

La medicina anatomoclínica y su llegada y consolidación en Chile: 1833-1843

**Proyecto de grado para optar por el título de profesional en Artes Liberales en
Ciencias Sociales**

Presentado por:

María Camila Núñez Gómez

Tutor:

Emilio Quevedo Vélez

**Universidad de Rosario
Escuela de Ciencias Humanas
2015**

Agradecimientos

El mayor gesto que mis padres han tenido conmigo es el hecho de haberme dado la oportunidad de estudiar y de apoyarme durante el proceso de convertirme en quien soy.

Gracias a mis padres y a mi hermana por su entusiasmo y constante apoyo emocional, económico y moral durante mi tiempo en la Universidad del Rosario.

Gracias a mi familia por su compañía en este proceso, porque aunque no entendían muy bien lo que hacía, siempre me mostraron su apoyo.

Agradezco al Dr. Emilio Quevedo por su guía y sus enseñanzas durante este tiempo, porque no es suficiente con leer y aprender, es necesario saber leer y saber aprender. Gracias profe!

A los docentes del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones, quienes me acogieron por casi un año y de quienes aprendí cosas muy valiosas. Porque sin saberlo, me motivaron a estudiar y trabajar más duro, gracias!

Gracias a la Escuela de Ciencias Humanas por las oportunidades que me brindó durante mi carrera, a los docentes por su guía y a mis compañeros por los retos.

Quiero agradecer a Javier Díaz. Su apoyo y compañía durante estos cinco años no han pasado desapercibidos, ha estado conmigo durante todo lo malo y lo bueno que me ha pasado. Junto con él me formé como persona, como estudiante y como amiga. Gracias por todo amor.

Quiero agradecer al grupo Barra de Tango y a URDiplomats porque pertenecer a ellos y compartir con la gente que conocí gracias a ellos, ha hecho de mi vida en la universidad una experiencia mucho más rica de la que me hubiera imaginado cuando inicié mi carrera.

Tal vez ninguno de ellos o incluso yo entendamos completamente el impacto que tuvieron en mi vida, incluso si lo he dicho o manifestado de alguna manera, aunque tal vez no lo haya hecho nunca. Por eso no quiero dejar pasar la oportunidad de hacerles notar lo mucho que todos me han regalado. Así que, a todos les escribo de nuevo: ¡GRACIAS!

Contenido

Resumen	4
Abstract	4
Introducción	5
Problema y enfoque teórico-metodológico	5
Revisión historiográfica	9
Capítulo I: Análisis socio-histórico del proceso de formación de la medicina anatomoclínica	14
1. Contingencias sociales y políticas y sus relaciones de doble vía con la medicina: enseñanza e instituciones	17
2. El diagnóstico y la lesión, la lesión como clave. El final de la protohistoria de la medicina anatomoclínica	27
3. La consolidación de la medicina anatomoclínica	30
Capítulo II: La consolidación de la medicina anatomoclínica en el contexto de la formación de la Republica Chilena: 1833-1843	38
1. Del proceso de la independencia a la Patria Nueva	39
1.1 La Patria Vieja: un recuento 1810-1814	39
1.2 La Reconquista	41
1.3 La Patria Nueva	42
2. El periodo de anarquía y la llegada de la dictadura conservadora	44
3. Instituciones importantes	49
4. Consolidación de la medicina anatomoclínica en Chile	57
4.1 Los últimos toques	59
5. Consideraciones finales	63
Bibliografía	67

Resumen

El presente trabajo trata de dar cuenta de explicar el proceso por el cual la medicina anatomoclínica configurada en Francia durante el siglo XVIII llega y se consolida en Chile durante 1833 a 1843.

Par el desarrollo de este objetivo el trabajo consta de dos partes principales. En la primera parte se hace un estudio a profundidad sobre la configuración de la medicina anatomoclínica en Francia durante la Revolución Francesa. Esto nos permite entender que la constitución de esta medicina se da de la mano con la construcción del Estado Nacional francés y, así mismo, que este proceso se caracteriza por un cambio en la mentalidad de lo que significa la enfermedad y la manera en la que el oficio médico es entendido. La segunda parte es un estudio sobre cómo esta medicina llega a Chile y se consolida durante un periodo político particular en el que a la vez se institucionaliza la educación médica, se constituye un Estado Nación Chileno y se evidencia un cambio de los fundamentos de la medicina.

Abstract

This paper has a main objective that is to explain the process by which the French anatomic-clinic medicine from the XVIII century arrives and consolidates in Chile during 1833 and 1843.

In order to fulfill this objective this document is divided mainly in two sections. In the first one a deep study of the formation of anatomic-clinic medicine in France in the XVIII century during the French Revolution is made. This allows us to understand that the configuration of this medicine goes hand in hand with the construction of the French Nation-State and, likewise, that this process characterizes by a change in the mindset of what disease is and the way the medical profession is viewed and understood. The second section is an analysis of how this medicine arrives to Chile and consolidates during a particular period of time in which medical education becomes institutionalized, a Nation-State is formed and, at the same time, several changes in the basis of medicine are shown.

Introducción

“Lo pasado es mucho más peligroso (...) cuando nuestros enlaces con él se mantienen inconscientes y desconocidos” (Fleck, 1980, pág. 67)

Problema y enfoque teórico-metodológico

Enmarcado en los estudios sociales de las ciencias y de las profesiones, este trabajo busca, como primera y básica intención, explorar y explicar la forma en la que un fenómeno se configuró en un lugar determinado, en un tiempo determinado y en un contexto específico. El saber que poseemos en el presente es una herramienta poderosa, pero como toda herramienta, es necesario saber usarla, pero no solo para sacar de ella todo el provecho posible, sino también para no usarla de manera que limite las posibilidades de soluciones que puede darnos.

Es por esto que es importante tener clara la manera en la que nos vamos a aproximar al estudio de la medicina anatomoclínica en este trabajo, en consecuencia y como primer paso, a continuación se presentan los objetivos que guiarán la presente investigación.

Como objetivo general se planteó explicar cómo y por qué el pensamiento sobre la salud y la enfermedad y las prácticas de la medicina anatomoclínica francesa arribaron, se consolidaron y se institucionalizaron en Chile durante los años 1833 a 1843. Para cumplirlo, se establecieron los siguientes objetivos específicos:

- Describir el proceso de pensamiento de la medicina anatomoclínica en Francia y el ambiente que lo propició.
- Explicar la manera en la que el cambio de pensamiento sobre la salud y la enfermedad arribó, se consolidó y se institucionalizó en Chile en los años 1833-1843.
- Describir el contexto político y social chileno que permitió la entrada, la consolidación e institucionalización de la medicina anatomoclínica.

La medicina no ha sido siempre la misma, no solo en sus métodos o conocimientos, sino en lo que se espera de ella y como se entiende la labor del médico. Es por esto que estudiar un pedazo de la historia de la medicina requiere, no solo, saber qué es la medicina y sobre qué trata, sino saber cómo es entendida por la sociedad en la que está inmersa y los procesos que la configuran y que influyen en sus cambios.

Es por esto que el enfoque que seguirá este trabajo es el enfoque de los estudios sociales de la medicina, incluyendo herramientas teórico-metodológicas de la historia y la sociología de la medicina y de las profesiones. Enfoque desarrollado por el Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones de la Universidad del Rosario y apropiado por la autora como una herramienta para dar cuenta de un proceso específico desde una perspectiva que integra metodologías y conceptos de diferentes disciplinas de las ciencias sociales, lo cual permitirá que el trabajo sea uno completo y que dé cuenta de los objetivos y del resultado final que se quiere lograr.

Este enfoque recoge las dimensiones del neo-institucionalismo histórico de los años 1970 y 1980 y por ende este estudio no ve a la medicina como un ente apartado de la sociedad, ni

como un resultado exclusivo de relaciones sociales externas. No se concentra en describir el proceso como un mero paso a paso hacia la perfección, sino que entiende la medicina como un campo, en el que se dan un conjunto de relaciones de lucha y fuerza entre actores y en dónde están en juego capitales materiales y simbólicos (Quevedo, Hernandez, Cortés, & Eslava, 2013).

Como campo, la medicina se encuentra en relación con otros campos, lo que hace que su configuración y funcionamiento estén también determinados por lo que denominaremos actores socio-políticos, entendidos estos como las instituciones que se identifican con un proyecto político, con unas relaciones sociales determinadas y que sus miembros comparten una idea sobre lo que es bueno y justo (Quevedo, Hernandez, Cortés, & Eslava, 2013). Esto configura un espacio de poder y de discusión que lleva a que la medicina sea configurada dentro de estas relaciones, haciéndola no solo un fenómeno social, sino un fenómeno con dinámicas propias.

En adición a esto y como parte de la integración de la perspectiva del neo-institucionalismo, el Estado se toma como eje central del análisis socio-histórico pues es visto como un actor socio-político complejo que articula otras instituciones y que es “arena de lucha” de otros actores. Esta institución permite estudiar las relaciones de doble vía del campo con la sociedad y el estado, las cuáles configuran el campo de la medicina y sus relaciones con los otros campos (Quevedo, Hernandez, Cortés, & Eslava, 2013)

Este enfoque llega en medio de un proceso de configuración de la historia social de la medicina, la cual surge entre los años de 1960 y 1970 como reacción a una tendencia llamada historia intelectual (Waddington, 2011, pág. 5). Su surgimiento está enmarcado en la crítica a una idea simplista de progreso y en el auge de una sociología crítica de la medicina, representada mayoritariamente por Michel Foucault, según afirma Waddington. Es así que podemos entender este surgimiento como opuesto a una tradición historiográfica antigua, escrita más que todo por médicos y que se concentraba meramente en el estudio de la práctica clínica y de los médicos (Reverby & Rosner, 2006, pág. 173).

Esta nueva inclinación crítica llevó a que se consideraran nuevos aspectos en la historia de la medicina, incluidos aspectos sociales y políticos, los cuales empiezan a tomar importancia y de esta manera, se cambia la perspectiva del presentismo¹ para narrar la historia, por una de crítica y de reevaluación. De la mano con lo anterior, la medicina toma ahora un papel protagónico en las dinámicas de la sociedad, es necesario estudiar la medicina y sus teorías, porque ellas son ahora inseparables de las transformaciones sociales e institucionales. La medicina ahora podría representar todo, es ahora parte de un contexto social que no se puede separar de cambios culturales, socioeconómicos y políticos (Waddington, 2011, pág. 5). Se entendió que todos los aspectos que parecían periféricos a la medicina eran ahora parte de su

¹ Entendemos la expresión presentismo como una manera de entender y de tratar la narración histórica, que ve y trata los fenómenos desde el punto de vista del presente, lo que puede llevar a una mirada positivista y de progreso, llevando a mal interpretar los fenómenos como errores o como primitivos.

centro, más aun, que una historia de la medicina no podría existir sin estos aspectos (Reverby & Rosner, 2006, pág. 177).

Desde este momento diferentes perspectivas fueron sumándose a la historia social de la medicina, entre ellas la historia desde abajo, los estudios feministas, los estudios de la dimensión económica de la medicina, la perspectiva del paciente, el constructivismo social, entre otros. Dejando todas ellas una tendencia y un aporte conceptual y metodológico en la historia social. Ahora se entendía el campo de la historia de la medicina como un campo de historia social en dónde cabían aspectos sobre raza, género, clase social y política. Se vio a la historia de la medicina como una iniciativa social más que como una iniciativa científica (Reverby & Rosner, 2006, pág. 173)

Esta cambio no solo reflejaba un cambio de enfoque sino en el oficio del historiador, parte de esta nueva configuración recae en el hecho de que estas nuevas visiones vinieron acompañadas de nuevas formas de escribir y, por ende, de un tipo diferente de historiadores. La oposición teórica empieza a verse como un desafío al campo y mientras más estudiantes o publicaciones mostraban su apoyo a esta nueva historia de la medicina, más se veía en crisis el campo de la historia antigua tradicional (Reverby & Rosner, 2006, págs. 174-176).

Entre las anteriores, la idea de la construcción de la enfermedad y de la medicina fue tomando fuerza y la percepción sobre la existencia de diferentes maneras de experimentar y de reconocer la enfermedad se fue haciendo más fuerte. Como parte de esta perspectiva, Charles Rosenberg contribuyó con la afirmación sobre cómo la enfermedad tiene una realidad biológica, pero también una realidad en la que las perspectivas sociales, culturales y económicas permiten el acceso al conocimiento médico y a la integración de maneras en la que la salud, la enfermedad y la curación son definidas culturalmente (Waddington, 2011, pág. 12).

Podemos rescatar otro ejemplo de estos aportes a la historia social de la medicina, la historia desde abajo tuvo auge entre 1970 y 1980 y se evidenció en ella una primera aproximación a los temas de los hospitales y el papel de los pacientes en los estudios sobre la medicina (Reverby & Rosner, 2006, págs. 181-182). Lo que esto puede indicarnos es que cada una de las nacientes tendencias en estudios sociales fue siendo incluida en los estudios de la medicina, llevando a que cada vez más aspectos considerados “externos”, hicieran parte de ella y de su constitución. Es una manera de ver una clase de pluralismo en los estudios sociales de la medicina, que se conjuga, en este caso, en la medicina y de como este pluralismo ha logrado enriquecer el estudio de su historia (Huisman & Harely Warner, 2006, pág. 19)

Es así que la historia social de la medicina no es solo un intento por profundizar en el conocimiento de las teorías médicas por sí solas. Es un esfuerzo y una integración de diferentes disciplinas para entender las dinámicas que hacen que la medicina sea medicina en cada contexto y momento de la historia. Aún más, es el momento en el que aún se plantean nuevos modos de aproximación a la historia de la medicina.

Lo que es importante resaltar es el hecho de que la medicina deja de ser un campo aparte de las dinámicas de la sociedad, su estudio se mezcla con el estudio de diferentes esferas que enriquecen la visión de la historia de la medicina. Esto hace que la historia social sea una herramienta de análisis que permite entender no solo lo que es la medicina, sino la sociedad que la define y cómo. Igualmente, al tomar como guía este formato queremos eliminar la distinción que se dio en la historia de la ciencia y de la medicina sobre el externalismo o internalismo de la medicina. Como lo afirman Reverby y Rosner, es vital entender como una práctica médica o científica es creada (Reverby & Rosner, 2006, pág. 185), la intersección de estudios sobre lo que implica un cambio en la medicina y la manera en la que esta se relaciona con otros procesos, personajes o cambios es lo que queremos destacar.

De la mano con la anterior perspectiva, se trabaja con base al enfoque de la profesionalización de la medicina. La profesionalización viene siendo un tema de estudio de los estudios sociales que toma como eje principal de análisis la consolidación de un oficio como una profesión enmarcada en dinámicas políticas e institucionales que dan cuenta de ella. Es interesante recalcar que estos procesos de profesionalización están inmersos en la construcción de los Estados nacionales liberales y burgueses de cada país que “requería de la clase media para la prestación de servicios para las clases altas productivas (...) y para las clases bajas que aportaban su fuerza de trabajo para la producción” (Quevedo, Hernandez, Cortés, & Eslava, 2013, pág. 305). Esto lleva a que la profesión tenga autonomía y control sobre sus conocimientos y trabajo.

Estos procesos de profesionalización cuentan con unas características especiales, definidas dentro de la historia y la sociología de las profesiones, las cuales hacen que, al final del proceso, un oficio sea entendido como una profesión. En primer lugar una profesión tendrá un cuerpo de conocimientos y saberes propios (sean creados o apropiados); en segundo lugar se construyen actividades y normas técnicas, éticas y de regulación para la práctica profesional, los cuales son, según nuestra perspectiva, consecuencia de procesos sociales y políticos que un grupo lleva a cabo para lograr exclusividad en un campo de conocimientos y prácticas determinado; en tercer lugar, las profesiones lidian con instituciones propias (ligado al proceso de medicalización del hospital en nuestro caso) que pueden ser de ejercicio de la profesión, de reproducción de saberes y prácticas, de circulación del saber, de agremiación o construcción de autonomía y, de regulación de prácticas; en cuarto lugar es necesario que se establezcan relaciones de doble vía con la sociedad y con el Estado, dado que estas crean condiciones que influyen en el desarrollo de la profesión y en su reconocimiento como tal, pero también es porque la sociedad y el Estado se ven afectados por las construcciones conceptuales que se elaboran desde las profesiones (Quevedo, Hernandez, Cortés, & Eslava, 2013, págs. 306-307).

Como veremos durante el desarrollo de la investigación estos aspectos de análisis son usados y resaltados de manera especial, dado que el proceso de la medicina anatomoclínica coincide con estos procesos de profesionalización². Se crean hospitales, se legitiman los

² Puede decirse que de alguna manera sirve como motor para este proceso ya que establece un tipo de conocimiento específico sobre el cuerpo y la enfermedad que luego es monopolizado y apropiado por un

conocimientos por medio de revistas, se crean escuelas y facultades de medicina, entre otras cosas. Se evidencian procesos de institucionalización de las profesiones y de nuevas consideraciones a la medicina, se da un cambio de perspectiva hacia los médicos y lo que ellos pueden ofrecer a las naciones nacientes.

Este proceso y el estudio de la constitución de la medicina anatomoclínica pueden ser vistos como la constitución de un sistema de instituciones y de agentes relacionados con el surgimiento de la profesión, es así que esta investigación incluye el estudio de las condiciones sociales que posibilitan la emergencia y constitución de profesiones como la medicina, como afirman Quevedo, et al citando a Gonzales Leandri (Quevedo, Hernandez, Cortés, & Eslava, 2013, pág. 308), pero al mismo tiempo nos permite ver la integración de campos sociales, políticos, locales o internacionales con el campo de la medicina.

Revisión historiográfica

Este trabajo, además de estar enmarcado en el enfoque ya descrito, lo está en la trayectoria del Grupo de Estudios Sociales de las Ciencias, las Tecnologías y las Profesiones, ya que la idea y el objetivo del presente escrito surgieron del trabajo de la autora en dos proyectos que buscan estudiar la historia de la medicina y de la salud pública en América Latina³. Desde esta perspectiva este trabajo no es solo una exploración nueva desde un enfoque no aplicado antes en la historia de la medicina chilena, sino que puede ser material de apoyo para el desarrollo de las demás fases del proyecto antes mencionado.

Para el desarrollo de los capítulos se usaran diferentes fuentes que se consideraron apropiadas para el estudio que se quiere realizar. Para el primer capítulo nos centramos en el análisis de algunos trabajos del historiador Pedro Laín Entralgo y de Michel Foucault. Esto porque como evidenciamos anteriormente el enfoque que tiene Foucault hacía el estudio de la historia de la medicina nos permite tener un análisis que va más allá de los componentes “naturales” de la medicina y nos lleva a entender en otro nivel (epistemológico y social) las dinámicas sociales en las que esta perspectiva de la práctica y el conocimiento médico se desarrolla.

Sobre el periodo que nos interesa el autor Stephen Jacyna rescata la existencia de una pregunta social muy común en el siglo XIX que incluía un claro aspecto médico: la enfermedad era vista como una de las mayores consecuencias de la sociedad industrial. De esta manera, la relación entre enfermedad y orden social fue resaltada por el hecho de que los episodios de cólera, entre otras cosas, llevaron a protestas en varias ciudades europeas (Jacyna, 2006, pág. 16). Se empezó a ver el manejo de los cuerpos como un medio para garantizar metas mutuamente reforzantes de eficiencia económica, estabilidad política y salubridad (Jacyna, 2006, pág. 17).

grupo que termina por establecer ciertos requisitos para su práctica enmarcados en un ambiente institucionalizado.

³ Proyectos: Historia comparada de la Historia de la Medicina y de la Salud Pública en América Latina, fase exploratoria; “Estudio comparativo sobre la historia de la medicina y de la salud pública modernas en América Latina. Fase II: Estudio comparativo piloto del caso Colombia-Ecuador, desde la disolución de la Gran Colombia (1830) hasta el inicio de las reformas desarrollistas (1960)”.

Es así que este autor afirma que “es evidente que la historia de la medicina de occidente no puede ser separada del entendimiento de las transformaciones sociales, políticas y económicas que ocurrieron en la primera mitad del siglo XIX” (Jacyna, 2006, pág. 25), un enfoque el cual este trabajo trata de recoger. Con relación a esto el autor afirma que existen dos grandes tradiciones historiográficas que dan cuenta de la transformación de la medicina entre 1800 y 1849, la marxista y la de Michel Foucault.

La corriente marxista está caracterizada por su análisis de la religión, la política, las ciencias, etc., como ideologías diseñadas para enmascarar la realidad de inequidad y explotación directamente ligada con el surgimiento del capitalismo, una perspectiva ya conocida que es estudiada desde todas las disciplinas. Desde esta perspectiva “el burgués se negaba a dejar que algo se desperdiciara, incluso los cuerpos que habían guiado a una temprana tumba” (Jacyna, 2006, págs. 26-27).

En contraposición, la corriente de Foucault se ve como una corrección de la historiografía marxista. En nuestro caso, no la entendemos así, sino como una manera complementaria de entender los procesos que nos permite integrar diferentes procesos y miradas. Una de las características más importantes de esta corriente es el concepto de poder, su método se concentra en los procesos de control y de disciplina del cuerpo, cosa que hace que su estudio de la salud gire en torno a que los asuntos de la salud y la enfermedad encajan en estrategias más grandes de gobernanza de sociedades industriales (Jacyna, 2006, pág. 27).

Consecuentemente, el uso de Foucault nos permite ir más allá de los contenidos de la medicina, pero no se queda solo en los procesos de producción y en las dinámicas de poder de una clase sobre otra, sino que permite un análisis más profundo y bilateral de las contingencias sociales, políticas y médicas en nuestro caso. No obstante, es importante añadir que el estudio de los contenidos es de vital importancia para este estudio, ya que si no conocemos la “internalidad” de la medicina no podremos saber cómo es que ella realmente se entrelaza con la sociedad y sus fenómenos.

Es por esto que usamos las obras del historiador de la medicina Pedro Laín Entralgo como punto de referencia para entender estas transformaciones internas, de contenidos médicos, pero que no nos es suficiente para elaborar la explicación que se expuso en el objetivo general. Aún más, es por esto que se usan también autores como Henry Siegerist, José López Piñero, George Rosen, Erwin Ackerknecht, entre otros que podemos inscribir en la tradición de la historia social de la medicina o la sociología de la medicina, porque se espera formar una mirada amplia sobre los procesos que se quieren estudiar y cada uno de ellos demuestra experticia sobre los asuntos del cambio a la medicina anatomoclínica.

Los aportes de los estudios sociológicos de Ackerknecht, Foucault o Waddington, permiten entender cómo dinámicas como la relación médico-paciente, se ven modificadas, también de la mano con procesos sociales y políticos del momento y con las exigencias que estos presentan, aspecto del cual también daremos cuenta en el capítulo 1 de este trabajo. Jacyna rescata que el aspecto común de estos estudios está en la insistencia de que los eventos de París marcan una nueva época en la historia de la medicina occidental, todos rescatan la novedad de establecer el hospital como centro de reorganización y reconocen que este

conocimiento y práctica dependían de unas relaciones de poder dentro de una economía médica (Jacyna, 2006, pág. 58).

Por lo tanto el objetivo de usar estos autores de manera no dogmática es, además de ampliar el punto de vista, poner a discutir diferentes miradas de análisis del tema y corroborar la información que proporcionamos en este trabajo. A este enfoque lo llamamos “eclecticismo consecuente”.

Teniendo todo esto en cuenta, lo que se encontrará en esta investigación es un estudio sobre la configuración de la medicina anatomoclínica y su posterior llegada y consolidación en Chile. En el primer capítulo se estudiara el proceso de cambio en la concepción de enfermedad incluyendo el estudio del cambio en el método y en la concepción de la realidad que este implica. El capítulo incluye un estudio de las situaciones sociales y políticas que se relacionan con los cambios en la medicina y en la manera en la que ésta, con sus nuevos conocimientos y métodos, intervienen en la sociedad. Esto nos permitirá entender claramente qué es la medicina anatomoclínica y cómo se estableció para poder tener una visión clara y amplia sobre lo que veremos qué sucederá en Chile.

El segundo capítulo estará dedicado a la llegada y consolidación de la medicina anatomoclínica en Chile durante el periodo de 1833 a 1843. En esta capítulo se estudiara el contexto social y político de Chile durante los años de lucha de la independencia para poder entender las dinámicas que configuran el ambiente que permitió que el gobierno de 1833 fuera el que propició la entrada de la medicina anatomoclínica. Así mismo, se analizarán los cambios en el estudio y en el ejercicio de la medicina para dar cuenta del proceso de cambio en el campo de la medicina y, paralelamente, los cambios por los que pasó Chile para configurarse como una República.

Para el trabajo de este segundo capítulo se recurrió a fuentes secundarias principalmente, dado que el acceso a fuentes primarias estuvo restringido durante el desarrollo de la investigación. Sin embargo se hizo uso de herramientas virtuales que permitieron el acceso a ciertas fuentes primarias, como la página Fuentes documentales y bibliográficas para el estudio de la Historia de Chile, por medio de la cual pudimos tener acceso a periódicos, manuscritos, entre otros contenidos que enriquecieron el trabajo de investigación.

De la mano con esto, se usaron como referencia dos médicos que escriben cada uno un libro sobre la historia de la medicina en Chile: Pedro Lautaro Ferrer (Ferrer, 1904) y Ricardo Cruz-Coke. En el caso de Ferrer realiza un estudio extenso sobre los cambios en la medicina y las contingencias sociales y políticas que ocurrieron paralelamente. En el caso de Cruz-Coke, el autor realiza un trabajo más inclinado al estudio de la medicina desde las dimensiones sociales y políticas externas a ella. Lo que encontramos es que en cada uno la información es muy valiosa para rastrear los acontecimientos chilenos relacionados con el surgimiento de la medicina anatomoclínica, pero que ninguno logra realizar un análisis balanceado sobre la manera en que medicina, sociedad y Estado se relacionan. No dan cuenta de la presencia de una medicina anatomoclínica dado que sus términos de clasificación están enmarcados en los procesos políticos o sociales externos a la medicina.

De ahí que se recuperen los datos de ambos libros, que usaron información de fuentes primarias, para reconstruir un proceso, pero que se usen adicionalmente las herramientas de análisis establecidas en el primer capítulo y autores que expongan el transcurrir de la historia política y económica de Chile para intentar dar un nuevo enfoque al estudio de la medicina.

Esta última anotación nos lleva a aclarar porqué se desarrolla la investigación con el estudio de Chile particularmente. En primer lugar un estudio sobre este tema y con principios metodológicos similares ya se realizó en Colombia de manera amplia y con publicaciones recientes al respecto⁴. En segundo lugar, fue como parte de la misma línea de investigación del proyecto que resultó en esas obras sobre Colombia que la autora encuentra interés en el tema y adquiere conocimientos sobre el problema en Chile. Pero más allá de esto, ciertas particularidades (que notaremos más adelante) en el caso chileno nos llevan a desarrollar un interés especial en él, y, aunque se pueda decir cosas muy similares sobre los demás países latinoamericanos, su configuración política resulta un pilar muy interesante entre la interacción de doble vía entre medicina y sociedad. Como parte de esto, Chile se mostró como un país que si bien no fue el primer país latinoamericano en el que se consolidó esta medicina fue uno de los primeros, junto con México⁵ y fue anterior a Colombia (dónde se da en 1865).

Pero más allá de todo, Chile resulto ser un caso de estudio entretenido y agradecido, tanto así que nos permitimos citar las palabras de Pedro Lautaro Ferrer en la introducción a su libro *Historia General de la Medicina en Chile* para ilustrar la manera en la que el compromiso con el estudio y entendimiento de este proceso y de su interrelación con otros nos permitió exponer la transformación chilena de la medicina anatomoclínica:

“No debemos olvidar que la documentación del presente es un libro que leerá el porvenir. Y con cuanta mayor razón hay que sustentar estos principios cuando es determinada la indagación histórica a una faz del progreso nacional, en cuya acción juegan papel importante, como es en la *historia de la medicina en Chile*, personalidades y hechos a los cuales están vinculados, no sólo el avance intelectual y científico, sino también el civil y político de nuestra república. Porque en verdad, la vida de la ciencia médica, entre nosotros, ha llevado la vida de nuestra propia nacionalidad, es decir, pobre durante tres siglos de nuestra primitiva estagnación, con alientos de reacción durante las luchas de la libertad y de nuestra cimentación constitucional, y por fin, robusta y sanguínea en pleno desenvolvimiento de la edad adulta del país. En la marcha que signe todas la ciencia, y en especial la medicina, hay que observar su origen y sus mutaciones; hay que indagar sus tendencias para descubrir su espíritu.” (Ferrer, 1904, pág. 3).

Finalmente, tendremos un espacio para discutir las reflexiones finales sobre la investigación y la manera en la que se condujo. Se espera que para este punto el lector haya encontrado en el texto más que solo una narración de una historia, sino un esfuerzo por entender las diferentes dinámicas y esferas que se ven relacionadas con el proceso de formación de una

⁴ Historia de la Medicina en Colombia, tres tomos publicados y financiados por Tecnoquímicas.

⁵ En los demás países suramericanos la llegada de esta medicina se da posterior a 1840.

nueva medicina y cómo esta, con todo su historial, es apropiada por un lugar específico con condiciones igualmente específicas.

Capítulo I: Análisis socio-histórico del proceso de formación de la medicina anatomoclínica

“Para que la experiencia clínica fuera posible como forma de conocimiento, ha sido menester toda una reorganización del campo hospitalario, una definición nueva del estatuto del enfermo en la sociedad y la instauración de una cierta relación entre la asistencia y la experiencia, el auxilio y el saber; se ha debido envolver al enfermo en un espacio colectivo y homogéneo. Ha sido también menester abrir el lenguaje a todo un dominio nuevo: el de una correlación perpetua y objetivamente fundada de lo visible y lo enunciable” (Foucault, *El Nacimiento de la Clínica*, 2003, pág. 275).

Estas palabras de Foucault parecen ser el resumen más acertado del proceso en el que se consolidó la medicina anatomoclínica como la entendemos ahora. Este es un proceso que atraviesa y necesita de la articulación de muchas dimensiones para incluirse en lo científico, entre ellas incluidas la social, la política, la conceptual, la tecnológica, la institucional y la económica.

Es un proceso que permite identificar la manera en la que un pensamiento nuevo e innovador para la sociedad es articulado en un contexto histórico, social y cultural específico. Es por esto que su importancia radica no solo en el hito científico-técnico y de conocimiento que significa para la medicina, sino en la manera en la que se configuró con el mundo y la forma cómo se hace visible.

El principal objetivo de este apartado es exponer este proceso de la manera más clara posible y evidenciar la articulación de sus dimensiones. Se espera que al finalizar, no solo el proceso en su totalidad quede evidenciado, sino que sea claro que: 1) en ese proceso y como parte de sus aportes y resultados, la medicina anatomoclínica va de la mano con la construcción del estado-nación en la Francia del siglo XVIII; 2) y que tanto la medicina anatomoclínica como el Estado Nación presentaron contingencias y coyunturas especiales que permitieron su consolidación y popularización por el mundo.

La medicina anatomoclínica se convirtió en un hito de la modernización de la medicina como resultado de la construcción de un nuevo concepto de salud y enfermedad que implicó la superación de los métodos diagnósticos y terapéuticos característicos de la medicina

hipocrática-galénica⁶ y de la medicina ilustrada⁷, por lo tanto, la transformación de la enseñanza y de la práctica médicas. Este cambio fue posible gracias a las coyunturas sociales

⁶ Esta medicina tiene tres aspectos que vale la pena destacar. En primer lugar debe su nombre a dos médicos, Hipócrates (siglo V a. C) y Galeno (129-199 d. C) quienes con sus aportes construyeron lo que es el paradigma antiguo de la medicina desmontado solo hasta la Ilustración. Tanto Hipócrates como Galeno aportaron a este paradigma no solo su legitimación, sino sus principios. En términos generales, con Galeno, esta medicina tuvo una base en la filosofía de Aristóteles en tanto que la enfermedad es una potencia y al llegar al sujeto se convierte en *pathema*, el ser en acto. Segundo, esta medicina entiende la salud y la enfermedad desde la perspectiva de la *Physis* o naturaleza del mundo, cuyo equilibrio y buen funcionamiento definen el equilibrio de las personas y su estado de salud al relacionarse directamente con su *physis* (naturaleza del hombre). En este contexto la enfermedad es la monarquía de un humor (componentes del cuerpo) sobre los otros causando un caos en la *krasis* (mezcla) de ellos. Existen cuatro humores: sangre, que es caliente y húmeda por estar conformada por fuego y agua; la pituita o flema, fría y húmeda porque está compuesta por aire y agua; la bilis amarilla, caliente y seca dado que está compuesta por fuego y tierra; y la bilis negra, fría y seca porque está compuesta por aire y tierra. (Laín Entralgo, 1972, pág. 90).

En tercer lugar, esta medicina establece una serie de pasos técnicos para la práctica de los médicos (entendido como un oficio), los cuáles se conservan (en nombre) hasta el día de hoy. El pronóstico (por el cual el médico identifica si la enfermedad se dio por azar o por necesidad para decidir si actúa o no sobre ella), el diagnóstico (el médico determina cómo, porqué y en qué circunstancias ocurrió la enfermedad) y la terapéutica (por medio de la cual el médico debe ayudar a la naturaleza a recobrar el equilibrio que ha perdido, dado que le médico no cura, solo sirve de asistente a la *Physis*).

Esta medicina entonces se acerca a la enfermedad con un esquema de pensamiento caracterizado por el hecho de que el entendimiento del mundo y de sus fenómenos son atribuidos a la naturaleza y a sus leyes (ya no al pensamiento mítico) y, de igual manera, se identifica un paralelo con las nuevas configuraciones sociales y políticas en las que una nueva economía plantea nuevos retos y necesidades a las personas, sus oficios e interacciones (Sigerist, 1949); (Laín Entralgo, 1972); (Vernant, 1992).

⁷ Antes de que llegara la medicina ilustrada se presentaron una serie de medicinas, que podemos llamar de transición en el cambio de paradigma, pues aunque se incluyen nuevos conocimientos, la manera de acercamiento a la realidad se conserva, la conjetura como modo de llegar a la verdad de la enfermedad y la observación está enfocada a ese cambio en las sustancias del cuerpo. Entre estas es importante destacar la medicina árabe (quienes lograron una sistematización y traducción de la medicina hipocrático-galénica, que permitió acomodarla a los preceptos de religiones monoteístas como el Islam), la medicina medieval y renacentista como los iatroquímicos, iatrofísicos y la corriente vitalista, cuyos conceptos (fisiológicos y epistemológicos) se recuperaron en la medicina ilustrada.

La medicina ilustrada entonces inicia con la medicina sydenhamiana, Thomas Sydenham (1624-1689) fue un médico inglés que logro trasponer el pensamiento filosófico de Francis Bacon y John Locke y la intención de dejar de buscar las esencias de las enfermedades en un nuevo concepto de salud-enfermedad. Todo esto en adición a las falencias que estaba teniendo la medicina hipocrático-galénica al lidiar con epidemias como la peste negra, llevó a que no solo se cuestionaran los fundamentos de la medicina, sino su práctica y el contexto en el que esta se desarrollaba. En este nuevo contexto el conocimiento es poder y la enfermedad es ahora un *pathos* activo, es un esfuerzo de la naturaleza por eliminar el mal (Laín Entralgo, 1982, pág. 47). El método de aproximación al conocimiento también cambia, pues no se buscará lo que esté más allá de los sentidos, de este modo, los síntomas son la enfermedad, dado que es como ella se muestra al mundo. Es necesario destacar también que la medicina se apropia del método clasificatorio de la botánica para la clasificación de las enfermedades, lo que permite identificarlas de manera más clara por lo que realmente son, de esto modo son importantes también las historias clínicas para entender la evolución de los síntomas y como tratarlos (Laín Entralgo 1961, 1982).

Otro aporte importante a la medicina ilustrada fue dado por Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) quien es uno de los primeros representantes de la patología anatómica, usada por él para ubicar el síntoma en una realidad del cuerpo, en una lesión. Morgagni es un cirujano que aporta a la medicina el acercamiento a las

y políticas que enmarcaron la Revolución Francesa y que sirvieron de caldo de cultivo, tanto para la construcción de esta nueva medicina, como para el surgimiento del Estado Nacional Francés.

Logra esto al superar los paradigmas⁸ antiguos de la medicina que parten desde el paradigma hipocrático-galénico y que cambia de manera particular durante siglos en etapas que el autor Pedro Laín Entralgo, estudiando retrospectivamente el proceso de la medicina anatomoclínica, llama la Prehistoria, Protohistoria e Historia.

La prehistoria de la medicina anatomoclínica incluye a Sydenham (médico característico de la medicina ilustrada) y el aporte de Morgagni. Es el momento de la ruptura con el método clásico y en el que se introduce el método empírico sistémico de la Ilustración. Esta fase se sitúa como el precedente principal de la medicina anatomoclínica. Posteriormente, y siguiendo a este mismo autor incluiremos las fases de protohistoria y finalmente la consolidación, la historia, de la medicina anatomoclínica junto con los personajes pertinentes en cada una de ellas⁹.

Es importante mencionar que el criterio que Lain usa para la división de estas etapas está dirigido al lugar que ocupa la lesión en el diagnóstico: la prehistoria se caracteriza por que la lesión se consolidó como hallazgo casual dentro del diagnóstico, la protohistoria sucede cuando la lesión pasa a ser una clave para el diagnóstico, lo que significa que en el momento de la consolidación de la medicina anatomoclínica la lesión se posiciona como fundamento del diagnóstico, reemplazando a los síntomas (Lain Entralgo 1961, 1982).

En consecuencia a continuación presentaremos el proceso de constitución de la medicina anatomoclínica, teniendo cuenta todos los aspectos mencionados que se relacionan con ella

necropsias para identificar los síntomas y las mismas prácticas de la cirugía como útiles a la medicina (Lain Entralgo, 1961).

⁸ Se usará de acá en adelante el término paradigma, a falta de uno más adecuado, para referirnos al conjunto de saberes y prácticas relacionadas con la medicina de un momento específico. Nos basamos en un uso que supera el aspecto netamente internalista de la concepción kuhniana de paradigma y tomamos como referencia la interpretación más inclinada a lo social y contextual que hacen del término los constructivistas. Desde esta perspectiva el paradigma es una forma típica de hacer las cosas y de entender las cosas, una forma típica de hacer ciencia como resultado de un conjunto de interacciones en un momento dado. La forma en la que Golinski plantea esta nueva versión de paradigma es como un *model problem* en inglés, un modelo que está basado en la distinción que el mismo Kuhn hizo de la definición de paradigma, una más sociológica (de la que se apropió su aplicación) y una más filosófica (de la cual se aprovechó su forma básica). Esto resulta en un concepto más completo y en constante interacción con aspectos sociales, de poder (jerarquías, disciplina, consenso) y de contexto, una interacción de doble vía. Adicionalmente lo relaciona con el concepto de "tacit knowledge", como una forma de ver y de hacer (Golinski, 1998).

⁹ Es relevante resaltar que el uso de esta clasificación no significa que se entienda la historia de la medicina de manera lineal, ni mucho menos positivista. Esto nos da la posibilidad de tener clara una lógica de cambio que nos permite estudiar y analizar el proceso que nos interesa. Este trabajo no pretende dar cuenta de precursores o de una idea de continuidad lineal.

para poder entender ese contexto de configuración, su significado y la relación de doble vía que tiene con la sociedad y la política de Francia del siglo XVIII.

1. Contingencias sociales y políticas y sus relaciones de doble vía con la medicina: enseñanza e instituciones

El aporte de Herman Boerhaave

Para este punto es importante resaltar el papel del médico neerlandés Herman Boerhaave (1668-1738), quien con sus aportes a la medicina y a la enseñanza de la medicina se constituyó como un hito dentro de las reformas de la educación médica y que, dentro de la clasificación que hace Laín Entralgo, hace parte de la protohistoria de la medicina anatomoclínica. Estos aportes no solo se consolidan dentro de la medicina, sino que, como veremos más adelante, tienen que ver con la manera en que los cambios institucionales y sociales empiezan a pesar en la configuración de una nueva medicina.

Sus aportes a la medicina pueden agruparse en dos categorías principales: su contribución a la reforma de la enseñanza de la medicina, la cual incluye la propuesta de un nuevo *curriculum* de estudio y; la pregunta fundamental sobre la lesión como clave del diagnóstico gracias a su experiencia clínica (siguiendo las enseñanzas de Sydenham), su apoyo a las necropsias y su característico sistema ecléctico¹⁰.

El aporte de la reforma a la medicina realizado por Boerhaave se manifiesta en el plan de estudios que puso en marcha en la Universidad y en el Hospital de Leiden que incluía un *curriculum* de 5 años, la inclusión de tres salas de clínica¹¹ en el hospital y el uso y mejoramiento del jardín botánico de la Universidad. Estas tres cosas modificaron la esencia de la enseñanza pues el *pensum*, ahora más organizado, necesitaba de lugares propicios para aprender por medio de la práctica. Es necesario resaltar que desde Sydenham la medicina se guió por los principios de la filosofía de la Ilustración y por esto busca encontrar el conocimiento por medio de la práctica y del uso de los sentidos. Así mismo, también siguiendo la tradición sydenhamiana, se incluyó la clínica como parte vital del estudio de la medicina.

Su actividad clínica consistía en que “día tras día iba Boerhaave de un lecho a otro, comentando con los estudiantes cada caso. Los estudiantes más antiguos, eran ascendidos a practicantes, tal como se hace hoy en día” (Sigerist, 1949, págs. 129-130), de esta manera, “en el hospital de Boerhaave se cristalizó el método del reconocimiento del enfermo” (Sigerist, 1949, pág. 130).

De la mano con lo anterior, el característico sistema ecléctico de este médico se configura gracias a su formación en ciencias como la física, la química, la medicina, la teología y la

¹⁰ Entendido como un plan abierto que toma conocimientos y métodos de muchos lugares y que toma criterio desde ellos.

¹¹ Estas salas consistían en seis camas para hombres en una y seis camas para mujeres en otra, en las que pacientes con diferentes enfermedades que presentaban los síntomas más típicos eran llevados para que Boerhaave, durante sus lecciones de medicina, discutiera con los estudiantes los síntomas, signos y evolución de la enfermedad. Era un enfoque práctico y clínico basado fuertemente en las enseñanzas de Hipócrates, en la que la medicina era efectuada y enseñada a la cabecera del paciente (Knoeff, 2007).

botánica. El estudio de estas ciencias y su experiencia como docente de ellas, le permitió a Boerhaave elaborar una teoría y un sistema médico, en el que se incluían nociones de cada disciplina rescatando de manera importante la tradición hipocrática y el enfoque clínico y práctico y resaltando la terapéutica que la botánica le ofrecía (Knoeff, 2007). “Se ha afirmado a veces que Boerhaave favoreció el auge del materialismo en el pensamiento médico (...) el desarrollo de la medicina sobre la firme base de la ciencia natural comienza con Boerhaave, con una tendencia a desdeñar la influencia de la mente y el espíritu sobre la salud y la enfermedad” (Lindeboom, 1973, pág. 325), lo cual se destaca gracias sus estudios de filosofía y su afirmación sobre la importancia de una medicina no especulativa y poco rigurosa.

La manera en que la Knoeff destaca la particularidad de este médico parece apropiada para nuestro texto y para entender mejor la significancia de su figura: “Boerhaave fue alabado particularmente por su sistematización de la medicina (teórica y práctica) y de la química. Su objetivo más importante era enseñar a sus estudiantes los primeros rudimentos y métodos de una disciplina en particular. Por ende, dedicó, mayoritariamente, sus *Institutiones medicae* a la fisiología, una disciplina racional preocupada por las causas de la estructura del cuerpo, que estudia la naturaleza humana tal cual es. En medicina clínica, notó cómo los signos y síntomas eran indicativos de una enfermedad particular. En química, por otro lado, no enseñó formulas prescritas, él quería que sus estudiantes entendieran la naturaleza de las enfermedades y sus curas más que prescripciones de memoria.”¹² (Knoeff, 2007, págs. 235-236).

Finalmente, la manera en la que este médico llegó a la pregunta sobre la lesión y su papel en el diagnóstico está conectada principalmente con la importancia de la clínica. Los pacientes que habitaban su sala de clínica en el hospital de Leyden, si morían, eran también sujetos a una necropsia a cargo de Boerhaave acompañado de sus estudiantes. Esto hacía parte de sus lecciones y le permitió, simultáneamente, ver y comparar las lesiones de los cuerpos de los enfermos y de los cadáveres, pues la observación sistemática y cuidadosa era parte de sus principios, herencia también de Sydenham (la cuidadosa observación) y del mismo Hipócrates, de quien enseñó libros del Corpus Hipocrático en sus clases como principio y requisito para poder ejercer la práctica de la medicina (Knoeff, 2007).

De la mano con estos aportes y gracias a su enfoque clínico y de observación, Boerhaave estableció el canon de la historia clínica, la cual fue estructurada así: los antecedentes, el examen del paciente, la discusión del diagnóstico, pronóstico y tratamiento y, eventualmente, la necropsia (Lindeboom, 1973, pág. 324).

Los principios de enseñanza prácticos y clínicos de Boerhaave, con fuertes bases en la química y la botánica fueron llevados al resto de Europa por estudiantes que atendieron sus clases y que transmitieron sus conocimientos en sus países de origen (por ejemplo Albrecht

¹² “Boerhaave was particularly praised for his systematization of medicine (theoretical and practical) and chemistry. His most important aim was to teach students the first rudiments and methods of a particular discipline. Hence, he devoted his *Institutiones medicae* mainly to physiology, a rational discipline concerned with the causes of the structure of the body, which studies why human nature is as it is. In clinical medicine, he noted how signs and symptoms are indicative of a particular disease. In chemistry, on the other hand, he did not teach prescribed formulae, he wanted his students to understand the nature of diseases and their cures than to learn prescriptions by heart.” (Knoeff, 2007, págs. 235-236).

von Haller a Suiza, Gerard van Swieten a Viena, Julien de La Mettrie a Francia, William Cullen a Escocia, entre otros (Lama T & Van Wijngaarden, 2002)). He aquí la manera en la que Boerhaave tuvo tal repercusión en Francia y más tarde en América.

Contingencias sociales y políticas

Ahora, teniendo en cuenta el proceso de las espacializaciones de la enfermedad que describe Foucault¹³ (Foucault, 2003), podremos retomar el término de medicina de las especies (la medicina ilustrada sydenhamiana). Esta medicina está en su momento crítico cuando se presenta la tercera espacialización, la institucional, en la que determinadas contingencias sociales guiaron una reconfiguración de los contenidos metodológicos y teóricos de la medicina, que permitió la reorganización de la medicina y el nacimiento de esta medicina clínica.

Para la medicina de las especies, la enfermedad es una naturaleza salvaje, pero entre esta más se acerca al espacio social más se desnaturaliza, por esto Foucault afirma que la medicina de las especies necesita una espacialización libre, fuera del hospital, en el núcleo del hogar y de la familia, un lugar natural (Foucault, 2003, págs. 37-39), que permite que ella fluya de manera natural y que pueda curarse. Es con relación a esto que entramos a analizar, gracias a Foucault las tareas de esta medicina y de la espacialización en los aspectos sociales y políticos.

El problema de la asistencia a los hospitales, o a domicilio, lleva a que Foucault analice los problemas de la pobreza extrema y de la cadena de enfermedades que se dan en el espacio del hospital. Con relación a esto, afirma que la enfermedad necesita un espacio por el cual el Estado responda, una medicina ligada a él y que pase a ser una tarea racional, una nueva medicina, una nueva mirada y nueva experiencia médica que llevan a la espacialización institucional, en la cual la medicina de las especies se pierde (Foucault, 2003, pág. 40).

Según Foucault, parte de esta nueva configuración es la denominada medicina de las epidemias, la cual se construye al darle a las epidemias, en el siglo XVIII, el carácter de ser “un modo autónomo, coherente y suficiente de ver la enfermedad” (Foucault, 2003, pág. 43), pues la epidemia no difiere de la naturaleza de las enfermedades individuales, es una afección esporádica repetida cierto número de veces.

Gracias a esta nueva concepción, la epidemia se empieza a ver como un problema que no solo afecta a unas cuantas personas, sino que son varias las que se contagian. La tradición

¹³ Término usado por Foucault para referirse a la manera en la que, en este caso, la enfermedad se relaciona y encuentra un lugar en la sociedad y en sus dinámicas durante el proceso de transformación de la mirada médica (observación y discurso) hasta llegar a la medicina clínica. Se presentan en el texto tres espacializaciones de la enfermedad: una primaria en la que la enfermedad está definida por su espacio o lugar en un cuadro nosológico, fuera del individuo; la secundaria la cual localiza la enfermedad en el individuo meramente; y la terciaria que incluye la institucionalización de la enfermedad e incluye toda la dinámica social que enmarca a la enfermedad (Vásquez García, 1995, págs. 66-67)

En palabras de Foucault La primaria funciona bajo la lógica de la medicina clasificatoria ilustrada y sucede cuando la enfermedad es aparente el cuerpo, solo un espacio en la clasificación y la segunda da cuenta del hecho de que no es necesario el órgano para definir la enfermedad, ella se mueve por los órganos sin modificarse (Foucault, El Nacimiento de la Clínica, 2003).

sydenhamiana dicta que la enfermedad es los síntomas, por ende, en cada persona afectada por la epidemia se mostrarán los mismos síntomas, de acuerdo con esto, es necesario poner especial atención a las causas¹⁴ y al contagio¹⁵ (Foucault, 2003, pág. 45).

A la dimensión del contagio le atribuimos una relevancia mayor desde Foucault porque es desde ella que la epidemia, como una forma de enfermedad, adquiere una individualidad histórica que tiene demandas específicas sobre su observación. Es por este camino que la medicina de las epidemias se une y se ve reforzada por instancias del gobierno y por el reforzamiento del control y de la intervención del médico (Foucault, 2003, pág. 48), gracias a esto y adicional a la formación de una conciencia de la necesidad del control de la salud por parte del gobierno, se crea una nueva conciencia médica.

Hecho que lleva a que se modifiquen no solo las tareas de los médicos sino también las instituciones que dan cuenta de ellas, incluidas las facultades de medicina, donde recordamos la labor hecha por Boerhaave y sus estudiantes.

La Real Sociedad de Medicina de París, fundada en 1776, era el órgano de control de las epidemias y se convierte en el punto de centralización del saber, más aún, “se convierte en el órgano oficial de una conciencia colectiva de los fenómenos patológicos” (Foucault, 2003, pág. 51). Desde esta nueva experiencia y con el apoyo de las contingencias de la revolución de 1789 se empezó a configurar una reforma institucional para modificar la manera en la que se lidiaba con este nuevo problema de salud que se fue volviendo social paulatinamente.

En este contexto, en el siglo XVIII el acto fundamental del conocimiento médico era establecer una señal en el paciente, posteriormente situar el síntoma en la enfermedad, luego situar la enfermedad en un conjunto específico y orientar ese conjunto al interior de un plano general del mundo patológico (Foucault, 2003, pág. 53).

Desde este momento la conciencia médica se centraliza. En palabras de Foucault, “la mirada médica circula por el interior de un círculo donde no está controlada sino por ella misma” (Foucault, 2003, pág. 55), es decir, un espacio social en el que la enfermedad es el propio referente de su tratamiento. La vida cotidiana se vuelve ahora, no solo el centro de aplicación de la medicina, sino un ente que la dirige y que determina sus movimientos.

A la estructura plana de la medicina clasificadora (sin lugar en el cuerpo, solo en el cuadro) le sigue una figura esférica (tridimensional) en la que el espacio médico puede coincidir con el espacio social. Las miradas de los médicos forman una red que vigila y que interviene en la vida de los individuos y su vida en la sociedad. Así, se da una implantación de la conciencia médica en los individuos: ahora ellos son ciudadanos informados y esta conciencia médica es ahora el saber médico (Foucault, 2003, págs. 55-56).

¹⁴Consistencia de las causas: Foucault menciona que puede ser una causa que se mantiene en el tiempo o puede ser que varias causas ataquen a todos los afectados (Foucault, 2003, pág. 45).

¹⁵ Puede ser por medio de miasmas, sustancias pútridas que salían de agua estancada o material putrefacto en los suelos que se mezclaba en el aire causando enfermedades.

Estas preocupaciones sociales y políticas se manifestaron con fuerza en el periodo de la revolución Francesa, en el que no solo la construcción de una nueva conciencia médica, sino el cambio y la reforma de instituciones, reflejaron el nuevo espíritu político y las necesidades sociales que se planteaban en la población, el gobierno y la salud.

Con respecto a esto, el autor George Rosen nos presenta otra cara del análisis que nos interesa, la cara de los demás habitantes de la Francia del momento. En el año 1789 al momento de explotar la revolución, se elaboraron unas listas de quejas. Estas listas permitieron identificar la mendicidad y la pobreza como los principales problemas de la sociedad de los cuales muchas otras problemáticas se desprendían, junto con esto se planteó la necesidad de que el gobierno tomara parte y responsabilidad en la protección de la población y en la garantía de sus derechos por medio de instituciones públicas y privadas (Rosen, 1985).

Las preocupaciones y las exigencias manifestadas al Estado se concentraban en que los pobres constituían gran parte de la población, y esto llevo a que se reexaminaran los servicios prestados a ellos y la manera en la que vivían. Los hospitales jugaban una parte importante en esto porque eran, en el momento, instituciones de caridad, asilos que alojaban indigentes (Rosen, 1985, pág. 263).

Adicionalmente, al médico se le atribuye un rol en la política, como afirma Foucault, “la lucha contra la enfermedad debe comenzar por una guerra contra los malos gobiernos” (Foucault, 2003, pág. 59), el hombre que es curado, es un hombre liberado y, de esta manera el médico actuará como consejero del ciudadano y garantizará el equilibrio y la felicidad de los hombres libres. El médico e instituciones como los hospitales o las academias de medicina se desaparecían en este ideal porque solo sería necesaria la aplicación de leyes apropiadas.

La realidad de la medicina para este momento estaba dada por la tarea de “instaurar en la vida de los hombres las figuras positivas de la salud, de la virtud y de la felicidad” (Foucault, 2003, pág. 60). La medicina tendrá no solo la dimensión del conocimiento de las técnicas de la curación, sino también el conocimiento del hombre sano, una definición del hombre modelo. De esta manera y en contraposición con la medicina del siglo XVIII, la medicina en el siglo XIX es una figura en un plano de relieve (la esfera tridimensional), ya no un mero punto de referencia para entender la enfermedad. Foucault afirma que la vida social es la bipolaridad médica de lo normal y lo patológico, entre lo normal y lo anormal (Foucault, 2003, pág. 62) y se configura de esa manera una medicina del espacio social.

Esta nueva medicina del “campo social”, como la llama Foucault, se diferencia fundamentalmente de la medicina de las especies patológicas porque, aparte de que sus fundamentos sobre el conocimiento cambian, cambian las exigencias hacía a ella y las instituciones relacionadas a ella son modificadas.

Como se menciona anteriormente, el campo de la mirada y de la experiencia médica es un campo abierto para crear un conocimiento profundo de la salud de una población, que resulta ser similar al espacio social que deseaba la revolución, “un espacio de libre circulación”. Un

espacio en el que se da la “convergencia espontánea y arraigada entre las exigencias de la ideología política y las de la tecnología médica” (Foucault, 2003, pág. 63).

Dentro de este contexto de transformación de los ideales que debe seguir la medicina y los cambios de su espacio, Foucault nos permite tener presente dos procesos que dieron pie a la continuación del cambio en la perspectiva de la medicina: la renovación de los hospitales y la enseñanza de la medicina. Este fenómeno lo podemos relacionar con el proceso de configuración de la medicina como una profesión, se establecen instituciones propias de la medicina y los conocimientos se van volviendo cada vez más refinados y exclusivos.

En primer lugar, el esquema de los hospitales, concebidos como casas para pobres y mendigos, dirigidos por comunidades religiosas, se pone en tela de juicio y se habla de que la enfermedad debe suceder y superarse en su ambiente natural, es decir, en la familia. Pero no todos los ciudadanos tienen el privilegio de un lugar natural al que pertenecer, es así que el Comité de Mendicidad de Francia, en consecuencia con el tema de una conciencia social centralizada de la enfermedad, enfatiza la necesidad de establecer los hospitales como casas para enfermos que actúen como el sustituto de la familia (Foucault, 2003, pág. 66). Desde este punto Foucault pone en evidencia que, con respecto al enfermo, la familia es un ente de compasión y tiene un deber de cuidado y, la Nación tiene, por el contrario, un deber social y colectivo de asistencia.

La transformación de los hospitales llevó también a una transformación en la profesión médica, consolidándose así una medicina hospitalaria (Foucault, 1978, pág. 24). En este orden de ideas, lo primero que se intentó fue purificar el hospital de los aspectos nocivos que provocaba, entre ellos las enfermedades. Es así que primero se dio una reorganización de los hospitales, una fiscalización más estricta (basada en los hospitales marítimos y militares bajo el régimen del mercantilismo), según Foucault, esta reorganización se hace desde una tecnología política, la disciplina (Foucault, 1978, pág. 26).

La necesidad por la asistencia pública y el objetivo de erradicar la mendicidad se conjugaron en las preocupaciones de toda la Nación y los recursos de los hospitales fueron declarados propiedad del Estado. Es por esto que los fondos fueron dirigidos a dos objetivos: para atender a los enfermos indigentes, orfanatos, ancianatos, inválidos y casas correccionales y; un fondo de reserva para enfrentar situaciones extraordinarias (Rosen, 1985, pág. 267).

Es así que la iniciativa puesta en marcha por la Asamblea Legislativa de emplear la asistencia como recurso para la defensa del país se transformó en política bajo la Convención Nacional en 1792, ella afirma que “la Asistencia pública es un deber sagrado. La sociedad debe ayudar a los ciudadanos en desgracia, ya sea proporcionándoles trabajo o garantizando los medios de existencia a los que no pueden trabajar” (Rosen, 1985, págs. 277-278).

De esta manera, se añade al papel de técnico de la medicina, el papel económico, moral y jurídico de la repartición de la ayuda, todo debido a las demandas y las protestas hechas por los pobres; una evidencia de una constante retroalimentación entre la medicina y la sociedad. Así mismo, la conciencia médica que se desprende de estos procesos necesita tener un espacio propio, el hospital. Una institución reformada y preparada para lidiar con los

problemas que la medicina cotidiana no puede afrontar, las enfermedades contagiosas y las complejas. El hospital, entonces, es ahora una medida indispensable de protección¹⁶, “la familia ahora se encuentra duplicada en otro espacio que debe reproducir como un microcosmos la configuración específica del mundo patológico” (Foucault, 2003, pág. 69).

Por el mismo proceso en el que la Revolución buscaba eliminar los hospitales, logró reformarlos y fortalecerlos, posicionándolos como el centro de la medicina. Ackerknecht afirma que se evidencia el incremento de instituciones hospitalarias en París desde el momento de la Revolución, adicionalmente, que desde 1790 fueron propiedad del Estado y fueron centralizados definitivamente desde 1849 (Ackerknecht, 1967, pág. 18). Y, esto, porque ahora la concepción de la enfermedad ha cambiado, ha dejado de ser algo metafísico a algo que puede ser identificado, diagnosticado por los médicos por medio del uso de su experiencia y de sus sentidos.

Cuatro cosas se logran por medio de la fiscalización del hospital: un arte de distribución de los individuos en una localización que permita clasificarlos y combinarlos; se ejerce la disciplina sobre el desenvolvimiento de la acción, es decir de la acción del cuidado; una constante vigilancia a los individuos y; se impone un registro continuo (Foucault, 1978, págs. 27-28). Es este proceso y esta tecnología de poder los que permitirá la medicalización del hospital, afirma Foucault y, al mismo tiempo, la transformación de la práctica médica, se afirma la posición normativa del médico ya que ahora el hospital es una institución para curar y de formación médica (relacionado con el proceso de laicalización mencionado antes) (Foucault, 1978, pág. 32).

En este contexto la enfermedad es presa de un doble sistema de observación: una mirada que la confunde en el contexto de las miserias sociales a suprimir; y la mirada que aísla la enfermedad para que este enmarcada en su verdadera naturaleza. Como parte de este proceso, la Revolución, por medio de la Constitución del año II, logra instituir la asistencia pública como derecho de los ciudadanos y deber del Estado. Así mismo, y como ilustra Ackerknecht, “El hospital de París de nuestro periodo [1794-1848] ya no era, en su concepción y organización, un receptáculo medieval de todas las miserias. Eventualmente, se había convertido en una institución médica y por ende, sirvió como la cuna de una nueva medicina” (Ackerknecht, 1967, pág. 22)¹⁷.

Con respecto a los hospitales, Foucault nos presenta un panorama en el que combina este cambio con la consolidación de la clínica, pues según él “la historia de la clínica contará aquello por lo cual la medicina a través del tiempo significa y mantiene su verdad” (Foucault,

¹⁶ Proteger a la gente sana de la enferma, al enfermo de las prácticas ignorantes y a los enfermos de otros enfermos (Foucault, 2003, pág. 69)

¹⁷ "The Paris hospital of our period was [1794-1848], in its conception and organization, no longer a medieval receptacle of all miseries. It had eventually become a medical institution and thus served as the cradle of a new medicine" (Ackerknecht, 1967, pág. 22).

2003, pág. 84). De ahí que este autor plantea la necesidad de estudiar la historia de las instituciones en las cuales la medicina y la clínica manifiestan su esfuerzo de organización.

Bajo las enseñanzas de Boerhaave y sus reformas a la educación y a los hospitales, en 1775 se estableció un reglamento para los hospitales militares, lugares en donde la enseñanza clínica se organizó primeramente (Foucault, 2003, pág. 90). Este reglamento exigía al menos un año de enseñanza práctica para los estudiantes de medicina: un curso de práctica clínica. Desde este momento se construye lo que Foucault llama la Protoclínica y que en la clasificación realizada por Laín Entralgo corresponde a la protohistoria de la medicina anatomoclínica.

Las características atribuidas por Foucault a esta etapa pueden ser resumidas de la siguiente manera: 1) la protoclínica debe reunir y hacer sensible el cuerpo organizado y estructurado de la nosología, es decir, de la descripción y clasificación de la enfermedad; 2) la expresión directa de la clínica no se da por el hospital mismo, se da por el enfermo: el enfermo es el medio por el cual el texto de la enfermedad se da a conocer; 3) la clínica accede a la verdad solo por medio de una “clave ideal” por la cual es posible nombrar el fenómeno o la enfermedad, solo por medio del nombre la mirada del médico alcanza la verdad, así el método no es un examen sino una descripción; 4) la clínica se basa en la experiencia para la enseñanza, es su principio fundamental; 5) los estudiantes en la práctica de la clínica son capaces de refutar la palabra sabía por medio de la observación y escuchando el lenguaje de la naturaleza (Foucault, 2003, págs. 91-96).

El proceso de “comunalización” de los hospitales lleva, entre otras cosas, a que el hospital encuentre en la experiencia clínica un régimen de libertad económica. Los hospitales encuentran personalidad civil y la asistencia está ahora en manos del Estado, lo que hace que un contrato entre el hospital (lugar donde se curan a los pobres y a los enfermos) y la clínica (donde se forman los médicos) funcione con base a una necesidad de curar, de practicar y de enseñar una medicina con un deber político y médico (Foucault, 2003, págs. 124-128).

De esta manera, “gracias a la tecnología hospitalaria, el individuo y la población se presentan simultáneamente como objetos del saber y de la intervención de la medicina. (...) La medicina que se forma en el siglo XVIII es una medicina tanto del individuo como de la población” (Foucault, 1978, pág. 33).

El segundo gran proceso que nos presenta Foucault como facilitador del cambio en la medicina, se da en torno a su enseñanza y a su ejercicio profesional. Pero, era necesario para la revolución hacer dos reivindicaciones: limitar estrictamente el derecho a ejercer la medicina y organizar de manera más rigurosa los estudios universitarios (Foucault, 2003, pág. 74). Desde esta perspectiva y como consecuencia de estas acciones se presentan nuevas exigencias: la regulación y organización del saber, la abolición de privilegios y la vigilancia eficaz de la salud. Podemos decir que en la base de esta transición está el cambio promovido por Boerhaave, quien como mencionamos fue uno de los primeros en reformar la clínica y la enseñanza de la medicina.

Como parte de la problemática estuvo presente el hecho del cierre de las universidades, que llevo a que se decidiera que la educación tomaría más años y existirían pocas facultades. La enseñanza práctica tomo gran protagonismo gracias al precedente de Boerhaave pero empatada, como menciona Foucault, con el tema de la utilidad social. La práctica médica se da en un dominio libre y abierto, como el de la mirada, que se representa en el hospital como lugar de verdades sistemáticas, o cómo lo menciona Ackerknecht, como “taller de la nueva medicina, solo en este lugar los tres principios de ella pudieron ser llevados a cabo: examen físico, autopsias y estadísticas” (Ackerknecht, 1967, pág. 15). De esta manera la “conciencia pública encontrará en la enseñanza a la vez su libre expresión y la utilidad que busca” (Foucault, 2003, pág. 81).

Antoine Francois de Fourcroy (1755-1809) fue el hombre encargado por la Convención de elaborar un reporte sobre la educación médica en Francia. En 1794 presentó un informe que llevó a las siguientes acciones: se promulgó una ley en la que se instituían 3 escuelas de medicina nuevas basadas en la enseñanza clínica. Esta ley no solo permitió la reformulación de la enseñanza médica sino también la legitimación del nacionalismo que estaba surgiendo en Francia y reflejó también la tendencia utilitarista de la filosofía del momento (Ackerknecht, 1967, págs. 32-35).

Estas medidas están inscritas en el 14 Frimario del año III de la Revolución: el ideal de la escuela era un lugar de poco leer y mucho hacer, la clínica figuraba como una estructura esencial de la coherencia científica de la medicina (Foucault, 2003, págs. 106-107), se usa como la manera de enseñar el verdadero arte de curar, y para la utilidad social y pureza política de la nueva organización médica (Foucault, 2003, pág. 107).

Fourcroy hizo evidente la necesidad de establecer hospitales para complementar la enseñanza clínica, parte vital de la práctica de la medicina. La clínica, desde este momento comprende dos partes: el estudio en el anfiteatro y el estudio con los enfermos. De esa manera esta primera reforma implica una reorganización de la medicina alrededor de la clínica, lo cual no quiere decir que esté basada solo en un mero empirismo, sino que la clínica es definida como un saber de la naturaleza y como el conocimiento del hombre en la sociedad (Foucault, 2003, pág. 109).

Es importante destacar dos aspectos que estuvieron incluidos en esta reforma a la educación y a las instituciones de la medicina, que más adelante profundizaremos al hablar sobre otros personajes relevantes del cambio. El primero de ellos es la integración de la cirugía en el campo de la medicina gracias a la significancia que tuvo está en la medicina militar y la manera en la que se vinculó al método médico. El segundo, es la importancia dada a la anatomía, también en relación con las nuevas tendencias y nuevos conocimientos médicos, con la práctica de la disección como medio de enseñanza y de ratificación del diagnóstico. Con respecto a esto se crea en 1797 la escuela de disección como accesoria de la Escuela Médica o *Ecole de Médecine*, creada en 1796 (Ackerknecht, 1967, pág. 37).

Estos procesos de cambio y de reforma son fundamentales para este trabajo ya que dan cuenta de la manera en la que se vinculan las diferentes dimensiones que se mencionaron al principio de este apartado, son dimensiones políticas, institucionales, sociales y científicas que se

traslapan y dan cuenta de un proceso de cambio. La reforma en la pedagogía demandará y permitirá a la facultad reorganizar e instaurar el saber en formas diferentes de experiencia, “la manera de enseñar y de decir convertida en manera de aprender y de ver” (Foucault, 2003, pág. 97). Estas dimensiones, como las mencionadas anteriormente se combinan y forman entre ellas el momento apropiado y las condiciones apropiadas para que se diera la consolidación de la medicina anatomoclínica.

Junto con estos factores de reforma encontramos otros hechos que también influyeron en estos procesos, como la proliferación de médicos charlatanes¹⁸ y el peligro que esto implicaba para el público, el auge de heridos de guerra y la deshospitalización de la enfermedad. Todos estos factores llevaron a que la población hiciera demandas como las presentadas anteriormente, pero también se presentaron diversas reacciones por parte de los médicos propiamente y en la forma en la que ellos mismos veían la medicina y la practicaban, era la convergencia de presiones y exigencias, como afirma Foucault, lo que estaba llevando a la creación de una nueva experiencia (Foucault, 2003, pág. 103).

Esta nueva experiencia se da en el contexto de una doble abolición, por un lado de las viejas estructuras de los hospitales y, por otro lado, de la universidad; lo que no sabíamos es que esto permite, en el campo de la mirada médica, que la experiencia y la enseñanza sea comunicada de manera inmediata, lo que llevaba a que el lenguaje dogmático se olvidara.

En consecuencia, un nuevo lenguaje surgía en el espacio del hospital, un lenguaje sin palabras y de nueva sintaxis, una clínica de configuración nueva alrededor de la cual la medicina se organizaba en un dominio liberado, “la necesidad de lo verdadero que se impone a la mirada va a definir las estructuras institucionales y científicas que le son propias” (Foucault, 2003, págs. 104-105). La clínica se establece de esta manera como tema decisivo de reorganización institucional de la medicina.

Foucault nos ofrece una lista de los cambios más importantes durante los años de la revolución en este aspecto, inicia con las medidas del 14 Frimario del año III, las reformas y discusiones durante los años V y VI y la intervención Cabanis y la reorganización de la medicina en el año XI (1800).

Posterior a las medidas del 14 Frimario, las reformas de los años V y VI se dan principalmente porque las primeras no dieron resultado, no se formaron médicos calificados que respondieran a las necesidades de la sociedad francesa. De esta manera surgió la urgencia de establecer un sistema de control adecuado, no solo para regular la práctica profesional, sino que incluyera un mayor rigor sobre las nuevas escuelas.

Dos reformas son presentadas en este contexto, de Daunou (concentrada en la clínica como la solución al problema de la formación de los médicos) y de Cáles (quien propone la existencia de cursos comunes a médicos, cirujanos y boticarios), ambas con un fin esencial, como lo menciona Foucault, el restablecimiento de un cuerpo de médicos calificados por un

¹⁸ Entendidos como médicos que no tenían los estudios o certificados requeridos para ejercer y que en vez de curar a los pacientes, podría llegar a representar un peligro para ellos y, de la mano, para la profesión.

sistema de estudios y de exámenes normalizados. Muchas reformas vinieron y se fueron durante este periodo, pero lo que se puede rescatar de este proceso es que “se encuentran reunidos, por primera vez, en un cuadro institucional único, los criterios del saber teórico y los de una práctica que no puede estar ligada sino a la experiencia y a la costumbre” (Foucault, 2003, pág. 117). Pero lo que es importante aclarar es que este proceso de reformas de enseñanza no “será posible mientras no haya sido resuelto el problema al cual sirve esta de pantalla, el del ejercicio de la medicina” (Foucault, 2003, pág. 117), es decir un problema de trasfondo político y conceptual.

De esta manera el oficio, la enseñanza y el lugar de la medicina se ven modificados y, de la mano la nueva definición de la clínica y su concepción como herramienta de conocimiento para la nueva medicina. Como hemos revisado el cambio de las estructuras hospitalarias se da tanto por factores “médicos” como sociales, “era necesario encontrar una estructura compatible con los principios del liberalismo y la necesidad de la protección social...” (Foucault, 2003, pág. 124).

2. El diagnóstico y la lesión, la lesión como clave. El final de la protohistoria de la medicina anatomoclínica

Dos alumnos de Giovanni Battista Morgagni, Giovanni Mari Lancisi y Michael Albertini tuvieron un papel muy importante en la etapa de la protoclinica, dado que, gracias a ellos y su continuación del estudio de la lesión como clave del diagnóstico, fue posible afianzar el proceso de diagnóstico en vida, con el apoyo de la confirmación en la muerte por medio de la autopsia. Buscaban “lograr conocer durante la vida de los enfermos lo que en los cadáveres (se) había visto una vez, reiteradamente o con frecuencia, y poseer signos diagnósticos bien estudiados y comprobados, aptos para discernir la lesión estructural” (Laín Entralgo, 1982, pág. 59) y así establecer un camino de doble vía, entre los síntomas en vida y las autopsias.

De manera paralela a estos estudios, Leopold Auenbrugger, inventor de la percusión torácica como recurso diagnóstico, fue también reconocido por traer a la medicina y a la clínica un signo exploratorio provocado y artificial, “como si” el médico estuviese viendo con los ojos lo que está oculto. Este método lo desarrollo gracias a un oído fino y la intención de descubrir las enfermedades que aquejaban al paciente y que no era posible descubrir por medio del examen lejano, requerido por las leyes de pudor vigentes en la época (Glasscheib, 1964).

Con todo y el descubrimiento de sonidos y del hecho de haber identificado enfermedades y sus manifestaciones, en su momento su descubrimiento no fue apreciado porque el método no era uno que se comprendiera o se aprendiera con solo la lectura de su obra “Nuevo procedimiento para descubrir las enfermedades ocultas del pecho, mediante señales obtenidas por percusión de la caja torácica”. Era necesario tener un oído fino y sensibilidad fina en los dedos, que no todo el mundo tenía, adicionalmente el lugar en la jerarquía social y médica de Auenbrugger no facilitó la comunicación o aceptación de su obra. No fue sino posteriormente, con Corvisart y Laennec, que su obra fue rescatada y puesta en práctica (Glasscheib, 1964).

Por el mismo camino, Phillippe Pinel y Pierre Jean Georges Cabanis¹⁹, de la mano con los fundamentos del vitalismo y del sensualismo, principalmente de Condillac, desarrollaron más a fondo la manera en la que la enfermedad era entendida. Pinel es reconocido principalmente porque jugó el papel de eslabón que unió a la naciente escuela anatomoclínica con la medicina de la Ilustración (Lopez Piñero, 1985, pág. 23).

Según Erwin Ackerknecht, Pinel era un *ideólogo*, un médico miembro del círculo de filósofos de la Ilustración, y uno de los pioneros en la instrucción clínica. Su método de análisis incluía un proceso de ir desde lo más simple a lo más complejo: desde los síntomas a las enfermedades sencillas y a las enfermedades complejas. Adicional a esto, podemos caracterizarlo por el uso de métodos como la estadística y por su fiel admiración por Morgagni, evidenciada en la traducción que realizó de su obra al francés. Clasificó las enfermedades de acuerdo a los síntomas y las organizó en una conocida tabla nosológica, que “pintaba la enfermedad”, hablando a un nivel descriptivo (Ackerknecht, 1967, págs. 48-49).

Con respecto a estas percepciones filosóficas y a la consolidación de la clínica dentro de la medicina, Foucault afirma que la clínica, como intento de formación de una ciencia basada en el campo perceptivo, supone una mirada que descubre la enfermedad y la hace accesible a la percepción. En palabras de Foucault esa mirada necesita no solo ver, sino leer, por medio de códigos perceptivos, las nuevas estructuras que se presentan al médico. Esto puede entenderse como la necesidad de ver y de entender las formas por las que la enfermedad se presenta, es decir, el signo y el síntoma, pero no desde las nociones de Hipócrates y Sydenham, sino de nociones que se constituyen dentro de un nuevo lenguaje sujeto a una nueva metodología médica (Foucault, 2003, pág. 130).

Felipe Cid afirma que el signo es un nuevo lenguaje para expresar los nuevos hallazgos, “conjugando la palabra exacta se daba cuerpo a la sensación”²⁰ (Cid, 1978, pág. 150), esto quiere decir que todos los fenómenos de la clínica podían ser comprensibles y comunicables. Así mismo, Cid plantea dos principios de la clínica desde esta perspectiva, la necesidad de una terminología apta para la codificación y la creación de un lenguaje apropiado para designar las lesiones y; describir con la mayor precisión posible las particularidades de los síntomas (Cid, 1978, pág. 150). Dos principios que es posible reconocer como base fundamental de la nueva medicina que se ha venido formando desde los acontecimientos y cambios que tuvieron lugar en la Revolución Francesa.

De la mano con todos estos cambios, se añade una nueva herramienta al proceso de consolidación de esta nueva mirada a lo patológico, la probabilidad se importa a la medicina como un medio para pensar y medir los hechos patológicos y que funcionó también para legitimar el espacio del hospital como un espacio de experiencia, como el espacio de la

¹⁹ Cabanis (1757-1808) fue un fisiólogo y filósofo francés destacado por su materialismo mecanicista. Fue profesor de higiene en el Hospital de Paris en 1795. Su obra se destaca por tratar de manera materialista el funcionamiento del alma y por seguir el principio vitalista en medicina (Britannica, s.f.).

²⁰ Nominalismo.

clínica y de la medicina²¹. Es por esto mismo que, como mencionamos antes, Ackerknecht afirma que la estadística es uno de los grandes hitos de la nueva medicina que nació en este momento en París (Ackerknecht, 1967, pág. 15).

Este método permitió a la medicina completar su cambio, “la visibilidad del campo médico toma una estructura estadística (...) y la medicina será un campo perceptivo no un jardín de espacios, sino un dominio de acontecimientos” (Foucault, 2003, pág. 149), por el mismo camino “la clínica es un campo que se ha hecho filosóficamente visible por la introducción en el dominio patológico de estructuras gramaticales y probabilitarias” se ha liberado a la percepción médica del juego de la esencia²² (Foucault, 2003, págs. 152-153).

Conforme a lo anterior, la medicina no solo se configuró como una manera de entender la enfermedad y de tratar a los pacientes, sino que se configuró como una disciplina científica con un espacio propio, un método propio y un conocimiento propio; todo configurado dentro del espacio social y político de la revolución francesa, traduciendo las medidas de control políticas y sociales al campo del hospital y de la enfermedad.

Como hemos mencionado anteriormente la observación clínica gira entorno a dos dominios, el hospitalario y el pedagógico (Foucault, 2003, pág. 157). En el dominio hospitalario el hecho patológico aparece como un acontecimiento que se repite en ocasiones, mostrándose a los médicos y guiando a los médicos para su entendimiento (Foucault, 2003, pág. 159). Es una relación entre la observación de la enfermedad y el conocimiento de ella que se da solo gracias a esta mirada clínica en un dominio neutro del hospital y solo gracias al nuevo acercamiento a los síntomas.

Esta mirada clínica incluye a la experiencia en el dominio clínico: la interrogación y el examen del paciente se articulan redefiniendo el vínculo entre el médico y el paciente, el cual está dado por tres medios, nos explica Foucault:

- a. Primero, la alternación de los momentos hablados y de los momentos percibidos que, con base al modelo de encuesta de Pinel, está constituida por cuatro momentos: un primer momento visual; un segundo momento en el que se analizan los signos y la secuencia en el tiempo de la enfermedad; un tercer momento que consiste en saber el progreso de la enfermedad y la manera en cómo es percibida en el momento; por último, un cuarto momento que es la palabra, la prescripción de un régimen de vida adecuado para que el paciente mejore²³.
- b. El segundo medio para el establecimiento del vínculo entre el médico y el paciente es el esfuerzo por definir una forma ordenada de correlación entre la mirada y el lenguaje, el cual terminará siendo el cuadro nosológico.

²¹ Parte del proceso de medicalización y de consolidación de métodos y conocimientos propios de la medicina.

²² Se introduce así la medicina estadística.

²³ Este proceso no solo establece una forma de diagnóstico, sino que permite que la enfermedad se muestre por medio de dos sentidos del médico, el que mira y el que escucha.

- c. Finalmente, el tercer momento del vínculo es el ideal de una descripción exhaustiva (como podemos ver, estos momentos son todos similares a los dos principios de la clínica descritos por Cid).

Esta necesidad e ideal de una descripción suficiente y exhaustiva será el resultado de la exactitud y de la correlación entre lo *visible* y lo *enunciable* que permite el cuadro clínico. Adicionalmente, la descripción como labor del lenguaje permite que lo enunciable tome significado, y todo esto lleva a que el enfermo pase a ser enfermedad, se da el paso de lo individual a lo conceptual (Foucault, 2003, pág. 164).

La descripción entonces juega un papel fundamental en esta nueva configuración de la enfermedad dado que no solo es el resultado de un nuevo orden conceptual, sino que es el resultado de un nuevo medio físico, si se puede llamar de esa manera. Esta descripción es el resultado de entender la enfermedad en un marco de tiempo específico para ella, entenderla como los síntomas y como las lesiones que nos permiten identificarla en vida y su manejo por medio de un lenguaje apropiado a ella. Así, y en palabras de Foucault, la descripción incluye seguir el ordenamiento de manifestaciones, seguir la secuencia de su génesis, es ver y saber simultáneamente²⁴ (Foucault, 2003, págs. 164-165).

La mirada y el lenguaje, lo visto y lo enunciable se combinan, y solo cuando esto ocurre es que ocurre realmente el saber y cuando la verdad de la enfermedad se muestra al médico. Solo con su experiencia clínica y con su bagaje racional el médico puede realizarse como médico (y cumpliendo un cierto deber con el paciente y la población). La descripción es entonces “hacer hablar lo que todo el mundo ve sin verlo”, por ende la experiencia clínica es una manifestación de la verdad (Foucault, 2003, pág. 166).

Sin embargo esta “medicina de los síntomas” como la llama Foucault se ve superada por una “medicina de los órganos”. A la mirada clínica se le presenta competencia con el vistazo que atraviesa las formas de lo sensible, es un vistazo de contacto. El ojo clínico será un índice que palpa y la experiencia clínica se abre a un nuevo espacio, el espacio tangible del cuerpo (Foucault, 2003, pág. 176). Los secretos de las lesiones ahora podrán ser develados y la lesión pasará de ser la clave a ser el fundamento de la medicina, en palabras de este trabajo, significa el fin de la protoclinica.

3. La consolidación de la medicina anatomoclínica

Con todo el recorrido que ha tenido la medicina y todos sus representantes, finalmente llega el momento de discutir la manera en la que la medicina anatomoclínica se consolidó como una práctica científica y como el modelo hegemónico del siglo XVIII en Francia, el cual se expandió de manera peculiar a diferentes lugares del mundo, incluyendo el nuevo continente americano.

Esta consolidación no solo incluye el momento en el que los métodos de la clínica y de la anatomía se fortalecen en la práctica y en la enseñanza de la medicina, sino por el nuevo aporte conceptual y técnico de los personajes que estudiaremos a continuación. Cada uno de

²⁴ “Porque al decir lo que se ve, se le integra espontáneamente en el saber” (Foucault, 2003, págs. 164-165).

estos presenta, adicionalmente, una nueva legitimidad a los conocimientos de la medicina y un nuevo nivel de apropiación de la práctica de la profesión.

Xavier Bichat (1771-1802), tuvo una gran influencia sobre la medicina anatomoclínica, no solo por su vitalismo²⁵ práctico sino por su labor pionera en la práctica de la anatomopatología, es decir, una separación práctica y experimental entre la anatomía del cuerpo sano y la anatomía del cuerpo enfermo que dio un nuevo fundamento al estudio de la anatomía y a la integración de ella a la medicina. La anatomía patológica para este médico dejaba de ser "...solo la ciencia de los cambios orgánicos de las enfermedades crónicas, (pues ahora) incluía el estudio de todas las alteraciones posibles de nuestro cuerpo cada vez que se estudian las enfermedades. (...) La medicina de la mano con esta ciencia tendrá un lugar en las ciencias exactas y deberá diagnosticar cuando la rigurosa observación este acompañada con el examen de los cambios en los órganos. (...). Los síntomas, correspondientes a nada, ofrecerán solo fenómenos incoherentes. Abrid algunos cadáveres, y esta oscuridad, que la observación por sí solo no podrá mover, desaparecerá" (Ackerknecht, 1967, págs. 55-56).

Adicionalmente, reafirmaba la noción de la lesión como fundamento de la enfermedad. Afirmaba que ella como desorden morfológico era el único fundamento de las disciplinas de la patología humana y así, de manera definitiva, el síntoma quedo supeditado a la lesión (Cid, 1978, págs. 139-140). Todo esto corroborado con la herramienta de la necropsia, tal y como se había sentado el precedente desde Lancisi y Albertini.

Como parte principal de su obra, Bichat afirmó que los tejidos y no los órganos eran los que alojaban las lesiones, y de esta manera planteó también la manera en la que los tejidos se comunican dentro del cuerpo. Esto se deriva de su profundo estudio vitalista sobre el cuerpo, afirmaba que todo animal, incluyendo el humano, está compuesto de pequeñas máquinas (órganos) dentro de la gran máquina (cuerpo), pero que los órganos estaban formados por tejidos que los generan como todo elemento químico genera un compuesto (Ackerknecht, 1967, pág. 55).

Laín Entralgo plantea una noción muy interesante sobre el papel de Bichat en la constitución de la medicina anatomoclínica. Afirmo que su formulación sobre la predominancia de la lesión y sobre su acción en el tejido, en adición con su empeño en que la medicina fuera una ciencia exacta por su relación con ciencias como la anatomía, fue un *giro copernicano de la medicina* entendiéndolo como el giro que cambio todo el esquema de pensamiento de los médicos, en analogía con lo que el *giro copernicano* logró con relación al paso del sistema heliocéntrico en astronomía. Es entendido como un cambio que modifica toda la estructura de conocimiento en este caso del campo de la medicina (Laín Entralgo, 1961, pág. 228).

Este giro establece, en términos generales, que la lesión ahora está en el centro del sistema solar de la enfermedad, es alrededor de ella que giran los síntomas, estos se subordinan a la lesión. La lesión es ahora la base de la patología y de la clínica, de las ciencias y herramientas que dan cuenta de la enfermedad (Laín Entralgo, 1982, pág. 62). En palabras de Foucault,

²⁵ Mentalidad en la que se considera al cuerpo como compuesto de fenómenos vitales que contrarrestan a la muerte. Así, el cuerpo tiene una fuerza vital propia.

este giro se da cuando la experiencia médica deja de lado el registro de frecuencias (síntomas) por la señal del punto fijo (la lesión), que finalmente define el estado patológico, este punto fijo lleva a que los síntomas sean ahora entendidos como fenómenos secundarios (Foucault, 2003, pág. 198). La localización de la enfermedad es la que lleva a la mirada del médico a entender la enfermedad junto con su historia patológica, pero dentro de un cuerpo (Foucault, 2003, pág. 199).

De la misma manera, Ackerknecht habla de Bichat como el padre de la histología (ciencia que estudia los tejidos), afirma que la división que el médico aplica de los órganos en tejidos es su aplicación de la idea sensualista de análisis, como veremos posteriormente con Foucault. Su método de trabajo y de estudio de las enfermedades lleva a considerarlo como uno de los principales médicos del momento, no solo por sus aportaciones intelectuales, sino por sus conexiones sociales con entes de poder como Napoleón y Sociedades Médicas de gran importancia para la legitimidad del oficio y de las nuevas ideas que vendrían (Ackerknecht, 1967, págs. 51-55).

Es así que en comparación con las previas nociones de la lesión como hallazgo o de la lesión como clave, la lesión es ahora la enfermedad. Los síntomas, ahora entendidos como signos físicos, que antes eran la enfermedad, ocurren ahora solo porque hay una lesión en el cuerpo. Desde este entendimiento es que la medicina anatomoclínica tiene en su base a la anatomía patológica, porque es ella quien le ayuda a dar cuenta de las anomalías en el cuerpo del enfermo.

Bichat entonces, partiendo de los planteamientos de Morgagni, establece la necesidad de reducir los volúmenes orgánicos a superficies homogéneas de tejidos, es así que Foucault afirma que “el ojo de Bichat es un ojo clínico porque concede un privilegio epistemológico absoluto a la mirada de la superficie (tejido)” (Foucault, 2003, pág. 184). Así, la superficialidad toma cuerpo, el tejido, y este es el correlato perceptivo de la mirada. Esta nueva dimensión en la cual el análisis se concentra de ahora en adelante, permite establecer formas patológicas generales, que pueden compartir un tipo de evolución e incluso los síntomas, pero cuyos factores diferenciales son las lesiones que se presentan en los tejidos.

Estas nuevas nociones planteadas por Bichat dan una importancia antes relegada al análisis, un análisis realizado al interior de la enfermedad y que libera los elementos importantes de ella antes aislados por la abstracción (Foucault, 2003, pág. 187). De manera fundamental el método de análisis que introduce Bichat es lo que lo hace uno de los médicos destacados de este periodo: un análisis que da un fundamento sólido a la clasificación dentro de un cuadro nosológico de la enfermedad.

Francois Joseph Victor Broussais (1772-1838) fue un médico francés pupilo de Bichat cuyo gran aporte fue afirmar que la fuente de la enfermedad, y por ende de la lesión, es la irritación en exceso o en deceso de los tejidos, es por esta preponderancia que le da la irritación que es reconocido como el inventor de la medicina fisiológica (Lopez Piñero, 1985, pág. 30).

Para Broussais la irritación era siempre un fenómeno local que luego llegaría a ser general: la inflamación; y que luego podría ser observada como una lesión; así, la fiebre era solo un

síntoma de la inflamación. Por ende, se debía buscar la sede de la lesión en el tejido, que a su vez forma el órgano. Las lesiones eran, finalmente, evidencia de las irregularidades en el funcionamiento del cuerpo (Ackerknecht, 1967, pág. 68).

Si bien los planteamientos de este médico tuvieron varias críticas, lo que se rescata es el hecho de que la irritación ocurre en el tejido y que esto efectivamente precede a la lesión. Como vemos, la manera en la que los rasgos característicos de la medicina anatomoclínica se configuran es como un rompecabezas, en el que cada pieza cae en su lugar sobre una base clínica, de experiencia y científica. Broussais refuerza la idea de la enfermedad como la lesión desde sus fuertes críticas a lo que el mismo llamaba el ontologismo de Pinel, al definir la enfermedad como entidades de los síntomas, afirmaba que no había otra forma de explicar las enfermedades que desde las lesiones de los órganos (Ackerknecht, 1967, pág. 62).

Broussais tuvo también mucho poder y fama en la sociedad francesa del momento por sus contactos con la política, Ackerknecht se refiere a él como un símbolo liberal, era partidario de la libertad y del patriotismo, lo que llevo sus enseñanzas a un nivel muy alto, legitimando, una vez más, un conocimiento médico que lindaba con ideales políticos, haciendo que en su momento, Laennec y su descubrimiento fueran tildados de antiguos.

La siguiente pieza fue añadida por J. N. Corvisart (1755-1821), quien “redescubrió” la percusión como herramienta de acercamiento y de entendimiento de los síntomas y signos de la lesión y es reconocido como uno de los grandes clínicos desde Pinel (Ackerknecht, 1967, pág. 73). El principal aporte de este médico consiste en el énfasis traído (nuevamente) sobre la importancia de la información sensorial que adquirimos y la importancia en potenciarla por medio de la provocación de los signos (Laín Entralgo, 1961, pág. 247) con el objetivo de que la medicina dejara finalmente de ser conjetural. Con Corvisart la observación se convirtió en examen (Ackerknecht, 1967, pág. 83), una observación que incluye la escucha del cuerpo por medio de la percusión.

La experiencia y la información sensorial, junto con la experiencia clínica del examen del paciente hicieron que este medio no solo reafirmara las anomalías dentro del cuerpo, sino también, el método por el que la medicina se estaba inclinando.

G. L. Bayle se destaca por su afirmación sobre la necesidad de los soportes anatomopatológicos, lesiones, en la nosografía. Su apoyo a las necropsias y el valor que le otorgó a los datos de la anatomía lo posicionan como el iniciador de la nosografía²⁶ anatomoclínica como tal (Lopez Piñero, 1985, pág. 156). Adicionalmente implementó la percusión como parte de la rutina de procedimientos de diagnóstico, siguiendo con los principios establecidos por Corvisart y redescubrió los principios de la auscultación de Hipócrates.

De esta manera fue formándose el rompecabezas de la medicina científica, apoyada en la anatomía y que entendía la enfermedad como una lesión de los componentes internos del

²⁶ Clasificación y descripción de las enfermedades.

cuerpo, la cual se presentaba al médico por medio de signos y síntomas, pero fue Laennec quien finalmente puso la última ficha para completar este panorama anatomoclínico.

René Laennec (1781-1826) es reconocido principalmente porque inventó el estetoscopio en 1816, el aparato que los médicos aun usan para escuchar los ruidos que produce el cuerpo de los pacientes naturalmente. Adicionalmente estableció la tabla de sonidos auscultatorios del tórax que no difiere mucho de la actual (Laín Entralgo, 1982, pág. 62). Laennec se posiciona como la ficha final o como el triunfo final de la medicina anatomoclínica porque fue el quien estableció y uso el método anatomoclínico por excelencia; estableció la posibilidad de auscultar de manera inmediata por medio de una herramienta.

Su invento no solo fue una nueva herramienta técnica de diagnóstico, sino que fortaleció nociones como el signo de la enfermedad y la presencia de anomalías o lesiones en los órganos y tejidos del cuerpo. Era una manera de “ver” lo que estaba dentro del cuerpo sin tener que esperar a la necropsia del paciente. Fue muy claro en aceptar a la anatomía patológica como una ciencia en la que se basa la medicina, recogió los aportes de Bayle y de Pinel en este sentido.

Por medio del estetoscopio, la auscultación pudo construir signos físicos de la lesión, signos anatomopatológicos que permitían identificar la lesión dentro del cuerpo en vida. Con respecto a esto, Lopez Piñero afirma que “la auscultación como signo físico relaciono dos series de hechos: lesiones anatomopatológicas peculiares y los sonidos auscultatorios que les corresponden” (Lopez Piñero, 1985, pág. 37).

La enfermedad es ahora sonora y el sonido es un signo físico. El oído es ahora un instrumento del ojo y determina las lesiones por medio de sonidos auscultatorios que luego serán comprobados por medio de las autopsias. El hecho de que el síntoma sea subordinado a la lesión, una vez más, da soporte y legitima el giro que dio Bichat a la concepción de la medicina (Laín Entralgo, 1961, pág. 247). Se configuran unas técnicas propias y reguladas de la práctica de la medicina. Ahora ella cuenta con instituciones a las que pertenece y en dónde puede no solo practicarse sino reproducirse.

La medicina anatomoclínica, con Laennec, sigue el camino de la experiencia y tiene ahora unos pasos que la componen. La exploración del paciente ahora incluye no solo la observación y el interrogatorio; la palpación, la percusión y la auscultación daban cuenta también de la enfermedad. Los sonidos se clasificaron como imprescindibles para la semiología pues el sustrato que dentro del cuerpo producía el sonido constituía un objeto físico y por tanto una alteración en el cuerpo, y como antes, la necropsia sirvió como un modo de comprobación de lo que el estetoscopio escuchaba (veía) dentro del cuerpo (Cid, 1978, pág. 161).

Así, y como afirma Felipe Cid, la lesión anatómica quedaba indisolublemente atada a la necesidad de su exploración acústica (Cid, 1978, pág. 162). Los síntomas deberían agruparse alrededor de las lesiones de las que depende y en concordancia con las diferentes etapas de ella. “Laennec asume el logro de una imagen acústica en correlación con las percepciones

acústicas que se derivan de la destrucción orgánica; es en este acierto de creación conceptual donde hallamos la importancia y la evolución de la medicina clínica” (Cid, 1978, pág. 162).

Foucault nos presenta dos preguntas fundamentales que debe tratar una anatomía patológica y que el mismo Bichat trato de resolver. En primer lugar, el problema de la coyuntura de un conjunto temporal de síntomas y de la coexistencia espacial de tejidos; en segundo lugar, la muerte y su relación con la vida y la enfermedad (Foucault, *El Nacimiento de la Clínica*, 2003, pág. 192). En cuanto al primer problema Bichat decide no cambiar la estructura de la mirada al observar los cadáveres, es necesaria una mirada diacrítica, es decir, que compare para entender el hecho patológico. Es por esto que se afirma que es necesario diseccionar cuerpos sanos para comparar e identificar la enfermedad y, así mismo, es necesario comparar pacientes que han muerto de la misma enfermedad y comparar los órganos alterados entre sí.

Este principio diacrítico y el hecho de haber sido aplicado a una dimensión como el tejido, en la que se articulan las formas de la historia patológica y los elementos que aparecen una vez culmina la enfermedad, hacen de la experiencia una experiencia anatomoclínica (Foucault, 2003, pág. 193). En adición a esta experiencia que Bichat establece.

Por la misma línea, como hemos visto, Laennec refuerza esta coherencia al remontar la atención sobre la lesión. Laennec logro unir la clínica, los síntomas y la anatomía patológica en la medicina anatomoclínica, y en lo que Foucault llama una mirada vertical y en profundidad, desde la superficie de los síntomas a la superficie del tejido (Foucault, 2003, pág. 194). El ojo médico en la anatomoclínica solo domina al estructurar el espacio que debe descubrir, es decir entender su profundidad esencial, que, podemos afirmar, está en la observación del tejido.

Con relación al segundo problema, la relación entre la vida, la muerte y la enfermedad, según Foucault, la anatomía patológica brinda una noción instrumental de la muerte, lo que permitió que el médico pudiera tener un dominio conceptual de ella. La muerte se presenta como el paso a seguir en el trato del paciente, es comprobatoria y permite entender el porqué de cosas a las cuales el médico no tenía acceso antes (Foucault, 2003, págs. 200-201).

La muerte se convierte en el instrumento que permite integrar la duración de la enfermedad en el espacio inmóvil de un cuerpo cortado²⁷: la vida, la enfermedad y la muerte se denominan como una trinidad técnica en Foucault (Foucault, 2003, pág. 205). La muerte ilumina y saca a la luz el espacio del organismo y el tiempo de la enfermedad, las dos cosas que la anatomoclínica ha legitimado durante su proceso de configuración. Es por ende, un instrumento técnico, que muestra conexiones y orígenes. El método del análisis encuentra en ella el modelo de la naturaleza, se convierte, en pocas palabras, en el nuevo apoyo de la mirada médica.

Ahora, el hecho de ordenar la enfermedad no es nuevo, pero sí su fundamento. La enfermedad y la vida adquieren una nueva relación en la que la enfermedad es ahora una forma patológica

²⁷ Por esto es de gran importancia el establecimiento de escuelas y hospitales con morgues y salas de autopsia en el momento de la anatomoclínica en Europa y en el nuevo mundo. Por esto se convierte en uno de los signos para reconocer el momento de la anatomoclínica en diferentes lugares.

de la vida, una nueva categoría que antes no era considerada²⁸ y la vida, es el fondo a partir del cual se puede percibir la oposición del organismo a lo no vivo, la vida juega ahora el papel que jugaba la naturaleza en el siglo XVIII (Foucault, 2003, pág. 218). De esta manera, lo que nos evidencia Foucault es que la base de la percepción del médico ha cambiado, ahora la percepción no es basada en la naturaleza. Desde Bichat es una percepción médica, basada en la ciencia, podemos retomar lo mencionado anteriormente sobre la transformación del espacio del hospital debido a su medicalización. No solo el médico es ahora protagonista de este espacio, sino que la organización del espacio y de los individuos en el espacio está diseñado para dar cuenta de los nuevos procesos observados, “la arquitectura hospitalaria es un instrumento de cura de la misma categoría que un régimen de alimentación (...) El espacio hospitalario se medicaliza en función y efectos” (Foucault, 1978, pág. 30).

El signo y el síntoma adquieren también una nueva connotación dentro de este esquema de la enfermedad, el síntoma puede ser mudo, pero el signo es lo que sale a hablar en estos momentos. Como vimos, Laennec trae un nuevo valor al signo gracias a la auscultación, el signo tiene una extensión sintomática que solo remite a la lesión como lesión, pero no como entidad patológica, nos aclara Foucault.

Los signos son también contruidos desde que Corvisart recuperó y reconstruyó la percusión. Se convierten en el punto de encuentro provocado entre la búsqueda del médico y el órgano enfermo. La anatomía patológica prescribe a interrogar al cuerpo y a sorprender la lesión, puede ser, por medio de medios técnicos (Foucault, 2003, págs. 229-230). Es así que la semiología será un conjunto de técnicas que permitirá construir una anatomía patológica que se proyecta en la mirada del médico, una mirada del médico anatomoclínico que deberá señalar un volumen con base a la triangulación sensorial del oído, del tacto y la vista (Foucault, 2003, pág. 231). Esta mirada saca de la profundidad a la superficie, es un triángulo sensorial sin el que la medicina anatomoclínica no sería lo que fue pero que sigue bajo el mando de lo visible. Lo que Laennec y Corvisart permiten es una miraba absoluta que funda las experiencias perceptivas, la anatomía invisible se vuelve visible por medio de la mirada anatomoclínica, las envolturas se vuelven transparentes poco a poco (Foucault, 2003, págs. 233-235).

Es así que finalmente la medicina anatomoclínica queda configurada e incluye el hecho de que la enfermedad se desprende de la metafísica del mal y encuentra, en la visibilidad de la muerte, la forma en la cual sus contenidos aparecen en términos positivos. Al percibir la enfermedad con relación a la muerte y ya no con relación a la naturaleza, la enfermedad se hace legible y abierta a la disección del lenguaje y de la mirada (Foucault, 2003, pág. 276). Es un cambio en la experiencia, en el objeto de la mirada y en la mirada, envuelta en dimensiones y esferas que configuraron no solo una ciencia, sino una sociedad, una que se configuró de la mano con esta nueva medicina, que es ahora también profesión.

²⁸ Con Sydenham la enfermedad era un estado de la naturaleza y con Pinel la enfermedad era vida, una reacción de la doctrina del vitalismo.

La manera en la que la medicina anatomoclínica traspasa fronteras no solo será un momento de Revolución en el pensamiento, sino que será también un momento de coyuntura específica en la que los lugares y las personas tendrán una configuración de pensamiento especial, como vimos al inicio del apartado, un momento de construcción de un nuevo Estado, de una nueva clase de ciudadanos y de nuevas dinámicas de interrelación entre ellos y con la medicina.

Capítulo II: La consolidación de la medicina anatomoclínica en el contexto de la formación de la República Chilena: 1833-1843

La independencia de Chile y su consolidación como nación independiente, como la de muchos países de Latinoamérica, fue lograda a través de un proceso largo y tortuoso. Varios autores describen este proceso en tres etapas en un período que va desde 1810 hasta 1830. Las tres etapas se denominan: La Revolución o la Patria Vieja (1810- 1814), la Restauración o Reconquista (1814-1817) y la Independencia o Patria Nueva (1817-1830) (Cruz-Coke, 1995, págs. 265-266). Durante estos 30 años se dieron luchas en diferentes dimensiones de la vida chilena, incluidas la social, la política y la médica. La inestabilidad del gobierno característico de una nación recientemente independizada, los roces de intereses ideológicos y regionales, las consecuencias que dejaron las guerras de independencia y los extranjeros que llegaron a Latinoamérica contribuyeron a un movimiento activo en el campo de la medicina chilena y a su proceso de configuración.

El periodo que nos interesa en el presente trabajo inicia en 1833 y termina en 1843, debido a que fue en el cual la medicina anatomoclínica llega y se consolida en Chile, en el que se establece como una medicina profesional, la República logra consolidarse después de 30 años de luchas por la independencia y porque se la institucionalización de la educación, iniciada con la creación de la primera escuela de medicina chilena en 1833 y finalizando con la creación de la Universidad de Chile en 1843.

La época de la independencia en Chile, al igual que en otros países de Latinoamérica entre 1810 y 1830 fue una coyuntura que permitió la apertura a nuevas corrientes reformistas, tanto en la política como en la medicina. El ingreso de médicos europeos al país implicó la entrada de nuevas formas de conocimiento y de organización institucional que influyeron en la política y en la práctica de la medicina, especialmente porque los médicos que llegaron tuvieron gran influencia en la vida política del país (Cruz-Coke, 1995, pág. 261).

Para el año de 1817 Chile había logrado derrotar a las tropas españolas de la reconquista y declaró su independencia oficial y definitiva en 1818 con la última victoria militar en el Valle de Maipú el 5 de abril (Cruz-Coke, 1995). Después de declarada y consolidada la independencia, durante los años 1826 a 1830, Chile pasó por un periodo que varios autores han llamado de anarquía, el cual finalizó con una guerra civil (1829-1830) entre los partidos conservador (pelucones, quienes configuraban el elemento más conservador de Chile adheridos a los principios de la religión católica) y los pipiolos (entendidos como los chilenos exaltados que buscaban asentar la democracia en el país)²⁹.

Es importante mencionar que al concluir el periodo colonial la situación de Chile se configuraba como una suma de regiones con intereses propios. Por lo que el hecho de que la elite de Santiago fuera el centro de poder después de la Independencia, causo descontento en

²⁹ Junto con ellos había otros partidos que también hacían presencia política en Chile para estos años, entre ellos los: Liberales (un grupo de aristócratas), los O'higinistas (chilenos que esperaban la vuelta del ex presidente O'Higgins) y los estanqueros (comerciantes que abogaban por un gobierno centralizador y eficiente) (Frias Valenzuela, 1993, págs. 255-256).

las regiones y fue visto como un movimiento amenazante (Pinto Rodríguez, 2010, pág. 391) (Frias Valenzuela, 1993, pág. 265), lo cual trascendería, en años posteriores, a acrecentar ciertos conflictos políticos en el país.

Con respecto a esto, Pinto menciona que el Chile que se construyó después de la Independencia, se construyó a través de fracturas: en primer lugar, se fracturó un sistema que permitía a las regiones alcanzar un nivel de desarrollo y autonomía; en segundo lugar se fracturaron proyectos de carácter popular al ser aplastados por la élite de Santiago; y finalmente, una fractura de la propia elite al darse un movimiento social de las nuevas generaciones de Chilenos que criticaban el gobierno conservador fundador de la República, al afirmar que habían establecido un pseudo orden colonial (Pinto Rodríguez, 2010, págs. 417-418).

Estos apuntes sobre la sociedad chilena pueden verse matizados por el proceso que se expondrá continuación, el que formó la República que sería la cuna para la nueva medicina que llegaría a Chile. Estas dinámicas políticas y sociales formaron las facciones protagonistas de los movimientos políticos que guiaron la vida de los chilenos y sus expectativas, es por esto que es necesario ver de manera clara la forma en la que los procesos de la llegada de la medicina anatomoclínica se unen con las dinámicas políticas y sociales que configuran el Chile del siglo XIX.

1. Del proceso de la independencia a la Patria Nueva

1.1 La Patria Vieja: un recuento 1810-1814

La Patria Vieja estaba ambientada por el clima de inestabilidad que se estaba dando en España en el momento. La invasión Napoleónica y la destitución de los monarcas portugueses y españoles se reflejaban en las colonias americanas. La creación de juntas en España, la reciente independencia de los Estados Unidos (1776) y la presencia en Chile de criollos insatisfechos con el gobierno chapetón³⁰ fueron algunos de los vientos que cruzaban por Chile durante los primeros años de la Patria Vieja.

Durante 1808 a 1810 el gobierno de Chile estaba a cargo del gobernador Francisco Antonio García Carrasco, un militar español que pretendía mantener las cosas en calma en la colonia, pero como Frías hace notar, su inexperiencia en la administración llevó a que sus ayudantes y él mismo cayeran. Durante este periodo se formaron dos bandos: los realistas o sarracenos, quienes eran españoles y criollos que mantenían su lealtad al rey; y los patriotas, quienes en el momento aún no tenían la idea de la independencia, pero que sí pretendían organizar un gobierno propio, por medio de una junta (Frias Valenzuela, 1993, pág. 196).

Los ánimos revolucionarios llegaban desde Buenos Aires y se reflejaban en Chile, pero como un intento de control, García Carrasco fue reemplazado por el brigadier Mateo Toro y Zambrano en julio de 1810. Este entra a negociar con los patriotas y sus constantes demandas y se crea la primera Junta de Gobierno en Chile el 18 de septiembre de 1810 (Frias Valenzuela, 1993, págs. 199-201). Esta primera junta se encargó, entre otras cosas, de crear

³⁰ Nombre con que los criollos se referían a los españoles o peninsulares.

nuevos cuerpos militares, convocar a elecciones de congreso, establecer relaciones con los patriotas y expandir el comercio internacional.

El establecimiento del congreso se dio el 4 de julio de 1811 y se afirma la obediencia al rey Fernando VII y a la religión católica. Este congreso estuvo conformado por 24 patriotas moderados y 14 patriotas exaltados (patriotas que quería tomar por sus manos el gobierno de Santiago). Fueron estos últimos quienes, por medio de un golpe militar guiado por José Miguel Carrera, establecieron una nueva Junta de Gobierno. Esta junta se caracterizaría por incluir reformas como la libertad de los esclavos y el establecimiento de un Tribunal de Justicia (Frias Valenzuela, 1993, págs. 203-204).

Aunque, Carrera como hombre ambicioso, lideró un segundo golpe militar, el cual resultó en su posicionamiento como “jefe de Estado” y en una nueva Junta de Gobierno. Dos personajes fueron importantes en este momento como aliados de Carrera. Bernardo O’Higgins³¹ y Camilo Henríquez³². Desde este momento comienza una dictadura en Chile que dura hasta 1813. Durante su gobierno, Carrera, específicamente en el año 1812, se empieza a publicar la “Aurora de Chile”, el primer periódico oficial; se establecen relaciones diplomáticas con Estados Unidos y se reemplaza la antigua bandera por una que estuvo vigente hasta 1814, esta constaba de tres líneas horizontales de color azul, blanco y amarillo (Frias Valenzuela, 1993, págs. 206-208).

En este año, el 27 de octubre, se escribe un Reglamento Constitucional Provisorio en el que se declara, de nuevo, lealtad al Rey y a la religión católica apostólica; pero en el que también se establece un senado y cabildos. Se evidencia también el hecho de que se requiere cierta separación de España, como se ve en el artículo 5 de dicho documento: “Ningún decreto, providencia u orden, que emane de cualquier autoridad o tribunales de fuera del territorio de Chile, tendrá efecto alguno; y los que intentaren darles valor, serán castigados como reos del Estado” (Guerrero Lira, SISIB, & Chile, 2003). En adición a esto se reconoce el poder de elección de los ciudadanos libres de Chile y su autonomía de la Península.

Pero el patrón de duración de las Juntas no cambiaría, pues en 1813, el Virrey Abascal (del Virreinato del Perú) manda una expedición militar a Chile a cargo del brigadier Antonio Pareja, lo que lleva a que Carrera se haga cargo del ejército y que el senado reorganice la junta de gobierno. Esta nueva Junta de 1813, como bien nos lo hace notar Frías, a pesar del estado de guerra llevó a cabo importantes reformas en Chile y trató de mantener un ambiente conciliador (Frias Valenzuela, 1993, pág. 208).

Entre las reformas podemos destacar el reemplazo de la “Aurora de Chile” por el “Monitor Araucano”; la fundación de la Biblioteca Nacional la cual quedo bajo el cuidado de los jesuitas y, la fundación del Instituto Nacional un nuevo establecimiento donde se dictarían las clases de primeras letras, los estudios secundarios y los universitarios (del cual se hablará más adelante) (Frias Valenzuela, 1993, pág. 209). Pero, a pesar de estas regulaciones de la

³¹ Educado en Inglaterra y de ideas separatistas, llegó a Chile en 1810.

³² Educado con Rosseau y admirador de los sucesos en Estados Unidos.

Junta el ambiente agitado se manifestó y se dieron una serie de campañas durante 1813 y 1814.

En 1813 la más destacada fue la campaña de Chillan en dónde O'Higgins y Carrera se enfrentan a Pareja, el resultado es la muerte de Pareja tras una derrota de los realistas. Pero en esta campaña, una emboscada llevó a que Carrera fuera despojado de sus tropas y luego capturado, por lo que O'Higgins fue nombrado su reemplazo como general en jefe. Para 1814 España había enviado a un nuevo brigadier, Gabino Gainza, quien se reunió con O'Higgins en Lircay, dónde se firmaría un tratado en el que las tropas realistas deberían abandonar el territorio y que en Chile se seguiría obedeciendo la corona española (Frias Valenzuela, 1993, págs. 210-212).

Sin embargo, en la capital, los hermanos de Carrera, descontentos con el tratado, se aliaron con algunos realistas y formaron una nueva Junta de Gobierno que desterró a muchos amigos de los patriotas exaltados, esto, entre otras cosas llevó a ahondar las diferencias entre los patriotas. Los o'higginistas (que se encontraban al sur), al oír las noticias se dirigían a Santiago, pero nuevas noticias sobre el virrey Abascal los hicieron unirse de nuevo a los carreristas para detener los refuerzos que había mandado en virrey en rechazo al tratado de Lircay. Si bien existió un movimiento en contra de los realistas, la aristocracia, resentida, no prestó su apoyo. Esta batalla encontró refugio en Rancagua, en dónde después de dos noches los realistas derrotaron a los patriotas liderados por O'Higgins, cuyos sobrevivientes huyeron a Mendoza temiendo venganza (Frias Valenzuela, 1993, págs. 212-213).

Sobre este acontecimiento y sobre la llegada de la reconquista, Frías afirma que “Aquel primer ensayo de gobierno libre había servido para abrir la primera brecha en las viejas instituciones y en la antigua mentalidad, demostrando la posibilidad de alcanzar algún día la más completa independencia. La reacción realista que iba a sobrevenir después del desastre de Rancagua no haría sino robustecer la ideología revolucionaria y despertar en la masa popular, hasta entonces indiferente, el *sentimiento antiespañol*” (Frias Valenzuela, 1993, pág. 214).

1.2 La Reconquista

Durante el periodo de 1814 a 1817, conocido como la Reconquista, el gobierno de Chile estuvo en las manos de Mariano Osorio (1814-1815) y de Casimiro Marcó del Pont (1815-1817). El primer gobierno se caracterizó por el intento pacífico del restablecimiento del orden colonial y el exilio de los patriotas que seguían en la capital (Frias Valenzuela, 1993, págs. 214-215). Sin embargo, la desconfianza del Virrey hizo que Osorio fuera retirado de su cargo y que Marcó del Pont, un militar español, lo reemplazara.

El gobierno de Marcó del Pont detonó un malestar entre los criollos. Su preferencia por los líderes españoles y claro desprecio por los criollos llevaron a que la situación trascendiera y las tensiones por la independencia volvieran a surgir. Mientras esto sucedía, los patriotas chilenos que habían huido a Mendoza, incluido O'Higgins, después de la batalla de Rancagua, encontraron a dos aliados vitales para lograr la posterior independencia de Chile: José de San Martín, general a cargo de las tropas que enfrentaban las tropas realistas en los

Altos del Perú y Manuel Mendoza, encargado para manejar las guerrillas en Chile (Frias Valenzuela, 1993, pág. 216).

Junto con ellos los patriotas pudieron establecer un ejército que tomaría Chile con el apoyo de tropas argentinas. Así en 1817 el ejército de Mendoza salió a cruzar los Andes mientras que las guerrillas de diferentes destacamentos se reunían en la región central. El ejército realista no alcanzó a reunir todas sus tropas, cosa que San Martín aprovechó y logró que las tropas patriotas rodearan al enemigo en Chacabuco. La batalla fue corta pero los patriotas lograron superar a los realistas y se declaró la libertad de las provincias de Santiago y de Coquimbo el 12 de febrero de 1817 (Frias Valenzuela, 1993, pág. 218).

1.3 La Patria Nueva

Después de la victoria de O'Higgins se inicia el periodo al que nos hemos referido como Patria Nueva, de 1817 a 1830. Posterior a las derrotas del ejército realista y de la mano con los cambios que se estaban dando en España (fin de las guerras napoleónicas y el regreso del Rey Fernando VII), en Chile se fortaleció el poder y el nombre de Bernardo O'Higgins. Con esto a su vez se fortalecieron las relaciones con Estados Unidos e Inglaterra y existía una cooperación muy fuerte entre Chile y Argentina.

Es así como en febrero de 1817 la aristocracia de Santiago declara a O'Higgins como director supremo de un régimen autoritario de duración indefinida (el cual finalmente duró de 1817 a 1823). Esta nueva dictadura tenía como objetivo evitar cualquier tipo de anarquía y llevar la guerra de liberación hasta el Perú (Frias Valenzuela, 1993, pág. 223). Durante su dictadura, O'Higgins organizó en 1817 un ejército nacional llamado el Ejército de Chile y formó para su nutrición la Escuela Militar, claramente una gran prioridad. Paso seguido declaró oficialmente la independencia firmando un documento con fecha de 12 de febrero de 1818, el aniversario de la victoria de Chacabuco.

Pero los conflictos internos en Chile no habían acabado. Tropas realistas marchaban para llegar a Santiago, pero O'Higgins y San Martín se encontraron con ellas en el valle de Cancha Rayada. Aunque mayor en número, el ejército patriota sufrió importantes bajas por acción de una emboscada de los realistas, la cual también llevó a la idea de que O'Higgins y San Martín habían muerto. Por esto, los carreristas tomaron la oportunidad y se tomaron Santiago, aunque no por mucho tiempo. Tanto O'Higgins como San Martín habían sobrevivido y estaban de vuelta a Santiago junto con varios soldados que habían sobrevivido o escapado de la emboscada, se dio la noticia y el ministro de O'Higgins, Miguel Zañartu, junto al director supremo, establecieron el orden en la capital, mientras el primero se recuperaba de una herida de batalla (Frias Valenzuela, 1993, págs. 225-226).

Al saberse la noticia, carreristas, realistas y el ejército patriota se encontraron para una última batalla en el valle de Maipú. Frías nos hace ver que fue una batalla reñida, pero que los realistas fueron retirándose, y el momento en el que O'Higgins llegó para unirse a la batalla fue en el que se dio la oportunidad del último ataque a los realistas. Así, la independencia de Chile quedó finalmente afianzada (Frias Valenzuela, 1993, pág. 227). Después de estos acontecimientos siguieron más batallas para liberar Concepción y luego Perú, pero por

cuestiones de espacio y de pertinencia para nuestro trabajo, dejaremos aquellos acontecimientos para ser estudiados en otra ocasión.

Por el momento es importante considerar los aportes del director supremo O'Higgins durante su dictadura, aparte de las hazañas militares ya mencionadas. Podemos resaltar las siguientes acciones: la abolición de los títulos de nobleza y todo lo relacionado con ellos; el intento por crear y mantener en Chile una cultura cívica, por llamarla de alguna manera, en la que se prohibía cualquier comportamiento relacionado con la rudeza o la impureza, tal como la embriaguez, las riñas de animales, las apuestas, entre otras (Frias Valenzuela, 1993, pág. 235)

Adicionalmente, el establecimiento de políticas de "higiene pública", como lo llama Frías, incluida la creación de una Junta Nacional de Sanidad y de Vacunas, la creación de un Cementerio General de Santiago, el establecimiento de la casa de huérfanos en 1822, el hospital militar en 1823 y una junta de médicos para asesorar al gobierno (Frias Valenzuela, 1993, pág. 235) (Cruz-Coke, 1995, págs. 279-282). Junto con esto, en 1817 se empieza a publicar la Gaceta del Gobierno de Chile y se reafirman las instituciones educativas creadas durante la Patria Vieja, pero cerradas en la Reconquista como la Biblioteca Nacional (1820) y el Instituto Nacional (1819). Adicionalmente, se adquiere reconocimiento político como país independiente en 1822 por Estados Unidos y por el Vaticano.

Aunque si bien estas acciones daban forma a un proyecto nacional chileno, el gobierno era aún una dictadura, es decir que el temor y la eliminación de sus enemigos eran comunes durante estos años (Frias Valenzuela, 1993, págs. 234-237).

Podemos entender estas transformaciones desde la perspectiva foucaultiana, ya que, como evidenciamos en el capítulo anterior, es posible dar cuenta de que dadas ciertas transformaciones políticas y económicas, nuevas contingencias de control y de observación del cuerpo fueron implementadas. Es así que este nuevo gobierno, que buscaba el fortalecimiento y enriquecimiento de un país independiente, se vio en necesidad de proteger a su población, al mismo tiempo que protegía sus intereses, dentro de los cuales vemos claramente el fortalecimiento de la educación médica y el alcance que esto tendrá. La medicalización inicia con las modificaciones a las exigencias que se hacen entre gobierno y población y las medidas que se toman para controlarlas.

Por otro lado, es importante destacar que durante la dictadura de O'Higgins estuvieron vigentes dos constituciones. La primera fue firmada en 1818 aun como reglamento provisorio, pero en el cual se establecía un director supremo por tiempo indefinido, un senado y la religión católica, apostólica y romana como la religión nacional. Pero en la que también se habla ya de un Estado Chileno con estructura de justicia establecida para juzgar y/o defender a sus ciudadanos libres (Guerrero Lira, SISIB, & Chile, 2003).

Sin embargo, cuatro años después, en 1822, debido a conflictos entre O'Higgins, sus ministros y el senado, se establece una Constitución Política del Estado de Chile, en la que se hacen evidentes nuevas limitaciones al cargo de director supremo (título V), por ejemplo: se limita el tiempo de gobierno a 6 años con una oportunidad de reelección por 4 años más, adicionalmente se establecen un senado y una cámara de diputados para el poder legislativo

y se define la ciudadanía chilena de manera precisa, entre otras cosas (Frias Valenzuela, 1993, pág. 239) (Guerrero Lira, SISIB, & Chile, 2003).

A pesar de que esta constitución era más completa, su duración fue de un año, dado que en 1822 se dio una revolución encabezada por Ramón Freire³³ en Concepción, quien, desde 1823, ocupó el lugar director supremo (luego presidente en 1827) del Estado de Chile. Esta revolución tuvo lugar por la inestabilidad administrativa de O'Higgins, pues como hemos mencionado anteriormente su mayor prioridad y herramienta de gobierno era el poder militar, por lo que no solo descuidó diferentes aspectos de la administración del país, sino que generó enemistades, especialmente con la aristocracia (Frias Valenzuela, 1993, pág. 240). Así, el movimiento de Freire tuvo eco y en 1823 se realizó un cabildo abierto en Santiago, en el cual se elige a Freire como dirigente con el principal objetivo de evitar otra guerra civil.

Consecuentemente, se establece en diciembre de 1823 una nueva Constitución Política de Chile en la que los principios de ciudadanía, legislación y religión son muy similares a la carta de 1822, pero que el tiempo del director supremo es reducido a 4 años con la posibilidad de reelección (Guerrero Lira, SISIB, & Chile, 2003). Esta constitución fue luego reemplazada por la constitución de 1826, como veremos a continuación.

Cruz-Coke afirma que el “primer paso dado por O'Higgins para crear y desarrollar una medicina al servicio del pueblo chileno fue formar el capital humano de profesionales de la salud.” (Cruz-Coke, 1995, pág. 280). Podemos ver la obra de O'Higgins y Freire como la “base fundacional” de la medicina república y medicina anatomoclínica en Chile, evidenciado en las instituciones y programas, planteados anteriormente, que se dieron durante la década de 1820.

2. El periodo de anarquía y la llegada de la dictadura conservadora

Ahora, como mencionamos al principio, después de 1826 Chile entra en un periodo de anarquía que finaliza con la guerra civil de 1829. Podemos caracterizar este periodo por las constituciones y legislaciones que se dieron durante estos años: una federalista en 1826, una liberal en 1828 (a cargo del presidente Francisco Antonio Pinto que gobernó entre 1827 y 1829) y una conservadora en 1833, que perduró hasta 1925.

La constitución de 1826 o Leyes Federales de 1826 fue un proyecto de constitución establecido durante el gobierno del presidente interino Manuel Blanco Encalada³⁴ (1790-1876) con la idea de que Chile fuera un estado federal constituido por ocho (8) provincias. El principal objetivo para establecer un estado federal en Chile fue el de calmar los ánimos que se sentían en las provincias en Chile, pues después del proceso de Independencia, había un sentimiento de descontento general por la excesiva centralización de las actividades políticas y económicas en Santiago. Un sistema federal siguiendo el ejemplo de los Estados Unidos y contrario a los intentos centralizadores anteriores era lo, que para el momento, fue mejor para el gobierno y para las población (Frias Valenzuela, 1993, págs. 251-252). Pero,

³³ General que habría batallado junto O'Higgins contra los realistas

³⁴ Cuyo mandato fue entre el 9 de julio al 9 de septiembre de 1826, cuando el Presidente Freire volvería al cargo, después de que los ánimos políticos se calmaran en Santiago.

aunque este proceso parecía avanzar con naturalidad, se empezó a notar que para las provincias la situación no mejoraba pues sus recursos no eran suficientes para su mantenimiento y, adicionalmente, las instituciones políticas eran cada vez más inestables y débiles. Es así que la vida de esta constitución fue corta pues en 1827 las Leyes Federales fueron canceladas por el nuevo presidente de orientación liberal Francisco Antonio Pinto (1785-1858).

Después de estas Leyes Federales, se estableció la Constitución Política de la República de Chile de 1828 por parte del gobierno liberal. Esta constitución se presentó como una carta constitucional que organizó el país y a sus tres poderes (ejecutivo, legislativo en dos cámaras y judicial) alrededor de la soberanía del país, en esta encontramos también la definición y exposición de los derechos del hombre y la organización de los poderes y del Estado.

Luego de la guerra civil, la cual se dio como una revolución para defender la constitución de 1828 contra los intentos de gobierno pelucones, se estableció la Constitución Política de la República de Chile de 1833 que, con base a los principios de organización establecidos en la carta de 1828, estableció una clase de dictadura conservadora legal al atribuir un número importante de funciones al presidente que antes no le correspondían³⁵.

En adición a esto reafirmó la inclinación a la religión y sus autoridades, lo que hace que resalte su carácter conservador, junto con el hecho de la eliminación de las premisas de gobierno liberal establecidas en la carta de 1828. Así mismo, es importante resaltar que esta constitución mantuvo, en términos generales, la estructura de poder establecido en la constitución de 1828, es decir, la repartición de poderes de las ramas legislativa y judicial, la definición de derechos, entre otras características generales que ayudaron a establecer la República Chilena centralista en estos años.

Esta última constitución, fue el resultado del triunfo de los conservadores³⁶ en la guerra civil (1829-1830) y del nombramiento del general José Joaquín Prieto como presidente en 1831 después de realizadas una junta provisional, un consejo de plenipotenciarios y de la victoria en la batalla Lircay (Cruz-Coke, 1995).

Según Eyzaguirre, abogado e historiador chileno conservador y exponente de la corriente historiográfica católica, después de estos sucesos el presidente Prieto (cuyo periodo presidencial duro hasta 1841) desempeñó un papel vital en la construcción de la República, pues en sus manos y bajo sus particulares ideales políticos se llegó a un gobierno estable que permitió la transformación de la medicina chilena, de la mano con la consolidación de la República Chilena. Él, en ese momento conocido como “jefe supremo de la nación”, construyó un Estado “con la precisión jurídica y el vigor propios de los tiempos de la Roma clásica” que según Eyzaguirre, no era oligárquico pero tampoco democrático: un Estado

³⁵ Ver:

http://www.historia.uchile.cl/CDA/fh_article/0,1389,SCID%253D10738%2526ISID%253D417%2526PRT%253D10717%2526JNID%253D12,00.html

³⁶ Incluidos en ellos los pelucones, o higginitas y estanqueros.

aristocrático fundado en los privilegios de la virtud y la inteligencia (Eyzaguirre, 1958, pág. 107).

Este autor también nos hace ver que el patriotismo, el nacionalismo y la búsqueda de un país independiente y autónomo regido por leyes coherentes y con “ciudadanos libres”³⁷ y cívicos eran las banderas de este gobierno bajo la influencia de Diego Portales, tomando como inspiración el gobierno y la cultura cívica de la Inglaterra del momento³⁸. El principio jurídico que se destaca de este gobierno es el respeto a la ley y la sumisión a la autoridad dejando de lado el previo concepto de la convivencia ético-religiosa puesto en marcha durante el gobierno colonial (Eyzaguirre, 1958, págs. 110-112).

Diego Portales fue un negociante y político chileno que tuvo una gran influencia política en la formación de la República, incluyendo una gran participación en la redacción e ideación de la constitución de 1833. Durante la guerra civil, Portales fue posicionándose en un lugar de poder e influencia tan grande que incluso fue posible para él convertirse en presidente de Chile, pero sus intenciones no coincidían con esta posición, como lo afirma Frias, “prefería mandar a los que mandan” (Frias Valenzuela, 1993, pág. 265).

Sin embargo, Portales ocupó varias posiciones estrellada en el gabinete de Prieto como ministro de Guerra y Marina, en adición a varios cargos diferentes durante 1830 y 1831 (ministro del Interior, ministro de Relaciones Exteriores y ministro de Guerra y Marina) lo que hizo que su influencia y principios ideológicos se tradujeran en el gobierno de Prieto³⁹ (Jaksic, 2001, pág. 97).

Es por esto que Portales tuvo injerencia política desde 1830 hasta 1837, año en que fue asesinado. Durante su trayectoria es reconocido como un personaje de igual importancia que el presidente Prieto y, adicionalmente en el área de la educación, su cercana relación con Andrés Bello, resultó en la creación de la Universidad de Chile, como se verá más adelante. Es así que no es por nada que la era de la formación de la República es llamada también como la era portaliana por autores como Cruz Coke, Jakcsic, Eyzaguirre, Frias, Pinto (entre otros) y en muchos portales virtuales de historia de Chile.

La dupla de Prieto-Portales configuró un ambiente político en Chile que, si bien fue una dictadura, logró equilibrar el país y fortalecer las instituciones del poder y la administración pública en el país. Esto, según Bergquist, se configura como una singularidad de la historia chilena, “Chile pronto se estabilizó políticamente después de la Independencia, y durante el siglo XIX desarrolló un Estado relativamente fuerte y un vigoroso sistema partidista” (Bergquist, 1988, pág. 47). Entendida como una singularidad de Chile, podemos reforzar la idea de que esto fue también importante para la configuración de un ambiente de cambio social e institucional que, de la mano con el proceso de la educación, influyó y formó

³⁷ Comillas añadidas por la autora, dado el sesgo de Eyzaguirre sobre la dictadura conservadora.

³⁸ Si bien en este autor puede evidenciarse un fuerte sesgo patriótico y una inclinación historiográfica particular; los aportes que nos brinda sobre el gobierno y las ambiciones de este en este periodo son valiosas para el trabajo y para su objetivo. Aunque se resalta la precaución que se tuvo al estudiar el texto.

³⁹ Para más información y aportes específicos en la política referirse a la página de la Biblioteca del Congreso de Chile: http://historiapolitica.bcn.cl/resenas_parlamentarias/wiki/Diego_Portales_Palazuelos.

coyunturas relevantes para el proceso de llegada y consolidación de la medicina anatomoclínica.

Según Jaime Eyzaguirre, la guerra civil fue “el alzamiento contra la incapacidad gubernativa”, una reacción de inconformidad del pueblo con la legislación que se estaba llevando a cabo. De acuerdo con este autor, se requería una mano firme que los liberara de la muerte y que los gobernara lejos de los pasos por los que los había guiado la corona española, hablando del bando triunfador a cargo de Prieto y Portales (Eyzaguirre, 1958, pág. 103). En contraste con estas afirmaciones, Pinto hace referencia a lo que varios historiadores llaman “orden portaliano” (Pinto Rodríguez, 2010), a continuación haremos una breve exposición de lo que se entiende por este concepto para complementar el vistazo a la historia política de Chile en este momento.

De antemano aseguramos que en la mayoría de textos se describe a Portales y el gobierno de la dictadura, como fuerte y respetable con la consideración de que el gobierno debía ser impersonal (Frias Valenzuela, 1993). Teniendo esto en cuenta, se describen tres ideas incluidas en este “orden portaliano”. En primer lugar, la consideración de que el éxito estaba en el orden y que este permitiría que el siglo XIX fuera el siglo del progreso. Para lograrlo, esta categoría de orden se convirtió en premisa del comportamiento de los chilenos, es por esto que ese carácter de autoridad y de obediencia es tan destacado del gobierno de Prieto con Portales.

En segundo lugar, como se mencionó anteriormente, se impone un principio de gobierno centralista y unitario que deja rezagadas a las regiones, apoyado fuertemente en un poder respaldado por un fuerte aparato militar. El mismo que, triunfando en la guerra civil, se estableció como una herramienta de control muy poderosa. En tercer lugar, se confiaba en que Chile, con sus propios recursos y medios, sería capaz de trazar su futuro, por lo que se rechazó la colaboración o intervención en proyectos de integración regional (Pinto Rodríguez, 2010, págs. 401-403).

De la mano con estas ambiciones, Chile, en la era portaliana, encabezado por el presidente Prieto, planteó un plan para lograr sus aspiraciones, que incluía planes de inmigración de europeos capaces y sabios para ayudar a formar a Chile, una educación con la meta de ser práctica y modernizadora y la necesidad de controlar el Océano Pacífico para enriquecer la economía del país, dimensión en la que entran a jugar las rivalidades con Perú y las misiones militares de Manuel Bulnes (Pinto Rodríguez, 2010).

Lo importante es saber reconocer las dinámicas en las cuáles esta era portaliana se configuró. Teniendo en cuenta todo lo anterior, vale la pena recalcar que este tiempo fue un momento de ánimos agitados en Chile, con profundos odios y disputas entre partidos que terminan en una dictadura de tinte conservador que, con todas sus características, logro, sin embargo, estabilizar a Chile y lograr que se estableciera como un país modernizado.

En relación a este cambio ideológico, podemos traer a colación lo que Cruz Coke afirma sobre el cambio dado en la medicina, “la medicina colonial religiosa había sido reemplazada por una medicina republicana que estaba incorporando las nuevas tecnologías, abriendo el

camino a la modernización de la época del positivismo, que se produciría en las próximas décadas de amparo del auge del desarrollo económico y cultural del liberalismo europeo” (Cruz-Coke, 1995, pág. 331). Esta nueva perspectiva republicana estaba a su vez abriendo el camino para que el conocimiento que se estaba dando en Europa llegará a Chile y encontrara un piso fértil.

Como mencionamos anteriormente, en este periodo se consolida la medicina anatomoclínica, y esto ocurre gracias a la afirmación de ciertos conocimientos e instituciones en la nueva República chilena. Con respecto a esto, Pedro Lautaro Ferrer, afirma que “la vida de la ciencia médica, entre nosotros, ha llevado la vida de nuestra propia nacionalidad, es decir, pobre durante los tres siglos de nuestra primitiva estagnación, con alientos de reacción durante las luchas de la libertad y de nuestra cimentación constitucional, y por fin, robusta y sanguínea en el pleno desenvolvimiento de la edad adulta del país” (Ferrer, 1904, pág. 3). Es de entender que para este escritor la historia de la medicina era más que solo narrar los acontecimientos de la medicina, pues incluía un movimiento y una intrincada relación con los acontecimientos de la vida social y política de Chile, así como vimos que también sucedía en Francia.

Lo anterior también se evidencia en la narración de Cruz-Coke pues afirma que la “fundación de la medicina republicana quedó enmarcada en la época de la Independencia por una década de creatividad, seguida de un quinquenio de crisis y anarquía” (Cruz-Coke, 1995, pág. 275). La medicina republicana que este autor menciona incluye, en nuestros términos, el proceso de acomodación de la medicina ilustrada y de la transición de esta a la anatomoclínica y la llama de esta manera porque, según él, fue en el periodo de gobierno de O’Higgins y Freire que se inicia a construir una idea de república en Chile.

Como vimos anteriormente, los cambios realizados durante estos gobiernos fueron más allá de la política y resaltaron la necesidad de institucionalizar ciertos aspectos en el país, como la prensa o la educación. Así mismo, resaltamos que Cruz-Coke llama a esta medicina una medicina republicana. Esto porque se configura en un periodo republicano, porque se dio en un periodo de configuración política y social particular: la construcción de la República chilena, enmarcado en el nuevo liberalismo europeo y de la mano con los aportes que tuvieron las luchas de la independencia para la medicina⁴⁰.

Lo anterior se relaciona entonces con la llegada de la dictadura de Prieto, con la manera en la que esta se articuló a los previos procesos iniciados desde 1813 y los esfuerzos por construir la República chilena, con ellos se formaron no solo un país sino nuevos principios de la vida social chilena, incluyendo una nueva dinámica con la educación.

⁴⁰ Cabe resaltar que esta categorización y periodización de la medicina chilena de este autor, aunque valiosa de resaltar, es una categorización característica de lo que llamamos un estudio externalista del estudio de la medicina. Esto quiere decir que entiende la medicina y su configuración tomando como referencia solo las dinámicas externas a ella, en este caso, las dinámicas políticas y económicas de la formación de una república y que deja de lado el estudio de los procesos propios de la medicina. Perspectiva que hemos querido evitar durante este trabajo, al igual que un estudio internalista que se concentra solo en los cambios y características internas de la medicina.

3. Instituciones importantes

El aspecto institucional fue de los que más influencia tuvo en el proceso de la medicina anatomoclínica en Chile pues fueron instituciones de regulación y educativas los polos de dónde se configuró el ambiente que recibiría y en el que se consolidaría esta nueva medicina y las que, al mismo tiempo, fueron modificadas durante este proceso. Adicionalmente, hemos visto que la configuración de estas instituciones hacen parte importante del proceso que queremos tratar, son instituciones de regulación, práctica y reproducción médica que al configurarse no solo dan cuenta de la medicina y de sus procesos, sino de las relaciones con las necesidades de la sociedad y el Estado Chileno.

Una institución de educación que estuvo presente en Chile desde el 27 de julio de 1813 (Patria Vieja) fue el Instituto Nacional (inaugurado el 10 de agosto de 1813), un instituto que como fin debía dar a la Patria ciudadanos que la defendan, la hagan florecer y le den honor (Ferrer, 1904). Este era, al mismo tiempo, un instituto que debía enseñar ciencias y que jugaba un papel emblemático para los que buscaban la independencia.

Esto se evidencia en la edición del 12 de agosto de 1813 del periódico “El Monitor Araucano”⁴¹: “este acto [de inauguración del Instituto] es uno de los más interesados de la revolución. Los pueblos que nos observan, y la posteridad que ha de juzgarnos y que ha de contemplar con interés todos los sucesos de este memorable periodo, admirarán que hubiésemos podido concebir un designio semejante en medio del estruendo de las armas, y que hubiésemos llegado a plantear y concluir una obra tan grandiosa” (Guerrero Lira, SISIB, & Chile, 2003). La inauguración de este Instituto significaba más que solo una nueva dirección en la educación, era un estandarte de los principios de la revolución.

Pero, a pesar de todas las buenas intenciones, la reconquista llegó un año después, y con ella el Instituto fue cerrado. De esta manera todos los planes educativos y libertarios que el instituto representaba se suspendieron, incluyendo las cátedras de anatomía, botánica, medicina y química⁴² (Cruz-Coke, 1995, pág. 272). Para el momento de la victoria definitiva contra los españoles el Instituto fue reabierto en 1819.

Esto quiere decir que las clases dadas en el Instituto no satisfacía completamente las aspiraciones de la élite nacional que esperaba desarrollar algo que se asimilara a lo que se percibía en Europa, “algo hacía falta en el medio nacional (...) algo que tenía íntima relación con la educación, con la ciencia, con la cultura nacional, con el concepto mismo de nación” (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001), dado que la inestabilidad institucional y un “atraso” en la enseñanza no permitían lograr este objetivo. Es así que desde el gobierno se inició la estrategia de enriquecer la cultura chilena trayendo extranjeros para que, en diferentes áreas, hicieran su aporte a la educación chilena.

⁴¹ Tomo I. Nº 55. Jueves, 12 de agosto de 1813 (Guerrero Lira, SISIB, & Chile, 2003). Periódico publicado entre el 6 de abril de 1813 y el 1 de octubre de 1814 en Chile.

⁴² Una señal de la presencia de una mentalidad médica ilustrada, o al menos del intento por introducirla al plan de estudios de la Escuela de Medicina del Instituto.

Durante este periodo, de 1819 a 1833⁴³, se estableció en Chile un ambiente particular para la medicina, en el que los médicos extranjeros, gracias a sus influencias en la política, configuraron un ambiente propicio para que la medicina ilustrada se posesionara en el país. Como evidencia de esto se puede ver la creación y transformación de los Hospitales a cargo de instituciones religiosas a hospitales militares, la preocupación por las epidemias y la creación de instituciones para hacerles frente⁴⁴. Estos cambios, como sabemos dan cuenta de la transformación de las necesidades de la sociedad que se traslapan a la manera en que la medicina es entendida, ahora la medicina debe responder por los ciudadanos y encontrar maneras de controlar las enfermedades que aquejan al país. Es por esto que la medicina ilustrada es una medicina para el público, como lo menciona Foucault, ahora es necesario dar cuenta del espacio del paciente y de la enfermedad.

Este es un claro movimiento que precede las transformaciones necesarias para el establecimiento de la medicina anatomoclínica, un momento que en el capítulo anterior hemos llamado protoclínica, la transformación y laicalización de los hospitales indican los procesos descritos en el capítulo anterior sobre la búsqueda de una especialización de la enfermedad. Una necesidad de verla y entenderla de manera diferente y de tratar las epidemias en concordancia con los principios nosológicos del momento.

Estos procesos nos dan paso también para retomar el concepto discutido en el capítulo anterior sobre la creación de una nueva conciencia médica por medio de la implantación de nuevas maneras de control y de intervención del médico sobre la población y sobre instituciones como los hospitales y las escuelas de medicina. El protagonismo que adquiere el médico no solo como figura que cura, sino como figura de autoridad para el manejo de situaciones que afectan el orden social permite que la necesidad planteada años atrás por un médico chileno de que la profesión médica debía ser reconocida, se cumpliera y que funcionara como un foco de producción de ciudadanos chilenos.

Pese a la presencia de constantes disputas políticas e ideológicas, estos primeros años de independencia sentaron una base para que la sociedad chilena y la medicina anatomoclínica chilena prosperaran en el momento de la dictadura conservadora de Prieto.

Relacionado con lo anterior, en el libro sobre Historia de la Universidad de Chile se afirma que desde la década de los 20 empezaron a llegar extranjeros para colaborar en diferentes áreas de conocimiento, lo cual no significó un cambio inmediato, pero logró una revitalización de la cultura chilena. Como parte de esta revitalización se destacan las ideas que se aportaron a los debates alrededor de reformas de diferentes tipos y los nuevos vínculos que se formaron entre Europa y Chile. Se tradujeron libros, se crearon revistas y se dio pie a la publicación, dentro de Chile, de revistas y periódicos de diferentes inclinaciones ideológicas y científicas⁴⁵ (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001).

⁴³ Durante el gobierno de O'Higgins, Freire y Prieto.

⁴⁴ Ver (Cruz-Coke, 1995, pág. 282), recordemos lo mencionado durante el gobierno de O'Higgins.

⁴⁵ Como podemos evidenciar estos cambios se dieron previos al gobierno conservador, lo que muestra una clara inclinación a seguir los ejemplos de la ilustración francesa.

Otra de las instituciones que permeó la historia de cambio de la medicina chilena fue el Real Tribunal de Protomedicato, institución española y colonial de regulación de las prácticas de salud que fue reinstalado en Chile en 1819 con el nombre del Tribunal de Protomedicato Republicano⁴⁶, para coincidir con el nuevo estado de independencia de la nación chilena, y que perduró hasta 1843 (Cruz-Coke, 1995, pág. 308). Podemos intuir que el mantenimiento del protomedicato, desde ese momento, investía y representaba un tipo de autoridad especial y una manera de funcionamiento determinada, que casualmente coincidía con los principios conservadores de Prieto y de Portales. Como afirma Piwonka, Prieto reestableció el protomedicato “a la española” (Piwonka, 2006, pág. 195).

Esta institución de regulación tuvo un papel particular porque; primero, siendo una institución colonial fue mantenida después de consolidada la independencia lo que es una particularidad sobre el estado de la medicina y de la educación médica durante este periodo; segundo, porque en 11 años el Protomedicato fue cerrado, reabierto y modificado en diferentes ocasiones de la siguiente manera: en 1826 se declaró su cierre y su reemplazo por la Sociedad Médica (obra del presidente Freire), ese mismo año la Sociedad fue reemplazada por la Inspección General de la Medicina, para que luego en 1827 la Sociedad Médica fuera reabierto (por obra del presidente O’Higgins). Finalmente en 1830, se reestablece el Tribunal del Protomedicato durante el gobierno conservador (Ferrer, 1904, págs. 329-330) y estuvo vigente hasta el año 1879 en el que fue absorbido por las funciones de Decanato de la Universidad de Chile por medio de una Ley Orgánica de la Universidad de ese año⁴⁷ (Ferrer, 1904, pág. 188).

Sobre estos cambios podemos destacar también que, primero, la instalación en 1826 de la Sociedad de Medicina bajo el gobierno del liberal Freire puede ser entendido como un intento de modernización de la institución, pero esencialmente el órgano y sus funciones se mantuvieron (Piwonka, 2006, pág. 194). Este fue uno de los principales argumentos de aquellos que defendían el re-establecimiento del Protomedicato en 1833, atacaban la inoperancia de la Sociedad y el hecho de que esta institución no era acorde con el resto de las instituciones del país. Por el contrario, aquellos que se opusieron a la decisión de Prieto, afirmaban que esto procuraba por la proliferación de médicos poco instruidos y poco dignos; en adición a que esta institución representaba el pasado absolutista y atentaba contra los

⁴⁶ En el periodo de la Patria Nueva y durante el gobierno de O’Higgins.

⁴⁷ Es interesante mencionar la manera en la que Ferrer narra la historia del protomedicato en su libro; afirma que hay 5 diferentes momentos del protomedicato en Chile. El primero siendo desde el momento en que España llega a tierras chilenas, durando dos siglos; el segundo duró 46 años y cuenta desde los primeros años de la Universidad de San Felipe; el tercer momento está comprendido entre 1810 y 1830 y es entendido por el autor como un momento de transición, pues como sabemos, fue el momento en el que el protomedicato sufrió una serie de modificaciones importantes; la cuarta etapa (situada en nuestro periodo de interés) duro trece años, de 1830 a 1843 y Ferrer categoriza las funciones del protomedicato en este momento como ejecutivas y docentes; finalmente, el quinto momento va desde 1843 a 1879, en el que el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile ejerce las funciones de protomédico hasta 1879, año en el que surge el Consejo Superior de Higiene (Ferrer, 1904, págs. 187-188).

principios de la Constitución de 1828 y de la declaración de Independencia⁴⁸ (Piwonka, 2006, págs. 195-196).

Una manera de analizar este cambio durante la dictadura conservadora es que se prefirió la legislación española que había operado bien y que era familiar a todos, lo que se relacionó también con el momento en el que se encontraba Chile, un momento de equilibrio social y político en el que las instituciones republicanas estaban iniciando una transformación. Pero, aunque las intenciones pueden ser entendidas, el Protomedicato se vio envuelto en los avatares de las transformaciones sociales y políticas de la constitución de la República y sus funciones fueron limitadas, reordenadas y difusas (Piwonka, 2006, págs. 197-198).

Una tercera institución importante, o más bien las inscritas en otro tipo de institución, fueron las que influyeron en el formato de facultades establecido en la Universidad de Chile en 1843, lo cual es muestra de la influencia francesa en la educación. Esta idea de las facultades fue inspirada en el Instituto de Francia y llevada a cabo por Mariano Egaña (1793-1846)⁴⁹ y su padre, Juan Egaña (1769-1836). Ambos estaban empapados de las ideas de la cultura y filosofía francesa del siglo XVIII pero hallaron dificultades en la práctica para poder hacer realidad las expectativas.

En 1823 Mariano Egaña crea la Academia Chilena⁵⁰, “un claro antecedente de las facultades establecidas en la ley Orgánica del 19 de noviembre de 1842” (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001). Junto con esta institución hubo otras en Chile, como el Liceo de Chile a cargo del español liberal José Joaquín Mora en 1829⁵¹ y el Colegio de Santiago del cual Bello era la cabeza, fue fundado también en 1829⁵². El segundo con una clara influencia francesa contó, sin embargo, con la misma suerte del Colegio y se extinguieron en 1831.

Podemos evidenciar que la creación de estas instituciones de educación se dio durante el gobierno liberal en Chile y se extinguieron durante la guerra civil o durante el gobierno conservador, cosa que pudo haber afectado su estabilidad y reconocimiento en la Capital.

Estas instituciones son relevantes no solo porque tuvieron gran influencia extranjera, sino también porque dan cuenta de los diferentes debates alrededor de la educación que debía existir en el momento y porque demuestran la estabilidad que estaba ganando el Instituto Nacional. Así mismo muchos de los proyectos y planes contemplados para ambas

⁴⁸ Esta discusión se dio por medio de un debate público entre los periódicos “La Opinión”, a favor del Protomedicato y “El Crítico Médico” en contra del Protomedicato (Piwonka, 2006).

⁴⁹ Quien también fue uno de los redactores de la Constitución de 1833 y desempeñó diferentes cargos políticos de gran importancia, incluido ministro plenipotenciario, ministro de marina, vicepresidente de la cámara, entre otros (Chile B. d., s.f.).

⁵⁰ “Dividida en tres secciones, ciencias morales y políticas, ciencias físicas y matemáticas y literatura y artes, tenía por objeto, tomos hemos indicado, el estudio y perfeccionamiento de las ciencias” (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001).

⁵¹ Se da cuenta de diferentes debates y enfrentamientos públicos entre Mora y Bello con respecto a la administración de cada una de las instituciones y relacionadas con las tendencias ideológicas de cada uno, para acceder a detalles de este debate referirse a (Jaksic, 2001, págs. 99-100)

⁵² Para ver los programas y proyectos específicos de estas instituciones, referirse a (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001).

instituciones terminaron por enriquecer al mismo Instituto como se evidenciara con la reforma de 1832.

Si bien podemos notar la evidente inestabilidad institucional en la medicina, podemos también relacionarla con el hecho de que, durante este periodo, Chile se encontraba inmerso en una serie de luchas para definir sus constituciones y el modelo de país que quería ser. El constante cambio de opiniones e ideologías llevo a que cada aspecto de la vida chilena se desequilibrará, entre ellos incluida la medicina, lo que se sabía de ella y lo que se esperaba de ella.

Varios médicos extranjeros como Guillermo Blest, Juan Miquel (que llega a Chile en 1819), Carlos María Bustón (quien se estableció en Chile en 1824) y Agustín Nataniel Cox (quien llegó a Chile en 1814) jugaron un papel vital en la configuración de la medicina que permitió el establecimiento de la medicina anatomoclínica. No solo fueron ellos los principales personajes de la enseñanza médica, la cabeza del Protomedicato y de las instituciones afines, sino que también fueron ellos, con sus disputas políticas e ideológicas los que dieron forma y camino a la medicina chilena, como se establecerá luego, fueron ellos también los profesores de la nueva Escuela de Medicina.

Con todas las expectativas del nuevo gobierno de 1830 por mejorar la educación médica en Chile fueron varias las medidas tomadas para que se modernizaran los principios teóricos de la medicina que se enseñaban en el Instituto. Es así que el 17 de abril de 1833 se inaugura la primera Escuela de Medicina en la República de Chile, cuyas clases serían impartidas en las instalaciones del Instituto Nacional y que contó con 11 jóvenes como sus estudiantes: Diego Aranda, Luis Ballester, Juan Cruz Carmona, Juan Mackenna, Francisco Rodríguez, Enrique Salmón, Francisco Javier Tocornal; en adición a Martin Abello, Vicente Mesías y Bartolomé Morán que habían tomado, por dos años, clases de cirugía y anatomía con el Dr. Morán⁵³ y el Dr. Cox (Ferrer, 1904, págs. 339-340).

El discurso de apertura fue dado por el Dr. Guillermo Blest, director del Protomedicato y médico irlandés que había llegado a Chile en 1823 y que desde su llegada había desempeñado un papel político muy importante que incluía su participación en instituciones como el Protomedicato, la Inspección General de Medicina y como docente del Instituto Nacional (Cruz-Coke, 1995) (Ferrer, 1904).

El Dr. Blest se destaca también porque en 1826 presentó una conferencia sobre el estado de la medicina en Chile y un plan de estudios para su mejora del que podemos rescatar las dinámicas en las que se veía la medicina para este momento, previo a nuestro periodo de interés. En esta conferencia Blest destaca tres razones por las que el estado de la medicina en

⁵³ Uno de los tres únicos médicos chilenos profesionales en el momento. Los otros dos eran Eusebio Oliva (presidente del protomedicato desde 1819 hasta 1826) y Arias.

Pedro Morán (1770-1839) se desempeñó como cirujano durante las guerras de independencia y para 1823 recibió el título de médico. Fue convocado para ser el primer profesor de anatomía de la Escuela de Medicina en 1833. En adición a su carrera en la medicina, fue Diputado en las Asambleas Provinciales entre 1831 y 1833 (Chile B. d., s.f.). Inicio sus clases privadas en 1826, las cuáles fueron alabadas y fue por su fama y su desempeño que fue convocado para la Escuela de Medicina (Laval R, 2011).

el país es “despreciable”: en primer lugar, la falta de una educación liberal a los individuos interesados en desempeñar la profesión médica, haciendo que haya muchos hombres no dignos y al mismo tiempo, que los jóvenes se desanimen de participar en la medicina por la mala fama que se generaliza (Blest, 1983, pág. 352).

En segundo lugar la falta de un sistema de educación médica, dado que la actual enseñanza de la medicina no era coherente con los avances que se estaban dando en países como Francia o Inglaterra; era necesario que los estudiantes conocieran de anatomía y de la conexión de los órganos tal como el astrologo debe conocer la ciencia de la astrología y no solo el nombre de los astros. En tercer lugar, la mezquina remuneración, la cual no es solo perjudicial para los médicos, sino para los enfermos dado que el médico tendrá que realizar muchas visitas para poder ganar algo digno de su labor, causando que cada visita no sea suficiente para la atención completa del paciente; adicionalmente esto hace que el médico no tenga tiempo para el avance de la ciencia médica (Blest, 1983, págs. 353-355).

Todo esto lleva a que la profesión médica sea devaluada por la sociedad chilena causando que su educación y práctica no mejoren, sobre esto Blest afirma que la medicina debe ser elevada “a un rango igual al que ocupa en todos los países de Europa” (Blest, 1983, pág. 355). Para esto la educación médica debe ser modificada y el gobierno debe prestar más atención a la regulación de los profesionales médicos y de aquellos que se llamen médicos pero que no sean dignos de la profesión.

En consecuencia, Blest propone el siguiente plan de educación médica, con la esperanza que sea un “sistema bajo el cual sus alumnos serán no solamente una delicia de su país sino competentes para examinar y discurrir en conocimientos médicos en cualquier parte del universo” (Blest, 1983, pág. 355). Se escogerían 4 profesores en medicina que tuvieran todos los documentos en orden para verificar sus estudios, a cada uno se le confiaría un número de enfermos de hospitales públicos y dos estudiantes.

El tiempo total del plan de estudios sería de cuatro años: en el primero se estudiaría anatomía, fisiología y patología, para lo que sería necesario que en el Hospital San Juan de Dios de Santiago se estableciera una sala dedicada a las disecciones; el segundo año sería dedicado al estudio de la teoría y práctica de la medicina y la cirugía y una primera aproximación a los pacientes del hospital por medio de la cual harían un seguimiento detallado de los casos del hospital con supervisión del médico a cargo; en el tercer año el estudiante se dedicaría a estudiar química y botánica médica y; finalmente en el cuarto año deberían estudiar la materia médica y farmacia⁵⁴ (Blest, 1983, pág. 356).

Al finalizar los estudios se requería que los estudiantes estuvieran de 6 a 8 meses en el Hospital asistiendo a los enfermos y recetándoles medicamentos bajo supervisión de los profesores, esto les permitía pasar a realizar el examen de aptitud que duraba 5 días seguidos con una duración de dos horas y media cada día. Junto con estas determinaciones Blest añadió

⁵⁴ Lastimosamente en este documento el autor no lista los libros de texto o los autores que guían las lecciones o que los estudiantes deberían leer, lo que hace que el análisis de su perspectiva sobre los fundamentos de la medicina sea un poco más difuso.

que debía haber una sala que serviría de biblioteca para que los estudiantes leyeran tres horas seguidas y afirmaba que ningún facultativo extranjero debería ser colocado en los empleos lucrativos de la medicina (Blest, 1983, pág. 356).

Este aporte resulta valioso porque nos permite resaltar 3 aspectos de no solo la realidad médica del país, sino del contexto chileno en el que se encontraba. En primer lugar el plan muestra un claro reflejo de una perspectiva ilustrada en la que el aspecto práctico y el estudio de la patología son protagonistas⁵⁵; en segundo lugar evidenciamos la necesidad de empoderar la medicina, un proceso que se puede dar la mano con las mejoras a las políticas nacionales y con un objetivo común, es necesario mejorar la educación para legitimar el oficio de los médicos y así, elevar no solo el nivel de la medicina sino de la vida en el país; en tercer lugar se evidencia un claro sentido nacionalista que se defiende no solo con el fortalecimiento de la patria chilena y la defensa de sus intereses, sino que está ligado al mejoramiento de la medicina nacional, dejando clara la conexión que este oficio tiene en las nuevas dinámicas sociales y económicas de un nuevo país⁵⁶.

Este plan no llegó a aplicarse pues no fue aceptado por las autoridades del momento, sin embargo, como hemos resaltado, nos permite aclarar la clase de persona que era Blest, su papel en la sociedad chilena y sus ideas sobre la medicina y la educación médica, las cuáles serían notorias también en la Escuela de Medicina de 1833.

Durante la inauguración de la Escuela se establecen diferentes principios prácticos y metodológicos de la medicina por los cuales se regirá la Escuela⁵⁷: Blest se afirma seguidor de la teoría del médico William Cullen⁵⁸ y se establece el siguiente método para las lecciones impartidas por él en la escuela: 1. Enfermedades agudas y sub-agudas. 2. Enfermedades crónicas. 2.1 causas remotas. 2.2 síntomas. 2.3 anatomía mórbida. 2.4 condiciones ahygidas de que los síntomas dependen. 2.5 diagnosis. 2.6 plan curativo. 2.7 prognosis⁵⁹ (Ferrer, 1904, pág. 336). Blest fue director de la Escuela de Medicina desde 1833 hasta 1842, año en el que surge la idea de la Universidad de Chile (Chile F. d., s.f.).

⁵⁵ Vemos que incluye un estudio de farmacia y botánica, de la mano con el estudio de la anatomía y la clínica, una señal de una medicina sydenhamiana.

⁵⁶ Esto nos permite pensar que este médico tenía una clara inclinación ilustrada, adelantada al momento en el que se propuso este plan, pues uno similar fue puesto en marcha años más tarde en la Escuela fundada en 1833.

⁵⁷ Antes de 1833 y de la inauguración de esta Escuela existían básicamente dos perspectivas sobre la medicina: la humoralista representada por el Dr. Chaparro, el Dr. Rios y el Dr. Oliva y; la fisiologista, representada por el Dr. Cox, el Dr. Blest, el Dr. Grajales y el Dr. Torres (Olano Salas, 1894, pág. 191). Como podemos ver, con Blest a la cabeza y los demás representantes como docentes, la perspectiva fisiologista superó a la humoralista.

⁵⁸ Médico escocés discípulo de Boerhaave quien llevó la reforma a la educación médica a Edimburgo. Aún no se tiene la mentalidad anatomoclínica, pero como sabemos es un paso incluido dentro de los procesos de la protohistoria de ella. Su teoría era llamada solidismo vital y, en términos generales, basaba la etiología patológica en la alternación del sistema nervioso (Ferrer, 1904, págs. 333-334).

⁵⁹ Un claro programa ilustrado en transición a la anatomoclínica, pues en la fuente se encuentra también que se destaca la importancia de estudiar anatomía y fisiología, patología general, semiótica, química, botánica, farmacia y materia médica.

Junto con la apertura de la Escuela se abrió la posibilidad de actualizar las librerías y las bibliotecas privadas de Chile, por ende se encargó a Europa un mayor número de títulos de obras científicas para enriquecer la actual colección que incluía obras de Boerhaave, Haller, Chomel, Bayle, entre otros. Así, a mediados de 1833 la colección se enriqueció con obras de Lacroix, Cuvier, Broussais, Zimmerman, Morgagni, entre otros, cubriendo las principales áreas del estudio de la medicina (Ferrer, 1904, págs. 358-359).

Estos autores nos permiten analizar el saber médico que era divulgado en el momento, es importante notar que no todas las inclinaciones teórico prácticas estaban enmarcadas en lo que hemos denominado como medicina anatomoclínica, pero que varios de ellos como Velpeau (cirujano y anatomista francés estudiante de Bretonneau) (cuyos textos eran usados en las clases de Sazie), Chomel (discípulo de Bichat y Laennec) o Magendie (maestro de Claude Bernard), si tienen una trascendencia educativa y práctica de la medicina anatomoclínica francesa.

Sin embargo, muchos de ellos, entran en la categoría de la medicina ilustrada, por lo que podemos afirmar que es un periodo aun transicional de la medicina anatomoclínica en Chile, un periodo en el que se estaba dando por terminada la protohistoria de esta medicina. Aunque, teniendo esto en cuenta, la medicina anatomoclínica estaba haciendo una entrada de gran influencia que logró, con sus aportes, sobreponerse al periodo de transición y sentar las bases precisas para que esta medicina se estableciera en Chile durante este periodo. Entrada que se evidencia por la llegada de médicos como Sazie, por la llegada de nuevos conocimientos y prácticas, su legitimación en la enseñanza de la medicina y por el surgimiento de una nueva organización médica hospitalaria y educativa.

De la misma manera Ferrer hace notar que el gobierno tendía a dar premios a final de cada año escolar, estos consistían en libros de las materias médicas más importantes y a su vez, garantizaba la suscripción al Anuario Médico Quirúrgico de Paris.

Es evidente la entrada de conocimiento europeo médico avanzado y de muchos autores categorizados como anatomoclínicos en el capítulo anterior. De esta manera entendemos que las nuevas técnicas y conocimientos médicos están siendo introducidas a Chile desde el momento en el que la Escuela se abre, desde el momento en el que la medicina encuentra un lugar para ser estudiada y donde encuentra un lugar para sentar sus bases técnicas y metodológicas, donde tiene una base para irse convirtiendo en una profesión.

En 1833 el Tribunal de Protomedicato Republicano estaba conformado así: presidente y profesor de medicina: Guillermo Blest; profesor de cirugía: Agustín Nataniel Cox; profesor de farmacia: Vicente Bustillos; secretario: Pedro Morán (médico chileno); fiscal: José Barrios (Ferrer, 1904, pág. 329). Como vemos, esta institución estatal, que regía los principios de la educación mantenía una separación sustancial entre las materias de la medicina y la cirugía, lo cual regía la educación médica del Instituto hasta el momento en que se crea la Escuela de Medicina y que aún caracteriza los principios de la transición hacia la medicina anatomoclínica que se abría paso en esta escuela.

Adicionalmente, el español Juan Miquel destaca de manera especial de los médicos anteriormente mencionados porque llegó muy temprano a Chile, en 1819, al ser capturado durante una misión a Perú, y porque su trayectoria en el país fue muy importante pues figura como uno de los médicos más relevantes del momento que desempeñó roles en el Protomedicato (como fiscal en 1823) y en la educación proponiendo un proyecto de renovación de la escuela de medicina y farmacia en 1826 planteado por Juan Miquel, que terminaría funcionando en el Instituto Nacional. De especial interés para nuestro periodo, el Dr. Miquel fue nombrado ciudadano chileno en 1834 y fue el sucesor del Dr. Blest en el profesorado cuando este se retira en 1851. También es importante anotar que, según afirma Ferrer, a su llegada el médico seguía las enseñanzas de Cullen y de Pinel (una clara señal de una transición de la medicina ilustrada a la anatomoclínica), pero que posteriormente, al poder revisar la obra de Laennec se declaró seguidor de esta nueva medicina y de sus principios (Ferrer, 1904, págs. 429-430). Lo que nos afirma que incluso antes de ser docente oficial, en su práctica se evidenciaba una tendencia anatomoclínica.

Es así que podemos decir que Miquel fue otro de los eslabones para que la medicina anatomoclínica tuviera un lugar en Chile, y que si bien era evidente el estado de transición, los diversos aportes anatomoclínicos en diferentes campos lograron tener una fuerte influencia y formaron una coyuntura importante en Chile.

Ahora, estando el Protomedicato en vigencia y bajo régimen conservador, todo esto durante la construcción de una república, una de las preocupaciones del reciente gobierno era mejorar la educación en el país. Con este objetivo y de gran beneficio para la medicina chilena, en 1834 llegó a Santiago el Dr. Laurent Sazie⁶⁰, nacido en Francia, interno del Hospital Hotel Dieu y graduado de la facultad de medicina de París en 1833. Sobre él, Ferrer afirma que llevó a Chile las teorías doctrinarias de la medicina de Corvisart y Laennec, los reformadores de la medicina (Ferrer, 1904, pág. 335).

4. Consolidación de la medicina anatomoclínica en Chile

La manera en la que el Dr. Sazie fue contactado es un acontecimiento que da cuenta de las dinámicas políticas y sociales de un país en busca de legitimación y equilibrio, pero también de la influencia de la medicina y política francesa en el momento.

Casi 20 años después de la independencia de Chile, España no había reconocido a ningún país hispanoamericano como país independiente, así que diferentes negociaciones tuvieron que llevarse a cabo para que finalmente el 25 de abril de 1844 se firmara un tratado de paz y amistad entre España y Chile en el que se reconocía la independencia del segundo y en dónde se garantizaba una relación de cooperación y respeto entre las dos naciones (Carrasco Domínguez, 1961, págs. 121-123).

⁶⁰ Si bien el rol que destacamos en este apartado es el de la docencia y sus aportes a la academia, Sazie fue también un reconocido médico y cirujano en Santiago. Se destacaba por sus valores como persona, su habilidad manual para la cirugía, su conocimiento de la semiología y del diagnóstico y de su experticia en el manejo de las enfermedades a la cabecera del paciente (Ferrer, 1904, págs. 409-412).

Así, antes de que esto ocurriera la situación con España y en general con Europa estaba permeada por las negociaciones sobre el estado de independencia que Chile quería legitimar. En 1833 el ministro plenipotenciario de Chile en París era José Miguel de la Barra⁶¹ quien tuvo una relación cercana con el presidente Prieto y compartía su objetivo de mejorar la educación en Chile.

De esta manera, mientras de la Barra se encontraba en París cumpliendo sus funciones diplomáticas, hizo toda la gestión necesaria para contactar a Sazie, contratarlo y que llegara a Chile como docente de obstetricia y cirugía de la Escuela de Medicina en 1834 ganando \$500 pesos⁶² anuales desde el 14 de mayo de 1834 gracias a un contrato firmado por el presidente Prieto (Ferrer, 1904, pág. 350).

Adicional a la clase de obstetricia estas fueron las clases que se impartieron en la primera Escuela de Medicina de Chile con sus respectivos catedráticos: Medicina por el Dr. Blest; Anatomía y fisiología por el Dr. Morán; Química y farmacia por el Dr. Bustillos; y Obstetricia y cirugía por el Dr. Sazie (Ferrer, 1904, pág. 329), posteriormente en 1841 el Dr. Francisco Lafargue⁶³ se vinculó como sucesor del Dr. Morán en la clases de anatomía y fisiología (Ferrer, 1904, pág. 350)

Es importante resaltar el hecho de que el Dr. Sazié fuera docente de obstetricia pero también que tuviera una preocupación por la cirugía, porque como sabemos, la medicina anatomoclínica se consolida en el momento en el que la clínica, la anatomopatología y la semiología adquieren un carácter que define la enfermedad como una afección de los órganos. De igual manera se consolida con el apoyo de los métodos de la cirugía y cuando se usan instrumentos para mejorar el diagnóstico de las enfermedades. Así, solo un médico puro anatomoclínico logra tratar de manera equilibrada materias como la cirugía y la obstetricia, pues logra implementar el método anatomoclínico en su enseñanza.

Aunque los médicos presentes en Chile, tanto extranjeros como chilenos, fueron grandes figuras médicas y sus acciones contribuyeron a la formación de la medicina chilena, la medicina anatomoclínica y, tal vez una medicina científica, se posiciona en el momento de la fundación de esta Escuela y con la inserción del Dr. Sazie y de conocimientos de la medicina francesa. Como afirma Cruz Coke, junto con Blest se completaba una transferencia cultural de Europa a Chile, se introdujeron la nueva medicina y cirugía inglesa (Blest) y francesa, una transferencia cultural que incluía una nueva mirada médica hacia los fenómenos de la salud y enfermedad y sobre las funciones del médico como ciudadano de una Nación (Cruz-Coke, 1995, pág. 320).

⁶¹ Patriota nacido en 1799 en Chile, batalló en la batalla de Maipú y por su propio interés patriótico fue enviado en 1824 como Secretario del entonces ministro plenipotenciario Mariano Egaña a Londres. Por todas sus gestiones fue luego nombrado ministro plenipotenciario en París en 1830.

⁶² Monto pagado a cada profesor de la escuela.

⁶³ Médico y cirujano francés que al llegar aportó a la consolidación de la medicina anatomoclínica gracias a su formación en Francia. Se afirma que insistía en el examen anatomopatológico durante la autopsia y que enseñaba los principios de la fisiología de Broussais (Ferrer, 1904, pág. 419), notorios hitos anatomoclínicos.

Esto puede evidenciarse en la enseñanza médica de años anteriores a 1833. Como pudimos evidenciar las cátedras impartidas en el Instituto Nacional eran muy similares al modelo previo a la anatomoclínica, pero también porque la medicina no era vista como una profesión o un oficio digno, por lo que ni las clases eran permanentes, ni había más de tres médicos chilenos, ni los profesores se actualizaban en conocimientos ni cumplían con la demanda de clases del Instituto, recordemos el Plan propuesto por el Dr. Blest.

Así, el hecho de la llegada de la medicina anatomoclínica no es solo un hecho que implica la llegada y asimilación de nuevos conocimientos, implica nuevas técnicas, nuevo uso de las instituciones y un nuevo estatus de la medicina; podemos afirmar que es su formación como profesión. La legitimación de la medicina se da porque ahora existe una Escuela de Medicina con un programa establecido y con un número de años determinado (6).

Este programa oficial se decretó el 12 de marzo de 1833 y se estructuraría de la siguiente manera: la clase primera duraría dos años: en el primer año se estudiaría anatomía especulativa y práctica; en el segundo año se continuaría la anatomía práctica y adicionalmente se estudiaría fisiología e higiene. La clase segunda consistiría en cuatro años: el primer año el estudiante vería los principios y la práctica de la medicina; el segundo año estudiaría la materia médica y medicina clínica en los hospitales; el tercer año estudiaría los principios la práctica de cirugía y cirugía clínica y, finalmente; el cuarto año vería obstetricia y enfermedades incidentes en los niños (Ferrer, 1904, pág. 340). Un programa evidentemente anatomoclínico pues evidenciamos el rigor de práctica durante 4 años.

Es importante mencionar que un antecedente importante al programa de estudios de la escuela de Medicina de 1833 es la reforma que se dio en el Instituto Nacional en 1832 dada la influencia de la creación de diferentes instituciones privadas de educación. Con respecto a la medicina, esta reforma estableció un programa de 5 años y se entendía como una carrera racional ilustrada (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001).

Ahora, si bien la medicina anatomoclínica llega con Sazié en 1834, gracias a la fundación de la Escuela de Medicina, tomó 10 años para que se configurara completamente, pues la primera promoción de médicos chilenos formados bajo este esquema se graduaría hasta 1842 y, luego en 1843, se formaría la Universidad de Chile, estando la mentalidad anatomoclínica establecida en el país.

4.1 Los últimos toques

Como mencionamos antes, cuando el Dr. Sazie ingresó a la Escuela de Medicina fue encargado del área de obstetricia. Es importante notar que la importancia dada a ella estaba fundada en la relevancia que había adquirido la cirugía como parte de la medicina en el proceso de consolidación de la medicina anatomoclínica evidenciado en Francia. Así, se crea la escuela de obstetricia en junio de 1834, inaugurada oficialmente el 8 de mayo de 1835. En ella Sazie tuvo oportunidad de enseñar los métodos y conceptos que había aprendido en

Francia en el momento de la anatomoclínica, por ejemplo, afirma Ferrer, los usos y aplicaciones del fórceps y del especulo⁶⁴ (Ferrer, 1904, pág. 357).

Esta escuela no solo daba cuenta del reconocimiento de la cirugía y de los métodos anatomoclínicos en Chile, sino que jugaba también una parte importante en la legitimación de la práctica de la medicina y de las áreas afines. Esta escuela fue creada para que la obstetricia quedara en manos de mujeres decentes y que supieran leer y escribir, para evitar desastres y malas prácticas en manos de mujeres incapaces y torpes (Ferrer, 1904, pág. 356).

Siguiendo con la corriente de los métodos anatomoclínicos y el mejoramiento de las instalaciones para que ellos prosperaran, el 17 de septiembre de 1833 se inauguró un patio en el Hospital San Juan de Dios dedicado a ser el anfiteatro al servicio de la Escuela de Medicina (Cruz-Coke, 1995) (Ferrer, 1904). En este punto podemos entrar a analizar la manera en la que los conocimientos médicos y anatómicos se refuerzan.

Antes de la consolidación de la medicina anatomoclínica se supo que la enfermedad estaba en el cuerpo, en los órganos, es por esto que la confirmación de la enfermedad y de los síntomas puede darse por medio del estudio del cadáver en el anfiteatro.

El anfiteatro fue inaugurado por el Dr. Pedro Morán, cuyo discurso menciona los avances de la anatomía en Europa y cita las teorías de Bichat, Chaussier y Maigrier, el estudio de la osteología y el estudio de la semiótica, la nosografía y la etiología (Ferrer, 1904, págs. 355-356). El avance a la medicina no solo se evidencia en la adecuación de espacios sino en el mejoramiento de condiciones para profesores y estudiantes, pues antes las disecciones eran realizadas al aire libre sin ninguna medida de protección o prevención, lo cual cobró vidas de estudiantes en años anteriores (Ferrer, 1904, pág. 353).

Posteriormente, en 1839 se decretó que las clases pasarían a ser dictadas en el Hospital San Juan de Dios. Esto fue otra clara muestra del acercamiento y afianzamiento de la metodología anatomoclínica y, aunque esto afectó la autoridad y la dirección que tenía el rector sobre la Escuela de Medicina en el Instituto, sus clases y profesores (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001)⁶⁵, el cambio nos permite identificar que la clínica y su enseñanza en el hospital, cerca de los pacientes y del anfiteatro se planteó como una necesidad para estudiantes y profesores.

Mientras esto pasaba en el Instituto Nacional, la Real Universidad de San Felipe (fundada en 1738⁶⁶) seguía en funcionamiento otorgando títulos de diferentes escuelas. Pero para este momento las complicaciones y la decadencia de esta Universidad era cada vez más evidente:

⁶⁴ Un aporte muy importante dado que parte de los aportes de Laennec fue la introducción del uso de instrumentos para facilitar la visión del médico dentro del cuerpo.

⁶⁵ Esta fuente fue recuperada en texto completo de la página Fuentes Documentales y Bibliográficas para el Estudio de la Historia de Chile en el siguiente link: http://www.historia.uchile.cl/CDA/fh_complex/0,1393,SCID%253D11743%2526ISID%253D489%2526JNID%253D12,00.html. Razón por la cual no es posible citar la paginación a las referencias hechas a este libro.

⁶⁶ En dónde en la época de la Colonia se enseñaba a Hipócrates y Galeno (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001).

la pérdida de funciones y de espacios deterioraba la Universidad (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001).

En 1837 se decretó que pasaría a llamarse Universidad de San Felipe del Estado de Chile para que fuera coherente con la caída del régimen colonial, pero para 1839 se decretó extinguida y que en su lugar se formaría un establecimiento de estudios generales llamado Universidad de Chile⁶⁷ (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001). El personaje encargado para el diseño del proyecto de Universidad fue Andrés Bello, un académico venezolano llegado a Chile en 1829.

Bello tenía ideas particulares sobre la academia, la educación y sobre la manera en que ellas se relacionaban con la formación y mantenimiento de una República. Ideas que durante su estancia en Londres desde 1810 a 1829 y por medio de profundas lecturas y estudios se fueron gestando en él. Jaksic afirma, citando fragmentos de un artículo de 1836 de Bello, que con base a las teorías de Montesquieu, Bello consideraba que la virtud es uno de los principales pilares para la construcción de la República. Una virtud que incluye acciones civiles y militares de cada persona como ciudadano y que implica también una dimensión de moralidad. Consecuentemente, la ciudadanía solo podía lograrse por medio de la educación, una educación apropiada sobre deberes y derechos, una educación que formaría al ciudadano que por sí mismo y de la mano de los otros mantendrían a la República (Jaksic, 2001, pág. 126).

Así, en consecuencia con estos principios filosóficos y en concordancia con los artículos 153 y 154 de la constitución de 1833⁶⁸ Bello desarrolla un proyecto para la formación de la Universidad de Chile tomando como guía el modelo francés y para que esta misma fuera la nueva superintendencia nacional de educación. El proyecto fue entregado al congreso por el presidente Bulnes el 26 de julio de 1842 (Jaksic, 2001, pág. 126).

En este momento ocurre un cambio de ministerio, Manuel Montt reemplaza a Juan Egaña como ministro de Instrucción Pública en el gobierno del sucesor del presidente Prieto, el presidente Manuel Bulnes⁶⁹. Periodo de gobierno que fue también un hito importante para la consolidación de la república Chilena y de la consolidación de la medicina republicana o anatomoclínica. Este nuevo gobierno buscaba una liberalización de Chile, lo que implicaba, entre otras cosas, modificaciones institucionales, y es en esta esfera en la que Bello se destaca por sus aportes a la creación de la Universidad de Chile.

En términos generales el presidente Bulnes se destacó como uno de los personajes más relevantes de la guerra contra la confederación Perú-Boliviana de 1836-1839 y por esto es que es uno de los candidatos más viables a la presidencia (Jaksic, 2001, pág. 123) (Chile B.

⁶⁷ Decreto del 17 de abril de 1839 (Ferrer, 1904, págs. 360-361).

⁶⁸ Art. 153. La educación pública es una atención preferente del Gobierno. El Congreso formará un plan general de educación nacional; y el Ministro del Despacho respectivo le dará cuenta anualmente del estado de ella en toda la República.

Art. 154. Habrá una superintendencia de educación pública, a cuyo cargo estará la inspección de la enseñanza nacional, y su dirección bajo la autoridad del Gobierno. (Guerrero Lira, SISIB, & Chile, 2003)

⁶⁹ Manuel Bulnes fue presidente desde 1841 hasta 1851, en dos periodos 1841-1846 y 1846-1851.

d., s.f.). En adición a esto, su matrimonio con la hija del general Francisco Antonio Pinto, otro de los candidatos a la presidencia de la misma facción liberal, ayudó a asegurar su posición (Frias Valenzuela, 1993, pág. 279).

Durante este gobierno se da lo que Frías llama el movimiento intelectual. Un movimiento que se dirigió más que todo a la educación y que estuvo enmarcado en una serie de condiciones favorables como: “la paz interior generada por el régimen portaliano, el bienestar material de las exportaciones (...) y la exaltación del sentimiento nacional como consecuencia de (...) la victoria de Yungay [Perú]” (Frias Valenzuela, 1993, págs. 285-286). Como es de esperar, Bello fue uno de los protagonistas de este movimiento, sus reformas y enseñanzas llevaron a sus alumnos a formar en 1842 una Sociedad Literaria como manera de expresión intelectual. De este movimiento surgen varios autores chilenos de la era republicana cuya importancia radica en su formación bajo este particular momento de influencia extranjera infundada de patriotismo.

Este movimiento logró tener muchos aportes para la vida y la educación chilena, entre ellos la formación de la Escuela Normal de Preceptores en 1842, el fortalecimiento del cultivo de la literatura, de la historia y del derecho, la fundación de la Escuela de Bellas Artes y de la Escuela de Arquitectura en 1849. El avance en la producción periodística junto con la destacada participación de ciudadanos chilenos estaba dando forma a una nueva configuración social, política y económica en el país (Frias Valenzuela, 1993)⁷⁰.

Al ser entregado, el proyecto de la Universidad fue sometido a evaluación a cargo de una comisión conformada por el mismo Andrés Bello junto con Miguel de la Barra y José Gabriel Palma⁷¹. Después de su evaluación y de la aplicación de leves correcciones, el proyecto fue alabado y se le agradeció a Bello por sus ideas y trabajo (Amunátegui, 1882, págs. 487-488) (Jaksic, 2001, pág. 126).

De esta manera se generó una ley oficialmente presentada al congreso el 4 de julio de 1842 para la formación de la Universidad de Chile (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001) y se convirtió en ley orgánica el 19 de noviembre de 1842 (Amunátegui, 1882, pág. 488). Finalmente el 21 de julio de 1843 se aprobó el proyecto de ley, se clausuró de manera definitiva la Universidad de San Felipe y se creó la Universidad de Chile en su lugar.

Según esta “Ley Orgánica promulgada, la Universidad se encargaría de la enseñanza y el cultivo de las letras y ciencias, y además tendría la dirección de la enseñanza en todos sus niveles, cumpliendo de esta forma con lo establecido en el artículo 154 de la Constitución de 1833” (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001).

⁷⁰ En adición a esto podemos añadir otros sucesos que marcaron el gobierno de Bulnes: la construcción de la Penitenciaría en 1843 según el modelo norteamericano, el inicio de los ferrocarriles en 1846, la fundación del primer Cuerpo de Bomberos en 1851, nuevas ideas de expansión territorial e innovación en la economía de exportación de metales y materias primas y, como ya mencionamos, el reconocimiento de la Independencia por España en 1844 a cargo del general José Manuel Borgoño (Frias Valenzuela, 1993).

⁷¹ Chileno (1794-1882) que para el año 1843 cumplía el cargo de Diputado Suplente por Santiago (hasta 1846) y presidía la Academia de Leyes y Práctica Forense (Chile B. d., s.f.).

Esta institución se constituyó como una Institución no docente, inaugurada oficialmente el 17 de septiembre de 1843, que entregaba títulos y grados a los estudiantes que tomaban clases en el Instituto Nacional en cinco facultades: filosofía y humanidades; ciencias, matemáticas y físicas; medicina; leyes y ciencias políticas y teología (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001). Cada facultad estaba conformada por 30 miembros en adición a los facultativos restantes de la Universidad de San Felipe, un decano que se renovaba cada dos años y un secretario vitalicio (Amunátegui, 1882).

Adicionalmente, sería una institución con miras a la investigación y que satisficiera las necesidades nacionales de alfabetización y de conocimiento específico en diferentes áreas (Jaksic, 2001) y que estaría en control de la educación primaria, media y superior (Amunátegui, 1882, pág. 489).

De manera específica, la facultad de medicina debería encargarse “del estudio de las enfermedades endémicas y epidémicas que afectaban con mayor frecuencia a la población del país” (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001), una función de formación de médicos y ciudadanos chilenos con el objetivo de cuidar de los mismos ciudadanos chilenos y del país para que este prospere.

De la mano con la gestión y los aportes conceptuales de Bello, el ministro Montt lo nombró como miembro de la facultad de Leyes y Ciencia Política y Rector de la Universidad en 1843⁷². Así, con todo el lujo y pompa, la inauguración de la Universidad de Chile aconteció recibiendo a todas las personalidades políticas, académicas, del clero y de la prensa chilena y con todos los protocolos dignos de un acontecimiento de importancia nacional. En este contexto el rector Bello da su discurso inaugural resaltando de manera especial el rol de cada facultad y el servicio que la institución prestaría a la nación y al gobierno (Jaksic, 2001, págs. 126-127).

Sobre este discurso y la relación con la transformación política y social de Chile, Jaksic afirma que con relación a la liberalización del Estado Portaliano, el discurso de Bello fue el reflejo cultural de la política del gobierno del presidente Bulnes (Jaksic, 2001, pág. 130).

5. Consideraciones finales

Teniendo en cuenta las coyunturas institucionales y políticas presentadas, los estudios en la Escuela de Medicina del Instituto continuaron con regularidad. El plan de estudios que debía durar seis años duró casi diez y el 6 de junio de 1842 se graduó la primera promoción de médicos chilenos bajo la influencia de la medicina republicana, los primeros doctores de la patria, como afirma Ferrer (Ferrer, 1904).

Los graduados fueron cuatro: Javier Tocornal, Luis Ballester, Francisco Rodríguez y Juan Mackenna (Mellafe, Rebolledo, & Cárdenas, 2001). Después de rendir sus exámenes y al finalizar el curso fueron elogiados en la prensa por su inteligencia, dedicación y aporte a la república como médicos y como docentes de medicina. Se destaca de manera especial el hecho de que, en adición a su excelencia como médicos, eran también capaces de ser

⁷² Cargo que desempeñó hasta su fallecimiento en 1865 (Frias Valenzuela, 1993, pág. 288).

cirujanos ejemplares. Estos grados y la atención que hubo sobre ellos significaron no solo el asentamiento de una nueva medicina, sino la dignificación de la profesión médica en Chile (Ferrer, 1904, pág. 367), proceso que entendemos como parte de la profesionalización de la medicina.

Después de los grados y como hemos mencionado, la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile fue establecida y el Dr. Sazie fue nombrado como Decano por el rector Andrés Bello, a quien dentro de sus funciones se incluirían las que anteriormente tenía el protomédico.

Paralelo a este proceso el Instituto Nacional seguía estando vigente, pero la Universidad se unió a él administrativamente después de haber sido reformado en 1842, por ende las clases se siguieron tomando en el Instituto hasta el año de 1866, año en el que la Universidad logró tener un local propio (Frias Valenzuela, 1993, pág. 288).

Como lo afirma Cruz Coke, desde este momento y después de un proceso de maduración y de la construcción de las bases de una medicina racional, la “medicina chilena podía ahora marchar libremente en el marco de la cultura europea despidiendo el espíritu del romanticismo (...) en la alborada del positivismo, que marcaba un proceso científico de la segunda mitad del siglo XIX. Chile ahora se integraba totalmente al progreso científico universal” (Cruz-Coke, 1995, pág. 305).

Es así que durante 10 años, la medicina anatomoclínica quedó finalmente establecida en la República de Chile de la mano con la Universidad de Chile, una institución que daba cuenta de los avances, no solo médicos, pero institucionales y educativos heredados de la revolución francesa y de la medicina anatomoclínica.

En resumen, si revisamos los procesos que hemos estudiado durante el texto y la manera en la que lo hemos hecho, podemos dar cuenta de que efectivamente el establecimiento de la medicina anatomoclínica y su aceptación por no solo la sociedad, sino por la política y por el mismo gremio médico, dependió de la integración de factores que implican relaciones de doble vía que se configuran de manera específica. La instauración de esta medicina fue un proceso, y lo que hemos querido mostrar durante la investigación, es el hecho de que la medicina anatomoclínica, la formación de una profesión y de un Estado Nacional está íntimamente relacionados y fueron procesos influenciados recíprocamente.

Junto con lo anterior, queremos resaltar que aun cuando notamos particularidades y procesos diferenciales en los casos estudiados, las similitudes en cuanto al punto de llegada no dejan de ser destacables. Sin embargo es importante notar que por ejemplo, en el caso chileno la transición a la anatomoclínica no fue tan clara, sino que se pasó progresivamente de una mentalidad hipocrático-galénica a la ilustrada, sobreponiéndose está a la anatomoclínica con la llegada de Sazie y el establecimiento de la Escuela de Medicina. Mientras que como notamos en Francia el proceso fue muy notorio. Esto hace de su estudio algo más rico y enriquecedor y evidencia la manera en la que un paso a paso lineal no puede llegar a ser algo más que un punto de partida o de referencia y puede ayudarnos a pensar en una manera más profunda y comparativa sobre los casos.

El proceso de la conformación y consolidación de la medicina anatomoclínica es en lo que resultó la integración de diferentes esferas de ideales políticas, de búsqueda de respuestas y de diferentes maneras de entender la realidad. Esta medicina no estuvo determinada por sí misma ni por factores que la rodearon, pero tampoco determinó ella misma lo que sería.

Así mismo, es importante resaltar la necesidad de entender cada concepto, proceso o afirmación como válida y verdadera desde su propio contexto. Este texto está escrito desde una perspectiva en la que el entender cada cosa como lo que es, nos permite estudiar a profundidad el proceso de configuración de la medicina anatomoclínica como el proceso que es, uno en el que nada está fijo, en el que no hay una meta ni una idea que superar y en el que no solo la vemos como medicina sino como un factor que al mismo tiempo forma y es formado.

Todo esto nos lleva a pensar que este proceso de llegada y consolidación de la medicina anatomoclínica a Chile no puede analizarse tomando solo uno de los aspectos que evidenciamos anteriormente. Es decir, no solo nos podemos referir a esta nueva medicina como lo hace el autor Cruz-Coke, como medicina republicana, ya que esto excluye muchas de las dinámicas propias de la medicina que influyen también en el proceso; así mismo no podemos solo llamarla medicina anatomoclínica francesa porque esta es la medicina anatomoclínica que fue apropiada por la sociedad chilena, por medio de sus instituciones, personajes, en un momento particular y de acuerdo a sus necesidades.

Es por esto que nuestro análisis toma los datos que nos facilitan autores como Ferrer y Cruz-Coke pero que, adicionalmente, analiza las dinámicas de la medicina y el fundamento del cambio de perspectiva sobre la enfermedad que llevó a que se necesitaran nuevas herramientas o diferentes instituciones. Porque para entender el proceso de la historia de la medicina, incluso un fragmento como este, es necesario entender de qué se trata la medicina y, por ende, poder dar cuenta de los cambios y de su contexto, es por eso que resaltamos también la presencia de relaciones de doble vía con el Estado y con la sociedad. Porque tampoco es casualidad, ni queremos dejar de lado el hecho de que la constitución de esta medicina anatomoclínica coincide con la construcción de Estados Nacionales con principios políticos y económicos que permean las dinámicas de los médicos y de la población, nuevos Estados que se basan en nuevas actividades económicas y en los que una nueva clase social demanda dinámicas diferentes para su sustento.

Finalmente, sentimos que es importante resaltar aquellos temas o preguntas que quedan abiertas dadas las condiciones de este trabajo. El hecho de no haber tenido acceso a fuentes primarias deja baches sobre el manejo de las fuentes que usaron los autores a los que nos referimos en este segundo capítulo, de esta manera el tener acceso a las fuentes primarias será, en un momento, muy enriquecedor para la investigación que se quiere hacer pues nos permitirá analizar de primera mano los hechos a los que nos referimos⁷³.

⁷³ Este aspecto es también importante dado que en varios momentos de la investigación se encontraron datos en ciertos autores que contradecía o no coincidían con la información que otros autores presentaban. En estos

Del mismo modo, otra posibilidad abierta de este trabajo es su continuación, tanto el estudio de los años anteriores a 1833 como de los sucesos posteriores a 1843. Esto enriquecido con las obras de autores contemporáneos en temas sobre salud pública, epidemias, entre otros, que en el presente trabajo no se trataron, dándonos la oportunidad de profundizar en los temas y en la información y, en el análisis de las corrientes y el fortalecimiento de los estudios sociales de la medicina, incluida la historia.

En adición a esto, queda abierta así mismo la posibilidad de un trabajo comparativo a fondo sobre la historia de la medicina en Latinoamérica dentro del proyecto mencionado en la introducción de este trabajo con los aportes que se puedan tener de este trabajo como de la consulta de los otros periodos y de fuentes primarias.

casos lo que se acordó fue seguir el parámetro de acordar con la información de la cual se pudiera encontrar respaldo en otras fuentes.

Bibliografía

- Ackerknecht, E. H. (1967). *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*. Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Amunátegui, M. L. (1882). *Vida de don Andrés Bello*. Santiago de Chile: Pedro G. Ramirez.
- Bergquist, C. (1988). *Los trabajadores en la historia latinoamericana: estudios comparativos de Chile, Argentina, Venezuela y Colombia*. Siglo Veintiuno Editores.
- Blest, G. (1983). Observaciones sobre el actual estado de la medicina en Chile con la propuesta de un plan para su mejora. 1826. *Revista Médica de Chile*, 111(4), 350-357.
- Britannica, E. (n.d.). *Encyclopedia Britannica*. Retrieved from Pierre-Jean-Georges-Cabanis: <http://global.britannica.com/biography/Pierre-Jean-Georges-Cabanis>
- Carrasco Domínguez, S. (1961). *El Reconocimiento de la Independencia de Chile por España. La Misión Borgoño*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Chile, B. d. (n.d.). *Historia Política Legislativa del Congreso Nacional de Chile*. Retrieved Marzo 9, 2015, from http://historiapolitica.bcn.cl/resenas_parlamentarias
- Chile, F. d. (n.d.). *Fundadores de la Medicina Chilena*. Retrieved from <http://www.med.uchile.cl/historia/fundadores-de-la-medicina-chilena.html>
- Cid, F. (1978). *Breve Historia de las Ciencias Médicas*. Barcelona: Editorial Espaxs.
- Cruz-Coke, R. (1995). La época del romanticismo y de la emancipación (1810-1842). In R. Cruz-Coke, *Historia de la Medicina Chilena* (pp. 253-339). Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Eyzaguirre, J. (1958). *Fisonomía Histórica de Chile* (II ed.). Santiago de Chile: Editorial del Pacífico S.A.
- Ferrer, P. L. (1904). *Historia General de la Medicina en Chile* (Vols. Tomo primero. Desde 1535, hasta la inauguración de la Universidad de Chile en 1843). Santiago de Chile: Talca.
- Fleck, L. (1980). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial.
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación Médica y Salud*, 11(1), 3-25.
- Foucault, M. (1978). Incorporación del hospital en la tecnología moderna. *Educación médica y salud*, 12(1), 20-35.
- Foucault, M. (2003). *El Nacimiento de la Clínica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Frias Valenzuela, F. (1993). *Manual de Historia de Chile. Desde la Prehistoria hasta 1973*. Santiago de Chile: Zig-Zag S.A.

- Glasscheib, H. S. (1964). *El Laberinto de la Medicina. Errores y triunfos de la terapéutica*. Barcelona: Ediciones Destino.
- Golinski, J. (1998). An outline of constructivism. In J. Golinski, *Making knowledge* (pp. 13-47). Nueva York: Cambridge University Press.
- Guerrero Lira, C., SISIB, & Chile, U. d. (2003). *Fuentes Documentales y Bibliográficas para el Estudio de la Historia de Chile*. Retrieved from http://www.historia.uchile.cl/CDA/fh_issue/0,1388,ISID%253D169%2526JNID%253D9,00.html
- Huisman, F., & Harely Warner, J. (2006). Medical Histories. In F. Huisman, & J. Harely Warner, *Locating Medical History. The stories and their meanings* (pp. 1-30). Baltimore: JohnsHopkins University Press.
- Jacyna, S. (2006). Medicine in transformation, 1800-1849. In S. Jacyna, C. Lawrence, & E. Tancey, *The Western Medical Tradition. 1800 to 2000* (pp. 11-101). New York: Cambridge University Press.
- Jaksic, I. (2001). *Andrés Bello: Scholarship and Nation Building in Nineteenth-Century Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Knoeff, R. (2007). Boerhaave, Herman. In W. F. Bynum, & H. Bynum, *Dictionary of Medical Biography* (Vols. 1: a-Z, pp. 232-236). Estados Unidos: Greenwood Press.
- Laín Entralgo, P. (1961). *Historia y Teoría del Relato Patográfico* (Segunda ed.). Barcelona: Salvat Editores.
- Laín Entralgo, P. (1972). *Historia Universal de la Medicina* (Vol. Tomo II). Barcelona: Salvat Editores.
- Laín Entralgo, P. (1982). *El Diagnóstico Médico: Historia y Teoría*. Barcelona: Salvat Editores.
- Laín Entralgo, P., & Albarracín, A. (n.d.). *Clásicos de la Medicina: Sydenham*. Madrid: Diana, Artes Gráficas.
- Lama T, A., & Van Wijngaarden, D. (2002). Boerhaave: Una mente brillante, un carácter virtuoso. *Revista Médica de Chile*, 1067-1072.
- Laval R, E. (2011). El doctor Pedro Morán, la Escuela Médica de 1833 y la Batalla de Rancagua. *Revista Chilena de Infectología*, 484-487.
- Lindeboom, G. A. (1973). Historia Universal de la Medicina. In P. Laín Entralgo, *Historia Universal de la Medicina* (pp. 319-325). Barcelona: Salvat Editores.
- Lopez Piñero, J. (1985). *Ciencia y enfermedad en el siglo XIX*. Barcelona: Ediciones Península.

- Mellafe, R., Rebolledo, A., & Cárdenas, M. (2001). *Historia de la Universidad de Chile*. Santiago de Chile : Universidad de Chile.
- Olano Salas, E. (1894). *Historia de la medicina en Chile con importantes documentos sobre la medicina de nuestros predecesores*. Santiago de Chile: Imprenta Vicuña Mackena.
- Pinto Rodríguez, J. (2010). La Independencia de Chile y la génesis de la República. In H. A. Silva, *Historia económica del cono sur de América (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Paraguay, Uruguay). La era de las revoluciones y la independencia* (pp. 369-419). México D.F.: Instituto Panamericano de Geografía e Historia.
- Piwonka, G. (2006). El Protomedicato republicano: 1819-1892. *Anales Chilenos de Historia de la Medicina*(16), 193-201.
- Quevedo, E., Hernandez, M., Cortés, C., & Eslava, J. C. (2013). Un modelo para armar: Una propuesta metodológica para abordar el estudio comparativo de la historia de la salud pública, de las profesiones de la salud y de sus relaciones de doble vía con la sociedad. *Revista Ciencias de la Salud* , 11(3), 295-321.
- Reverby, S. M., & Rosner, D. (2006). "Beyond the Great Doctors" Revisited. A generation of the "New" Social History of Medicine. In F. Huisman, & J. Harley Warner, *Locating Medical History. The Stories and Their Meanings* (pp. 167-208). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rosen, G. (1985). Los hospitales, la atención médica y la política social en la Revolución Francesa. In G. Rosen, *De la Política Médica a la Medicina Social* (pp. 254-283). México D.F.: Siglo XXI Editores.
- Sigerist, H. E. (1949). *Los Grandes Médicos: Historia Biográfica de la Medicina*. Barcelona: Ediciones Ave.
- Vásquez García, F. (1995). *Foucault, la historia como crítica de la razón*. Barcelona: Montesinos.
- Vernant, J. P. (1992). *Los orígenes del pensamiento griego*. España: Paidós.
- Waddington, K. (2011). *An Introduction to the Social History of Medicine: Europe since 1500*. England: Palgrave Macmillan.