

LA POLÍTICA DE LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES. ANQUILOSTOMIASIS Y SILICOSIS EN CHILE, 1920-1940

THE OCCUPATIONAL DISEASES POLICY.
ANCYLOSTOMIASIS AND SILICOSIS
IN CHILE, 1920-1940

DIEGO ORTÚZAR ·

Diego Ortúzar es becario doctoral del CONICET con sede en el Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.
e-mail: diego.ortuzar.r@gmail.com

Resumen

El artículo revisa las dos primeras décadas del sistema legal, previsional e institucional destinado a proteger a los trabajadores que sufrían enfermedades profesionales en Chile. Se indaga en la anquilostomiasis de la región carbonífera y en la silicosis de las explotaciones del cobre, las dos enfermedades profesionales que primeramente alcanzaron notoriedad. Posteriormente se discute la medida en que estas enfermedades lograron ser prevenidas, asistidas y compensadas por los empleadores, tal como estipuló la legislación sobre accidentes del trabajo de 1924. Se verá que hasta la década de 1940 el sistema previsto para asistir a las enfermedades profesionales no logró imponerse, y que organismos de previsión financiados por los mismos trabajadores y el Estado se vieron forzados a socorrer a un sector de los trabajadores afectados.

Summary

The article reviews the first two decades of the legal, institutional and social security system designed to protect workers who suffered from occupational diseases in Chile. It explores the hookworm disease in the coal region and silicosis in copper mining companies, the first two cases that reached notoriety. Subsequently, the article discusses the measures through which this set of occupational diseases were prevented, assisted and compensated by employers, as it was stipulated by the occupational accidents act of 1924. It will be shown that until the 1940s, the system to treat this type of diseases was not fully implemented, and that the insurance agencies, funded by the same workers and the State, were forced to provide support to affected workers.

INTRODUCCIÓN

La protección legal de los trabajadores que sufrieron enfermedades profesionales comenzó a debatirse en el parlamento chileno a principios del siglo XX, con ocasión de los primeros proyectos de ley sobre accidentes del trabajo. En esos años los parlamentarios y la prensa obrera citaban frecuentemente los perjuicios que sufrían los trabajadores, especialmente en la minería del norte salitrero. Más del 70 % de las exportaciones totales de Chile correspondía a la explotación de ese mineral¹, y por lo mismo, lo que ocurría en esa zona llamaba la atención de todos los sectores. En efecto, el debate parlamentario se aceleraba cuando se acentuaba la presión obrera por mejores condiciones laborales, ya sea en la zona salitrera o en otros ámbitos productivos. Sin embargo, la discusión sobre la protección de las víctimas de riesgos laborales tardó casi dos décadas en establecer una ley. Mientras tanto, las movilizaciones obreras se resolvieron mayoritariamente vía fuerzas armadas.

En cuanto a las enfermedades profesionales, el debate giró en torno a la conveniencia de considerarlas como lesiones a compensar médica y económicamente por los patrones, de manera similar a los accidentes del trabajo. Según los legisladores, este tipo de enfermedades obedecían a la acción lenta y continua de sustancias nocivas sobre el trabajador, mientras que los accidentes del trabajo eran resultado de una acción súbita, inmediata y externa. Esta distinción sirvió en gran medida para rechazar la inclusión de las enfermedades en la legislación, pues se argumentó que en muchos casos el lento desarrollo de los síntomas haría imposible saber cuál faena generó la enfermedad y qué patrón debía responder ante los daños ocasionados. En cambio, quienes asimilaron las lesiones de los accidentes y las enfermedades buscaron garantizar la asistencia de todos los que vieran disminuidas sus capacidades laborales a causa de perjuicios laborales. Los primeros proyectos de ley fueron ambivalentes al respecto y no definieron con precisión el tipo de las lesiones a indemnizar, pero una perspectiva restrictiva fue imponiéndose a medida que el debate avanzó. En 1912, en un parlamento dominado por los partidos oligárquicos Liberal y Conservador, se advirtió que la inclusión de estas enfermedades haría «demasiado gravosa

¹ El período 1880-1930 corresponde a lo que se ha llamado el «ciclo salitrero» de la economía chilena, que comenzó a declinar durante la Primera Guerra Mundial a raíz del aumento de la producción de nitrato sintético, y luego con la depresión de 1929 que devaluó el valor de las exportaciones. Patricio Meller, *Un siglo de economía política chilena (1890-1990)*, Santiago de Chile, Editorial Andrés Bello, 1996.

la responsabilidad de los patrones»² y obligaría a cerrar numerosas industrias. Esta advertencia económica dejó en segundo plano el argumento de la dificultad de identificar al responsable de la enfermedad, y se instaló a pesar de los reclamos de algunos parlamentarios de los partidos Radical y Demócrata que insistieron en la inclusión de las enfermedades³. El peso de los radicales en el parlamento era insuficiente, a pesar de su cercanía con la burguesía minera y la clase media emergente, y mucho menor el de los demócratas, próximos a la esfera proletaria. En ese ambiente político, cuando el debate pasó al Senado se definió que solo las lesiones de carácter súbito serían indemnizadas, es decir los accidentes, visión que prevaleció en la primera ley de Accidentes del Trabajo (nº 3.170) aprobada en 1916.

La ineficacia de esta ley que careció de atribuciones incluso respecto de los accidentes motivó la pronta presentación de un proyecto de reforma, que sería aprobada en 1924. Como se verá, la nueva ley formó parte de transformaciones políticas que reforzaron y en algunos aspectos inauguraron la presencia del Estado en la vida laboral de la población. La reforma amplió las facultades de la ley y extendió la responsabilidad patronal hacia quienes padecieran enfermedades profesionales, tal como se había estipulado con los accidentes laborales. De ese modo se intentó garantizar la entrega de compensaciones médicas y económicas habitualmente evadidas por los empleadores, además de sancionar los perjuicios contra la salud de los trabajadores e incitar a la prevención. Este trabajo revisa las dos primeras décadas de ese régimen legal y aporta antecedentes acerca de las asistencias que adquirieron paulatinamente los trabajadores afectados por enfermedades profesionales. Como se advertirá, la protección sanitaria de los trabajadores mejoró parcialmente y en general la elusión de responsabilidades patronales persistió. Esta situación condujo a que una parte de las indemnizaciones a causa de esta clase de enfermedades tuviera que ser financiada por los mismos trabajadores, a través de instituciones gubernamentales destinadas originalmente a otro tipo de riesgos.

La trayectoria de las asistencias se estudiará a propósito de las dos enfermedades que recibieron la mayor y más temprana atención de médicos, entidades gubernamentales y empresas. La anquilostomiasis, infección parasitaria presente

² Congreso Nacional, Cámara de Senadores (en adelante CNCS), Sesión 33.a, 03/12/1914, p. 199; Congreso Nacional, Cámara de Diputados (en adelante CNCD), Sesión 41.a, 12/08/1912, p. 1248.

³ CNCD, Sesión 39.a, 17/08/1915, p. 1170.

en las explotaciones carboníferas de las provincias de Arauco y Concepción, y la silicosis, fibrosis pulmonar diagnosticada principalmente en la explotación cuprífera de Potrerillos, en Atacama. La extracción de cobre, como se sabe, comenzó a ocupar un rol central en la economía chilena a partir de la década del 1930, y su exportación sucedió en cierto sentido a la hegemonía salitrera. Las explotaciones carboníferas destacaron en cambio por su función energética para el país y por emplear a la mayoría de la fuerza laboral de las provincias carboníferas señaladas. Como se observará, estas características del negocio cuprífero y carbonífero van a influir en la trayectoria de las enfermedades profesionales.

El caso de la anquilostomiasis mostrará, por un lado, la reticencia de las grandes explotadoras del carbón a ser evaluadas por comisiones sanitarias gubernamentales, y por otro, la posterior eficacia de esas mismas compañías reduciendo la incidencia de la anquilostomiasis. Revelará asimismo el fracaso de la fiscalización y del control gubernamental en mineras de menor envergadura, situación que se repetirá con la silicosis en las compañías cupríferas. En el caso de Potrerillos, las medidas sanitarias destacaron por su modernidad y su gran envergadura, sin embargo no fueron suficientes para prevenir y/o compensar los perjuicios generados en la población minera. Por último, la revisión del andamiaje jurídico e institucional destinado a estas enfermedades permitirá estimar la medida en que las acciones gubernamentales contribuyeron a generar condiciones laborales de alto riesgo.

Las investigaciones históricas en torno a las enfermedades profesionales en América Latina son relativamente recientes⁴. Se han abordado principalmente el desarrollo de las legislaciones sobre riesgos profesionales y las disputas científicas, profesionales y burocráticas envueltas en la consolidación de la medicina del trabajo. Entre las enfermedades investigadas destacan la silicosis y las lesiones asociadas a

⁴ La situación contrasta con las numerosas investigaciones sobre Estados Unidos y Europa publicadas desde la década de 1980. Ver por ejemplo David Rosner y Gerald Markowitz, *Dying for Work: Workers Safety and Health in Twentieth-century America*, Bloomington, Indiana University Press, 1987; y de los mismos autores, *Deadly Dust: Silicosis and the Politics of Occupational Disease in Twentieth-Century America*, Princeton, Princeton University Press, 1991; el caso europeo en Paul J. Weindling (ed.), *The Social History of Occupational Health*, Londres, Croom Helm, 1985; y también Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck y Paul-André Rosental, «Entre fragilité et ambiguïtés: la médecine du travail au XX^e siècle», en: *Archives des Maladies Professionnelles*, vol. 63, n° 3-4, 2002, pp. 134-136.

algunos pesticidas y otros riesgos como los accidentes del trabajo⁵. En general se ha enfatizado en el rol activo de los médicos y de los trabajadores en la denuncia de estas enfermedades, y en las políticas de algunas compañías privadas destinadas a reparar y en menor medida prevenir este tipo de patologías. Las investigaciones sobre el caso chileno son todavía escasas, a pesar de los contundentes aportes de Ángela Vergara respecto de la silicosis en la minería del cobre y las políticas sanitarias en Chile⁶. Las ideas expuestas a continuación buscan contribuir con sus hallazgos, a través de la revisión de una serie de documentos de las décadas señaladas, entre los cuales destacan tesis y artículos de médicos y abogados, informes de comisiones gubernamentales, discusiones parlamentarias y publicaciones del sector privado. Servirán de apoyo también las investigaciones sobre el surgimiento de instituciones laborales y sanitarias durante la primera mitad del siglo XX en Chile⁷.

⁵ Ver Steve Marquardt, «Pesticides, Parakeets, and Unions in the Costa Rica Banana Industry», en: *Latin American Research Review*, vol. 37, n° 2, 2002; Ángela Vergara, «The Recognition of Silicosis: labor Unions and Physicians in the Chilean Copper Industry, 1930-1960», en: *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 79, n° 4, 2005; Oscar Gallo y Jorge Márquez, «La silicosis o tisis de los mineros en Colombia, 1910-1960», en: *Salud Colectiva*, vol. 7, n° 1, 2001, pp. 36-37; Diego Armus, *La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*, Buenos Aires, Edhasa, 2007; Anna Beatriz de Sá Almeida, «A Associação Brasileira de Medicina do Trabalho: locus do processo de constituição da especialidade medicina do trabalho no Brasil na década de 1940», en: *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 3, n° 13, 2008.

⁶ Ángela Vergara, «Légiférer sur les maladies professionnelles au Chili au XXe siècle : les mineurs du cuivre entre l'État et le patronat», en: Judith Rainhorn (comp.), *Santé et travail à la mine, XIXe-XXI siècle*, Lille, Presses Universitaires du Septentrion, 2014; Ángela Vergara, «The Recognition of Silicosis», *op. cit.*; también Diana Veneros, «Aspectos médicos, legales y culturales tras el trabajo industrial de obreros y obreras en un contexto de modernización. Chile (1900-1930)», en: *Historia Crítica*, n° 46, enero-abril 2012. Otros antecedentes sobre silicosis en Thomas Miller Klubock, *Contested Communities. Class, Gender and Politics in Chile's El Teniente Copper Mine, 1904-1951*, Durham, Duke University Press, 1998; y en Jorge Rojas, Cinthia Rodríguez y Moisés Fernández, *Cristaleros, recuerdos de un siglo. Los trabajadores de Cristalerías Chile*, Santiago de Chile, Sindicato n° 2 de Cristalerías Chile y Programa de Economía del Trabajo PET, 1998.

⁷ Ver revisión bibliográfica sobre políticas e instituciones sanitarias del siglo XX en María Soledad Zárate y Andrea del Campo, «Curar, prevenir y asistir: medicina y salud en la historia chilena», en: *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, 10/06/2014, pp. 8-11. Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/66805> (último ingreso: 01/10/2014); sobre el surgimiento de la legislación laboral y de las asistenciales gubernamentales asociadas, ver Juan Carlos Yáñez, *La intervención social en Chile (1907-1932)*, Santiago de Chile, Ril Editores, 2008; Sergio Grez, «El escarpado camino hacia la legislación social: debates, contradicciones y encrucijadas en el movimiento obrero y popular (Chile: 1901-1924)», en: *Cuadernos de Historia*, n° 21, 2001; y Karin Roseblatt, *Gendered Compromises: Political Culture and the State in Chile, 1920-1950*, Chapel Hill, University of North Carolina Press, 2000.

RECONOCIMIENTO LEGAL E INSTITUCIONES EN TORNO A LAS ENFERMEDADES PROFESIONALES

Mientras se discutía en el parlamento la reforma de la primera ley de Accidentes del Trabajo (1916), las enfermedades de origen laboral recién comenzaban a estudiarse en Chile. A partir de 1919 se investigó con cierta sistematicidad la anquilostomiasis de las zonas carboníferas señaladas, y durante los años 1920 se publicaron artículos aislados sobre casos de hemoglobinuria en Potrerillos, hernias inguinales y carbunco bacteriano en los mataderos de Viña del Mar y Valparaíso, entre otros⁸. Este incipiente estado de la investigación no impidió que la reforma aprobada en 1924 contemplara un amplio listado de enfermedades profesionales a indemnizar, definido por un reglamento inspirado en legislaciones europeas y probablemente también en leyes de países vecinos. Este reglamento, aprobado en 1927, estableció una separación principal entre intoxicaciones y enfermedades y otra secundaria que agrupó patologías sin orden aparente⁹.

Entre las intoxicaciones se encontraban las causadas por sustancias como plomo, mercurio, arsénico y cobre, y entre las enfermedades se distinguieron las causadas por agentes infecciosos (por ej. ántrax, carbunco, anquilostomiasis), las que respondían a la inhalación de polvos (por ej. neumoconiosis), y las producidas por gases irritantes como el aire comprimido, las esencias resinosas, etc. El listado muestra la desvinculación evidente que existió entre la legislación y la investigación empírica local, pero también señala que las llamadas enfermedades profesionales fueron únicamente las reconocidas como tales, es decir las que trascendieron el ámbito estrictamente médico e ingresaron al registro médico-legal. Se estableció así qué enfermedades eran originadas por el trabajo y no por hábitos insalubres o

⁸ Juan Noé, «Anquilostomiasis en la región carbonífera del sur de Chile», en: *Revista Chilena de Higiene*, t. XXV, 1919; Domingo Cereceda, «Casos de carbunco bacteriano en nuestros mataderos», en: *Boletín Sanitario. Dirección General de Sanidad de Chile*, año I, n° 3, marzo 1927; Claudio González, *Hernias inguinales y accidentes del trabajo. Tesis para optar al título de médico-cirujano de la Universidad de Chile*, Santiago de Chile, Imprenta La Gratitude Nacional, 1926; A. Villarroel, F. Neubauer, J. Escobar, «Accidentes del trabajo. Hemoglobinurias tóxicas», en: *Revista Médica de Chile*, año LVII, n° 5, mayo 1929, entre otros.

⁹ Por ejemplo, las afecciones de los huesos, músculos, tendones, etc., las dolencias a causa de oficios, como las cataratas de los trabajadores del vidrio, los calambres de los telegrafistas, además celulitis subcutánea de las manos y de las rodillas, sinovitis del codo, tendinitis y nistagmo. También se mencionan las neurosis profesionales, el alcoholismo y el tabaquismo profesional. Ver Reglamento para la aplicación del artículo 3° de la ley n° 4.055, *Diario Oficial. Reglamento N° 581*, 21/04/1927.

deterioro natural de los trabajadores, como solían reclamar los empleadores para evitar el pago de indemnizaciones.

Como se adelantó, la reforma surgió a causa de la ineficacia de la primera ley de accidentes del trabajo y su sanción en el Congreso obedeció a transformaciones gubernamentales que excedieron esa discusión en particular. En septiembre de ese año los militares irrumpieron en el Congreso y forzaron la aprobación de una serie de leyes sociales postergadas por los gobiernos oligárquicos, entre ellas la ley n° 4.055 que reformó la ley de Accidentes del Trabajo. El asalto se justificó a raíz del bloqueo parlamentario de las iniciativas del presidente liberal Arturo Alessandri (1920-1925), electo con un programa reformista y el apoyo de su partido, de los radicales y los demócratas, además de un amplio sector de organizaciones obreras. Los militares argumentaron que el bloqueo había actuado en contraposición a los intereses de un pueblo comprometido con el programa de gobierno, pero también vieron con preocupación el protagonismo alcanzado por organizaciones como la Federación Obrera de Chile (1909) y el Partido Obrero Socialista (1912), desde 1922 Partido Comunista de Chile. Esta situación ayudaría a justificar una irrupción militar que, además de forzar la aprobación de las llamadas «leyes sociales», sentó las bases para la instauración de una constitución presidencialista (1925) y la posterior elección presidencial del coronel Ibáñez del Campo (1927-1931)¹⁰.

El gobierno dictatorial y represivo de Ibáñez combinó modernización, autoritarismo y fomento industrial, y en un principio convocó a amplios sectores unidos por cierto ánimo anti-oligárquico, tan disímiles como comunistas, fascistas y nacionalistas. Durante su gestión se persiguió a opositores de diferentes partidos, el parlamentarismo perdió toda fuerza y los sindicatos fueron estrictamente controlados. Asimismo, sus medidas administrativas se tradujeron en un crecimiento sustancial del Estado, proceso en marcha desde la aprobación de las «leyes sociales» y que acentuó la mediación estatal de las relaciones entre patrones y obreros. Se regularon los contratos de trabajo, los procedimientos de conciliación y arbitraje de conflictos y la actividad sindical. Se aprobó también la ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad, Vejez e Invalidez (n° 4.054) que creó la Caja de Seguro Obligatorio (CSO) y dio origen al sistema previsional. De financiamiento tripar-

¹⁰ Rodrigo Henríquez, *En Estado sólido. Política y politización en la construcción estatal. Chile 1920-1950*, Santiago de Chile, Ediciones UC, 2014; y Juan Carlos Yáñez, *op. cit.*

tito (patrones, obreros y Estado)¹¹, la CSO debía otorgar coberturas médicas y pensiones a la población obrera menor de sesenta y cinco años, sus cotizantes, de manera de cubrir enfermedades e invalidez de origen no laboral. Como se verá, esta caja tendrá un rol fundamental respecto de las enfermedades profesionales, a pesar de no corresponderle formalmente. Se creó asimismo el Ministerio de Higiene, Asistencia Pública, Trabajo y Previsión Social, que debía coordinar instituciones sanitarias y de seguridad social, y posteriormente surgirían otras instituciones como los tribunales del trabajo (1927), la Tesorería General de la República (1927), entre otros.

La reforma de la ley de accidentes del trabajo formó parte por lo tanto de una transformación institucional sustancial, con efectos relevantes en lo que concierne a las enfermedades profesionales. Además de ser incluidas en la legislación, la reforma potenció las atribuciones de la ley mediante la supresión del recurso a la culpa grave de la víctima, que permitía a los empleadores apelar a la culpa de los trabajadores respecto de accidentes o de enfermedades para evitar el pago de indemnizaciones. También se extendió la injerencia de la ley hacia la industria transitoria y mediana, se amplió la cobertura para los descendientes de las víctimas fatales y se aumentaron los montos de las indemnizaciones. Para costear las indemnizaciones y las asistencias médicas, estimadas en función del grado de incapacidad laboral que sufrieran los afectados, se estipuló que los empleadores pudieran contratar seguros o actuar por cuenta propia según lo estimaran conveniente. Aunque para incentivar su contratación y garantizar la cobertura de los trabajadores, en 1927 se creó un seguro social con primas de bajo costo, la Sección Accidentes del Trabajo (SAT) de la Caja Nacional de Ahorros¹².

La política definida para los seguros fue por lo tanto facultativa y mixta, puesto que su contratación no era obligatoria y los patrones podían elegir entre el seguro público o los seguros privados. Este modelo se instaló a pesar de la oposición de

¹¹ En la década del 1930 el financiamiento estaba constituido por un 3,15 % de imposiciones patronales sobre los salarios, un 2,34% de imposiciones obreras y un 1,35 % del Estado. Julio Bustos, *La Seguridad Social. Estudio de la previsión social en Chile, sus resultados después de diez años de aplicación y las reformas que deben introducirse*, Santiago de Chile, Talleres gráficos Gutenberg, 1936, p. 71.

¹² Creada en 1910 por la ley n° 2.352, esta caja patrocinada y parcialmente subvencionada por el Estado tenía entre sus objetivos estimular el ahorro y ofrecer una colocación segura, además de brindar créditos. Raúl Cordero, *Historia de la Caja Nacional de Ahorros*, Santiago de Chile, Banco del Estado de Chile, 2000, pp. 109-118.

parlamentarios de diferentes sectores, que estimaron inconveniente el seguro no obligatorio y permitir que funcionaran seguros privados para esa clase de riesgos. Los intereses del mercado, argumentaron, actuarían en desmedro de la seguridad de los trabajadores y muchos de ellos no tendrían cobertura¹³. Sin embargo la moción fue rechazada con un argumento similar al que antes excluyó a las enfermedades profesionales, a saber, que las pequeñas industrias serían económicamente inviables de tener que pagar primas por seguros. Tampoco se aceptó eliminar los seguros privados, al parecer gracias al lobby de algunas compañías y a los vicios que se estimó acarrearía un exceso de «estatismo». En cambio, se optó por continuar con la política mixta y aumentar la fiscalización sobre los seguros privados, de manera de garantizar su correcto funcionamiento¹⁴. Por último, se estableció que el plazo para declarar las enfermedades profesionales fuera de un año precedente a su aparición, y que el listado del reglamento de 1927 pudiera ser modificado cada tres años por el Presidente de la República, de manera de actualizar sus contenidos. Estas disposiciones se mantuvieron en los códigos Sanitario y del Trabajo de 1931 y acarrearón una serie de problemas para los trabajadores, a revisar a continuación a propósito del curso de la anquilostomiasis y de la silicosis.

ANQUILOSTOMIASIS EN LA REGIÓN CARBONÍFERA

Los reportes médicos sobre anquilostomiasis señalan que los trabajadores de la zona carbonífera de Arauco y Concepción denunciaron desde principios del siglo XX una epidemia de anemia¹⁵. La confirmación de casos en 1918 en el Hospital de Concepción habría suscitado el envío de reclamos formales a la Inspección General

¹³ Ver, por ejemplo, la alocución del conservador José Ramón Herrera en CNCD, Sesión 56.a, 19/08/1921, p. 1811.

¹⁴ Ver discusiones parlamentarias de la ley nº 4.055. Pistas sobre el lobby empresarial en Diego Ortúzar, «Legislación y medicina en torno a los accidentes del trabajo en Chile 1900-1940», en: *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Debates, 17/10/2013, p. 10. Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/66007> (último ingreso: 01/10/2014).

¹⁵ Walter Fernández, *Investigaciones etiológicas y epidemiológicas sobre Anquilostomiasis, memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia de la Universidad de Chile*, Santiago de Chile, Imprenta Universitaria, 1920, p. 2. Antecedentes históricos en Amador Neghme, «Apuntes sobre la historia de la ankylostomiasis en Chile», en: *Revista Médica de Chile*, nº 6, junio de 1985, p. 612.

de Minas, y por esa vía al Consejo Superior de Higiene en Santiago¹⁶. Esa instancia resolvió enviar un inspector a explorar las principales explotaciones carboníferas de la zona, en esos años a cargo de la Compañía Carbonífera de Lota y Coronel, la Compañía Carbonífera y Fundición Schwager, y la Compañía Carbonífera Los Ríos de Curanilahue. Los yacimientos se ubicaban mayoritariamente en la zona costera, y junto a otras compañías de Lebu y Lirquén, empleaban a casi 8000 trabajadores y producían cerca del 95 % del carbón en Chile¹⁷. La hipótesis de la misión sanitaria fue que los mineros sufrían de anquilostomiasis, una infección que solía asociarse a cansancio muscular, falta de fuerzas, palidez de la piel, diarrea, dolores intestinales, lumbares y en casos extremos la muerte. La misión seleccionó y evaluó a 31 mineros que presentaban ese tipo de síntomas pero los exámenes no arrojaron casos positivos. Los reclamos continuaron y en 1919 el Ministerio de Instrucción Pública comisionó a Juan Noé, médico italiano y catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile con una importante trayectoria en parasitología¹⁸. Esa vez los exámenes arrojaron casos positivos.

La anquilostomiasis es una infección causada por un gusano propio de climas cálidos como los cafetales, los campos de arroz u otros espacios húmedos y calurosos. Algunas de las explotaciones carboníferas eran propicias para generar este tipo de ambientes, especialmente las que se ubicaban bajo el nivel del mar y se extendían, sin mucha ventilación, por varios kilómetros desde la costa¹⁹. La infección ocurría cuando el parásito ingresaba al organismo del trabajador a través de la piel o por vía oral al ingerir alimentos infectados. Una vez alojado en el intestino delgado, el gusano producía huevos que posteriormente eran expulsados por las heces de los mineros, que usualmente defecaban al interior de las galerías. El ambiente caluroso y húmedo de los túneles favorecía la transformación de los

¹⁶ La Inspección dependía de la Dirección General de Obras Públicas y desde 1890 realizaba investigaciones mineralógicas y geológicas, mientras que el Consejo, en marcha desde 1892, asesoraba al gobierno en materias de salubridad.

¹⁷ De un total de 8100 operarios registrados en la zona en esos años. Enrique Figueroa y Carlos Sandoval, *Carbón. Cien años de Historia 1848-1960*, Santiago de Chile, Editorial Gráfica Nueva, 1987, p. 158.

¹⁸ Iniciador de la parasitología como disciplina en Chile, posteriormente se distinguió por las campañas de erradicación de la malaria que lideró en el norte de ese país.

¹⁹ Oscar Espinoza, «Estudio sobre la profilaxis y tratamiento de la anquilostomiasis o anemia de los mineros en los Países Europeos Centrales», Editorial, en: *Beneficencia. Órgano de los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social*, año III, nº 26, marzo de 1931, pp. 1959-1961.

huevos en larvas y promovía el ciclo infeccioso, puesto que era común la ingestión de alimentos contaminados y, a causa de la sensación térmica, el trabajo semidesnudo y descalzo que exponía la piel al contacto con los parásitos. La forma más certera para diagnosticar la infección era por lo tanto la observación microscópica de las heces de los mineros, y con esa misión viajaron Noé y su equipo formado por los estudiantes de medicina Walter Fernández y Ramiro Herrera, a quienes se uniría más tarde Ottman Wilhelm. Según el equipo, el fracaso de la primera inspección sanitaria se debió a que no se realizaron este tipo de observaciones, no se hicieron autopsias en los casos fatales y tampoco se suministró suficiente timol a los mineros evaluados, medicamento empleado para producir la expulsión de los parásitos²⁰. El examen médico riguroso requirió por lo tanto microscopios y laboratorios difíciles de montar en la región, sin embargo, los obstáculos que enfrentó la comisión surgieron en otro plano. Las principales compañías comenzaron a oponerse a la realización de exámenes médicos, al parecer, por temor a sufrir fiscalizaciones y a despertar alarma entre la población.

A raíz de la hostilidad de las compañías las evaluaciones tuvieron que limitarse al estudio de los pocos mineros que acudían a los dispensarios²¹. Pese a ello se logró examinar a 156 de los 2.500 mineros que trabajaban en la Compañía de Lota y Coronel, entre los cuales se detectó a trece infectados de anquilostomiasis, es decir el 8,33 % de los evaluados. Pero los obstáculos de las compañías continuaron a pesar del hallazgo y la comisión se vio obligada a desplazarse hacia las minas El Rosal y Lirquén, al norte de Concepción. En esa ocasión la recepción de los administradores fue positiva pero la situación sanitaria dramática, pues la humedad y el calor de las galerías subterráneas eran especialmente intensos y las condiciones higiénicas deplorables. Entre los 108 mineros examinados en El Rosal se encontró un 63,88 % de infectados, mientras que en Lirquén la cifra ascendió al 85,4 % de los 327 mineros evaluados. Con estos antecedentes Noé concluyó que en Lota y Coronel ocurría una epidemia de anquilostomiasis, mientras que en la zona norte de Concepción la situación era grave y representaba un peligro para los alrededores²². En ambos casos los cuadros clínicos eran relativamente benignos y

²⁰ Walter Fernández, *op. cit.*, pp. 1-20.

²¹ *Ídem*, pp. 3-7.

²² Las cifras preliminares de Noé fueron luego confirmadas y publicadas en la tesis recién citada de Walter Fernández, uno de sus ayudantes, escrita meses después de finalizadas las exploraciones.

los casos extremos infrecuentes, aunque los síntomas podían ser agresivos y cursar con edemas y cicatrices en el cuerpo, y generar anemias a veces incapacitantes para el trabajo en las minas.

Expuestos los antecedentes, Noé solicitó financiamiento para extender la investigación y contratar más ayudantes, y sugirió transformar su diligencia en una comisión de gobierno, de manera de vencer los obstáculos de las compañías que se oponían al examen de sus trabajadores²³. Por último, reportó que la Fundación Rockefeller le ofreció «el auxilio pecuniario necesario» para estudiar la distribución geográfica de la anquilostomiasis, y erradicarla mediante campañas similares a las que esa fundación impulsó desde 1918 en otros países de América Latina²⁴. Sin embargo la cooperación no prosperó, al parecer porque se estimó innecesario actuar en un país que ya había constituido una comisión para enfrentar la epidemia²⁵. Las demás solicitudes de Noé tampoco fueron acogidas y hubo que esperar hasta la década siguiente para que el gobierno apoyara esa clase de campañas. Pero las exploraciones gubernamentales no se agotaron ahí, puesto que otras delegaciones arrojaron antecedentes sobre la anquilostomiasis en forma paralela y también con posterioridad a Noé. En 1919 una comisión encargada por el Servicio de Minas y Geología del Ministerio de Industrias y Obras Públicas exploró las condiciones de trabajo en la zona carbonífera, y concluyó que hacían falta una serie de reglamentos, algunos sobre higiene y seguridad. Según el informe redactado, era necesario mejorar la situación habitacional, moral y sanitaria de los trabajadores, esta última «tan recomendable para la lucha contra la anquilostomiasis»²⁶.

²³ Juan Noé, *op. cit.*, p. 230.

²⁴ Las campañas contemplaron también a las epidemias de fiebre amarilla y malaria, Marcos Cueto, «The cycles of eradication: the Rockefeller Foundation and Latin American public health, 1918-1940», en: Paul J. Weindling (ed.), *International Health Organizations and Movements, 1918-1939*, Cambridge, Cambridge University Press, 1995, pp. 222-228.

²⁵ El aborto de la misión Rockefeller fue mencionado por Noé en el prefacio de Walter Fernández, *op. cit.*, p. XV, y mucho tiempo después por Amador Neghme, *op. cit.*, p. 613, pero el episodio no ha sido del todo esclarecido.

²⁶ Javier Gandarillas, «Minas de carbón del país. Resumen general del informe presentado por el ingeniero señor Rodolfo Pinchart sobre la situación actual de los trabajadores de las minas de carbón del país...», en: *Boletín Minero de la Sociedad Nacional de Minería*, n° 248, octubre-noviembre-diciembre de 1919, p. 851.

La atención del Estado sobre esa región se acrecentaría entre los años 1920 y 1922, con ocasión de las intensas movilizaciones y huelgas obreras por mejoras salariales y por las condiciones de trabajo en las compañías carboníferas²⁷. En esa coyuntura la Oficina del Trabajo emprendió nuevos estudios que documentaron los focos de anemia y otras carencias de los mineros²⁸, registro con el que también colaboró el sector industrial a través del *Boletín de la Sociedad Nacional de Minería* (SONAMI)²⁹. Las grandes carboníferas se habían mostrado reticentes a las comisiones sanitarias, pero el *Boletín* mencionó los estudios de Noé e incluso publicó una crítica a las compañías que rechazaron las evaluaciones médicas. Se publicaron además una serie de artículos sobre anquilostomiasis en distintas regiones del mundo. La cobertura da cuenta del creciente interés que despertó esa enfermedad entre las compañías, y en un sentido más amplio, del valor que comenzó a cobrar para los administradores el mundo doméstico, familiar y sanitario de los trabajadores. Esto fue especialmente nítido en la Compañía Minera e Industrial de Chile (ex Compañía Carbonífera de Lota y Coronel)³⁰ a partir de la década de 1920. Junto con afianzar su liderazgo en la zona, la empresa comenzó a entregar una serie de beneficios extrasalariales destinados a mejorar la situación moral, social y económica de los obreros. Mejoras en las habitaciones, actividades recreativas, asistencia médica gratuita, instituciones educativas, biblioteca, entre otros, que desde marzo de 1922³¹ se gestionaron a través de un Departamento de Bienestar. A partir de 1927 una visitadora social apoyó esta labor y además promovió pautas de crianza, normas de higiene, de ahorro, etc., entre la población minera.

²⁷ Hernán Venegas, «Crisis económica y conflictos sociales y políticos en la zona carbonífera. 1918-1931», en: *Contribuciones Científicas y Tecnológicas*, n° 116, noviembre de 1997.

²⁸ Jorge Rojas, «Trabajo infantil en la minería: apuntes históricos», en: *Historia*, vol. 32, 1999, p. 422.

²⁹ Javier Gandarillas, *op. cit.*, pp. 851-856; Alejandro Fuenzalida, «El trabajo y la vida en el Mineral El Teniente», en: *Boletín Minero de la Sociedad Nacional de Minería*, n° 243, mayo de 1919; Héctor Orrego, «La anemia de los mineros o anquilostomiasis en Chile», en: *Boletín Minero de la Sociedad Nacional de Minería*, n° 301-302, mayo-junio de 1924, pp. 215-217, entre otros.

³⁰ El nombre de esta compañía cambió muchas veces en el siglo XX. En 1921 pasó a llamarse Compañía Minera e Industrial de Chile, luego de extender sus propiedades hasta Curanilahue, y en 1933 se llamó nuevamente Compañía Carbonífera e Industrial de Lota, nombre que perduró alrededor de treinta años.

³¹ Otras fuentes señalan marzo de 1923, como se advierte en Jody Pavilack, *Mining for the Nation. The Politics of Chile's coal communities from the Popular Front to the Cold War*, University Park, The Pennsylvania State University Press, 2011, p. 46.

Lota no fue una excepción sino parte del llamado «paternalismo industrial»³² o del auge de las políticas de bienestar social que comenzaron a desarrollar algunas compañías, principalmente en la gran minería del cobre y en algunas salitreras y manufacturas. Usualmente alejadas de núcleos urbanos, estas explotaciones levantaron barrios obreros e incluso ciudades para masas de trabajadores que en algunos casos habitaban y deambulaban por la zona desde fines del siglo XIX³³. El aumento de los salarios y las políticas de bienestar de estas explotaciones ayudaron a disminuir la rotación de trabajadores y promovió en cambio la capacitación y el asentamiento. Se fortaleció así cierto arraigo y hábitos acordes a mayores niveles de exigencia y productividad, aunque también políticas que cooperaron con la represión de los trabajadores.

En el caso de la Compañía Minera e Industrial de Chile, el Departamento de Bienestar surgió junto al declive de las huelgas de los primeros años de la década de 1920, calificadas por la prensa conservadora como alarmantes soviets comunistas³⁴. La entidad llevaba un registro de cada trabajador con información acerca del

³² La expresión denota los intereses corporativos presentes en las políticas de bienestar social privado, y puede resultar inapropiada cuando funciona en oposición respecto de los intereses puramente sociales que comportarían, en cambio, las políticas públicas de bienestar social. Ver Hernán Venegas, «Paternalismo industrial y control social. Las experiencias disciplinadoras en la minería del carbón en Chile, Lota y Coronel en la primera mitad del siglo XX», en: *Amérique Latine Histoire et Mémoire. Les Cahiers ALHIM*, 28/11/2014. Disponible en: <http://alhim.revues.org/5099> (último ingreso: 10/10/2014); una perspectiva nacional en Julio Aguilera, «Bienestar social, industria y minería en Chile, 1915-1936», en: *Xº Congreso Chileno-Argentino de Estudios Históricos y de Integración Cultural*, Pucón, 17-19 de abril 2013, pp. 1-10; políticas de bienestar en el mineral cuprífero El Teniente en Thomas Miller Klubock, *op. cit.*, pp. 19-80; en el mineral de Potrerillos Ángela Vergara, *Copper Workers, International Business, and Domestic Politics in Cold War Chile*, University Park, The Pennsylvania University Press, 2008, pp. 37-64; una perspectiva regional en Ángela Vergara, «Paternalismo industrial, empresa extranjera y campamentos mineros en América Latina; un esfuerzo de historia laboral y transnacional», en: *Avances del CESOR*, Rosario, año X, nº 10, 2013, pp. 113-128, entre otros.

³³ Este comentario sobre la explotación cuprífera de Chuquicamata es ilustrador: «Hace veinte años no había una casa donde el campamento de Chuquicamata existe hoy. Hoy día existen alrededor de 2.360, y todos los habitantes viven en casas confortables e higiénicas. También cuenta con un teatro y grandes centros o clubs para los empleados y los obreros», SONAMI, «La Chile Exploration Company. Establecimiento de Chuquicamata y Planta Eléctrica de Tocopilla», en: *Boletín Minero de la Sociedad Nacional de Minería*, año L, nº 409, mayo de 1934, p. 260.

³⁴ Sergio Grez, *Historia del Comunismo en Chile. La era de Recabarren (1912-1924)*, Santiago de Chile, LOM Ediciones, 2011, pp. 183-184.

estado de su vivienda, de su rendimiento laboral, de su actividad política, entre otros, procurado por una red que incluía soplones, administradores y visitadora social. Los antecedentes recopilados determinaban incentivos que podían resultar cruciales, como la asignación de carbón para el hogar durante el invierno, y sanciones igualmente decisivas, tales como cambios de puesto, despidos o ingreso en listas negras regionales³⁵. Como precisó años más tarde el encargado del Departamento de Bienestar, el agrónomo conservador Octavio Astorquiza, había que aumentar y asegurar la producción en tiempos comparables a un «navío azotado por fuertes oleajes de conmoción social»³⁶. De todos modos las mejoras infraestructurales no resolvieron del todo los problemas de higiene, habitación y salud en Lota, y la represión a través de fuerzas armadas de las compañías y del gobierno siguió afectando al sector obrero y alimentando tensiones durante las décadas que siguieron³⁷.

Uno de los efectos de las políticas de bienestar de las grandes carboníferas fue prestar más atención a la salud y en consecuencia a la anquilostomiasis. El interés se apoyó desde luego en una serie de informes, como el de 1924 del Servicio de Minas y Geología que aseguró un aumento del 60 % en el rendimiento del minero si era «bien dirigido y curado de la anquilostomiasis»³⁸. Ese mismo año el futuro director del Hospital de la Compañía Minera e Industrial de Chile (Lota), Oscar Espinoza, iniciaría sus observaciones sobre la enfermedad. No sabemos cuándo ingresó a la compañía, pero en 1927 era jefe del Servicio Sanitario Fiscal de la zona y había impulsado medidas profilácticas en Lota similares a las recomendadas por Noé y sus ayudantes³⁹, tales como eliminar las deposiciones al interior de las galerías y promover el uso de calzado.

³⁵ El estudio de los incentivos y de las sanciones del Departamento de Bienestar en Jody Pavilack, *op. cit.*, pp. 42-51.

³⁶ Octavio Astorquiza y Oscar Galleguillos, *Cien años del carbón de Lota, 1852-1952*, Santiago de Chile, Compañía Carbonífera e Industrial de Lota, 1952, p. 212.

³⁷ Enfermedades como la viruela, la influenza y el tifus exantemático azotaron en forma intermitente al sector obrero de la población minera, expuesto además a situaciones de hacinamiento, falta de infraestructura para el aseo, problemas de acceso a agua potable, entre otros. Consuelo Figueroa, *op. cit.* pp. 61-74.

³⁸ Edmundo Delcourt, *Estudio sobre la cuestión carbonera en Chile*, Santiago de Chile, Soc. Imprenta y Litografía Universo, 1924, p. 65.

³⁹ Oscar Espinoza, «Sobre Anquilostomiasis en la región carbonera», en: *Boletín Sanitario. Dirección General de Sanidad de Chile*, n° 11-12, noviembre-diciembre de 1927, pp. 751-754.

El control sistemático cobró fuerza en 1930 cuando Espinoza retornó de una estadía en Europa para investigar la realidad europea en torno a la anquilostomiasis, misión encargada por la compañía de Lota y la Junta Central de Beneficencia⁴⁰. A su regreso la empresa montó un laboratorio especial para evaluar la presencia de parásitos en los mineros y se reforzaron una serie de normas profilácticas. A los portadores se les prohibió bajar a la mina y se les otorgó tareas en el exterior mientras fueran tratados. Además, se esterilizaron las galerías, se prohibió el trabajo descalzo, se mejoró la ventilación para impedir el desarrollo de larvas, se construyeron letrinas portátiles para retirar las deposiciones de los mineros, se instauró el examen sistemático y se hizo propaganda contra la enfermedad. Este procedimiento permitió que en 1934, según un informe de la Dirección de Sanidad, se mantuviera en Lota un porcentaje máximo de 5 % de trabajadores con anquilostomiasis, y que hacia fines de esa década los casos fueran casi inexistentes en esa Compañía⁴¹.

En el sector gubernamental las diligencias para erradicar la anquilostomiasis se reanudaron recién en 1931, aparentemente gracias a las insistencias de Noé y al fortalecimiento de la institucionalidad estatal durante la dictadura de Ibáñez. Ese año la Dirección General de Sanidad patrocinó una campaña de erradicación liderada por Noé y uno de sus antiguos colaboradores, Ottmar Wilhelm, entonces jefe de la recién creada oficina anti-anquilostomiasis del servicio sanitario de Concepción. Enfrentaron nuevamente los obstáculos de la compañía de Lota y de la Carbonífera y Fundición Schwager de Coronel, irritadas por las publicaciones que habían denunciado sus comportamientos con las comisiones médicas, aunque esta vez el equipo persuadió a los administradores explicándoles la relevancia de la diligencia.

Las evaluaciones arrojaron nuevamente altos porcentajes de infectados en las minas El Rosal y Lirquén, 45,7 % y 60,3 % respectivamente, además de abundantes casos de «enanismo anquilostomiásico» o retraso en el desarrollo físico de obreros

⁴⁰ Oscar Espinoza, «Asistencia social en las minas de carbón de Lota», en: *Revista de Asistencia Social*, n° 3, t. III, septiembre de 1934, pp. 256-263.

⁴¹ Oscar Espinoza, «La anquilostomiasis en las minas de carbón de Chile y en especial en las de Lota», en: *Boletín Médico Social*, n° 63-64, agosto-septiembre de 1939, pp. 380-381.

infectados en las minas durante su niñez⁴². Hay que ponderar ciertamente esos porcentajes considerando los volúmenes de trabajadores, puesto que en El Rosal, por ejemplo, no trabajaban más de 200 mineros mientras que en Lota más de 7000. Algo similar ocurría con la compañía de Coronel, segunda en importancia y volumen de trabajadores, aunque esas galerías se destacaron por su higiene y falta de humedad⁴³. De todas formas, el porcentaje de infectados al norte de Concepción suscitó el inicio de tratamientos y de una campaña profiláctica en Lirquén, suspendida en 1933 por falta de recursos económicos y retomada recién en 1941, cuando la Dirección General de Sanidad impulsó nuevas campañas. En esa ocasión los infectados en las minas del norte de Concepción siguieron bordeando el 70 % de los mineros, y la intervención fue nuevamente suspendida por falta de financiamiento. El foco infeccioso disminuyó definitivamente a mediados de la década de 1950, con la inundación y el consecutivo cierre de Lirquén, la única mina entonces activa en esa zona⁴⁴.

La intensa presencia de anquilostomiasis en las minas del norte de Concepción es un indicador acerca de la precariedad de las fiscalizaciones del Estado, incluso bien avanzada la primera mitad del siglo XX. En 1954 el reciente Servicio Nacional de Salubridad (SNS) advertía sobre esta situación, declarando que mientras la gran minería presentaba condiciones sanitarias deficientes, la minería mediana y pequeña trabajaba «en forma que sólo podemos considerar como sub-humana»⁴⁵. La expresión es imprecisa y puede que exagerada, pero en cierta forma coincide con las descripciones de minas como El Rosal y Lirquén: constantemente inundadas, sin iluminación adecuada, con abundante contaminación fecal e infestadas de

⁴² Esto ya había sido revelado en la tesis de Walter Fernández, *op. cit.*, pp. 216-242. Hacia 1920 al menos un 10 % de los trabajadores del carbón en esa región eran menores de 14 años, y el trabajo infantil continuó a pesar de la legislación social de 1924 que prohibió el trabajo subterráneo (y no de superficie) a los menores de 18 años. Lota destacó por contar con menores porcentajes de niños trabajando en comparación a las demás explotaciones. Jorge Rojas, *op. cit.*, pp. 401-403.

⁴³ Los resultados y estadísticas de esta misión en Ottmar Wilhelm, «La campaña contra la anquilostomiasis en las minas de carbón de la provincia de Concepción (Chile)», en: *Revista del Instituto Bacteriológico de Chile y de la Sociedad Chilena de Microbiología e Higiene*, n° 8, vol. III, 1932.

⁴⁴ Amador Neghme, *op. cit.*, pp. 612-615.

⁴⁵ Departamento de Higiene y Seguridad Industrial, Servicio Nacional de Salubridad, «Condiciones sanitarias de una muestra representativa de la industria chilena», en: *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*, vol. XV, n° 3-4, julio-diciembre de 1953, pp. 109-110.

«mechitas blanquecinas constituidas exclusivamente por numerosas larvitas»⁴⁶. Sin instalaciones ni políticas de bienestar comparables a las de Lota y Coronel, estas compañías posiblemente no aseguraron a sus trabajadores y tampoco otorgaron indemnizaciones, pensiones de invalidez o asistencia médica satisfactoria, a pesar de la presencia de la anquilostomiasis en el Reglamento de 1927⁴⁷. El bajo rendimiento de los trabajadores infectados tampoco motivó inversiones sanitarias consistentes, y aunque la sustitución de trabajadores enfermos pudo ser una forma de lidiar con la anquilostomiasis, no hay antecedentes que permitan conjeturar tal mecanismo.

En cuanto a las zonas de Lota y Coronel en donde se asentaban las dos compañías líderes, los obstáculos impuestos a las comisiones médicas fueron probablemente una manera de evitar multas e impedir informes médicos que sirvieran a las movilizaciones obreras. Las presiones de los trabajadores seguramente influyeron en el control de la anquilostomiasis, aunque el interés corporativo por aumentar el rendimiento laboral y disminuir los costos por asistencia médica era importante. Es posible, además, que este control compartiera las razones por las cuales la Fundación Rockefeller, según Marcos Cueto, escogió derrotar esa epidemia en América Latina; la relativa sencillez de su prevención y la evidente mejoría de la población bajo tratamiento⁴⁸. Características que en cierta forma eran lo contrario de la silicosis, fibrosis pulmonar causada por la inhalación de partículas de sílice, de deterioro progresivo, incurable, con pronóstico fatal y que requería de altas inversiones económicas para su prevención y para asistir e indemnizar a la población afectada. A partir de la década de 1930 esta enfermedad concentró la atención de médicos y autoridades gubernamentales e industriales, interés que obedeció a la gravedad de sus síntomas, desde luego, pero también a su prevalencia en explotaciones cupríferas que comenzaron a protagonizar la economía nacional. Esta situación acrecentó el poder de sus sindicatos y el alcance de sus reclamos, aunque la notoriedad de la enfermedad también tuvo relación, como se verá a continuación, con las transformaciones políticas y científicas que ocurrieron en esa década.

⁴⁶ Ottmar Wilhelm, «Epidemiología y profilaxia de la anquilostomiasis en la provincia de Concepción», en: *Revista de Asistencia Social*, t. III, nº 3, septiembre de 1934, p. 295.

⁴⁷ Antecedentes sobre el seguro en las compañías carboníferas en CNCD, Sesión 14.a, 02/07/1947, p. 537.

⁴⁸ Marcos Cueto, *op. cit.*, pp. 237-238.

SILICOSIS. TRANSFORMACIONES POLÍTICAS Y AUGE DE UNA ENFERMEDAD

En julio de 1931, en medio de una crisis económica asociada a la depresión de 1929 y de movilizaciones en contra de la dictadura, Ibáñez renunció. Se acentuó así la inestabilidad política y por poco más de un año se sucedieron golpes militares y alianzas gubernamentales de corto alcance, que cedieron con la segunda elección presidencial de Alessandri en octubre de 1932. Los eventos modificaron el mapa político e introdujeron dos nuevos referentes; el Partido Socialista, a la izquierda junto al Partido Comunista, y la Falange Nacional, al centro con el Partido Radical, distribución que desplazó a los liberales hacia la derecha junto con los conservadores. La derrota de un sector de la izquierda frente a Alessandri contribuyó a fundar el Partido Socialista, mientras que la Falange, fundada oficialmente en 1937, surgió del movimiento social cristiano que se desmarcó del Partido Conservador luego de la caída de Ibáñez. Este período de Alessandri no tuvo la impronta popular antes preconizada, pero intentó dar continuidad a las políticas industrializadoras y a las instituciones sociales que hacían frente a las demandas de sectores medios y obreros. Con el fin de la dictadura y la nueva configuración política estos sectores aumentaron su visibilidad y capacidad de presión, y además afianzaron cierto sostén previsional a través de sus cajas de empleados y de la Caja del Seguro Obrero (CSO). Esta última afiliaba entonces a casi el 90 % de la población asegurable y contaba con infraestructura y personal médico especializado en enfermedades profesionales⁴⁹. Desde 1932 existía además el Departamento de Higiene Industrial del Ministerio de Salubridad Pública, encargado de inspeccionar los lugares de trabajo y de realizar labores educativas, principalmente en Santiago, labor que en cierta forma redobló lo que ya realizaba la Inspección del trabajo a nivel nacional.

Aunque algo descoordinada y de alcance limitada, la acción de estas instituciones significó una mayor supervisión de las normas de higiene y de la seguridad

⁴⁹ Juan Carlos Yáñez, *op. cit.*, p. 282. En 1932 la CSO contaba con alrededor de 650.000 afiliados, cifra que a principios de la década de 1940 ascendería a 1.250.000, mientras que las demás cajas de previsión, entre las que estaban las de empleados particulares, de carabineros y ferrocarriles, absorbían en esa década solo a 265.000 trabajadores. Ver Julio Bustos y Manuel de Viado, «La protección de la salud a través del Seguro Social y sus relaciones con la Sanidad Pública y la Asistencia Social», en: *Congreso Interamericano de Previsión Social*, Santiago de Chile, 10-16 septiembre 1942, Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, pp. 14-19.

laboral⁵⁰, y comprometió a un contingente importante de médicos afines al estudio de factores ambientales en relación al desarrollo de enfermedades. El interés por el medio laboral o por la incidencia de la alimentación en las enfermedades no era nuevo, pero el auge de la llamada medicina social en los años 1930 logró reforzar su estudio, especialmente en la CSO⁵¹. Algunos de sus médicos fueron próximos a los sindicatos a raíz de sus filiaciones con el partido radical y la izquierda, y en cierta medida ayudaron a catalizar los reclamos obreros a través de congresos, publicaciones e influencias en el parlamento. Sus médicos tisiólogos y bronco pulmonares lideraron los primeros estudios sobre silicosis, algunos acerca de los trabajadores del vidrio pero la mayoría sobre mineros del sector cuprífero⁵². Entre ellos destacaron los informes de fines de la década del 1930 sobre Potrerillos, yacimiento ubicado a más de cinco mil metros en las montañas de la región de Atacama, que formaba parte de la llamada Gran Minería del Cobre junto a Chuquicamata y El Teniente. Potrerillos era propicio para la contracción de silicosis puesto que sus faenas exponían a los mineros a jornadas de inhalación intensiva de polvo con partículas finas de sílice. Este polvo también estaba presente en otras faenas de triturado, pulido o corte de material con sílice, como las de la industria del vidrio, de la cerámica y de los abrasivos, pero los daños pulmonares en Potrerillos fueron mucho más notorios. La extracción de material rocoso rico en sílice se hacía desde piques subterráneos, sin ventilación adecuada y con modernas máquinas perforadoras, que junto con aumentar el rendimiento y la producción de polvo, redujeron el tamaño de las partículas de sílice y facilitaron su penetración hasta los alvéolos pulmonares de los mineros.

La silicosis, como se adelantó, evoluciona en forma progresiva e irreversible y el pronóstico es fatal si no se interrumpe a tiempo la exposición a las partículas. Produce principalmente tos, fatiga, dolores lumbares, fiebre, infecciones pulmona-

⁵⁰ Según Ángela Vergara estas instituciones también fragmentaron el trabajo sanitario y en consecuencia debilitaron una política que hiciera efectiva los dictámenes sobre enfermedades profesionales, es decir una acción frontal contra la negligencia patronal, Ángela Vergara, «Légiférer sur les maladies professionnelles au Chili au XXe siècle», *op. cit.*, p. 94.

⁵¹ «COLEGAS: Tomad contacto con el Medio» decía un editorial del Boletín de la CSO de ese período, «Hacia la madurez», en: *Boletín Médico de la Caja de Seguro Obligatorio*, año II, n° 20, enero 1936, pp. 3-5. La consagración legal e institucional de esta perspectiva fue sin duda la Ley de Medicina Preventiva aprobada en 1938.

⁵² Ángela Vergara, «The Recognition of Silicosis», *op. cit.*, p. 739.

res, complicaciones cardíacas y problemas respiratorios que pueden llegar hasta la asfixia. Según los reportes de la década del 1930, sus síntomas aparecían luego de uno o dos años de exposición a las partículas, y las fibrosis eran evidentes después de períodos que podían ir de tres a veinte años de evolución. Esto dependía de la frecuencia de la inhalación, de si la enfermedad cursaba junto a una tuberculosis, de las características del trabajador, del material rocoso, entre otros. Entre las primeras comunicaciones médicas destacó un informe realizado por una comisión de médicos vinculados a la CSO en 1934, que formuló una serie de críticas al tratamiento industrial y gubernamental de la silicosis⁵³. Según el reporte, las técnicas de prevención eran insuficientes puesto que las mascarillas no filtraban suficiente polvo y obstruían la respiración, y los aparatos de extracción de aire o ventilación no lograban sanear los ambientes. Se insistió en la importancia de rotar a los trabajadores en funciones de alto riesgo, como la perforación, para evitar períodos excesivos de exposición a las partículas, y se propuso una serie de modificaciones en la legislación. Primero, incluir explícitamente a la silicosis en el Reglamento de 1927, ya que su presencia en tanto «neumoconiosis» o «enfermedad pulmonar» permitía argucias legales para evitar el pago de indemnizaciones. Segundo, aumentar el plazo de uno a cinco años para declarar la enfermedad, puesto que las víctimas rara vez se percataban de la enfermedad antes del primer año. Por último, se mencionó la importancia de monitorear la salud de los mineros para lograr diagnósticos precoces, de manera de interrumpir las labores peligrosas y derivar a puestos de menor riesgo antes de que la enfermedad alcanzara grados invalidantes⁵⁴.

El informe despertó interés en la comunidad médica y estimuló otras investigaciones sobre silicosis, pero no logró las transformaciones sugeridas ni reacciones a nivel gubernamental. Las compañías norteamericanas de los grandes yacimientos cupríferos, en cambio, comenzaron a tomar algunas medidas. En 1937 la subsidiaria de la Anaconda Copper Co. y responsable de la explotación de Potrerillos, la Andes Cooper Mining Co., envió a uno de sus médicos a capacitarse a México y Estados Unidos, y ese mismo año se implementaron programas de prevención de silicosis. La Braden Copper Co. que explotaba el mineral El Teniente actuó

⁵³ René García, Rafael Hevia, Rafael Lorca y Abraham Schweitzer, «La silicosis en Chile. Estudio Médico Social», en: *Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, año I, n° 5, octubre de 1934, pp. 2-11.

⁵⁴ *Ídem.*, pp. 2-11.

en forma similar, enviando a uno de sus médicos a Estados Unidos para perfeccionarse⁵⁵. Chuquicamata, la otra gran explotación cuprífera, llamó menos la atención de los especialistas puesto que sus faenas de superficie generaban menos riesgos de silicosis⁵⁶. Estas medidas formaron parte de las políticas de bienestar recién señaladas, que como bien señaló Ángela Vergara hicieron de Potrerillos el «ejemplo de un centro industrial moderno y eficiente»⁵⁷. Pero las intervenciones médicas fueron insuficientes y no impidieron que la prensa obrera incrementara sus denuncias y que, hacia fines de la década de 1930, los sindicatos solicitaran a la CSO y al Ministerio de Salubridad que se investigara la situación de Potrerillos. Como respuesta, más de tres comisiones gubernamentales viajaron a estudiar el mineral entre 1939 y 1941⁵⁸.

Durante esos años gobernaba el radical Pedro Aguirre Cerda (1938-1941) electo gracias al Frente Popular, pacto electoral de los radicales con los partidos Socialista, Comunista y otras entidades de centro-izquierda. La coalición se impuso frente a la derecha y la fórmula electoral consiguió gobernar hasta la ilegalización del Partido Comunista en 1948. Al igual que en otros países de América Latina en ese período, se fortaleció la planificación estatal de distintos sectores productivos y la política de sustitución de importaciones y de industrialización. El gobierno de Aguirre Cerda trajo consigo un aumento de comunistas y de socialistas en el parlamento y en instituciones gubernamentales, política que generó cierta proximidad entre las autoridades y los sindicatos. Esta cercanía relativa fue evidente en algunos reportes de las comisiones que viajaron a Potrerillos, como el de José Ansola, médico de la CSO que estudió las condiciones sanitarias del mineral y que consideró una serie de demandas obreras en los resultados de su misión. Mencionó las solicitudes de los mineros respecto de la protección y de la compensación frente a accidentes, silicosis y lesiones cutáneas causadas por el trabajo

⁵⁵ José Ansola, «La silicosis en el mineral de potrerillos», en: *Boletín médico social de la Caja de Seguro Obligatorio*, año VIII, n° 89-90, noviembre-diciembre de 1941, p. 667.

⁵⁶ Aunque en 1950 una comisión de la Dirección General de Sanidad investigó Chuquicamata y encontró un número considerable de enfermos de silicosis. Ver «Informe resultado Comisión Silicosis Zona Norte», en: Archivo Nacional de la Administración del Estado, Fondo Ministerio de Salubridad, vol. 1047.

⁵⁷ Ángela Vergara, «Por el derecho a un trabajo sin enfermedad: trabajadores del cobre y silicosis. Potrerillos: 1930-1973», en: *Pensamiento Crítico*, n° 2, 2002, pp. 2-16; Ángela Vergara, *op. cit.* (2008), pp. 37-48.

⁵⁸ Ángela Vergara, «The Recognition of Silicosis», *op. cit.*, pp. 739-740.

en calderas. Incluyó además sus demandas de aumentos salariales y de vestuario adecuado para faenas de riesgo⁵⁹. En cuanto a la compañía Andes Copper Mining, destacó su alto nivel de sistemas de prevención de silicosis, posiblemente los más modernos de Chile, aunque demostró que al menos un 32,5 % de los obreros sufría esta enfermedad y más del 25 % en estados avanzados. Reparó también en la incapacidad del servicio sanitario de la compañía para controlar regularmente a los casi 800 empleados y más de 4500 obreros, y en la deficiencia técnica de sus médicos, que minimizaban los riesgos puesto que estimaban en poco más del 10 % de los trabajadores la presencia de silicosis⁶⁰.

Las demás comisiones gubernamentales que en esos años estudiaron el mineral confirmaron, en términos generales, tanto las aseveraciones críticas de Ansola como las modernas y ejemplares condiciones de higiene y profilaxis que mantenía esa compañía. Aunque también aportaron otros elementos relevantes, como por ejemplo, que los cambios de faena de los trabajadores más expuestos a contraer silicosis no siempre sucedían o se llevaban a cabo demasiado tarde. Esto a causa de que los empleadores no accedían a cambiar rápidamente a un obrero altamente calificado o porque los mismos obreros impedían sus traslados, a pesar del daño físico, para evitar un puesto de menor remuneración a cambio de indemnizaciones por daño parcial que no superaban el 50 % de lo que legalmente correspondía⁶¹. La situación tampoco era alentadora para quienes alcanzaban grados avanzados de silicosis e indemnizaciones vitalicias por incapacidad total. No aptos para la gran minería y con pensiones insuficientes para sobrevivir, terminaban sus días trabajando en pequeñas minas clandestinas sin ningún tipo de control, o en labores de menor riesgo pero de baja remuneración, como las agrícolas⁶². El panorama era similar en El Teniente puesto que también distribuía bajas pensiones y subdiagnosticaba la silicosis⁶³.

⁵⁹ José Ansola, *op. cit.*, pp. 660-661.

⁶⁰ A. Ovalle, J. Campino, J. Escobar y A. Cheyre, «Silicosis», en: *Boletín médico social de la Caja de Seguro Obligatorio*, n° 63-64, año VI, agosto-septiembre de 1939, p. 353.

⁶¹ Manuel de Viado, «Informe sobre La Comisión Oficial al Mineral de cobre de Potrerillos (estudio médico-social. Julio 1941)», en: *Archivo Nacional de la Administración del Estado, Fondo Ministerio de Salubridad*, vol. 343, pp. 108-111.

⁶² Ángela Vergara, «Légiférer sur les maladies professionnelles au Chili au XXe siècle», *op. cit.*, p. 99.

⁶³ Thomas Miller Klubock, *op. cit.*, pp. 133-134.

LA IMPREVISIÓN Y EL AUXILIO DEL SEGURO OBRERO

La mayoría de las empresas optaban por no asegurar a sus obreros, se tratara de accidentes o de enfermedades, y en cambio otorgaban, en el mejor de los casos, prestaciones médicas a través de sus propios servicios. Quienes empleaban un volumen importante de operarios para labores arriesgadas, explicó un diputado conservador, solían «constituir asociaciones patronales para cubrirse (...) a fin de evitarse así un problema de desequilibrio económico»⁶⁴. De esta manera mitigaban los costos por asistencia médica y evitaban las elevadas primas de seguros comerciales por faenas de alto riesgo como las de la minería. De todas formas, era frecuente que las empresas rechazaran su responsabilidad sobre las enfermedades profesionales, o que los seguros evitaran las indemnizaciones recurriendo a detalles del contrato que dejaban fuera a las enfermedades⁶⁵. En el caso de la Andes Copper Co. las pensiones de invalidez por riesgos profesionales se tramitaban a través de la Asociación Garantizadora de Pensiones, organismo con sede en Santiago y perteneciente a las compañías cupríferas norteamericana⁶⁶. Comenzaron a otorgar indemnizaciones por enfermedades profesionales recién en agosto de 1938, probablemente a causa de las transformaciones políticas señaladas y de la ley de Medicina Preventiva (nº 6.174) que comenzó a regir ese año. Esta ley instauró el examen obligatorio, sistemático y periódico de los trabajadores a través de sus diferentes Cajas de Previsión, con la finalidad de detectar precozmente el desarrollo de enfermedades prioritarias como la tuberculosis, la sífilis y las afecciones cardiovasculares. También estipuló un período de reposo domiciliario para los trabajadores que lo necesitaran, pero en la práctica, la ley permitió más que nada afinar la pesquisa de enfermedades en la población activa laboralmente, y de paso hacer mucho más visible los daños de la silicosis y la urgencia de controlarla⁶⁷.

Pero el debut de las indemnizaciones en Potrerillos en 1938 no fue el comienzo de un régimen consistente de reparaciones para las víctimas, pues cuatro años

⁶⁴ CNCD, Sesión 17.a, 06/07/1931, p. 628. Sobre las grandes compañías carboníferas, CNCD, Sesión 14.a, 02/07/1947, p. 537.

⁶⁵ Raúl Gutiérrez, *La silicosis pulmonar, estudio médico-social. Tesis para optar al título de médico-cirujano*, Santiago de Chile, Talleres Casa Nacional del Niño, 1937, pp. 67-68.

⁶⁶ José Ansola, *op. cit.*, p. 675; M. de Viado, *op. cit.*, p. 86.

⁶⁷ Héctor Orrego, «Evolución de la enfermedad tuberculosa en Chile», en: *Aparato respiratorio y tuberculosis*, año XIX, enero-marzo de 1954, p. 17.

después la Andes Cooper Mining Co. tenía solo 24 pensiones vitalicias vigentes, 15 de ellas para familiares de casos fatales de silicosis. Además de lo irrisorio de los montos y del elevado índice de mortalidad, el número de beneficiados fue muy marginal respecto de la población afectada⁶⁸. La SAT de la Caja Nacional de Ahorros, el seguro social, tampoco fue ejemplar al respecto ya que entre 1934 y 1938 entregó solo 18 pensiones a causa de enfermedades profesionales, ignoramos cuántas de ellas a causa de silicosis⁶⁹. El desamparo de los afectados obligó a que la CSO se hiciera cargo de algunos casos de invalidez a causa de enfermedades profesionales, cobertura que significó desviar fondos aportados por los mismos trabajadores y por el Estado para solventar cargas económicas que legalmente correspondían exclusivamente a los patrones. Hacia fines de la década del 1930 se habían entregado 762 pensiones por enfermedades profesionales, 127 de ellas por silicosis, cifra exigua respecto del total de las coberturas requeridas pero relevante por tratarse de riesgos ajenos a las responsabilidades de la CSO⁷⁰. Esta institución apoyaba, además, investigaciones sobre silicosis y comisiones al extranjero sobre enfermedades profesionales, inversiones que en cierta forma suplían las deficiencias de la institución encargada de los riesgos profesionales, la SAT. Aunque las carencias también estaban presentes en el aparato judicial y en los ministerios de Trabajo y de Salubridad, organismos que debían asegurar el cumplimiento de normas de higiene, previsión y prevención.

Esta situación era promovida por insuficiencias legales, como las denunciadas por los informes comentados, es decir, por la ausencia explícita de la silicosis en el Reglamento de 1927, el plazo acotado de un año para denunciar la enfermedad, etc. Pero también por el régimen facultativo y mixto estipulado para los seguros contra riesgos profesionales. Hacia fines de la década de 1930 esta política permitió que solo un cuarto de los trabajadores asegurables tuvieran cobertura contra riesgos

⁶⁸ Equipo Médico del Hospital Sanatorio El Peral, «El problema médico social de la silicosis», en: *Boletín médico social de la Caja de Seguro Obligatorio*, n° 89-90, noviembre-diciembre de 1941, p. 687; Ángela Vergara, «The Recognition of Silicosis», *op. cit.*, p. 734.

⁶⁹ Y en cambio 132.666 indemnizaciones por accidentes del trabajo, preferencia que actuó en desmedro de la cobertura a las enfermedades profesionales y que tampoco fue suficiente para el volumen de accidentes de esos años. Equipo Médico del Hospital Sanatorio El Peral, *op. cit.*, p. 687.

⁷⁰ Equipo Médico del Hospital Sanatorio El Peral, *op. cit.* pp. 687-688.

profesionales, dos tercios de ellos en la SAT y el tercio restante en seguros privados⁷¹. La reforma de la previsión social presentada en 1941 por el Ministro de Salud, el socialista Salvador Allende, intentó modificar esta situación proponiendo, entre otras cosas, estímulos para la prevención, seguro obligatorio y terminar con los seguros privados, en muchos casos funcionales a la evasión de responsabilidades patronales⁷². Sin embargo la propuesta no fue aprobada y, como señala Vergara, la silicosis siguió afectando en forma dramática a los trabajadores durante las décadas que vinieron, a pesar del posterior aumento de los montos de las indemnizaciones y de la extensión del plazo para denunciar la silicosis⁷³. La situación mejoraría en 1968 con la aprobación del seguro obligatorio y el reforzamiento de la prevención, aunque esta modificación no alcanzó a la minería de menor escala y dio pie a un enorme mercado de seguros, todavía poco estudiado pero de efectos preocupantes para los trabajadores⁷⁴.

CONCLUSIONES

Más que una política de disminución o de erradicación de riesgos de enfermedad profesional, la legislación y la institucionalidad examinada fue el inicio de un sistema médico legal de compensaciones para los afectados, a resolverse en la esfera de los seguros. Es cierto que cuando se definió a los empleadores como los responsables de compensar a las víctimas de estas enfermedades, se buscó también incentivar la prevención de riesgos y el mejoramiento de las condiciones sanitarias. Por lo

⁷¹ Estaban asegurados 398.452 obreros de un total aproximado de 1.430.000 trabajadores asegurables, total que aumentaría considerablemente si incluyera a la población no asalariada pero laboralmente activa. Manuel de Viado, «Reseña de la legislación nacional sobre accidentes del trabajo», en: *Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, año VII, n° 70, marzo de 1940, p. 84.

⁷² CNCD, Sesión 4.a, 10/07/1941, pp. 134-146.

⁷³ Ángela Vergara, «The Recognition of Silicosis», *op. cit.*, pp. 741-747.

⁷⁴ Actualmente se estima que al menos un 5,4 % de trabajadores/as está expuesto/a a contraer silicosis, no solo en la minería sino también en faenas del sector manufacturero y de la construcción. Bélgica Bernales, Juan Alcaíno y Rodrigo Solís, «Situación de Exposición Laboral a Sílice en Chile», en: *Revista Ciencia y Trabajo*, n° 27, año 10, enero-marzo de 2008, pp. 1-6. Los riesgos profesionales continúan siendo sub diagnosticados y la prevención actual no cumple con los estándares de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Ver Matías B. Barahona, «Accidentes laborales. El salario de la muerte», en: *El Siglo*, 03/07/2014, p. 8-10.

mismo, no es casual que la Andes Copper Mining Co. haya comenzado a formar a sus médicos en prevención y diagnóstico de silicosis cuando inició la entrega de indemnizaciones. Pero lo primordial de la legislación y sus instituciones, así como también de los reclamos de médicos y obreros, fue intentar garantizar compensaciones históricamente negadas por los empleadores. Hubo facciones obreras críticas de este sistema de compensaciones, sin duda, así como también médicos que privilegiaron, en coordinación con gerencias, la reducción de indemnizaciones a través de diagnósticos fraudulentos⁷⁵. De todas formas, los casos expuestos muestran que durante las primeras décadas de legislación el régimen asegurador no alcanzó a imponerse y que las compañías evadieron masivamente sus responsabilidades. Esto a raíz de la no obligatoriedad del seguro contra riesgos profesionales y de la débil acción fiscalizadora de organismos gubernamentales relativos al trabajo, ya fueran ministeriales o judiciales. Asimismo, se observó que organismos gubernamentales como la CSO comenzaron a investigar y a registrar enfermedades de origen laboral, empresa que sin duda potenció el trabajo de partidos y de organizaciones que exigieron mejores compensaciones y condiciones de trabajo.

Las industrias, por su parte, no fueron sólo deterioro intensivo de la mano de obra y faenas insalubres. En el caso de Lota y Coronel las compañías invirtieron lo suficiente como para reducir sustancialmente los índices de anquilostomiasis. En Potrerillos, en cambio, no sucedió lo mismo a propósito de la silicosis, a pesar de las políticas de bienestar impulsadas por la Andes Copper Mining Co. Las concentraciones de partículas de sílice eran tan elevadas que los equipos de prevención fueron prácticamente impotentes. En ese contexto, reducir los índices de silicosis hubiese requerido modificar radicalmente faenas fundamentales para el negocio cuprífero, como la extracción o el transporte del mineral, y en definitiva disminuir la productividad. Posiblemente, la relevancia del sector cuprífero y el capital en juego, especialmente a partir de la década de 1930, inhibieron una fiscalización frontal por parte de las autoridades estatales, al mismo tiempo que apaciguaron los reclamos obreros mediante aumentos salariales, indemnizaciones y otros beneficios.

⁷⁵ Denuncias sobre esa materia en Noticiero Nacional, «El Instituto de Medicina del Trabajo de la Caja de Seguro Obligatorio. Sus objetivos y programa», en: *Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, n° 89-90, noviembre-diciembre de 1941, pp. 717-718.

Dicho esto, podría plantearse que mientras la gran minería del carbón invirtió en controlar la anquilostomiasis y se benefició de una mano de obra relativamente libre del parásito, el pujante negocio cuprífero de Potrerillos avanzó junto con las perforadoras, el polvo y las silicosis de los mineros. La notoriedad que alcanzaron la anquilostomiasis y luego la silicosis significó también que otras lesiones y patologías, como las irritaciones en la piel, las intoxicaciones en fundiciones o la antracosis, perdieran relevancia en la jerarquía de enfermedades a tratar. Otras investigaciones tendrán que esclarecer las razones y presiones que condujeron a algunas enfermedades de origen laboral al olvido, a pesar de su vigencia y gravedad, así como también indagar en las estrategias sindicales, gubernamentales y empresariales que incidieron en ello, señaladas aquí con extrema superficialidad.

Registro bibliográfico

ORTÚZAR, DIEGO

«La política de las enfermedades profesionales. Anquilostomiasis y silicosis en Chile, 1920-1940», en: ESTUDIOS SOCIALES, revista universitaria semestral, año XXV, n° 49, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral, segundo semestre de 2015, pp. 183-210.

Descriptores · Describers

salud / trabajo / anquilostomiasis / silicosis / Chile
health / work / hookworm disease / silicosis / Chile

Recibido: 22 / 10 / 2014

Aprobado: 18 / 12 / 2014

NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

ESTUDIOS SOCIALES 49 [segundo semestre 2015]

