidemias que sucedieron en la región. Pese a la importancia geopolítica de este territorio, el control de las enfermedades se realizaba de forma intermitente y cuando se consideraba que su propagación significaba un posible peligro para el puerto de Arica. Ante la falta de una infraestructura sanitaria, las autoridades estatales implementaron diversas estrategias para afianzar las políticas de salud pública y superar las resistencias sociales durante crisis sanitarias.

**Palabras clave:** Altiplano, Chile, Putre, escuelas públicas, medicina.

**Abstract:** This article analyzes the health policies implemented by the Chilean State in the highlands of the Arica Department in the Putre Subdelegation in the first decades of the 20th century to reduce morbidity, but especially to control certain epidemics that occurred in the region. Despite the geopolitical importance of this territory, authorities carried out disease control intermittently, and when its spread meant a possible danger for the cities and the port of Arica. Given the lack of health infrastructure, state authorities implemented various strategies to strengthen public health policies and overcome social resistance during health crises.

**Keywords:** Altiplano, Chile, Putre, public schools, medicine.

**Resumo:** O objetivo deste artigo é analisar as políticas de saúde implementadas pelo Estado chileno nas terras altas do Departamento de Arica na Subdelegação de Putre nas primeiras décadas do século 20 a fim de reduzir a morbidade, mas especialmente controlar certas epidemias que ocorreram na região. Apesar da importância geopolítica deste território, o controle das doenças foi realizado de forma intermitente e quando se considerou que sua propagação significava um possível perigo para as cidades e o porto de Arica. Dada a falta de infraestrutura de saúde, as autoridades estaduais implementaram várias estratégias para fortalecer as políticas públicas de saúde e superar a resistência social durante crises sanitária.

**Palavras-chave:** Altiplano, Chile, Putre, escolas públicas, medicina.

## INTRODUCCIÓN

Como señala Marcos Cueto (2022), las epidemias regresan cada cierto tiempo para recordarnos nuestra vulnerabilidad ante la enfermedad generalizada, a su vez que el estudio de éstas en el pasado sirve para que personas, instituciones y países tenga una visión de largo plazo de los logros, problemas y posibilidades que surgen al hacerles frente. Así, el COVID ha permitido discutir y reflexionar acerca de una serie de problemas respecto de cómo las sociedades y los Estados han enfrentado las epidemias y enfermedades a lo largo de la historia. Como Adrián Carbonetti y Adriana Álvarez (2014) indican respecto al caso de Argentina, los trabajos enfocados en el espacio rural son escasos, situación que se extiende al resto de América Latina.

El objetivo de este artículo es analizar las políticas de salud implementadas por el Estado chileno en el Altiplano andino y frontera norte del país con el fin de reducir la morbilidad, pero especialmente controlar determinadas epidemias que sucedieron en la Subdelegación de Putre en las primeras décadas del siglo XX. Esta zona rural conformada por diferentes pueblos, tuvo un particular interés para el Estado chileno, especialmente en el ejercicio de su soberanía, ya que al ser incorporada provisionalmente al territorio nacional tras el fin de la Guerra del Pacífico (1879-1883), gran parte de su población era peruana y de ascendencia indígena (Chile, 1908, p. xi). Por otro lado, su proximidad con Bolivia, la había convertido en parte de un escenario de gran circulación comercial transfronteriza.

Paradójicamente a su importancia geopolítica y a las políticas de chilenización, el control de las enfermedades en la subdelegación de Putre se realizaba de forma intermitente y especialmente cuando se consideraba que su propagación significaba un posible peligro para el puerto de Arica. Desde fines del siglo XIX e inicios del XX, los médicos titulados emprendieron una serie de mecanismos para legitimar y posicionar su actividad profesional en la sociedad y el aparato estatal chileno, sin embargo, este proceso se caracterizó por ser principalmente urbano (Correa, 2017). De esta manera, en los espacios rurales, como Putre, que destacaron por la frágil presencia de la medicina occidental, las prácticas de sanación tradicionales no solo lograron perdurar, sino que incluso algunos de sus exponentes no profesionales tuvieron el reconocimiento del Estado.

La elección de la Subdelegación de Putre –y particularmente de la ciudad de Putre– se debe a un hallazgo poco usual de fuentes históricas que dan cuenta de la historia sociocultural de dicha ciudad. Uno de los principales problemas a los cuales los historiadores en general y de la salud en particular nos enfrentamos al momento de estudiar sobre salud rural radica en las escasas fuentes escritas disponibles. Mucha de la documentación que se produjo en espacios rurales chilenos no llegó a las ciudades para ser archivada y menos aún a la capital (Santiago), en donde se custodia gran parte del acervo histórico en el Archivo Nacional. El archivo de la subdelegación de Putre (ASP) custodiado por la Universidad de Tarapacá, posee la documentación producida por la gestión de la Cuarta Subdelegación de Putre (1885-1976), entidad administrativa instaurada por el gobierno chileno en territorios anexados al Perú en la postguerra del Pacífico. La Subdelegación reguló orgánicamente a las comunidades de la precordillera y altiplánicas insertas dentro del espacio administrativo del Departamento de Arica.

Tener como marco espacial a la Subdelegación de Putre nos permite aproximarnos desde una escala micro a las políticas de salud pública planteadas desde la centralidad del poder político capitalino y poder analizar sus alcances, limitaciones o transformaciones en un espacio marginal, como la zona rural. Consideramos fundamental el conocer más de estas experiencias, las cuales pueden compararse con otros lugares del país e incluso discutir el rol del Estado hoy en esos mismos espacios, alejados de los centros administrativos y de salud tanto a nivel regional como nacional.

Si bien la historia oral se transforma en una aliada para reconstruir la historia de la salud en estos espacios, tiene limitantes respecto al marco temporal, y la disposición de aquellos testigos que experimentaron fenómenos como las epidemias de inicio del siglo XX. En un primer momento se buscó complementar los registros oficiales con relatos de personas mayores residentes en Putre sobre su experiencia de sanar.

Sin embargo, nos enfrentamos a una serie de dificultades para poder acceder a ellos, razón por lo cual decidimos reconstruir las políticas de salud en la zona solo con fuentes documentales procedentes de las dinámicas administrativas del Estado, particularmente el Fondo de la Intendencia de Tacna que funcionó hasta 1929, año de la restitución de Tacna al Perú y de la Subdelegación de Putre. Es importante recalcar la importancia que tuvo y sigue teniendo en esta región la medicina tradicional, y principalmente el uso de plantas medicinales. Reconocemos que la población local usó diversas estrategias para recobrar su salud o prevenir enfermedades fuera del espacio institucional y de la medicina occidental. Sin embargo, estos procesos al ser parte de la cotidianidad dejaron escasos registros en las fuentes institucionales, razón por la cual no son incluidas en este artículo, y esperamos en el futuro nuevas investigaciones den luces respecto al pluralismo médico en esta zona altiplánica, así como en otros espacios rurales donde ante la ausencia del Estado la medicina no profesional siguió manteniendo su preeminencia.

El texto se divide en tres partes. En la primera se describe las principales características de la Subdelegación de Putre y su población, además de los problemas que esta región y otras del Altiplano enfrentaron a inicios de siglo debido a la escasa presencia estatal. La siguiente, se enfoca en su infraestructura sanitaria, y los principales problemas de salud que debieron hacer frente sus pobladores en la primera mitad de siglo, especialmente durante brotes de epidemia de viruela. Se analiza la respuesta del Estado tanto a nivel local, departamental y nacional en el control de las enfermedades, la cual estuvo impregnada en muchas ocasiones de racismo y nacionalismo imperantes a inicios de siglo en el país. Finalmente, se estudia el rol de la escuela como un espacio estatal donde se proveyó ciertos servicios de salud, especialmente de vacunación contra la viruela, y la entrega de atención médica y dental para los niños matriculados en dichos establecimientos.

## LA SUBDELEGACIÓN DE PUTRE Y EL ALTIPLANO ANDINO

El fin de la Guerra del Pacífico entre Chile, Perú y Bolivia redefinió los límites territoriales entre estos países. Con la firma del Tratado de Ancón en octubre de 1883, Chile no solo puso término a un largo conflicto con el Perú, sino, además, procedió a anexar a su territorio la Provincia de Tarapacá y provisionalmente la de Tacna y Arica. De acuerdo con este Tratado, la soberanía de estas últimas provincias se definiría dentro de 10 años en un plebiscito en votación popular. Finalmente, el plebiscito no se efectuó, y luego de largas negociaciones y conflictos diplomáticos se determinó en 1929 dividir el territorio en dos. De esta forma el Departamento de Arica pasó a formar parte del territorio chileno, y el de Tacna fue devuelto al Perú (Skuban 2007; González, 2008).



FIGURA 1

Mapa de la Provincia de Tacna. 1895.

Recuperado de sitio: <http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-8110.html>

Durante la administración chilena (1884-1929), los territorios altiplánicos fronterizos con Bolivia formaban parte del Departamento de Arica, el cual junto con el de Tacna constituían la Provincia de Tacna. El Departamento de Arica contaba con aproximadamente 10,491 habitantes según el censo de 1907, de los cuales casi el 60% era considerado como población rural por vivir en pueblos de menos de mil habitantes, definición que se mantuvo en los posteriores censos (Chile, 1908). Administrativamente, la provincia se dividía en 6 subdelegaciones, tres de ellas ubicadas en el Altiplano (Putre, Belén y Codpa) y las restantes en la costa o en los valles cercanos a ella (Arica, Lluta y Azapa). De los pueblos del Altiplano, entre los más importantes se encontraban Putre y Socoroma (ambos pertenecientes a la Subdelegación de Putre), ubicados a 3,528 y 3,060 metros sobre el nivel del mar, respectivamente. Según el censo de 1907, Putre contaba con 653 habitantes y Socoroma con 449 (Chile, 1908, p.18). Es interesante notar cómo en los años siguientes el crecimiento de la población rural en Chile fue marginal, pues del censo de 1907 al de 1920 el incremento fue solo de un 0.68%, que en el caso de Putre significó un aumento de 13 habitantes en relación con el censo de 1907 (666), mientras que en Socoroma la población se redujo a 347 habitantes. (Chile, 1925, p. 9).

Con la entrega de Tacna al Perú, en 1929, estas subdelegaciones pasaron a ser parte de la Provincia de Tarapacá, y dependientes del Departamento de Arica, el cual se dividía ahora en las Subdelegaciones de Arica, Putre, Belén, Copda y General Lagos. Para 1930, con excepción de aquellos que residían en Arica, toda la población del Departamento se identificaba como población rural (Chile, 1931, p. 51). Esta zona altiplánica por muchos años se mantuvo relativamente aislada de la ciudad producto de los graves problemas de conectividad, los cuales tuvieron un gran impacto en el acceso a servicios públicos, especialmente en salud como analizaremos en este artículo. Gracias a la construcción del ferrocarril de Arica a la Paz, inaugurado en 1913, los pueblos del Altiplano lograron una mayor conectividad con la ciudad de Arica. Sin embargo, según testimonios de la época pese a que la estación más cercana a Putre se encontraba a unos 35 kilómetros en línea recta (Estación de Puquíos), a los habitantes y viajeros les tomaba unas 6 o 7 horas recorrer esta distancia (Díaz y Casanova, 2019; Ramírez, 1931).

En términos discursivos, la Provincia era de gran interés para el Estado chileno. Desde inicios de 1900 se desarrolló un proceso de chilenización de las ciudades y pueblos andinos de las Provincias de Tacna y Tarapacá, con el objetivo de propagar un sentimiento nacionalista, que en el caso de Tacna era clave en miras del plebiscito que definiría la soberanía de la Provincia. Por ello, bajo la administración chilena se desarrollaron desde inicios del siglo XX una serie de progresos y obras en materias de administración e infraestructura, como la creación de escuelas, caminos, telégrafos, sistemas de regadíos, entre otros, como parte de la propaganda nacionalista (Díaz y Casanova, 2019, p. 629; Aguirre y Mondaca 2011).

Los pueblos del interior tenían una serie de necesidades apremiantes, como lo demuestran diversas misivas que enviaban autoridades locales al gobernador en Arica. Por ejemplo, en enero de 1906, el Subdelegado de Copda (1906) sugería una serie de medidas que podrían resolver los problemas de estas poblaciones rurales. La primera de ellas era mejorar la infraestructura urbana, a través de la construcción de un cementerio (pues el que existía estaba completamente abierto y expuesto a los animales) y una plaza. Ambas construcciones se habían proyectado, pero no se habían realizado por falta de fondos. Asimismo, las autoridades solicitaban mayor presencia del Estado y del orden, a través de la llegada de funcionarios públicos como policías y jueces.

El paso del tiempo no transformó la realidad de muchos de estos pueblos, pues casi 30 años después, el subdelegado de Putre enviaba un informe similar al Gobernador de Arica dando cuenta de las principales necesidades de la subdelegación. Según don Adolfo Bravo,

sin temor a exagerar, cábeme manifestar a U.S que, a excepción de las dos escuelas primarias existentes, una en Putre y otra en Socoroma, es lo único que habla de civilización y progreso en esta región; lo demás todo es ruina y abandono. (Bravo, 1932a)

Tal como indica el subdelegado (Bravo, 1932a), Putre y el Altiplano andino en general tenían diversas necesidades en servicios públicos. Entre las tres más importante que él consideraba estaban: (1) la construcción de un puente sobre el río Lluta, para poder llegar a la estación de Puquios, ya que la inexistencia de esta infraestructura exponía al peligro contante a la población local, especialmente en temporada de lluvias cuando se acrecentaba el caudal del río; (2) la construcción de líneas telefónicas entre Putre y la estación ferroviaria de Puquios con el fin de aumentar la comunicación con Arica; y (3) finalmente, la contratación de un ayudante para la escuela mixta de Putre, que atendía a más de 120 alumnos, y que solo estaba a cargo de una maestra. Llama la atención que dentro de los requerimientos no estuvieran el aumento de los servicios sanitarios, que como veremos en el siguiente apartado eran precarios o muchas veces inexistentes.

## SITUACIÓN DE SALUD Y RESPUESTAS ESTATALES

Durante la primera mitad del siglo XX, al igual que otras regiones del país, el Norte Grande fue azotada por diversas epidemias. En el caso de la Provincia de Tacna, la atención de las autoridades sin duda se concentró en las ciudades de Tacna y Arica, las cuales enfrentaron diversos brotes epidémicos de peste bubónica, paludismo y fiebre amarilla en las primeras décadas del siglo XX (Soto, Chávez y Pizarro, 2019; Díaz y Bustos, 2018).

Como sucedía en otros puertos del Pacífico, la bubónica reaparecía cada cierto tiempo en Arica, lo cual generaba preocupación de las autoridades, debido a que ni la ciudad ni el lazareto local contaban con todos los elementos indispensables para realizar una desinfección y recibir a un número importante de enfermos (Orrego, 1916a; Ríos 1914). Es por ello que, por ejemplo, en abril de 1916, ante el aumento de forma alarmante de casos de bubónica en el lazareto, el Intendente Eduardo Orrego (1916b) solicitó reiteradamente al Instituto de Higiene en Santiago el envío de “serum anti-pestoso” con el cual se trataba a los contagiados, así como la autorización para financiar la instalación de una estufa de desinfección de los enseres de las personas que llegaban en embarcaciones al puerto de Arica, la cual se había adquirido hace dos años, pero que permanecía guardada. Después de un mes, ni el serum ni los recursos para combatir la epidemia habían llegado a la ciudad, por lo que el Intendente volvió a insistir en su petición a las autoridades de la capital para poder detener el avance de la bubónica.

Si las condiciones sanitarias eran precarias en Arica, en el Altiplano la situación era aún peor. Los pueblos no contaban con médicos ni recintos hospitalarios, por lo cual las enfermedades epidémicas se propagaban con mayor rapidez entre la población, sin que pudieran acceder a una atención médica oportuna en muchos casos. Como señalaba el Subdelegado de Copda (1906), “hai casos en que las enfermedades más insignificantes toman cuerpo i llegan a ser mortales por la carencia absoluta de medicinas”.

La presencia de médicos en los poblados altioplánicos era extraordinaria y tenía lugar solo cuando ocurría alguna crisis sanitaria. Por ejemplo, durante la epidemia de difteria que afectó a la ciudad de Putre en 1888 y que generó la muerte de “diversos vecinos”, el gobernador del Departamento de Arica decretó que el médico de la ciudad de Arica, Dr. Nicasio Ruiz de Olavarría realizara una visita a la subdelegación y al pueblo de Putre “con el objeto que atienda profesionalmente a los atacados de difteria, i adopte prontamente las medidas que la ciencia prescribe para la extirpación inmediata del flagelo” (Villalobos, 1888). Sin embargo, la medida llegaba algo tarde, cuando varios vecinos habían fallecido. Como observamos, independiente del tipo de epidemia que se presentaran en la Provincia, el discurso de la precariedad era recurrente, lo cual se visibilizaba en el llamado de atención de la población y autoridades centrales para desplegar mayores recursos materiales y humanos para contener los brotes epidémicos, situación que era especialmente crítica en la medida la población se alejaba de los centros urbanos. El establecimiento de la Estación Sanitaria de Arica en abril de 1905 permitió un leve incremento de la presencia de autoridades sanitarias en las zonas altioplánicas (Ríos, 1914).

De forma intermitente fueron enviadas delegaciones médicas para vigilar el estado de salud de la población, y proceder a la vacunación y revacunación de los habitantes contra la viruela. Sin embargo, y como mencionamos anteriormente, existía un problema de conectividad producto de la falta de vías de comunicación que dificultaba el trabajo del personal médico. Ello obligó al Jefe de la Estación Sanitaria a tener que recurrir al subdelegado de Putre para solicitarle apoyo para contar con un guía local, caballos para movilizarse y de Carabineros (policía) especialmente durante las campañas de vacunación las cuales generaban cierto recelo por parte de la población (Raiteri, 1936b).

Gran parte de las campañas de vacunación eran realizadas por funcionarios públicos, y excepcionalmente por médicos enviados desde la ciudad de Arica, lo cual al parecer no significó un problema para las autoridades locales. La vacuna antivariólica existía desde inicios del siglo XIX en el país, y desde 1918 la vacunación fue obligatoria. Sin embargo, su implementación se vio continuamente obstaculizada, ya fuera por la resistencia de la población a inocularse o porque se carecía de personal especializado, sobre todo fuera de los centros urbanos del país (Cabrera, 2008, p. 69). Por ejemplo, en 1922 el gobernador de Arica informó al Intendente de la Provincia que el año anterior se habían practicado vacunaciones extraordinarias a cargo de oficiales y guardianes, quienes habían aprendido en un corto tiempo a realizar dicha labor. Ante estos buenos resultados, se consultó al Intendente si era posible que los Carabineros destacados en el interior pudieran aprender a vacunar (Bustos, 1922a). Según el Gobernador, esto ayudaría a superar las dificultades que significaba enviar personal desde Arica, que desconocían no solo los pueblos, sino también a su gente. No obstante,

las autoridades estatales no fueron los únicos que recurrieron a personal no médico para las campañas de vacunación. Ante la necesidad de incrementar el número de personas inoculadas, la empresa del Ferrocarril a la Paz había contratado a un “practicante” para que realizara vacunaciones en las subdelegaciones de Putre y Codpa, y diversos puntos de la línea del ferrocarril (De la Barra, 1922).

Respecto a la infraestructura sanitaria de los pueblos del Altiplano, solo Putre contaba con una posta rural inaugurada en 1930 y que ofrecía servicios de primeros auxilios. En el Departamento de Arica solo existía un hospital, financiado por la Junta de Beneficencia de Arica la cual tenía “recursos tan escasos que apenas alcanza para mantener diariamente sus servicios.”<sup>[1]</sup> Como señaló el Intendente de Tacna en 1906, el Hospital habría tenido que cerrar sino hubiera recibido recursos adicionales del gobierno. A este establecimiento acudían los enfermos de la ciudad de Arica y “de todas las poblaciones del interior en número bastante crecido hoy” (Intendente de Tacna, 1906), situación que como se proyectaba por esos años aumentaría cuando se inaugurara el ferrocarril de Arica a la Paz, lo cual ocurrió en mayo de 1913.

La posta de Putre se implementó en 1930 en una propiedad del fisco, esta contaba con seis catres, camas, veladores, sillas, bacinicas (orinales), entre otros, los cuales habían llegado desde Santiago gracias a las gestiones realizadas por el Hospital de Arica. Respecto a su personal, estuvo a cargo de un practicante (no médico) quien residía junto a su familia en dicha propiedad. De acuerdo, a los informes enviados a la Gobernación, el lugar se encontraba en buenas condiciones, pero dos años después de su apertura nunca había sido utilizado por ningún enfermo (Bravo, 1932b).

Al parecer este fue el motivo por el cual en 1932 el jefe de la posta de primeros auxilios, don Germán Mieres Huerta, decidió cerrar el local hasta nuevo aviso. Según lo que había comentado a algunos vecinos de la ciudad, Mieres se había trasladado a trabajar a la minera de azufre “Aguas Calientes” para hacerse cargo de la salud de los trabajadores. Su viaje generó una serie de reclamos por parte de los vecinos y autoridades de Putre, no solo porque el servicio quedó sin atención, sino porque además Mieres decidió dejar a su familia residiendo en la posta y llevarse los insumos y mobiliario de este recinto de salud a su nuevo destino (Bravo, 1932b). En septiembre, el Comité de Vecinos informó al subdelegado de Putre que Mieres había dejado su trabajo en la posta “llevándose los medicamentos que últimamente fueron remitidos de Arica por la Ilustre Municipalidad, y que fueron conseguidos mediante los esfuerzos de este Comité” (Comité de Vecinos, 1932). De esta forma, se reclamaba por elementos valiosos que los mismos vecinos habían conseguido para su salud.

Ante los reclamos, el Subdelegado envió los antecedentes a la Gobernación y se aproximó, junto al presidente del Comité de Vecinos, a la Posta para que Mieres hiciera entrega del inmobiliario e insumos. Pese a ello, el referido practicante decidió no acatar manifestando que no tenía conocimiento de una resolución al respecto. Como indicó el subdelegado, Mieres se había llevado del lugar una larga lista de especies a su nuevo puesto de trabajo, ofreciendo como única explicación que a fines de diciembre las iba a regresar (Bravo, 1932c). No se sabe si el servicio de salud contó con algún reemplazo los años siguientes. Sin embargo, la documentación indica que en febrero de 1936 (cuatro años después) el gobernador solicitó al subdelegado de Putre, don Alejandro Ramírez, entregar las dos camas que poseía la posta de auxilios, para que estas pudieran ser utilizadas por el recientemente nombrado Juez del Distrito de Putre. Con ello, al parecer, la posta terminó de ser desmantelada (Raiteri, 1936a).

Al estar la posta orientada a brindar los primeros auxilios, era muy común que los funcionarios públicos del Altiplano solicitaran autorización para ser atendidos en los servicios de salud de la ciudad de Arica para atender diversas dolencias (Subdelegado de Putre, 1932). Si bien, en algunos casos quienes realizaban las solicitudes informaban de la existencia de un reemplazo para la continuación de sus labores, en otros, el desplazamiento del personal a Arica significó que algunas dependencias quedaran desatendidas incluso por meses.

La carencia de servicios y personal médico en las poblaciones rurales del Altiplano se mantuvo incluso durante los brotes epidémicos que afectaron a esta región, siendo el más común la viruela. Como señalaba el médico de la Estación Sanitaria de Arica, Dr. Conrado Ríos, la viruela por causas inexplicables nunca había

sido importante en Arica, por lo que escasamente los médicos se preocuparon por ella, pues como indicaba “suelen presentarse algunos casos en los pueblos del interior, vecinos a la frontera con Bolivia” (Ríos, 1914, p. 60-61)”. Como veremos a continuación, los brotes de viruela en los pueblos altiplánicos serán más comunes de los que creía el Dr. Conrado Ríos.

Pese a que la viruela fue una de las epidemias más letales que afectó a Chile a fines del siglo XIX e inicios del XX, existen muy pocas investigaciones que den cuenta de esta enfermedad, especialmente en espacios regionales (Hirnas, 2019) Como ha analizado Paula Caffarena (2016), desde fines del siglo XVIII se implementaron en Chile las primeras políticas para erradicar la viruela a través de la difusión y universalización de la vacuna antivariólica. Sin embargo, como señalan Caffarena y González (2023), el proceso de vacunación enfrentó una serie de desafíos, especialmente por la expansión del territorio, la inestabilidad de los recursos disponibles, problemas la contratación y disponibilidad de vacunadores y el reto de transportar adecuadamente el fluido vacuno.

Lo que podemos constatar en el Altiplano es que los problemas de comunicación entre los pueblos y las autoridades que residían en Arica y Tacna afectaron la llegada de ayuda para combatir la enfermedad. En 1903, el Intendente informaba al Gobernador de Arica que había llegado a él la noticia de que existían diversos casos fatales de viruela en la Subdelegación de Putre, lo cual ameritaba informar a la Junta Central de Vacuna de Santiago. Sin embargo, el Gobernador indicó que no se había comunicado a las autoridades centrales respecto a la viruela porque el subdelegado de Putre no había informado oficialmente sobre el brote (Intendente de Tacna, 1903). Las autoridades locales estaban obligadas a seguir los canales regulares para dar aviso a Santiago y desplegar cualquier tipo de ayuda.

Mientras que algunos expertos creían que las epidemias que afectaban a la ciudad de Arica tenían su origen en el fluido intercambio comercial marítimo a través de barcos y navíos procedentes de puertos infectados; en el caso del Altiplano y, particularmente en los brotes de viruela, consideraban que provenían “de la raya de Bolivia” (Reynard, 1906). Esto significó que las autoridades debieran seguir de cerca la situación sanitaria de dicho país, y vigilar con extrema precaución el ingreso de personas procedentes de Bolivia. Así, en medio de un proceso de chilenización que ensalzaba a lo “nacional” por sobre lo peruano o boliviano, los discursos sobre la viruela adquirieron ciertos ribetes nacionalistas y racistas, al ser una enfermedad que al menos en la Provincia afectaba principalmente a las zonas rurales indígenas, las cuales en muchos casos estaban más conectadas con Bolivia o Perú que con Chile.

A inicios del siglo XX una de las primeras epidemias importantes se originó en noviembre de 1905. En ese entonces el subdelegado Herrera informó al Gobernador que se había presentado un caso de viruela en Putre, en una persona indigente que había llegado entre 8 a 10 días desde Bolivia. Para ello, el señor Mauricio Reynard, quien había sido encargado por la gobernación para combatir la enfermedad, dispuso el alquiler de una casa aislada del pueblo para que sirviera a los enfermos y evitara el contagio con los vecinos (Herrera, 1905a). Al parecer la medida no fue suficiente, pues a los dos días, en una nueva misiva al gobernador, el subdelegado informó del incremento de los casos de contagio, transmitiendo a la autoridad la recomendación realizada por Reynard para que se cerraran las escuelas en Socoroma y Putre (Herrera, 1905b). Al parecer la viruela se había propagado, pues prontamente se decretó la clausura de ambas escuelas “hasta que se mejore el estado sanitario de la subdelegación” (Herrera, 1905c).

Según los registros civiles de Putre<sup>[2]</sup>, el primer fallecido por viruela se inscribió el 16 de noviembre de ese año, y correspondió a Marcelino de nueve años de nacionalidad boliviana y de profesión pastor. Durante el mes de noviembre en general se registraron 25 fallecimientos, de los cuales 4 fueron producto de la viruela. Asimismo, fue uno de los meses con mayores defunciones, pues mientras que durante 1905 fallecieron 134 personas en la circunscripción de Putre (un promedio de 11 personas por mes), ese mes se duplicó, pudiendo ser mayor el número de fallecidos por viruela. El posible subregistro respondía a que la causa del fallecimiento que se consignaba en el certificado era indicada por el oficial del registro civil, el cual no era médico o personal sanitario, por lo que existía un gran margen de interpretación y error en la información ingresada al sistema.

El subregistro también se debía a que no todos los habitantes inscribían los nacimientos o defunciones en registros públicos, o lo hacían al tiempo de ocurrido el evento cuando por algún motivo debían aproximarse al pueblo y aprovechaban la oportunidad para realizar el trámite.

Los meses siguientes el Dr. Reynard asumió el cargo de subdelegado de Putre, y desarrolló medidas más enérgicas para controlar la viruela, como el establecimiento de un lazareto, la asistencia a los enfermos y la vacunación de 350 personas. Esta cifra sin duda resulta considerable, teniendo en cuenta que, como se indicó anteriormente, en 1907 el pueblo de Putre contaba con 653 habitantes. Este proceso de vacunación fue mucho más organizado, pues se realizaron registros para constatar los nombres de las personas vacunadas, y contó con la ayuda de la Intendencia, la cual suministró las vacunas (Arteaga, 1905). Sin embargo, en marzo de 1906, las autoridades locales advirtieron de los problemas que generaba la enfermedad, pues ni el municipio ni la Junta de Beneficencia de Arica<sup>[3]</sup> tenían recursos para continuar con el funcionamiento del lazareto, por lo cual solicitaron al gobierno central, a través del Intendente, el envío de \$5.000 (Intendente de Tacna, 1906).

El principal argumento que utilizaron las autoridades para obtener recursos económicos y combatir la viruela era que esta enfermedad podía “descender” del Altiplano al puerto de Arica y propagarse al resto del país. A modo de ejemplo tenemos la comunicación del Gobernador de Arica al Intendente de la Provincia: “V.S sabe que los habitantes de Putre i Socoroma están diariamente en comunicación con Arica, así que estamos seriamente expuestos a ser amagados por esa enfermedad” (Intendente de Tacna, 1906). Pese a las alarmas, según el Dr. Reynard, la epidemia de 1905 fue mucho más benigna que los brotes ocurridos en Putre en 1903 y Socoroma en 1904, consignándose 20 casos de contagio y nueve fallecimientos (Reynard, 1906). Luego de este evento, el Consejo Superior de Higiene solicitó formalmente datos para hacer cuadros generales sobre la marcha de la epidemia de viruela en el país, “que sirvan de información para prestigiar ante los poderes públicos la necesidad de la ley de vacunación obligatoria, único medio de detener la epidemia actual i las que se presenten en el futuro” (Cienfuegos, 1906).

En 1916 un nuevo brote epidémico en el Altiplano fue reportado por las autoridades. A fines de julio el Intendente de Tacna informó al ministro del Interior sobre 12 casos de contagio y seis defunciones en Socoroma, 9 enfermos y un fallecido de Zapahuira y un solo contagio en Putre. Así es que, empleando nuevamente el argumento de una posible propagación epidémica en Arica, el Intendente Eduardo Orrego (1916c) solicitó autorización para enviar a un vacunador a las comunidades del Altiplano, con los costos que ello implicaba. Una semana después del envío de este telegrama, el Intendente reiteró su pedido al ministro del Interior, pues los casos habían aumentado de manera preocupante, duplicándose por ejemplo el número de contagiados en Socoroma. Remarcando la necesidad de “combatir [el] mal e impedir venga a Arica” (Orrego, 1916d) solicitó fondos para habilitar una casa de aislamiento, adquirir desinfectantes, entre otras medidas.

Todo parece indicar que con el paso de los días y el silencio de las autoridades la viruela fue ganado terreno en el Altiplano, ya que el 19 de agosto, el Intendente Orrego (1916e) reportó nuevos casos de este mal en el Valle de Lluta, a unos 10 kilómetros de Arica. Razón por la cual consideró el traslado urgente de vacunas y una persona que las aplicara. El gobierno central había atendido parcialmente el llamado de la Intendencia, enviando a un médico a la zona y dos mil pesos para combatir la enfermedad, una cifra baja si se consideraba las necesidades para implementar la vacunación. Sin embargo, como el facultativo comisionado expresaba, era imposible evitar la propagación de la viruela y su llegada a Arica sin el establecimiento de un lazareto en Socoroma, en donde la cuarta parte de la población había sido atacada. Para ello, era necesario al menos unos tres mil pesos, suma que fue aprobada inmediatamente al ser solicitada por el Intendente a los ministros del Interior y Relaciones Exteriores en Santiago (Orrego, 1916f).

A fines de septiembre los casos se fueron reduciendo, y en Socoroma donde la epidemia había sido más letal, solo existían 14 enfermos convalecientes en el lazareto construido. En los meses siguientes, las autoridades solicitaron a la Junta Central de Vacuna el envío de nuevas placas de vacuna fresca y reforzaron las campañas de inoculación. Además, se solicitó a las autoridades locales que atendieran las medidas necesarias para prevenir el desarrollo de nuevos brotes. Una de las labores que tenían los subdelegados era vigilar el aseo de

las casas, patios, corrales, calles y plazas. Pero como sostenía el subdelegado de Lluta en 1906, esta era una actividad que por lo general los subdelegados no realizaban (Córdova, 1906). Por ello se debía nombrar a una comisión de vecinos para que visitaran las casas y patios, asegurándose del aseo, dando consejos y órdenes a los vecinos cuando fuera el caso y comunicando las observaciones a la autoridad (Subdelegado de Putre, 1906). Las ordenanzas subrayaban que en caso de que los vecinos pusieran resistencia al registro de los comisarios, podían ser castigados con multas de 5 a 10 pesos.

Al parecer las medidas no fueron suficientes, pues en noviembre de 1916, a menos de tres meses del primer brote de viruela, el gobernador de Arica informó haber recibido noticias de un guardián de Putre acerca de un nuevo brote. Debido a ello, se solicitó que el doctor Ávila, médico comisionado de Santiago que aún seguía en el pueblo, fuera recontratado para continuar con sus labores 15 días más (Orrego, 1916g). Los años siguientes, la viruela seguiría afectando de manera ocasional los pueblos altiplánicos, aunque se implementaron políticas de contención y preparación para la enfermedad. En 1922 médico de la ciudad de Arica, Dr. Aravena realizó un llamado sobre la necesidad de estar informados sobre las epidemias que se propagaban en Bolivia para tomar las medidas sanitarias preventivas y evitar el contacto con los enfermos que pudieran trasladarse a Arica. Para ello solicitó instruir a la Legación chilena en Bolivia en el envío de información referente al estado sanitario de La Paz y otras regiones del país por donde transitaba el ferrocarril Arica a la Paz, además de comunicar a la Intendencia cualquier indicio respecto al desarrollo de epidemias. Asimismo, instó que dicha Legación no visara pasaportes de enfermos contagiosos o graves que se trasladaran a Chile y que se hiciera cumplir el artículo 102 del Código Sanitario, el cual obligaba a los conductores de los trenes a dar cuenta de los pasajeros enfermos que pudieran encontrar en su recorrido (Bustos, 1922b). Sin embargo, la baja en el número de contagios se pudo apreciar en la década de 1930 producto de la implementación de la vacunación obligatoria, en la cual las escuelas tuvieron un rol fundamental como analizaremos en el siguiente apartado.

## PREVENIR Y SANAR EN EL ALTIPLANO CHILENO

La precaria institucionalidad de los servicios de salud pública en el Altiplano impulsó a las autoridades a emplear otros espacios y estrategias para la realización de sus programas de salud. Como se pudo notar en los informes anteriormente analizados, las escuelas fueron de las pocas dependencias estatales que habían incrementado su número a principios del siglo XX, especialmente a raíz de la política de “chilenización”. De esta manera, como parte de la ampliación del circuito asistencial, las medidas implementadas en Arica para impedir el avance de los brotes epidémicos en la zona rural eran también informadas a los directores de escuelas.

Los médicos y funcionarios de Estado tuvieron un gran interés en difundir sus ideas entre los colectivos de docentes. No es de extrañar por ejemplo que en 1909, durante un nuevo brote de viruela que afectaba a Santiago, el Dr. Carlos Ibar, realizara una conferencia en la Asociación de Educación Nacional, con el objetivo no solo de explicar los estragos de la enfermedad en el mundo y Chile, sino también de presentar evidencia científica para contrarrestar la resistencia a la vacunación. En los años siguientes este vínculo entre escuelas y salud se hará más fuerte, especialmente a partir de la década de 1930.

Como señala la historiadora Josefina Cabrera, en las décadas de 1930 y 1940 existió en Chile un fuerte debate respecto a la modernización del país, en el cual se estrechó los vínculos entre salud y educación, especialmente durante el gobierno del presidente Pedro Aguirre Cerda (1938-1941). Así, a inicios de 1940 se comenzaron a realizar intervenciones higiénicas en el sistema escolar, junto con actividades extraprogramáticas para mejorar la condición física y “formación de carácter” de los estudiantes, que se mantuvieron en gobiernos posteriores (Cabrera 2014, 80). De esta forma, existió una medicalización de la escuela que buscó modificar los hábitos desde la infancia como se observará en el caso del altiplano chileno.

Por ejemplo, en octubre de 1944 el Inspector local de Educación de la ciudad de Arica, don Daniel Wall Yáñez (1944a) comunicó al director de la escuela de Socoroma la aparición de algunos casos de viruela en

la zona fronteriza con Bolivia y el dictamen del Jefe del Servicio de Sanidad sobre la obligatoriedad de la vacunación y revacunación antivariólica para los lugareños mayores de 6 años de edad. En definitiva, se instó al director de Socoroma a ejecutar las medidas de salud pública en la escuela. Si bien la Escuela pública en Chile había sido una aliada de los procesos de vacunación, en el caso del altiplano tuvieron un rol clave para lograr un incremento en las tasas de inoculación en un espacio con limitada infraestructura de salud.

Con el fin de afianzar estas iniciativas sanitarias y superar las resistencias sociales, las autoridades estatales desplegaron ciertos mecanismos para presionar a la población local a vacunarse, encontrando en la emisión de certificados de vacuna un medio para ello. Así, se prohibió el ingreso a cualquier institución u oficina pública a las personas que no contaban con ese documento, siendo uno de estos espacios los colegios estatales. De esta forma, se instruyó a los directores de escuelas a exigir el certificado de vacunación a todos los estudiantes, información que debía quedar consignada en los Libros de Matrículas.

Si bien el proceso de vacunación obligatoria de infantes se caracterizó por su lenta e interrumpida evolución, esto llegaría a cambiar desde la década de 1940, cuando aumentó considerablemente en las escuelas el número de niños y niñas vacunados. La Escuela Pública número 10 de Socoroma nos permite ilustrar este proceso. Según el registro de 1922, ninguno de los 84 alumnos matriculados ese año había presentado certificado de vacunación. Esta situación cambiaría en los años siguientes: en 1923 el 79% de los matriculados aparece como “vacunado” mientras que en 1924, este porcentaje se acrecentaría al 83%. Sin embargo, por razones que desconocemos, en 1925 el proceso sufrió una reducción considerable, y solo el 12% de los 73 alumnos matriculados presentó su certificado de vacuna. Pese a esta abrupta caída, en las posteriores décadas la cifra de alumnos certificados no solo aumentaría sino también se mantendría estable. En 1940 todos los alumnos matriculados en la Escuela de Socoroma estarían registrados como vacunados<sup>[4]</sup>. Así, podemos constatar que tanto las campañas de incentivo como de coerción lograron el efecto anhelado por parte de las autoridades.

Las escuelas asentadas en las zonas rurales también brindaron la posibilidad de extender las campañas sanitarias a las familias de los niños matriculados. En 1944 un nuevo brote de viruela obligó a la revacunación de todo el Altiplano, para lo cual las escuelas fueron las principales aliadas. Así, el Jefe Sanitario Departamental solicitó la colaboración de los directores de colegios, para que en las escuelas se impartiera clases sobre la viruela y la vacunación “de acuerdo a los métodos pedagógicos en uso, como lectura de las noticias de prensa, dramatizaciones, composiciones, dibujos, etc.” (Wall 1944b). Además de estas clases, se exhortó a los directores realizar reuniones con los padres de familia para obtener su colaboración en la campaña<sup>[5]</sup> y se exigiera a las familias presentar a las escuelas los certificados de vacunación, los cuales debían quedar registrados (Wall 1944b).

Pero en las escuelas no solo se vacunaba, sino que se desarrollaban diversas campañas de salud, y se proveía de servicios odontológicos (Vargas, 1946). En julio de 1932 se creó el Servicio Médico y Dental Escolar Obligatorio, el cual en sus inicios formó parte de la Dirección General de Sanidad y, posteriormente, de la Dirección General de Protección a la Infancia y la Adolescencia (Aguirre-Cerda, 1941, p. 330; Vargas 2002, p.145). El objetivo de este servicio era realizar labores preventivas de salud física y oral en las dependencias educativas, contando para ello con el financiamiento obligatorio de las propias escuelas, las cuales debían de depositar determinadas sumas a la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia en Santiago. Según los registros, las escuelas de Socoroma y Putre ofrecían de forma regular atención dental, aunque en algunos casos se atrasaran con los pagos. Por ejemplo, en 1946, el Director General de Protección a la Infancia informó al Director de la Escuela N 8 de Socoroma que el establecimiento educativo no había enviado las planillas y comprobantes del aporte dental escolar obligatorio del año (Morales 1946). Sin embargo, los años siguientes el servicio se regularizaría y se transformaría en uno de los principales espacios de salud infantil en el Altiplano.

## CONCLUSIONES

Las epidemias son una oportunidad de repensar la salud pública desde una perspectiva histórica. En los últimos años han surgido una serie de trabajos en Chile y en América Latina que han dado cuenta de las históricas limitaciones de las respuestas estatales ante las pandemias. En ellos observamos que los problemas de desigualdad al acceso a la salud pública se incrementan en espacios alejados de la capital, donde se observa una mayor precariedad tanto de infraestructura como personal sanitario (Palma y Lizarme, 2021).

Asimismo, estos han evidenciado las escasas investigaciones existentes respecto a la medicina rural, y las formas en que las personas de diversas localidades acceden a servicios de salud, ya sea propiciados por el Estado o fuera de él a través de la medicina occidental o tradicional. Como señalan Marcos Cueto y Steven Palmer (2015), los proyectos estatales de salud en zonas rurales se intensificaron en América Latina a partir de la década de 1930, en su mayoría con el objetivo de controlar enfermedades que eran típicas de zonas rurales y que amenazaban con expandirse en las ciudades. Sin embargo, pese a diversos esfuerzos, el problema de la distribución de profesionales médicos en zonas rurales se mantendrá hasta nuestros días.

Buscando contribuir a la descentralización de los estudios de la medicina en Chile, este artículo buscó analizar la presencia de agentes del Estado en materia sanitaria en el Altiplano chileno durante las primeras décadas del siglo XX, particularmente en Putre. Similar a lo expresado por Cueto y Palmer para otros contextos latinoamericanos, observamos que las campañas de salud se activaron principalmente para evitar la propagación de epidemias que eran comunes en este espacio rural y fronterizo, particularmente durante los brotes de viruela que ingresaban a través de la circulación de personas desde Bolivia.

Los documentos enviados y emanados de la Intendencia de Tacna y Subdelegación de Putre dan cuenta de la precariedad de infraestructura sanitaria y la carencia de profesionales de la salud en el Altiplano. Pese a ello, como pudimos demostrar en este artículo, se implementaron diversas estrategias para afianzar las políticas de salud pública en la zona, y superar las resistencias sociales particularmente a las campañas de vacunación. Para ello, fue fundamental la contratación de personal no profesional que conociera los pueblos, y pudiera funcionar como un nexo entre vacunadores procedentes de Arica o Santiago con la comunidad local. En segundo lugar, la exigencia de certificados de vacunación para acceder a cualquier servicio público, entre ellas educación y finalmente, y en relación con lo anterior, el empleo de las escuelas públicas como un lugar donde se desarrollaron campañas de salud, especialmente de vacunación desde la década de 1920 y de salud física y oral desde 1932 cuando se creó el Servicio Médico y Dental Escolar Obligatorio. Estas estrategias permitieron de alguna forma contrarrestar la escasa dotación de médicos profesionales y servicios de salud públicos en la zona, aunque como pudimos constatar durante la epidemia de COVID 19 muchos de estos problemas se mantienen hasta la actualidad.

## AGRADECIMIENTOS

Este artículo fue generado en el marco del proyecto Fondecyt Iniciación n°11230043 y Beca ANID doctoral n°21220028. Las autoras agradecen a Lucas Maubert y Elías Amaya por sus sugerencias y comentarios a una versión preliminar.

## REFERENCIAS

- Aguirre, C., y Mondaca, C. (2011). Estado nacional y comunidad andina. disciplinamiento y articulación social en Arica, 1880-1929. *Historia* (Santiago), 44(1), 5–50. <https://doi.org/10.4067/S0717-71942011000100001>
- Aguirre-Cerda, P. (1941). La sanidad en Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 20 (4).
- Arteaga, L. (1905, 15 de noviembre). [Carta al Subdelegado de Putre]. Intendencia de Tacna (Vol. 289, p.68-69) Archivo Histórico Vicente Dagnino, Arica, Chile.

- Bravo, A. (1932a, 25 de agosto). [Carta del Subdelegado de Putre al Gobernador del Departamento de Arica]. Subdelegación de Putre (Vol. 9C, doc. 31) AHVD.
- Bravo, A. (1932b, 8 de septiembre). [Carta del Subdelegado de Putre al Gobernador del Departamento de Arica]. Subdelegación de Putre (Vol. 9C, doc. 33) AHVD.
- Bravo, A. (1932c, 15 de noviembre). [Carta del Subdelegado de Putre al Gobernador del Departamento de Arica]. Subdelegación de Putre (Vol. 9C, doc. 39) AHVD.
- Bustos, Emiliano (1922a, 3 de julio). [Carta del Gobernador de Arica al Intendente de la Provincia de Tacna]. Intendencia de Tacna (Vol. 335, doc. 933) AHVD.
- Bustos, Emiliano (1922b, 28 de octubre). [Carta del Gobernador de Arica al Intendente de la Provincia de Tacna]. Intendencia de Tacna (Vol. 335, doc. 1.267) AHVD.
- Cabrera, J. (2014). La salvación de la patria y la raza: discursos y políticas médico-educacionales en torno a la figura de Pedro Aguirre Cerda. Cuadernos Chilenos de Historia de la Educación, (2), 69-86.
- Cabrera, J. (2008). ¿Obligar a vivir o resignarse a morir? Viruela y vacuna: El debate sobre una enfermedad y su prevención a comienzos del siglo XX chileno en Zárate, M. S. (Ed.), Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile (pp. 35-80). Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Caffarena P. y González Moya, M. (2023). Vacunar contra la viruela más allá de la capital. Implementación, implementadores y desafíos de una política pública, 1820-1840. Historia 396, 13(1), 157-184.
- Caffarena, P. (2016). Viruela y Vacuna. Difusión y circulación de una práctica médica. Chile en el contexto hispanoamericano, 1780-1830. Editorial Universitaria.
- Carbonetti A. y Álvarez, A. (Comp.) (2014). Fragmentos de la historia de la salud en la Argentina Rural. Editorial Universitaria Villa Mari#a.
- Chile. Comisión Central del Censo. (1908). Censo de la República de Chile levantado el 28 de noviembre de 1907. Soc. Imp. y Litografía Universo.
- Chile. Dirección General de Estadística (1925). Censo de población de la República de Chile levantado el 15 de diciembre de 1920. Soc. Imp. y Litografía Universo.
- Chile. Dirección General de Estadística (1931). Resultado del X Censo de la población efectuada el 27 de noviembre de 1930 y estadísticas comparativas con censos anteriores. Soc. Imp. y Litografía Universo.
- Chile. Ministerio de Salud. Postas de salud rural. <https://redsalud.ssmsso.cl/postas-de-salud-rural/>
- Cienfuegos, M. (1906, 15 de septiembre) [Carta del Presidente del Consejo Superior de Higiene al Secretario del Consejo Departamental de Higiene]. Intendencia de Tacna (Vol. 313, p. 500) AHVD.
- Correa, M. J. (2017). “¿Quiénes son los profesionales?” Justicia, profesionalización y ejercicio médico en el Chile urbano de la segunda mitad del siglo XIX. Dynamis, 37(2), 273-293. <https://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/328617>.
- Comité de vecinos (1932, 28 de septiembre). [Carta de Comité de Vecinos de Putre al Subdelegado]. Subdelegación de Putre (Vol. 9C, doc. 35) AHVD.
- Córdova, F. (1906, 9 marzo). [Carta a Gobernador de Arica]. Subdelegación de Putre (Vol. 14, p.77) AHVD.
- Cueto, M. (2022). Salud en emergencia: historia de las batallas contra las epidemias y la covid-19. Taurus.
- Cueto, M., y Palmer, S. (2015). Medicine and public health in Latin America: a history. Cambridge University Press.
- De la Barra, G. L. (1922, 5 de septiembre). [Carta del Gobernador de Arica al Intendente de la Provincia de Tacna]. Intendencia de Tacna (Vol. 335, doc. 1063) AHVD.
- Díaz, A. y Casanova, F. (2019). Crónica de la chilenización. la religiosidad andina a través del relato del padre Julio Ramírez Ortiz. Sierra de Arica, 1922-1931. Chungará. Revista de Antropología Chilena, 51(4), 627-638. <http://doi.org/10.4067/S0717-73562019005002101>
- Díaz, A., y Bustos, R. (2018). Salud e higiene en el extremo norte de Chile: La labor realizada por las hijas de Santa Ana y el Dr. Juan Noé Crevani en Arica (1898-1953). Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores, 4 (1)

- González, S. (2008). *La llave y el candado: el conflicto entre Perú y Chile por Tacna y Arica (1883-1929)*. LOM Ediciones.
- Herrera, I. (1905a, 10 noviembre). [Carta a Gobernador Departamental Arica]. Subdelegación de Putre (Vol. 14, p.49) AHVD.
- Herrera, I. (1905b, 12 noviembre). [Carta a Gobernador Departamental Arica]. Subdelegación de Putre (Vol. 14, p.50) AHVD.
- Herrera, I. (1905c, 28 noviembre). [Carta a Gobernador de Arica]. Subdelegación de Putre (Vol. 14, p.57) AHVD.
- Hirnas, E. (2019). Medicina, infancia y familia: la viruela como problema social en la provincia de atacama (1860-1920). *Historia*, 52(2), 439-469.
- Ibar, C. (1909). *Vacuna i viruela. Imprenta, Litografía i Encuadernación "La Ilustración."*
- Intendente de Tacna (1903, 29 de octubre). [Carta del Intendente de Tacna al Gobernador de Arica]. Intendencia de Tacna (Vol. 202, doc. 1025) AHVD.
- Intendente de Tacna (1906, 5 de marzo). [Carta del Intendente de Tacna al Ministro del Interior]. Intendencia de Tacna (Vol. 115, doc. 76) AHVD.
- Morales, G. (1946, 16 de septiembre) [Oficio del Director General de Protección a la Infancia y Adolescencia al Director Escuela 8 de Socoroma]. Subdelegación de Putre (Vol. 10, doc. 299) AHVD.
- Orrego, Eduardo (1916a, 19 de febrero). [Telegrama del Intendente de Tacna al Ministro de Relaciones Exteriores]. Intendencia de Tacna (Vol. 229, s.n.) AHVD.
- Orrego, Eduardo (1916b, 17 de abril). [Telegrama del Intendente de Tacna al Ministro del Interior]. Intendencia de Tacna (Vol. 229, s.n.) AHVD.
- Orrego, Eduardo (1916c, 31 de julio). [Telegrama del Intendente de Tacna al Ministro del Interior]. Intendencia de Tacna (Vol. 229, s.n.) AHVD.
- Orrego, Eduardo (1916d, 7 de agosto). [Telegrama del Intendente de Tacna al Ministro del Interior]. Intendencia de Tacna (Vol. 229, s.n.) AHVD.
- Orrego, Eduardo (1916e, 19 de agosto). [Telegrama del Intendente de Tacna al Ministro del Interior]. Intendencia de Tacna (Vol. 229, s.n.) AHVD.
- Orrego, Eduardo (1916f, 5 de septiembre). [Telegrama del Intendente de Tacna al Ministro del Interior]. Intendencia de Tacna (Vol. 229, s.n.) AHVD.
- Orrego, Eduardo (1916g, 21 de noviembre). [Telegrama del Intendente de Tacna al Ministro del Interior]. Intendencia de Tacna (Vol. 229, s.n.) AHVD.
- Palma, P. y Lizarme, N. (2021). Epidemias en los márgenes: la peste bubónica (1903-1905) y la COVID-19 en el sur andino peruano. *Revista Ciencias de la Salud*, 19, 1–23.
- Ramírez, J. (1931). *Tierras Grises: Arica, Putre, Socoroma, Tignamar, Codpa*. s.n.
- Raiteri, A. (1936a, 26 de febrero). [Carta a del Gobernador de Arica a Subdelegado de Putre]. Subdelegación de Putre (Vol. 9A, s/n.) AHVD.
- Raiteri, A. (1936b, 5 de octubre). [Carta a del Gobernador de Arica a Subdelegado de Putre]. Subdelegación de Putre (Vol. 9A, s/n.) AHVD.
- Reynard, Mauricio (1906, 5 de agosto) [Carta del Subprefecto de Putre al Gobernador de Arica]. Subdelegación de Putre (Vol. 14, p. 232) AHVD.
- Ríos, C. (1914). *Arica en el presente y en el porvenir: su saneamiento*. La Ilustración.
- Skuban, W. E. (2007). *Lines in the sand: nationalism and identity on the peruvian-chilean frontier*. University of New Mexico Press.
- Soto, J., Chávez, P. y Pizarro, E. (2019). La malaria en el extremo norte de Chile: nuevos indicios de una calamidad pasada (Arica, 1880-1930). *Interciencia*, 44(2), 108-115.
- Subdelegado de Codpa (1906, 26 enero). [Carta a Gobernador de Arica]. Subdelegación de Putre (Vol. 14, p. 359) AHVD.

- Subdelegado de Putre (1906, 18 mayo). [Carta a Gobernador de Arica]. Subdelegación de Putre (Vol. 14, p.190AHVD).
- Subdelegado de Putre (1932, 13 de octubre). [Carta a Gobernador de Arica]. Subdelegación de Putre (Vol. 9C, doc. 38) AHVD.
- Sudy, H. (2011). El hospital y su historia. Servicio de Salud de Arica. Ministerio de Salud. <https://www.saludarica.cl/historia/>
- Vallejos, L. (2 agosto 2021). Región por región: Las comunas con mejor y peor tasa de incidencia, casos activos y cobertura de vacunados. Emol. <https://www.emol.com/noticias/Nacional/2021/08/01/1028401/comunas-regiones-cifras-vacunas.html>
- Vargas, A. (1946, 14 de octubre) [Oficio del Dentista Jefe del Servicio Departamental de Odontología al Director de Escuela 8 de Socoroma]. Subdelegación de Putre (Vol. 10, doc. 323) AHVD.
- Vargas, N. (2002). Historia de la pediatría chilena. Crónica de una alegría. Editorial Universitaria.
- Villalobos, Lisandro (1888, 8 de mayo). [Decreto Gobernación del Departamento de Arica]. Intendencia de Tacna (Vol. 275, p. 42-42vta.) AHVD.
- Wall, D. (1944a, 24 de octubre) [Oficio del Inspector Local de Educación a los directores de las Escuelas Fiscales y Particulares del Departamento]. Subdelegación de Putre (Vol. 10, s.n.) AHVD.
- Wall, D. (1944B, 3 de noviembre) [Oficio del Inspector Local de Educación a los directores de las Escuelas Fiscales y Particulares del Departamento]. Subdelegación de Putre (Vol. 10, doc. 246) AHVD.

## NOTAS

- [1] Cabe señalar que esta situación se mantiene hasta el día de hoy. Putre, que en la actualidad ostenta el título de capital de la Provincia de Parinacota cuenta con un Centro de Salud Familiar (CESFAM) rural, mientras que otras localidades del altiplano solo tienen una posta rural, definidos como establecimientos de atención ambulatoria, los cuales están a cargo de un técnico paramédico de salud rural residente, que recibe periódicamente el apoyo del equipo profesional compuesto básicamente por médico, enfermera, matrona y dentista, los que concurren en conjunto o en forma alternada. (Chile. Ministerio de Salud <https://www.redsalud.ssmsoc.cl/postas-de-salud-rural/>)(Sudy, 2011). Los casos de gravedad deben seguir siendo trasladados al hospital regional en la ciudad de Arica, el único para una región de más de 226.000 habitantes, según el último censo disponible en 2017.
- [2] Disponibles en Family Search, <https://www.familysearch.org/ark:/61903/3:1:939K-PM36-CN?i=296&cc=1630787&cat=40625>
- [3] Órgano de caridad, que al igual que otros en toda América Latina cumplieron un rol importante en la implementación de medidas asistenciales, especialmente en el área de la salud y educación. En el caso del Departamento, la Junta ubicada en Arica recogía donaciones que iban en apoyo a programas de salud. El terreno actual donde se emplaza el Hospital regional, por ejemplo, fue donado por Don Arturo Gallo, benefactor de la Junta de Beneficencia. Sudy, H. (2011).
- [4] Los registros corresponden a los volúmenes 17 y 18 de la Subdelegación de Putre, Archivo Histórico Vicente Dagnino, Arica, Chile.
- [5] Ello, porque históricamente en Chile ha existido una resistencia a la vacunación, especialmente en los sectores rurales. No es de extrañar por ejemplo que la comuna de General Lagos, a pocos kilómetros de la ciudad de Putre, fuera una de las comunas de menor cobertura de vacunados ante el COVID-19 (Vallejos, 2021)