

# URBANIZACIÓN Y MORTALIDAD INFANTIL EN SANTIAGO, 1930-1970

## Urbanization and child mortality in Santiago, 1930-1970

Pablo Chávez Zúñiga,  
Universidad de Chile, Chile  
José Julián Soto Lara,  
Universidad Bernardo O'Higgins, Chile

**Resumen:** Se analizan las conexiones entre el proceso de urbanización y la mortalidad infantil en Santiago de Chile entre 1930 y 1970. Se tematiza la influencia que, sobre la salud de los niños, tienen la calidad de las viviendas, la aparición de poblaciones *callampas* o chabolistas y la expansión de la red de cañerías, por ser estos aspectos que, además, condicionan positiva o negativamente la mortalidad infantil. Se concluye que las mejoras en la higiene hogareña, los programas habitacionales y las obras sanitarias, donde el Estado y la comunidad tuvieron una participación importante, incidieron en la reducción de dicha mortalidad.

**Palabras clave:** urbanización, mortalidad infantil, Santiago, salud, viviendas, poblaciones *callampas*, red de cañerías, Estado, comunidad.

**Abstract:** Connections between the urbanization process and infant mortality in Santiago de Chile between 1930-1970 are analyzed in this paper. The influence of housing on children's health, the appearance of *callampas* populations, and the expansion of pipeline networks are considered, as they are explanatory aspects of high infant mortality. It is concluded that improvements in home hygiene, housing programmes, and sanitation works, where the state and the community played an important role, had an impact on the reduction of infant mortality.

**Keywords:** urbanization, infant mortality, Santiago, health, housing, "Callampas" populations, pipeline networks, state, community.

## 1. Introducción

A mediados del siglo xx la mortalidad infantil fue un tema central en las discusiones médicas, políticas y científicas.<sup>1</sup> En esos debates, el problema de las viviendas se concibió como una de las causales de la mortalidad infantil. La suciedad de las habitaciones, carentes de servicios sanitarios, y la expansión urbana fueron el telón de fondo de esa crisis. Ambas situaciones, agravadas por la explosión demográfica, que multiplicó la demanda de viviendas y de nuevas prestaciones sanitarias contra el hacinamiento, perjudicaron gravemente la salud infantil.

¿Cómo enfrentó el Estado esta calamidad? ¿Qué repercusiones produjo su acción en la población que fue objeto de las políticas urbanísticas y sanitarias? Una respuesta historiográfica debe abordar los cambios en las características de las habitaciones, gracias a los planes estatales y el desarrollo del sistema sanitario nacional, entre otras obras de higiene pública, porque en conjunto hicieron descender la mortalidad infantil. Acercarse de esa forma a la cuestión sugiere que el progreso de las condiciones de vida derivó de un enfoque medicinal y urbanista preventivo que redujo, con el paso del tiempo, las enfermedades. A la vez, así complejizamos la discusión histórica vinculando urbanización y mortalidad infantil. Esa elección explicaría cómo ese índice, que a comienzos del siglo pasado era uno de los más altos del mundo, devino en uno de los más bajos en menos de diez décadas.

Esta investigación interdisciplinar se nutre de los estudios urbanísticos y de la historia de la salud infantil. Por ello, consideró las discusiones sobre el desarrollo y efectos del crecimiento urbano en relación con la sanidad, así como las dinámicas de gentrificación en Latinoamérica (Castillo, 2018: 227-231; Molina, 2020: 41-45). Esa literatura provee a los historiadores de una mirada crítica y novedosa sobre los contextos urbanos empobrecidos donde vivieron niños, y explica, además, las diferentes etapas de urbanización latinoamericana y subraya sus progresos desde una perspectiva de larga duración (Almandoz, 2008: 62-64).

Otra contribución valiosa examinó la demanda de viviendas sociales por parte de los habitantes al Estado y la respuesta insuficiente de este, que no satisfizo la apremiante necesidad (Murphy, 2015). En esa relación es fundamental analizar las organizaciones vecinales para entender el carácter transformador de los movimientos sociales que buscaron reducir la pobreza, la inequidad y la exclusión (Fischer, 2013). Dicha lucha se efectuó principalmente en las periferias, zonas producidas por el crecimiento urbano desordenado, donde hubo altos índices de enfermedades, hambruna y mortalidad infantil (Auyero, 2013).

La historiografía, por su parte, destaca el rol del Estado en los adelantos de salubridad pública e implementación de políticas sanitarias sociales para au-

---

1. La mortalidad infantil se calcula mediante la tasa de mortalidad infantil, la cual se obtiene al dividir el número de menores de 1 año fallecidos por cada mil nacidos vivos en un año determinado.

mentar la calidad de vida.<sup>2</sup> De igual modo, problematizó las relaciones entre enfermedades, mortalidad infantil y progreso del conocimiento médico en contextos socioculturales específicos.<sup>3</sup> Los estudios históricos de la mortalidad infantil han enfatizado, entre otros aspectos, la discusión del fenómeno en el campo político, su relación con la pobreza, y las representaciones sociales de la niñez.<sup>4</sup>

Nuestra metodología contempló un análisis histórico textual sobre fuentes primarias heterogéneas vinculadas con la urbanización de Santiago y sus consecuencias en la salud infantil. Entre aquellas destacan los documentos del Fondo Ministerio de Salud del Archivo Nacional de la Administración, porque informan sobre los fundamentos de las políticas públicas y normativas gubernamentales hacia las viviendas en relación con la sanidad. También fueron importantes las noticias de *El Mercurio*, *La Nación*, *El Clarín*, *La Opinión*, *El Siglo* y *Las Noticias Gráficas* que incluyeron datos y opiniones sobre el problema de las edificaciones y la infancia malsana desde sus respectivas ideologías. De forma complementaria, sumamos fuentes secundarias, sobre todo artículos especializados y actas de congresos médicos, que sustentaron científicamente la nocividad del entorno antihigiénico en la morbilidad de los niños. Además, para mostrar la evolución de la mortalidad infantil y del aumento poblacional utilizamos datos del *Anuario Estadístico de la República de Chile*.

El análisis en conjunto de esas fuentes reclama la apertura de una línea de investigación interesada en conocer y explicar la urbanización santiaguina en clave de la salud infantil. Esa propuesta aumenta el conocimiento existente sobre el desarrollo urbano capitalino, sustentado en los problemas producidos por la expansión de las construcciones o el acceso a los sistemas de alcantarillado y excretas (Romero, 2007: 159-210; Almandoz, 2013: 171-258; Vyhmeister, 2019: 225-230). Esos trabajos historizan la planificación gubernamental en el ámbito de la vivienda, si bien no incluyen los cambios producidos en la morbilidad de la niñez, salvo excepciones (Brain, Prieto y Sabatini, 2010: 113-121; Ibarra, 2016: 186-194).

La primera sección del artículo explora las características de las viviendas y las carencias en la infraestructura sanitaria, cuestiones que condicionaron la mortalidad infantil alta. La segunda examina la constitución de las *callampas*, barrios pauperizados carentes de dispositivos de higiene representativos de la expansión acelerada y carente de planificación del radio urbano, así como algunas políticas estatales para frenar ese desarrollo. La tercera detalla el impacto de las redes de cañería en la salud de los habitantes y, específicamente, las transformaciones ocurridas en la de los infantes a raíz de esa obra modernizadora.

---

2. Ramón (1985: 210-214; 1990: 8-12); Hidalgo (2002: 85-88); Hidalgo, Errázuriz y Booth (2005: 329-332); Perrot (2011: 17-25); Nunes (2012: 458-463); Ortiz (2012: 127-133); Molitoris (2016: 184-192); Chávez (2018: 277-282).

3. Quaranta y Bengtsson (2011: 9-11); Zárate (2010: 245-249; 2011: 364-382); Revuelta (2013: 54-59); Rustoyburu (2015: 1254-1259); Correa (2017: 278-284); Mazzeo (2017: 49-54); Reynolds (2018: 127-143).

4. Caffarena (2015: 65-95); Márquez y Gallo (2017: 25-28); Baeza (2017: 74); Llanos y Lanfranco (2017: 679-687).

## 2. Influencia de las viviendas en la salud infantil

La mortalidad infantil, para varios especialistas chilenos, se relacionaba con el grado de desarrollo económico y sociocultural del grupo humano afectado (Landa, 1939: 25-31; Guemes, 1945: 6-15; Behm, 1962: 8-19). En los trabajos de aquellos primó una explicación multicausal que sugirió conectar esa mortalidad con el sistema social total. De acuerdo con esa mirada holística, las enfermedades surgían y condicionaban el modo de vida donde aparecían. Específicamente, en la mortalidad infantil influía la pobreza material y sus derivados: hambre, desnutrición, carencia de recursos de subsistencia, habitaciones malsanas, incluida la «ignorancia» de los padres en los métodos alimentarios, la falta de asistencia social y la atención hospitalaria reducida.

El problema habitacional desarrollado en Santiago fue de larga duración y no propio del siglo xx. Como ha demostrado Brito (1995: 30-37), hacia mediados del siglo xix una cantidad importante de población femenina rural arribó a la ciudad. Esta, carente de infraestructura, favoreció la creación de *ranchos* que reprodujeron las habitaciones y prácticas sociales campesinas. Aunque hacia 1857 la Municipalidad ordenó eliminarlos, en 1895 aún existían. Para el cambio de siglo, la crisis habitacional se profundizó, dado el crecimiento acelerado de la ciudad, que originó los *conventillos* donde vivieron los pobres durante la llamada «cuestión social» (Torres, 1986: 67-85; Romero, 1984: 5-86 y 2007: 16-17). Con todo, la falta de higiene fue el aspecto más destacado en el estudio de las viviendas precarias. Esas casas fueron concebidas como «campos de cultivo» de la tuberculosis, una de las enfermedades mortales causantes de un aumento extraordinario de la mortalidad infantil.<sup>5</sup>

Para las autoridades, el cuerpo del niño era impactado por tal situación, que se manifestaba en raquitismo, complicaciones intestinales y alteraciones orgánicas. La constitución endeble, no obstante, comenzaba, según las autoridades, cuando el embrión se albergaba en mujeres débiles, pues «la madre trabaja y se alimenta mal. [Luego] Se crían en sótanos, conventillos, ranchos nauseabundos, húmedos, sin luz».<sup>6</sup> En relación con la actividad laboral de ellas, la VI Memoria del Consejo de Defensa del Niño (1939), ofrece datos valiosos. Ese organismo creó el Servicio de Asistencia Abierta con el objetivo de evitar la internación de ellos, intentando rehabilitar a las familias. Con ayuda de las visitadoras sociales se elaboró una estadística para conocer en qué trabajaban y qué salario recibían las madres de los niños auxiliados (tabla 1).

---

5. *El Mercurio*, Santiago, 17 de septiembre de 1936, pág. 7.

6. Archivo Nacional de la Administración (ARNAD), Fondo Ministerio de Salud, 17 de junio de 1936, vol. 174.

**Tabla 1.** Oficios, número de trabajadoras y salario<sup>7</sup> de un grupo de madres de clase baja.

Oficio	Núm.	Salario	Oficio	Núm.	Salario
<b>Lavanderas</b>		18	<b>Domésticas</b>		22,20
En su casa por docenas	340		De puertas afuera	118	
En su casa por entregas	114		De puertas adentro	28	
En casas particulares	87		<b>Comerciantes</b>		31,60
En lavanderías	25		Ambulantes	57	
<b>Costureras</b>		22	<b>En puesto fijo</b>	5	
En su casa	91		Obreras de fábrica	89	35
En talleres	20		En diversos trabajos	67	
En casas particulares	57				

Fuente: *La Nación*, Santiago, 23 de junio de 1940, pág. 6.

En esas habitaciones socializaban los niños con el medio. Al respecto, una descripción periodística escribió: «los niños harapientos que tienen como compañeros a perros y gatos, viven en piezas inmundas, desposeídos de los más elementales recursos materiales. Cinco, seis y hasta diez pequeños, sobre la única cama de sus padres, esperan el alimento que habrán de traerles desde la olla más cercana».<sup>8</sup> Algunas no tenían techo, piso de madera y ventanas, por lo que «jamás reciben la caricia del sol y el mismo aposento desempeña todas las funciones del hogar: cocina, lavadero, comedor y dormitorio».<sup>9</sup>

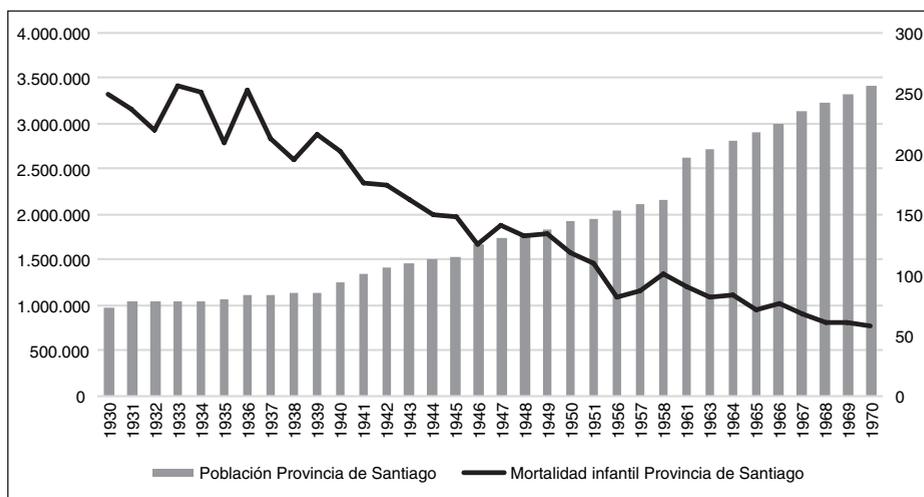
Las variables mortalidad infantil y población fueron relacionadas en el gráfico 1. En el caso de la primera, los valores fueron altos hasta 1943, y superaron en ocasiones los 200 fallecidos. Desde 1944 hasta mediados de los sesenta la mortalidad infantil descendió por efecto de varios factores, como las mejoras de las viviendas y de la infraestructura sanitaria. Durante ese período la tendencia a la baja fue permanente y paulatina. Por su parte, la población creció considerablemente hasta triplicarse, como se puede apreciar. Esta alza profundizó la utilización y el desgaste del equipamiento sanitario, con lo que deterioró la calidad de vida urbana. Al mismo tiempo, la mayor demanda habitacional *in crescendo* impidió que la mayoría de los demandantes obtuvieran las de mejores características. El punto de encuentro entre ambas variables fue favorecido por el incremento poblacional y el descenso en las cifras de la mortalidad infantil.

7. Según el estudio llevado a cabo por el Consejo, los resultados de los salarios corresponden a un promedio semanal y están expresados en pesos.

8. *La Nación*, Santiago, 18 de marzo de 1933, pág. 6.

9. ARNAD, Fondo Ministerio de Salud, 20 de mayo de 1936, vol. 17.

**Gráfico 1.** Mortalidad infantil y población en la provincia de Santiago, 1930-1970.



**Fuente:** Elaboración de los autores a partir del *Anuario Estadístico de la República de Chile*, 1930-1970.

El mejoramiento habitacional constituyó una de las principales necesidades gubernamentales. Las autoridades pensaron que los avances en esta materia repercutirían en las generaciones venideras, reduciendo la morbilidad y mortalidad. Así, con la creación del Consejo de Higienizaciones de Conventillos en 1936 se ahondó, transitoriamente, en la limpieza de esas vecindades. Los funcionarios estatales comprendieron que el problema habitacional se resolvería de manera gradual. Para conseguir ese objetivo se requirió «la constancia de muchos años y la concurrencia de caudales enormes que nuestro país no dispone».<sup>10</sup> Esa solución intermedia dio tiempo al desarrollo de construcciones definitivas, pensadas como obras de previsión social y progreso.

La prensa publicó noticias referidas a las «ciudades higiénicas» con una intención moralizante. En ellas las enfermedades eran prácticamente inexistentes, porque un aumento de la limpieza disminuía los insectos. Por lo mismo, en el ámbito local era indispensable asear «dominios enormes y casi siempre descuidados».<sup>11</sup> En el caso puntual de la tuberculosis, el doctor Nacienceno Romero, director general de los Servicio de Sanidad, había explicado tiempo atrás que las malas condiciones de vida y de las habitaciones de las clases trabajadoras, así como la falta de instrucción higiénica del pueblo, favorecían ese flagelo. A comienzos de los años treinta, un *ranking* compuesto por varios países (Alemania, Estados Unidos, Francia, Grecia, Suecia y Suiza, entre otros) relativo a la mortalidad por tuberculosis fue liderado por Chile.<sup>12</sup> La prensa continuó pre-

10. ARNAD, Fondo Ministerio de Salud, 20 de mayo de 1936, vol. 17.

11. *La Nación*, Santiago, 14 de febrero de 1943, pág. 6.

12. *La Opinión*, Santiago, 15 de mayo de 1932, pág. 3.

sentando cifras comparativas de esa afección. Ese mismo diario demostró que, pasado el tiempo, el triste liderazgo chileno se mantenía incólume, pese a su descenso (tabla 2).

**Tabla 2.** Mortalidad por tuberculosis (%) en varios países, 1940-1953.

Año	Austria	Finlandia	Holanda	Chile
1940	107	212	44	260
1945	155	187	86	253
1950	55	94	19	158
1953	34	45	9	83

Fuente: *La Opinión*, Santiago, 10 de diciembre de 1954, pág. 4.

Las descripciones periodísticas de los hogares retrataron esas viviendas despectivamente. Fue común publicar referencias de los «antros infecciosos» compuestos por un patio común sucio que compartían los moradores. Esa condición escabrosa era enemiga de los pequeños, quienes morían por miles cada año. Una noticia llamó la atención sobre los numerosos hijos paridos por obreras, de los que solo algunos sobrevivían. La mayoría había muerto de tuberculosis y pulmonía.<sup>13</sup> A esas enfermedades se sumaron las intestinales, que hacían aumentar el número de pacientes en los consultorios y postas infantiles hasta llevarlos al colapso.<sup>14</sup>

El hacinamiento lacró la salud infantil. Amplios segmentos de esa población estuvieron expuestos a enfermar y morir, uno de los problemas epidemiológicos principales en esa edad (Behm, 1962: 22). Dentro de las viviendas, la organización espacial era abigarrada: la cocina, por ejemplo, estaba dentro de piezas estrechas sin ventilación,<sup>15</sup> carentes de agua y desagües, con muros y techos hechos de latas, maderas, sacos y otros chirimbolos viejos.

El problema de la insalubridad de las viviendas se acentuó a mediados de los cuarenta. Aunque algunos gobiernos intentaron solucionarlo, el precio de los terrenos para la construcción, debido a la inflación, imposibilitó concretar la idea. Las inversiones en ese campo se detuvieron. A esa rémora se sumó la carencia de materiales para la edificación, que provocó que el ritmo de las construcciones estuviese por debajo de la demanda de una población en crecimiento.<sup>16</sup> El déficit se fue agravando cada año, haciendo más compleja la implementación de un plan habitacional adecuado. El arquitecto Ramón Vial, defensor

13. *El Siglo*, Santiago, 29 de noviembre de 1940, pág. 3.

14. Consultorios y postas como fueron el Centro Maternal Susana Palma de Alessandri, la Casa de la Madre y Servicio de Lactantes en Tránsito, administrados por el Patronato Nacional de la Infancia; los consultorios de la Dirección General de Sanidad; los consultorios de la Caja de Seguro Obligatorio y las postas de la asistencia pública.

15. *Ibidem*, pág. 2.

16. *El Mercurio*, Santiago, 14 de abril de 1945, pág. 7.

de la construcción de «casitas» para empleados y obreros, había efectuado por entonces un cálculo que demostraba la viabilidad del proyecto social (tabla 3). Su voz, por entonces, no fue considerada.

**Tabla 3.** Presupuesto para la construcción de viviendas efectuado por Ramón Vial.

Tipo	Área (m <sup>2</sup> )	Valor del edificio (\$)	Área (m <sup>2</sup> )	Valor (\$)	Coste total de la vivienda (\$)
Santiago	250	2.500	100	17.300	19.800
Provincias	300	1.500	100	15.800	17.300
Departamentos	350	1.050	100	15.100	16.150
Comunas	400	600	100	12.800	13.400
Aldeas	450	450	100	12.500	12.950
Caseríos	500	250	100	11.250	11.500

**Fuente:** *El Siglo*, Santiago, 29 de noviembre de 1940, pág. 3.

Para la prensa, los indicadores de la mortalidad infantil en relación con las enfermedades infecciosas eran desesperanzadores. Esa valoración se fundamentó en que la mitad de la población padecía de hacinamiento.<sup>17</sup> La falta de bienes de primera necesidad deterioró el estado físico y la inmunidad de los niños. Los funcionarios de los consultorios responsabilizaron a la inmundicia de causar las enfermedades sufridas por los pequeños y recomendaron, para una acción médica exitosa, iluminar, ventilar y calefactar los hogares, así como «tomar precauciones frente a la presencia en el hogar de enfermos infectocontagiosos para evitar el contagio del niño» (Figuroa, 1951: 23).

El problema de las viviendas y la higiene fue subrayado por instituciones de relevancia científica y social. El Colegio de Arquitectos de Chile destacó que un tercio de la población santiaguina habitaba sitios malsanos, por lo que debía aumentarse el ritmo de construcción de edificaciones higiénicas.<sup>18</sup> Esa institución comparó en una publicación las tasas de mortalidad anual general entre varios países, e ironizó al decir que, a pesar de que Chile cuenta con una Ley de Medicina preventiva, la cual «mostraremos con orgullo como algo muy avanzado [...]» entretanto, la realidad es que para nuestro pueblo, hacinado en pocilgas, esa legislación no es sino una burla cruel». Los datos fueron los siguientes: Chile (23%), Japón (19%), Colombia (17%), España (17%), Bélgica (12%), Estados Unidos (10%), Canadá (9%) y Holanda (8%).<sup>19</sup>

17. *La Nación*, Santiago, 3 de diciembre de 1952, pág. 6.

18. *El Mercurio*, Santiago, 28 de abril de 1952, pág. 4.

19. *Diario Ilustrado*, Santiago, 5 de mayo de 1946, pág. 5.

Carabineros, mediante una encuesta, demostró que en Chile el 26% de los fallecidos murió en tugurios donde vivían un promedio de cinco personas. En esa investigación también fueron entrevistados trescientos tuberculosos, de los que el 85% vivía en una vivienda de una sola pieza. Con relación al problema de la mortalidad infantil, Carabineros observó que el índice era de 450/1.000 en el tugurio y de 250/1.000 en las viviendas higiénicas.<sup>20</sup> Esa estadística robusteció la conexión entre hacinamiento y mortalidad en los sectores populares.

Parte de la opinión médica consideró indispensable construir viviendas higiénicas con agua potable y alcantarillado para los pobres, así como educarlos en temas de higiene.<sup>21</sup> La importancia de la casa fue explicada por Scroggie y Steeger (1960: 12), para quienes «la vivienda estrecha y malsana o la falta de ella constituyen factores negativos en la obtención de resultados halagadores [incluso] con los regímenes alimenticios [sic] aún muy bien elaborados».

Otras instituciones del Estado sumaron fuerzas a la cruzada higienista. La Dirección General de Sanidad, por ejemplo, efectuó varias campañas de exterminio de vectores de contaminación, principalmente de moscas. Los habitantes amontonaban la basura en las calles y zanjas, produciendo contaminación y pestilencias; luego, moscas y ratas, surgidas allí, transportaban las enfermedades a sus hogares. Según noticiaba un diario, al pasar por esas calles era común «encontrarse a cada paso con charcos de aguas servidas y [a] los pequeños escarbando en los basurales».<sup>22</sup> Los patios, donde niños desaseados y semidesnudos salvo excepciones jugaban con animales, acumulaban basura variopinta.<sup>23</sup>

Durante las cuatro décadas investigadas, la ejecución y progreso de obras públicas sanitarias fueron lentos en Santiago. En este período, gran parte de la población habitó lugares precarios, los cuales la dejaron expuesta al deterioro de la salud, sobre todo al grupo infantil. En el marco del crecimiento demográfico y del hacinamiento, los hogares experimentaron serios problemas que repercutieron en el quehacer del Estado, relación que puede sintetizarse en tres etapas: la primera (1930-1940), caracterizada por el impulso del Ministerio de Salubridad para sugerir leyes y crear organismos cuyo objetivo fue la limpieza de las habitaciones y el medioambiente. La segunda (1940-1953), singularizada por la implementación serial de mejoras en la infraestructura que disminuyó paulatinamente las tasas de mortandad. Por último, la tercera (1953-1970), marcada por la creación de la Corporación de la Vivienda (CORVI) y el acicate de proyectos estatales ambiciosos de viviendas sociales que contaron con una participación estelar de la comunidad, que pone de manifiesto su importante capacidad de agencia social y política.

---

20. *Las Noticias Gráficas*, Santiago, 18 de diciembre de 1952, pág. 4.

21. *El Mercurio*, Santiago, 10 de noviembre de 1958, pág. 6.

22. *El Siglo*, Santiago, 12 de noviembre de 1961, pág. 3.

23. *La Opinión*, Santiago, 21 de febrero de 1942, pág. 2.

### 3. La formación de callampas y la acción estatal

La escasez de viviendas y las características de las utilizadas por los pobres constituyeron las bases del problema habitacional. La demanda creciente provocó un alza en los valores de las propiedades, desequilibrando los presupuestos familiares y el coste de alquiler. Esto incidió en que los arrendatarios privilegiaran habitar inmuebles de baja calidad que ponían en riesgo la salud de sus moradores. Los especialistas reiteraban que una tercera parte de las habitaciones de Santiago tenía condiciones higiénicas insuficientes.<sup>24</sup>

En efecto, las familias pobres se desplazaron hacia terrenos agrícolas o eriales cercanos a la ciudad.<sup>25</sup> La prensa se refirió a estos como «ciudades de latas, fonolitas y sacos que se levantan en los extramuros y que carecen de todas las condiciones de salubridad necesarias para vivir».<sup>26</sup>

El doctor Calvo Mackenna, preocupado por el entorno, alzó la voz por un enfoque preventivo de las enfermedades infantiles. En su opinión, los servicios públicos debían gestionar las demandas de terrenos y las «solicitudes al gobierno para la concesión de casas en poblaciones de emergencia o materiales de construcción» (Calvo Mackenna, 1951: 38). La paradoja que se encontró el Gobierno frente al problema habitacional era que si se demolían las callampas, se privaría de techo a varias familias, con lo que se agudizaría la escasez de viviendas. Es posible que el recuerdo de las demoliciones de habitaciones insalubres de fines de los treinta, «sin haber previamente edificado nuevas [y que] agudizó más el problema de la habitación», influyese en esta forma de abordar la crisis.<sup>27</sup>

Las callampas se nutrieron de migrantes rurales llegados a Santiago durante la explosión demográfica. Ese arribo se debió, en gran parte, a la industrialización propiciada por los Gobiernos radicales. Una parte de estos migrantes se dirigió hacia la periferia. *El Mercurio* explicó que las callampas habían pasado por alto el derecho de propiedad de terrenos fiscales de uso público y los derechos de terrenos de privados. Los últimos, vieron «fracasar las diligencias hechas por los propietarios que anhelan sanear aquella situación».<sup>28</sup> Las chabolas se levantaron dispersa y desordenadamente, sin urbanización ni equipamientos, y quedaban al margen del control del Estado. Ese crecimiento fue consecuencia del desajuste económico estructural y de la agencia de los pobladores que buscaron aumentar su calidad de vida en la ciudad. Algunas explicaciones torcidas sostuvieron que las callampas se desarrollaron «al amparo de las autori-

---

24. *La Nación*, Santiago, 12 de agosto de 1943, pág. 4.

25. Salazar ubicó las poblaciones callampas en: «a) en torno al Cerro Blanco, barrio de la Recoleta; b) en ambas riberas del río Mapocho, entre el puente Manuel Rodríguez y el Puente Bulnes; c) en el flanco sur, poniente y norte de las poblaciones obreras Manuel Montt y de Tranvías (barrio Independencia); d) en los márgenes del Zanjón de la Aguada, y e) dispersas por las comunas de Renca, Quilicura, Estación Central, Pedro Aguirre Cerda, etc.» (Salazar, 2012: 176).

26. *Las Noticias Gráficas*, Santiago, 1 de diciembre de 1949, pág. 2.

27. *El Mercurio*, Santiago, 23 de junio de 1940, pág. 6.

28. *El Mercurio*, Santiago, 13 de enero de 1953, pág. 6.

dades [...] que permiten la instalación de familias donde no hay posibilidad alguna de sobrevivencia normal».<sup>29</sup>

Los estudios médicos se fundamentaron en una corriente progresista de la medicina social chilena. El doctor Arturo Baeza (1950: 25) explicó que los médicos que investigan las causas profundas de las enfermedades descubrían que eran producidas por factores sociales (ignorancia, insalubridad de la vivienda, salarios bajos). Por eso era insuficiente estudiarlas solo con una mirada médica, pues otras causas explicaban su etiología.

El problema de las callampas, en particular, y de las viviendas, en general, hizo necesario ejecutar un Censo de Viviendas en 1952. Este recopiló información para los programas nacionales de habitación. Con el objetivo de subsanar la problemática, un año después, durante el gobierno de Carlos Ibáñez, se creó la CORVI, surgida de la fusión entre la Caja de la Habitación Popular y la Corporación de Reconstrucción. Baeza ejemplificaba esos avances con el caso de la población Germán Riesco, surgida como callampa y poseedora de 600 casas construidas entre los pobladores y el Cooperativo Interamericano, el Centro Científico de la Vivienda y la CORVI.<sup>30</sup>

Algunos datos recopilados en dicho censo se presentan en la tabla 4. Las categorías incluyen los tipos de inmuebles. En la provincia, el mayor número de construcciones fueron casas unifamiliares o departamentos en edificios, que albergaron al 67% de los habitantes. Las viviendas en espacios precarios fueron habitadas por el resto de la población. La inclusión de la categoría «vivienda callampa» y el porcentaje sugerido por el censo da cuenta de una cifra que bloquea las dinámicas sociales desarrolladas en esos hogares. De modo similar, deben considerarse las dificultades que tuvieron los censores y los censados en la práctica censal, lo cual pudo haber alterado el resultado. No obstante esos problemas, desde entonces, el desafío gubernamental fue multiplicar las habitaciones higiénicas y reducir los conventillos y las callampas. Los habitantes de esos lugares favorecieron una alta tasa de urbanización, similar a la de los países desarrollados, pero con un ingreso per cápita mucho menor al recibido allí.<sup>31</sup>

**Tabla 4.** Categorías de viviendas y habitantes en la provincia de Santiago, 1952.

Categorías	Núm. de viviendas	Porcentaje	Núm. de habitantes	Porcentaje
Casa unifamiliar o departamento en edificio	212.330	64.44 %	1.185.754	67.57 %
Departamento o pieza en una casa	63.116	19.16 %	245.482	13.99 %
Pieza de conventillo	18.182	5.51%	76.571	4.36 %

(continúa)

29. *La Nación*, Santiago, 25 de febrero de 1959, pág. 5.

30. *El Mercurio*, Santiago, 18 de septiembre de 1958, pág. 4.

31. *El Siglo*, Santiago, 20 de septiembre de 1958, pág. 2.

Categorías	Núm. de viviendas	Porcentaje	Núm. de habitantes	Porcentaje
Rancho, ruca o choza. Vivienda provisoria o vivienda callampa	23.233	7.05 %	124.973	7.12 %
Colectivas, resto categorías y sin datos	12.621	3.83 %	122.174	6.96 %
Total	329.482	100%	1.754.954	100%

**Fuente:** Servicio Nacional de Estadísticas y Censos, *XII Censo General de Población y I de Vivienda*, 1952.

Una de las medidas políticas para abatir las callampas fue la Ley 12462 de 1957. Esta, en su artículo 36, facultó a las Cajas de Previsión para financiar cooperativas formadas por imponentes de la entidad con el propósito de desarrollar proyectos de autoconstrucción. Además, dispuso a la CORVI para actuar como agente en la dirección de esas faenas encargándole revisar la entrega de recursos. La CORVI impulsó y subvencionó planes de edificación para favorecer a los habitantes con recursos medios o modestos.<sup>32</sup> Así, la política crediticia otorgó préstamos hipotecarios directos, alentando la suscripción de convenios de ahorro y préstamos para urbanizar terrenos y construir viviendas (tabla 5).<sup>33</sup> Esas facilidades fomentaron una organización comunitaria más efectiva que se vio reflejada en la edificación de sectores de viviendas planificados.

**Tabla 5.** Préstamos de la CORVI a cooperativas en la provincia de Santiago.

Nombre de la cooperativa	Monto del préstamo (E°)*	Total girado (E°)*
Empleados de impuestos internos	123.500	123.500
San Genaro	180.000	180.000
Soberanía	42.430	42.480
Los Cóndores	57.500	57.500
Punto C. S. C.	138.000	124.475
Hogar Propio	180.000	129.662
Teniente Bueras	30.707	21.464
Metrópoli Santa Rosa	46.000	23.929
Metrópoli Vitacura	99.750	51.870

(continúa)

32. *La Nación*, Santiago, 26 de enero de 1958, pág. 4.

33. *La Nación*, Santiago, 6 de julio de 1963, pág. 4.

Nombre de la cooperativa	Monto del préstamo (E°)*	Total girado (E°)*
Empleados Beneficencia	590.000	430.393
Patrona de Chile	206.840	206.840
Colina	78.000	40.811
La Fraternal	256.000	–
Sodimac Santiago	12.000	9.794

**Fuente:** *La Nación*, Santiago, 6 de julio de 1963, pág. 6.

\* E°: símbolo del escudo (moneda chilena).

La realidad habitacional producida por las callampas impulsó estudios médicos que demostraron las diferencias sanitarias según los barrios residenciales. En áreas económicas sólidas, la morbilidad y la mortalidad infantiles eran bajas. Los partos contaban con atención profesional, había acceso a consultorios y menor hacinamiento. El médico Hernán Urzúa Merino argumentó que no podía probarse matemáticamente que las viviendas míseras, por sí solas, afectarían la salud, pero «sí podemos afirmar que una mala vivienda difícilmente es compatible con una salud adecuada de sus habitantes».<sup>34</sup> Para sustentar ese planteamiento comparó comunas de Santiago y concluyó que el sector oriental gozaba de índices de salud superiores al sector meridional. Además, calculó que un 25% de los habitantes residía en zonas «marginales», de los cuales la mitad vivía en agrupaciones planificadas y un tercio en callampas. *El Siglo* publicó datos valiosos del estudio y mencionó que estos daban cuenta de una política de «segregación social» (tabla 6).

**Tabla 6.** Segregación social en Santiago según el estudio del doctor Hernán Urzúa, 1968.

Área	Mortalidad general (%)	Mortalidad infantil (%)	Natalidad (%)	Partos sin atención profesional (%)	Densidad poblacional por km <sup>2</sup>
Oriente	6,4	47,2	24,5	2,7	429,1
Las Condes	43,6				
Central	10,1	56,7	27,8	1,9	2.483,1
Moneda	28,6				
Sur	7,8	91,6	28	12,2	7.895,6
La Granja	106,6				
Norte	8,4	75,5	28,4	11	216,7

(continúa)

34. *El Siglo*, Santiago, 5 de diciembre de 1968, pág. 3.

Área	Mortalidad general (%)	Mortalidad infantil (%)	Natalidad (%)	Partos sin atención profesional (%)	Densidad poblacional por km <sup>2</sup>
Colina	94,6				
Poniente	9,7	79,8	31,5	8,4	295,8
El Monte	132,2				

**Fuente:** *El Siglo*, Santiago, 5 de diciembre de 1968, pág. 2.

Otro hito importante ocurrió años después. Con la creación del Ministerio de Vivienda y Urbanismo en 1965 se adoptó un plan de viviendas popular con equipamiento comunitario y desarrollo urbano. Los fundamentos del Ministerio fueron la gravedad del problema habitacional, profundizado por el crecimiento vegetativo. Antes de aquel, la política habitacional había sido coordinada por veintitrés organismos dependientes de ocho ministerios, motivo por el cual se habían producido cruces de funciones que, como apuntó Baeza, podían evitarse mediante la centralización.<sup>35</sup>

En efecto, cientos de familias fueron trasladadas hacia terrenos adquiridos por el Gobierno. Allí recibían los títulos provisionales de dominio y una vivienda de emergencia que debía reedificarse mediante la autoconstrucción.<sup>36</sup>

Para descomprimir más el problema, durante el gobierno de Eduardo Frei se efectuó la operación Sitio, que se concibió en fases y también incluyó la participación comunitaria. El ministro Juan Hamilton explicó que en la primera fase se contemplaba la formación del lote y una urbanización mínima para la utilización inmediata de los pobladores. En la segunda debía concluirse la urbanización para edificar la casa. Las etapas podían efectuarse de acuerdo con las «circunstancias de cada zona o comunidad y los aportes que éstas puedan hacer».<sup>37</sup> Durante el proceso quedó de manifiesto la agencia de los pobladores a través de la toma de terrenos u otros mecanismos y, al mismo tiempo, que las mejoras no se efectuaron solo gracias al Estado en un escenario político de estabilidad, sino que se enmarcaron en un proceso de conflicto de clases (Garcés, 2002; 2011: 40-44).

Esa modernización habitacional obedeció, en parte, al debate político internacional sobre la relación entre vivienda e infancia protegida. En el IX Congreso Panamericano del Niño, efectuado en 1948, por ejemplo, se afirmó que los infantes tenían derecho al mejor cuidado de su salud. Además, se declaró que el rol del Estado era prevenir la difusión de enfermedades mediante servicios de saneamiento general (tratamiento de aguas servidas y basura). Del mismo modo, debía asegurar la nutrición infantil «facilitándole los elementos adecua-

35. *El Mercurio*, Santiago, 28 de julio de 1965, pág. 5.

36. *La Nación*, Santiago, 18 de febrero de 1961, pág. 6.

37. *El Clarín*, Santiago, 6 de septiembre de 1966, pág. 2.

dos, para que disponga de alimentos, leche y aguas puras». <sup>38</sup> A ello se sumaron los programas de asistencia técnica de la Organización Mundial de la Salud, que reforzaron la idea de que la pobreza producía enfermedades. Las afecciones, a su vez, facilitaban la aparición de la miseria. Esa condición limitaba el acceso a una alimentación saludable y producía la desnutrición infantil. Finalmente, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) demostró con sus estudios que las enfermedades causantes de la mortalidad en la infancia eran transmitidas mayoritariamente por el agua y la comida. Por eso enfatizó que varios de esos padecimientos podían erradicarse con agua potable y alcantarillados. <sup>39</sup>

Al mediar el siglo xx, el déficit habitacional fue uno de los problemas económico-sociales relevantes. Por ello, el Estado toleró por un tiempo la ocupación de espacios periféricos, lo que se desprende de la participación de profesionales del área de la salud y otros ámbitos que allí auxiliaban a los desposeídos. Contra el déficit habitacional cabe destacar, hubo organizaciones de pobladores que, como en el caso de la población La Victoria donde se creó un Comité Central de Pobladores, actuaron colectivamente para mejorar sus condiciones de existencia. En esa articulación se destacaron obreros con experiencias previas de organización (Valenzuela, 2020).

A la par, los pobladores necesitaron servicios médicos y de saneamiento. Por ello, el Servicio Nacional de Salud extendió la red de consultorios para la atención materno-infantil, y aumentó las camas de la maternidad y las salas de hospitalización de lactantes. Así, en la medida en que aumentó la urbanización y la asistencia social, se redujo la mortandad por enfermedades infecciosas y desnutrición. Ese proceso fue lento y no lineal, por eso llama la atención que, mientras las callampas se expandían, las tasas de mortalidad infantil descendían. Esa paradoja revela la importancia de la introducción de mejoras médicas en los suburbios que, aunque escasas, aumentaron la posibilidad de vivir entre los neonatos.

En ese contexto, aunque el Estado trabajó con constructoras para ultimar las callampas, el papel de las personas que construyeron sus casas fue trascendental. En esta urbanización participaron instituciones asistenciales como el Servicio Nacional de Salud, la Dirección de Auxilio Social, el Ministerio de Educación y la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, entre otras. Aún está por hacerse una historia oral sistemática, preocupada por recolectar y valorar la memoria social de los partícipes de la gran transformación habitacional chilena, incluidos los pobladores y funcionarios del Estado. Un esfuerzo historiográfico así permitiría responder a cuestiones fundamentales de la relación Estado-comunidad relativas a la reacción de esta última ante el primero durante la urbanización. No obstante, investigaciones recientes evidencian que en unos casos los pobladores la exigieron (Mancilla, 2017) y en otros casos la evitaron, e incluso protestaron, con el objetivo de crear un proyecto autónomo de comunidad (Cortés, 2014).

---

38. ARNAD, Fondo Ministerio de Salud, 8 de abril de 1948, vol. 968.

39. *El Mercurio*, Santiago, 28 de mayo de 1969, pág. 3.

En resumen, para finales de los años treinta y comienzos de los cuarenta, los gobiernos radicales impulsaron la industrialización de Santiago. Esta atrajo gran cantidad de población rural que vio en la ciudad una oportunidad para mejorar su calidad de vida. La consecuencia imprevista de la industrialización quedó en evidencia en los años cincuenta: la ciudad y sus administradores fueron incapaces de planificar cómo abastecer de vivienda a los migrantes, quienes habitaron la periferia. Ante eso, en los sesenta los gobiernos mostraron un interés decisivo por la grave problemática y urbanizaron espacios con la instalación de recintos médicos, escuelas y áreas verdes. Así, con la colaboración comunitaria, se ejecutaron planes desde varios frentes contra las callampas, las cuales, no obstante, perdurarían por un tiempo más.

#### 4. Las redes de cañerías

La red de cañerías instalada en Santiago, a inicios del siglo pasado, satisfizo a un número específico de población. El aumento de habitantes y el consiguiente crecimiento de la planta urbana la hicieron insuficiente y colapsó. El consumo de agua potable aumentó, pues fue requerida para abastecer a las nuevas edificaciones con aparatos de higienismo en general que requerían de ella y para efectuar, entre otras cosas, el riego de los jardines. La Ley 1624 referente al alcantarillado de Santiago de 1903 fue pensada para proveer a cuatrocientos mil habitantes en una superficie de 2.182 ha; casi cuarenta años después el número de habitantes se duplicó y cubrió 3.831 ha y 2.151 ha en las comunas suburbanas cercanas a Santiago.<sup>40</sup>

Otros barrios de la capital no tenían sistemas de desagües modernos. Por ejemplo, en Ñuñoa las propiedades tenían un alcantarillado compuesto por pozos sépticos y pozos negros.<sup>41</sup> Esas instalaciones, en ocasiones, eran construidas por los vecinos, pero no tenían una duración superior a los diez años. Décadas después, evidenciando la permanencia de esa práctica popular, los pobladores de La Victoria instalaron las cañerías de agua potable (Rodríguez, 2015: 106). La crítica periodística acusó las pestilencias emanadas desde los pozos y la contaminación producida durante el verano con el consecuente riesgo hacia los habitantes.<sup>42</sup> El círculo vicioso de las enfermedades se constituyó con las contraídas por culpa de los alcantarillados ruinosos y la carestía de agua potable para curarlas.

Un informe de la Dirección General de Sanidad de 1938 sostuvo que en algunas épocas del año se suministró agua potable turbia con gérmenes patógenos de enfermedades hídricas (tifoidea y disentería) en la capital. La razón de ese suministro fue la sequía que afectó la zona central y que disminuyó el agua almacenada en la Laguna Negra. Como esa reserva proveía un 80% del consumo, fue necesario captar agua turbia de los esteros Manzanito y San Nicolás.<sup>43</sup>

---

40. *El Mercurio*, Santiago, 14 de noviembre de 1939, pág. 2.

41. *El Mercurio*, Santiago, 16 de mayo de 1945, pág. 6.

42. *La Opinión*, Santiago, 4 de enero de 1933, pág. 2.

43. *La Opinión*, Santiago, 23 de diciembre de 1938, pág. 2.

Además, la utilización de agua contaminada para el regadío hizo que las hortalizas vehicularan enfermedades. Las cosechas de Renca, Barrancas y Maipú, vendidas en Santiago, fueron producidas con aguas del río Mapocho, contaminado con detritos humanos.<sup>44</sup>

En la década de 1940, la falta de una planificación urbana afectó a Santiago. El desorden y «desmembramiento» de la ciudad perjudicó los servicios de alcantarillado y agua potable (Pavez, 2000: 3). En Quinta Normal, por ejemplo, el Comité de Adelanto Local del sector Lourdes, expuso al Ministro de Salubridad la perentoriedad de ejecutar pozos negros en las propiedades. Esa obra buscó impedir que las letrinas, instaladas sobre las acequias, continuaran infectando las aguas de regadío y contaminando las calles con su derrame. La medida sería provisional. Las autoridades estimaron que la instalación de un alcantarillado definitivo tenía ventaja sobre los pozos. Ese sistema evitaría el doble gasto para los propietarios de recursos escasos al invertir en una infraestructura que caducaría al establecerse un alcantarillado público.<sup>45</sup>

A comienzos de los años cincuenta, la mayoría de los barrios santiaguinos aún carecía de alcantarillados.<sup>46</sup> Las personas obtenían agua de pilones públicos, una práctica originada en el siglo xix que continuó afectando los barrios más pobres de Santiago (Gazmuri, 2012: 90). Cuando la Jefatura Sanitaria Provincial de Santiago publicó un informe sobre las características higiénicas de la población en 1950, destacó el atraso de las instalaciones sanitarias que favorecían las enfermedades infecciosas transmisibles. Según el reporte, un 75% de la población contaba con redes de alcantarillado, aunque no todos tenían una conexión domiciliaria. Las cifras eran engañosas. Un número considerable de habitantes de *cités* y conventillos tenían un servicio higiénico para 10 y 15 familias. El 25% restante eliminaba sus excretas en canales de regadío o al campo libre.<sup>47</sup> En Chile, tiempo después, el acceso a alcantarillados no fue mejor. Sergio Molina, ministro de Hacienda, afirmó en la Cámara de Diputados que solo el 52% de la población urbana contaba con ese dispositivo.<sup>48</sup>

En Santiago, la medianía del siglo xx coincidió con la voluntad del Estado por ampliar el acceso al alcantarillado y al agua potable, pues las políticas sanitarias y habitacionales devinieron temas prioritarios (Gross, 1991: 28; Forascepi, 2018: 1). Con ello comenzó la prestación de ambos servicios bajo un modelo de «sistema público tradicional» (Valenzuela y Jouravlev, 2007) que se extendió hasta 1974. Durante ese período, el Estado concibió ambos servicios como bienes públicos e hizo grandes inversiones en el campo.

No obstante, el abastecimiento universal de esos servicios se frustró, debido a problemas de organización, gestión y financiamiento, sumados al crecimiento urbano (Alegría y Celedón, 2006: 3; Pflieger, 2008: 132). En medio del esfuerzo estatal, la Dirección de Obras Sanitarias, fundada en 1953, tuvo una

---

44. *La Nación*, Santiago, 31 de mayo de 1936, pág. 6.

45. ARNAD, Fondo Ministerio de Salud, 31 de octubre de 1944, vol. 553.

46. *Las Noticias Gráficas*, Santiago, 11 de septiembre de 1951, pág. 2.

47. *El Mercurio*, Santiago, 15 de noviembre de 1950, pág. 3.

48. *La Nación*, Santiago, 29 de enero de 1965, pág. 2.

participación importante, a pesar de que paralelamente existió la Dirección de Servicios Sanitarios y la Empresa de Agua Potable de Santiago, coexistencia que pudo ralentizar los acuciantes trabajos.

Con todo, aunque en poblaciones como la San Gregorio se instaló una red de alcantarillado en 1958, otras (como la José María Caro y Lo Valledor) carecieron del adelanto por varios años más (Giannotti y Mondragón-López, 2017). Al comenzar la década de los sesenta, este conjunto de demandas sanitarias, más las tomas de terrenos, hicieron surgir por parte de los pobladores una nueva forma de «presión social» hacia el Estado (Hidalgo, 2004; Larrañaga, 2010).

A pesar de esa politización, el consumo de agua malsana continuó siendo un problema. Los médicos afirmaban que la transmisión de enfermedades diarreicas se controlaría solo con disponibilidad de agua de calidad, un sistema adecuado de eliminación de excretas y la reducción de los mosqueríos.<sup>49</sup> En ese contexto, se requerían progresos urgentes, a través de obras estatales. Por ese motivo, el Servicio Nacional de Salud incluyó la cura de las diarreas entre sus programas de saneamiento básico, contemplando para su cura la dotación de agua potable a varios grupos poblacionales.

Para Carlos Allende, coordinador pediátrico del Área Norte, los entornos sanitarios deficientes incidían en la mortalidad. Un sistema de tratamiento de desechos moderno marcaba una diferencia importante entre los lugares que disponían de este y los que no. En Conchalí, por ejemplo, un 85% del alcantarillado estaba desconectado del sistema de eliminación de excretas. En la zona urbana del área norte, otro 8%. Sobre las redes de agua potable, un 18% estaba sin conectar. En efecto, Conchalí doblaba la mortandad del área central de Santiago.<sup>50</sup> Por otro lado, los médicos Ariztía, Adiazola y Aguilera establecieron que un 50% de las personas residía en viviendas malas y muy malas; un 44% contaba con abastecimiento adecuado de agua, y un 56% no; y la eliminación de excretas solo era óptima en un 32% (Ariztía, Adiazola y Aguilera, 1967: 10).

El acceso al agua limpia desempeñó un papel importante en los índices de salud infantil. Con el crecimiento de las poblaciones callampas, la falta de ese recurso resintió aún más las condiciones sanitarias. Por eso, las autoridades edilicias reiteraron la necesidad de extender las cañerías para surtir esos sectores. En la práctica, los habitantes recorrían varias cuadras para aprovisionarse del líquido, y en ausencia de este la salubridad se veía afectada.

No obstante, ese panorama crítico comenzó a revertirse gracias a la materialización de los proyectos estatales entre la CORVI y la Empresa de Agua Potable de Santiago, que mejoraron el acceso al recurso. De todos modos, la escasez y contaminación del agua tomó tiempo en superarse, y mientras proliferaron enfermedades algunas veces letales para los infantes. La fiebre tifoidea, una de ellas, propagada por la contaminación microbiana del agua, se redujo notoriamente cuando se dispuso de agua potable en más hogares.

---

49. *El Mercurio*, Santiago, 13 de febrero de 1961, pág. 5.

50. *La Nación*, Santiago, 30 de octubre de 1962, pág. 4.

A inicios de los años setenta la mortalidad infantil aún era alta por la desnutrición, la falta de alcantarillado y la acumulación de desechos. Para hacer frente a ese y otros problemas asociados, el ministro de Salud Pública, Óscar Jiménez, impulsó una campaña de saneamiento ambiental. De acuerdo con los datos manejados por el Gobierno, se estimaba que una persona producía 2,6 kg de basura diaria, que daba origen a moscas y enfermedades infecciosas, como la diarrea infantil y la fiebre tifoidea.<sup>51</sup>

La expansión del sistema de cañerías fue vital en este período de aumento poblacional y expansión del radio urbano para favorecer una disminución de la mortalidad infantil. Esa expansión de los sistemas subterráneos para la circulación de aguas se desarrolló con gran vigor desde comienzos de los años cincuenta hasta comienzos de los setenta, fecha que marca una cisura respecto al período anterior investigado (1930-1950). En efecto, a medida que Santiago se extendió y sus servicios se complejizaron, el Estado tuvo que encargarse de dotar a los nuevos barrios de infraestructura sanitaria básica. En ese proceso, los pobladores tuvieron una participación cardinal mediante la organización comunal para conseguir mejoras sanitarias en su entorno.

## 5. Conclusiones

La explosión demográfica fue un hecho común en Latinoamérica a mediados del siglo xx producido por altas cifras de natalidad y un descenso de la mortalidad, factores que permitieron un crecimiento poblacional revolucionario. Ese aumento inédito, sumado a la migración campo-ciudad y la hipertrofia del radio urbano, sobrepobló las urbes, que pronto carecieron de espacios adecuados para recibir a dicho contingente humano. En Santiago, los grupos económicos pobres tuvieron que buscar asentamientos en sus periferias, con lo cual proliferaron las poblaciones callampas. Gracias a las políticas habitacionales se mejoraron las condiciones de los hogares, aunque esos progresos ocasionaron nuevos problemas relacionados con el saneamiento urbano y la atención médica.

Las condiciones ambientales desfavorables, caracterizadas por una urbanización insuficiente y el hacinamiento, afectaron profundamente la salud de los niños. La epidemiología infantil fue una de las principales problemáticas sociales de mediados del siglo pasado. Fue por eso por lo que el Estado, de manera paulatina, emprendió un conjunto de políticas progresistas tendientes a recomponer la salubridad pública. El cambio fue lográndose mediante el control de las enfermedades infecciosas agudas, con lo cual se redujo la mortalidad, tanto general como infantil. El progreso médico fue acompañado por otro urbanístico e ingenieril. Los principales trabajos de ingeniería sanitaria para la profilaxis de las afecciones que diezaban a la población infantil fueron las redes de alcantarillado y agua potable, el tratamiento de aguas servidas y el saneamiento de los canales de regadío.

---

51. *El Siglo*, Santiago, 6 de diciembre de 1970, pág. 2.

La transformación de las viviendas se ejecutó a través de la inversión estatal que combinó la actuación gubernamental, municipal y comunitaria. Desde el punto de vista habitacional, la acción de la CORVI fue trascendental para reducir las callampas. En esos inmuebles, carentes de urbanización, la salud infantil agonizaba; en los nuevos espacios facilitados por el Estado esta se revitalizó. De esa manera, con la urbanización de Santiago comenzaron a solucionarse, con un éxito relativo, tres problemas conexos: la insalubridad de las edificaciones, la carestía de viviendas para los pobres y el estado sanitario de los niños, que sinérgicamente redujeron la mortalidad infantil.

## Bibliografía

- ALEGRÍA, María y CELEDÓN, Eugenio (2006). *Historia del sector sanitario chileno. De la gestión estatal hasta el proceso de privatización. Documento 29*. Santiago: Instituto de Investigación de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social.
- ALMANDOZ, Arturo (2008). «Despegues sin madurez. Urbanización, industrialización y desarrollo en la Latinoamérica del siglo xx». *Revista de Estudios Urbanos Regionales. EURE*, Santiago de Chile, vol. 34, núm. 102, págs. 61-76.
- ALMANDOZ, Arturo (2013). *Modernización urbana en América Latina. De las grandes aldeas a las metrópolis masificadas*. Santiago: Colección Estudios Urbanos. Pontificia Universidad Católica de Chile.
- ARIZTÍA, Aníbal; ADRIASOLA, Guillermo y AGUILERA, Avogadro (1967). «El hambre o desnutrición en la población de Chile». Apartado de la *Revista Chilena de Pediatría*, Santiago de Chile, s. n., págs. 1-10.
- AUYERO, Javier (2013). «Children at toxic risk». En: HASHEMI, Manata y SÁNCHEZ-JANKOWSKI, Martín (eds.). *Children in crisis. Ethnographic studies in international contexts*. Nueva York: Routledge Advances in Sociology, págs. 82-99.
- BAEZA, Manuel (2017). «Orígenes de la pediatría institucional: el Hospital de Maternidad e Infancia de la Ciudad de México en el siglo xix». *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, Ciudad de México, vol. 74, núm. 1, págs. 70-78.
- BAEZA GOÑI, Arturo (1950). *Progresos de la pediatría y de la medicina social de la infancia*. Santiago de Chile: Imprenta El Esfuerzo.
- BEHM, Hugo (1962). *Mortalidad infantil y nivel de vida*. Santiago de Chile: Ediciones de la Universidad de Chile.
- BRAIN, Isabel; PRIETO, José Joaquín y SABATINI, Francisco (2010). «Vivir en campamentos: ¿camino hacia la vivienda formal o estrategia de localización para enfrentar la vulnerabilidad?». *Revista de Estudios Urbanos Regionales. EURE*, Santiago de Chile, vol. 36, núm. 109, págs. 111-141.
- BRITO, Alejandra (1995). «Del rancho al conventillo. Transformaciones en la identidad popular femenina. Santiago de Chile, 1850-1920». En: GODOY, Lorena et al. (eds.). *Disciplina y desacato. Construcción de identidad en Chile, siglos xix y xx*. Santiago de Chile: SUR/CEDEM, págs. 27-69.
- CAFFARENA, Paula (2015). *Viruela y vacuna: difusión y circulación de una práctica médica: Chile en el contexto hispanoamericano, 1780-1830*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

- CASTILLO, Simón (2018). «La vivienda popular en Chile urbano (1880-1930). Un estado de la cuestión interdisciplinario». *Revista Historia*, Santiago de Chile, núm. 51, vol. 1, págs. 227-251.
- CHÁVEZ, Pablo (2018). «La mortalidad infantil en las viviendas: las consecuencias de la migración campo-ciudad en Santiago (Chile, 1865-1930)». *Temas Americanistas*, Sevilla, núm. 40, págs. 265-286.
- CORREA, María José (2017). «¿Quiénes son los profesionales? Justicia, profesionalización y ejercicio médico en el Chile urbano de la segunda mitad del siglo XIX». *Revista Dynamis*, Granada, vol. 37, núm. 2, págs. 273-293.
- CORTÉS, Alexis (2014). «El movimiento de pobladores chilenos y la población La Victoria: ejemplaridad, movimientos sociales y el derecho a la ciudad». *Revista de Estudios Urbanos Regionales. EURE*, Santiago de Chile, vol. 40, núm. 119, págs. 239-260.
- Dirección General de Estadística (1930-1973). *Anuario Estadístico de la República de Chile*. Santiago de Chile: Imprenta y Litografía Universo S. A.
- FIGUEROA, Ernesto (1951). *El consultorio externo del Hospital de Niños y su misión médico-social*. Santiago de Chile: s. i.
- FISCHER, Brodwyn (2013). «Democracy, Thuggery, and the Grassroots: Antoine Magarinos Torres and the União ds Trabalhadores Favelados in the Age of Carioca Populism». *Revista Nuevo Mundo-Mundos Nuevos*, Colloquium: «Repensando los populismos en América Latina». Disponible en: <https://journals.openedition.org/nuevomundo/64840> (consulta: 20 de noviembre de 2020).
- FORASCEPI, Constanza (2018). «Chile: nuevos desafíos sanitarios e insitucionales en un país en transición». *Pan American Journal of Public Health*, núm. 42, Washington, págs. 1-8.
- GARCÉS, Mario (2002). *Tomando su sitio. El movimiento de pobladores de Santiago 1957-1970*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- GARCÉS, Mario (2011). «Los pobladores durante la Unidad Popular: movilizaciones, oportunidades políticas y la organización de las nuevas poblaciones». *Revista Tiempo Histórico*, Santiago de Chile, núm. 3, págs. 37-53.
- GAZMURI, Cristián (2012). *Historia de Chile 1891-1994. Política, economía, sociedad, vida privada, episodios*. Santiago de Chile: RIL Editores.
- GIANNOTTI, Emanuel y MONDRAGÓN-LÓPEZ, Hugo (2017). «La inestabilidad de la forma. Proyectos para barrios populares en Santiago de Chile, 1953-1970». *Bitácora Urbano Territorial*, Bogotá, vol. 27, núm. 1, págs. 35-46.
- GROSS, Patricio (1991). «Santiago de Chile (1925-1990): Planificación urbana y modelos políticos». *Revista de Estudios Urbanos Regionales. EURE*, Santiago de Chile, vol. 17, núm. 52/53, págs. 27-52.
- GUEMES, Marta (1945). *Factores médicos y económicos-sociales que condicionan la mortalidad infantil en Chile*. Santiago de Chile: Talleres Gráficos Simiente.
- HIDALGO, Rodrigo (2002). «Vivienda social y espacio urbano en Santiago de Chile. Una mirada retrospectiva a la acción del Estado en las primeras décadas del siglo XX». *Revista de Estudios Urbanos Regionales. EURE*, Santiago de Chile, vol. 28, núm. 83, págs. 83-106.
- HIDALGO, Rodrigo (2004). «La vivienda social en Santiago de Chile en la segunda mitad del siglo XX: Actores relevantes y tendencias espaciales». En: MATTOS, Carlos de; DUCCI, María; RODRÍGUEZ, Alfredo y YÁÑEZ, Gloria (eds.). *Santiago en la globalización: ¿una nueva ciudad?* Santiago de Chile: Ediciones SUR / Libros EURE, págs. 219-241.

- HIDALGO, Rodrigo; ERRÁZURIZ, Tomás y BOOTH, Rodrigo (2005). «Las viviendas de la beneficencia católica en Santiago. Instituciones constructoras y efectos urbanos (1890-1920)». *Revista Historia*, Santiago de Chile, vol. 38, núm. II, págs. 327-366.
- IBARRA, Macarena (2016). «Hygiene and public health in Santiago de Chile's urban agenda, 1892-1927». *Planning Perspectives*, Londres, vol. 31, núm. 2, págs. 181-203.
- Instituto Nacional de Estadísticas (1993). *Censos 1970-1982: Cifras comparativas*. Santiago de Chile: INE.
- LANDA, Francisco (1939). «El problema de la leche en relación con la alimentación popular en Chile». *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*, Santiago de Chile, vol. 2, núm. 1-3, págs. 21-46.
- LARRAÑAGA, Osvaldo (2010). «El estado de bienestar en Chile: 1910-2010». En LAGOS, Ricardo (ed.). *Cien años de luces y sombras*. Tomo 2. Santiago de Chile: Taurus, págs. 129-233.
- LLANOS, Claudio y LANFRANCO, María Fernanda (2017). «La discusión política sobre la mortalidad infantil en Chile durante la década de 1930. Elementos para una aproximación histórico política». *Anuario de Estudios Americanos*, 74 (2), Sevilla, págs. 675-703.
- MANCILLA, Alejandra (2017). «Las poblaciones callampa como expresión del derecho de necesidad». *Revista de Ciencia Política*, Santiago de Chile, vol. 37, núm. 3, págs. 755-765.
- MÁRQUEZ, Jorge y GALLO, Oscar (2017). «Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940». *Historia y Sociedad*, Medellín, núm. 32, págs. 21-48.
- MAZZEO, Victoria (2017). «La tendencia histórica de la mortalidad infantil y la situación reciente en la ciudad de Buenos Aires». *Población de Buenos Aires*, Buenos Aires, vol. 14, núm. 26, págs. 47-60.
- MOLINA, Wendy (2020). «Gentrificación en Costa Rica: un estudio exploratorio a partir del indicador de brecha de renta». *Revista de Urbanismo*, Santiago de Chile, núm. 42, págs. 32-51.
- MOLITORIS, Joseph (2016). «Industrialization and inequality revisited: mortality differentials and vulnerability to economic stress in Stockholm, 1878-1926». *European Review of Economic History*, Oxford, vol. 20, núm. 2, págs. 176-197.
- MURPHY, Edward (2015). *For a proper home: housing rights in the margins of urban Chile, 1960-2010*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- NUNES, Eduardo (2012). «The lives of children and their public intimacy: social work as a new factor in attending to the needs of children in Latin America, 1928-1948». *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Río de Janeiro, vol. 19, núm. 2, págs. 451-473.
- ORTIZ, María José (2012). «La salud pública en transformación. La estructuración de políticas sanitarias en Córdoba-Argentina, 1930-1943». *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencias*, Madrid, vol. 64, núm. 1, págs. 121-146.
- PAVEZ, María (2000). «El Plan Brunner para la comuna de Santiago de Chile: potencial de desarrollo de las totalidades, subtotalidades y fragmentos viales en la Comuna de Independencia 2000». *Revista de Urbanismo*, Santiago de Chile, núm. 3, págs. 1-40.
- PERROT, Michelle (2011). *Historia de las alcobas*. México: Fondo de Cultura Económica / Ediciones Siruela.
- QUARANTA, Luciana y BENGTSOON, Tommy (2011). «How conditions in early life affect mortality by age and gender: Southern Sweden, 1830-1968». Comunicación presentada en el Population Association of America Conference.

- RAMÓN, Armando de (1985). «Estudio de una periferia urbana: Santiago de Chile (1850-1900)». *Revista Historia*, Santiago de Chile, núm. 20, págs. 199-289.
- RAMÓN, Armando de (1990). «La población informal. Poblamiento de la periferia de Santiago de Chile. 1920-1970». *Revista de Estudios Urbanos Regionales. EURE*, Santiago de Chile, vol. 17, núm. 50, págs. 5-17.
- REVUELTA, Bárbara (2013). «Abandoned and illegitimate, a double mortality penalty? Mortality of illegitimate infants in the foundling hospital of Madrid, La Inclusa (1890-1935)». *The history of the family*, Londres, vol. 18, núm. 1, págs. 44-67.
- REYNOLDS, Melanie (2018). *Infant mortality and working-class child care, 1850-1899*. Londres: Palgrave Macmillan.
- RODRÍGUEZ, Paula (2015). «Era lo justo. Producción de periferia en Santiago de Chile en los años cincuenta». *Territorios*, Bogotá, núm. 32, págs. 97-120.
- ROMERO, Luis (1984). «Condiciones de vida de los sectores populares en Santiago de Chile, 1840-1895 (vivienda y salud)». *Nueva Historia*, Londres, núm. 9, págs. 5-86.
- ROMERO, Luis (2007). *¿Qué hacer con los pobres? Élités y sectores populares en Santiago de Chile 1840-1895*. Santiago de Chile: Ariadna Ediciones.
- RUSTOYBURU, Cecilia (2015). «Pediatria psicósomática y medicalización de la infancia en Buenos Aires, 1940-1970». *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Río de Janeiro, vol. 22, núm. 4, págs. 1249-1265.
- SALAZAR, Gabriel (2012). *Movimientos sociales en Chile. Trayectoria histórica y proyección política*. Santiago de Chile: Uqbar Editores.
- SCROGGIE, Arturo y STEEGER, Adalberto (1960). *Tratado de Pediatría: Alimentación del niño*. Santiago de Chile: Andrés Bello / Editorial Universitaria.
- Servicio Nacional de Estadísticas y Censos (1952). *XII Censo General de Población y I de Vivienda*. Santiago de Chile: Instituto Nacional de Estadísticas.
- VALENZUELA, Catherine (2020). «El movimiento de pobladores en Chile y las tomas de terreno como principal sujeto territorial en la segunda mitad del siglo xx». *Revista Territorios y Regionalismos*, Santiago de Chile, núm. 2, págs. 24-47.
- VALENZUELA, Soledad y JOURAVLEV, Andrei (2007). «Servicios urbanos de agua potable y alcantarillado en Chile: factores determinantes del desempeño». *CEPAL Serie Recursos Naturales e Infraestructura*, Santiago de Chile, núm. 123, págs. 1-78.
- VYHMEISTER, Katherine (2019). «La transformación de Santiago: un caso frustrado de intervención urbana a gran escala (1872-1929)». *Revista de Estudios Urbanos Regionales. EURE*, Santiago de Chile, vol. 45, núm. 134, págs. 213-235.
- ZÁRATE, Soledad (2010). «El licor de la vida. Lactancia y alimentación materno-infantil en Chile, 1900-1950». En: SCIOLLA, Carolina (comp.). *Historia y cultura de la alimentación en Chile*. Santiago de Chile: Catalonia, págs. 235-261.
- ZÁRATE, Soledad (2011). «Embarazo y amamantamiento: cuerpo y reproducción en Chile». En: GÓNGORA, Álvaro y SAGREDO, Rafael (dirs.). *Fragmentos para una historia del cuerpo en Chile*. Santiago de Chile: Taurus, págs. 351-411.

---

Fecha de recepción: 20 de julio de 2020

Fecha de aceptación: 9 de diciembre de 2020

Fecha de publicación: 30 de junio de 2021