

HISTORIA 396
ISSN 0719-0719
E- ISSN 0719-7969
N° 1 - 2018
[109-130]

DE LA BOTICA A LA CADENA PARA UNA HISTORIA DEL COMERCIO DE SANTIAGO (1840-1950)

*FROM THE APOTHECARY TO THE CHAIN
FOR A HISTORY OF RETAIL IN SANTIAGO (1840-1950)*

Jacqueline Dussailant Christie
CIDOC Universidad Finis Terrae, Chile
jdussailant@uft.cl

Resumen

En los últimos años ha quedado en evidencia la profunda disparidad que se da en Chile en relación con el acceso a los medicamentos por parte de la población, siendo la desigual distribución espacial de las farmacias uno de los puntos centrales del problema. Este artículo aborda este tema desde una perspectiva histórica, centrándose en la ciudad de Santiago y en un periodo de transición entre la botica a cargo de un boticario y la farmacia moderna que comienza a organizarse empresarialmente para vender medicamentos producidos de manera industrial.

Palabras clave. Comercio minorista, historia urbana, farmacia, Santiago

Abstract

In recent years it has become evident the profound disparity existing in Chile in relation to access to medicines by the population, being the uneven spatial distribution of pharmacies one of the crucial points of the problem. This article approaches this topic from a historical perspective, focusing on the city of Santiago during a period of transition between the pharmacy in charge of an apothecary and the modern pharmacy that begins to organize business to sell medicines produced industrially by national and international laboratories.

Keywords. Retail, urban history, pharmacy, Santiago

INTRODUCCIÓN

La presencia de farmacias en Santiago se remonta prácticamente a sus inicios, lo que no es de extrañar si se considera que las ordenanzas reales exigían levantar un hospital y una botica al fundar una ciudad. Aunque son escasas las noticias que se tienen al respecto, sabemos que la del hospital de Nuestra Señora del Socorro ya estaba funcionando en 1557, y que diez años más tarde al menos había una botica privada en la ciudad, la de Francisco de Bilbao. Pero fue la de los jesuitas la que ganó mayor presencia para los santiaguinos incluso tras su expulsión en 1767, al punto de que la calle en la que se localizaba era conocida simplemente como calle la Botica. Llegados los tiempos republicanos, en tanto, la presencia de este particular establecimiento, que es parte de sistema de salud, pero al mismo tiempo funciona como un negocio comercial, se hizo claramente visible en las calles de la ciudad. Si en 1846 se registraron quince establecimientos en la capital chilena, al finalizar el siglo ya alcanzaban la media centena, mientras que para el año 1950 estaban registradas 369 farmacias.

Este constante aumento de boticas no solo responde al decidido incremento de la población, sino también a factores más complejos asociados a profundas transformaciones en el ejercicio de la profesión de farmacéutico en el marco de una organización del sistema de salud pública nacional, por una parte, y de un fuerte desarrollo de la actividad mercantil, por otra. Esta larga etapa de modernización en la historia de la botica comenzó con la presencia de locales pequeños e independientes pertenecientes a boticarios que actuaban como preparadores y vendedores de medicamentos pero que más tarde se transformaron prácticamente en distribuidores de productos elaborados industrialmente.

El cambio del rol del Estado en materia de salud es un trasfondo esencial para comprender el desarrollo de la farmacia, que se observa en diversos reglamentos que buscan profesionalizar el sector y controlar la fabricación, almacenamiento y distribución de los medicamentos. Al respecto, con el Código Sanitario de 1918 se dio un primer paso relevante en la consideración de la salud como responsabilidad estatal. Sin embargo, durante buena parte del periodo aquí estudiado el rol de los privados en el tratamiento de la enfermedad siguió siendo determinante, inspirado esencialmente por el concepto de la beneficencia. Fue con la Constitución de 1925 que se consagró oficialmente la intervención estatal en materias sanitarias. Así, de ser básicamente un asunto privado e individual, se convirtió en uno de carácter público y colectivo. Ya en la década de 1940 los indicadores de salud de la población comenzaron a me-

jorar, en parte debido a los adelantos realizados en la infraestructura sanitaria y por la mejora de las condiciones de vida de la población, pero también por el descubrimiento de los antibióticos y otros medicamentos. Es indudable que el brote de enfermedades de gran poder de contagio y las altísimas tasas de mortalidad habían obligado al Estado a tomar medidas preventivas en la forma de vacunas, desinfecciones y mejoramiento de los servicios básicos. Ello, asimismo, exigió más tarde centralizar y coordinar de manera adecuada los diferentes organismos asociados a la preservación de la salud de la población con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952.

La farmacia fue parte de todo este proceso de desarrollo y modernización del sistema de salud del país. Esto se evidencia en la profesionalización del sector a través de la creación de la Escuela de Farmacia en la Universidad de Chile en 1911, que pasó a ser la Facultad de Química y Farmacia en 1945, como también en los crecientes esfuerzos por hacer accesible el medicamento a la población. Esto último, a través de la regulación que normó desde los materiales en que debían usarse en los mesones de atención y el listado mínimo de fármacos e instrumentos que debían contarse, hasta la necesidad de que fuera atendido por un farmacéutico profesional, que estuviera abierto durante determinadas horas en el día y cumpliera con turnos de atención nocturnos y para días festivos. En términos generales, si el Código Sanitario de 1918 se refirió a la inspección de boticas, exigencias para abrir y regentar uno de estos locales, y también a los turnos de atención, el de 1931 agregó mayores detalles con respecto a los productos farmacéuticos y recién en 1942 se incorporó un criterio claro acerca de la distribución de las boticas en el territorio nacional. Significativo es el hecho de que en ese mismo año fuera creado el Colegio de Químico-Farmacéuticos, bajo la presidencia de Juan Antonio Ríos, entidad que tendría una destacada participación en el debate acerca del quehacer farmacéutico en el periodo siguiente al aquí tratado.

En gran medida, producto de la emigración desde el campo que se dio en el país hacia finales del siglo XIX, y en especial a partir de las primeras décadas del siguiente, la población urbana creció con tal fuerza que puso en evidencia la escasa capacidad que tenían las ciudades para absorber a sus nuevos habitantes. Ello despertó la urgente necesidad de parte de las autoridades de implementar una serie de políticas tanto en materia habitacional y educativa como de higiene y salud. Este artículo aborda este proceso desde una perspectiva específica, el de la presencia de la farmacia en el plano urbano, pues si bien se trata de un servicio que forma parte de la salud pública, quizá por tratarse a la vez de un negocio privado ha sido escasamente estudiado. Para esto

se han revisado las matrículas de patentes comerciales, censos de población, leyes y reglamentos de farmacia que impactan directamente en la ciudad, además de una serie de guías comerciales y profesionales. El marco temporal escogido se inicia con la década de 1840 porque entonces nacieron las primeras medidas modernizadoras del sector, y se cierra en 1950, cuando empezaron a aparecer en el horizonte incipientes atisbos del perfil empresarial del negocio farmacéutico que impera en estos días, caracterizado por la “cadenización” y adopción del modelo de *retail*, y que podríamos calificar como un periodo de mercantilización de la actividad. Pese a que este problema afecta a todo el país, por razones metodológicas nos hemos centrado en el caso de Santiago. En lo concreto, interesa comprender de qué manera se dio en esta ciudad el proceso de la modernización de la farmacia como establecimiento comercial urbano justamente en la fase previa a la irrupción del empresario farmacéutico.

EVOLUCIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS FARMACIAS EN LA CIUDAD DE SANTIAGO

El acceso a los medicamentos por parte de la población está determinado fundamentalmente por tres factores: precio de venta, horarios de atención y distribución espacial de los locales. El primero ha sido un problema desde sus inicios, pues si en un temprano año 1566 se acusó a Gonzalo Bazán y al mencionado Francisco Bilbao por cobrar excesivos precios por sus medicamentos, en fechas recientes fuimos testigos de un caso de colusión de precios por parte de las tres principales cadenas que funcionan en el país. Con la finalidad de enfrentar este problema, a lo largo de los años se tomaron diversas medidas, en especial la fijación y posterior fiscalización de precios. Ello se advierte tempranamente en algunas disposiciones del Cabildo en 1566 como también, dentro del periodo que aquí interesa, en el reglamento de farmacias de 1942 que derogó el decreto 175 de marzo de 1939. El nuevo reglamento determinó que el Control de Precios de las Drogas y Productos Farmacéuticos tenía la obligación de controlar los montos de venta de los productos medicinales, incluidas drogas, específicos y accesorios médicos. A diferencia de lo que ocurría con productos ofrecidos en otro tipo de establecimientos comerciales, en el caso de los medicamentos, sus precios debían ser determinados por el mencionado Control, dependiente del Ministerio de Salubridad.

A fines de la década siguiente, en tanto, concretamente en agosto de 1957 se promulgó una norma para la fijación de precios de las industrias farmacéuticas. Con ella se autorizó a la Industria Químico Farmacéutica Nacional –productora, envasadora e importadora de especialidades farmacéuticas– a fijar los precios

de venta de los productos. A partir de entonces, dichos montos serían considerados oficiales tras ser presentados al Departamento de Comercio Interno del Ministerio de Economía. La norma también exigía que se indicara en cada envase el precio de venta máximo al público y que el minorista solo podía modificarlo en el caso de que el precio al por mayor del producto –acreditado por las facturas pertinentes– hubiese cambiado. Cualquier modificación de precios, en todo caso, debía ser detalladamente anunciado a dicho Departamento, indicando los valores del medicamento, envase, obra de mano, gastos generales, propaganda, utilidad, impuestos, distribución y gastos, y utilidad de la farmacia.

El segundo factor que incide en la disponibilidad que la población tenga a cualquier medicamento lo constituye el horario de atención de los establecimientos que los distribuyen. A diferencia de otros locales comerciales, la farmacia es parte de una cadena de salud de manera que debe asegurar que un medicamento pueda ser adquirido a cualquier hora del día y en toda fecha del año. Con respecto a esta necesidad, la solución se ha dado mediante la implantación de sistemas de turnos de atención durante las veinticuatro horas, tal como ocurrió en 1846 cuando se estableció un sistema de turnos para aquellas horas en que las farmacias estuvieran cerradas, esto es, a partir de las doce de la noche. En 1886 se determinó que el regente de la farmacia debía permanecer en la misma por ocho horas, pero, ante las presiones, en 1905 dicho horario se redujo a solo seis. Asimismo, en el artículo 39 de la última ley se definió un nuevo horario de turnos para la atención nocturna y en días festivos. Más tarde, con la modificación del reglamento de Farmacias, Droguerías y Establecimientos Similares de marzo de 1939, se determinó que la permanencia del regente de farmacia en el establecimiento no solo debía ser de ocho horas diarias, sino que esto debía ser entre 9 y 20 horas, y al menos dos horas seguidas durante la mañana. En general, pese a que los horarios y turnos establecidos se cumplieron, hubo suficiente resistencia como para llevar a más de un boticario a la justicia por su incumplimiento. Dentro de los argumentos para evadir una norma que les parecía molesta e injusta, se señaló su supuesta inconstitucionalidad o bien que no era una ley quien mandataba, sino un mero reglamento.

Pero es la tercera variable, la de la distribución de los locales a lo largo y ancho del país y dentro del plano de cualquier ciudad, la que merece especial atención. Teniendo en cuenta que en la actualidad existe una profunda disparidad a lo largo del territorio nacional, y también dentro de la ciudad de Santiago, creemos que este fenómeno amerita ser estudiado desde una perspectiva his-

tórica. Hoy sabemos que hay comunas que concentran un alto número de establecimientos de farmacia en tanto que otras se hayan totalmente desabastecidas de este tipo de establecimientos. La situación es particularmente compleja ya que no se trata de cualquier negocio comercial, sino de uno que forma parte del sistema de salud del país por lo que la injerencia del estado en su organización y funcionamiento fue en aumento durante el periodo a través de diferentes disposiciones legales. Debido al hecho de que el Estado es el primer responsable en garantizar el amplio acceso al medicamento, la normativa ha dado espacio para la incorporación de otro tipo de locales para aquellas localidades que carecen de establecimientos, como también ha hecho excepciones tales como permitir establecer y regentar una farmacia a quienes no tenían estudios formales de farmacéutica. No ha sido, en la práctica, un proceso sin escollos. De hecho, en el marco del proceso de modernización del sistema de salud en general y de la preparación profesional de los farmacéuticos en particular, se generaron múltiples debates y disputas entre autoridades y dueños de boticas durante buena parte del periodo estudiado. La dificultad radicaba fundamentalmente en que, si bien se buscaba profesionalizar la práctica farmacéutica, la realidad –escasos farmacéuticos e insuficiente cobertura de establecimientos– llevaba a que las autoridades terminaran actuando una y otra vez con mayor flexibilidad. En consecuencia, el adecuado abastecimiento de locales de farmacia por el territorio nacional exigió hacer excepciones constantemente, ya sea autorizando a tener un establecimiento a quienes no contarán con el título de farmacéuticos, ya sea con permitir la instalación de otra categoría de locales –como los almacenes farmacéuticos en aquellas localidades que no contaban con una farmacia propiamente tal. Ello, como era de esperar, generó constantes reclamos y presiones por parte de quienes se sintieron afectados.

El problema es que, como hemos señalado, al ser la farmacia parte del sistema de salud, pero al mismo tiempo un negocio privado de naturaleza comercial se rige por los principios lógicos de ambos sectores, que no siempre son fáciles de compatibilizar. En teoría el comercio al detalle crece junto con la ciudad, y esta lo hace correlativamente con la población. Pero, en la práctica, el ritmo y modo de la distribución por el plano ciudadano responde a múltiples variables tales como la frecuencia de compra del producto, exigencias de espacio de cada actividad, las normativas municipales o leyes de alcance nacional, las características de su mercado además del perfil del negocio y de sus propietarios. Si teóricamente un local que vende productos de alta frecuencia de compra se reparte más homogéneamente por la trama urbana que uno que vende bienes de baja frecuencia, podría decirse que los productos farmacéuticos se hallan en una zona intermedia. En

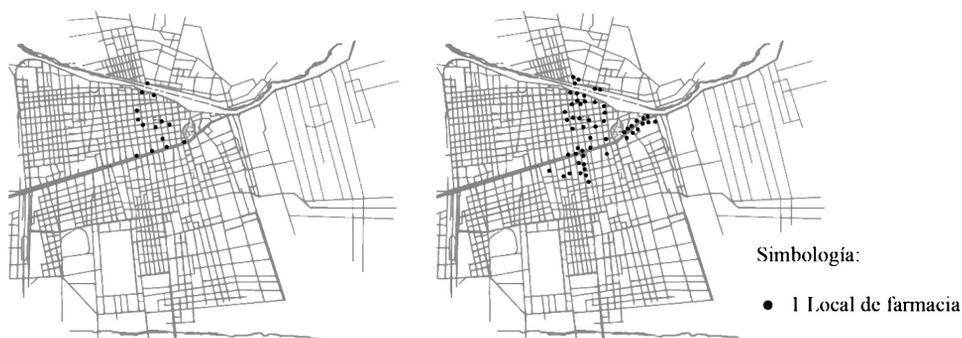
cuanto a las exigencias espaciales impuestas por la legislación, cabe señalar que los reglamentos que regularon la farmacia en el periodo estudiado no eran desmesurados ya que indicaban que una botica debía contar con al menos dos recintos, uno para la atención al público y otro para la preparación de los medicamentos. Lejos habían quedado los tiempos en que requería no solo de un par de salas, sino que también un huerto y un pozo de agua.

Pero, a diferencia de un local comercial común, en este caso sí se contemplaban ciertas exigencias en relación con los espacios, especialmente para garantizar la salubridad de los recintos. Así, a modo de ejemplo, un reglamento de enero de 1935 estableció que los dos recintos mínimos debían estar apropiadamente ventilados e iluminados. Para los pisos se exigía que fueran de materiales impermeables, como baldosas, linóleo, madera tratada, entre otros, mientras que los muros debían estar pintados o empapelados. Las farmacias regentadas por farmacéuticos debían, a diferencia de aquellas cuyos dueños fueran Prácticos en Farmacias, contar con un tercer recinto correspondiente al laboratorio. Dichos espacios tenían que acondicionarse con mesones cuyas cubiertas debían ser de mármol, cristal, loseta o de madera revestida con un material apropiado e impermeable. También se exigía que contaran con dos lavatorios, uno para el adecuado aseo de las manos y otro para lavar los instrumentos. Asimismo, como en el caso de cualquier espacio comercial, se debía poner un rótulo en un área visible del exterior del recinto que señalara su nombre. Pero, además, debía informarse en lugar visible el nombre del profesional que lo regentaba y, en aquellos casos en que no hubiera un regente, el del práctico.

Sin embargo, en lo que respecta específicamente a la distribución de los locales sobre el plano urbano, fue recién a mediados del siglo XX con la “ley del circuito” que se consideró que ello debía regularse para garantizar una adecuada distribución de los establecimientos de farmacias, con el fin de cautelar el interés de la comunidad. Antes de esto, las boticas podían instalarse, al igual que cualquier local comercial, donde sus dueños dispusieran siempre que cumplieran con las exigencias señaladas.

Con el fin de descubrir la evolución de la ubicación de las boticas en el Santiago desde 1846 hasta ocho años tras la instauración de la mencionada “ley del circuito”, elaboramos cuatro planos-tipo con datos correspondientes a los años 1846, 1882 y 1930 y 1950.

Figura 1. Distribución espacial de boticas en Santiago (1846 y 1882)



Fuente: Elaboración de la autora en base a Oficina de Estadística, *Repertorio Nacional*. Santiago. Imprenta del Progreso. 1850 y *La Época*, “Matrícula de las profesiones e industrias sujetas por la lei al pago de las contribuciones de patentes. Departamento de Santiago”, 21 de junio 1882.

Figura 2. Distribución espacial de boticas en Santiago (1930 y 1950)



Fuente: Elaboración de la autora en base a *Boletín Municipal de Santiago*, “Matrículas de patentes profesionales, industriales y comerciales de Santiago”. Santiago.1930 y *Guía de Teléfonos de Santiago*. Compañía de Teléfonos de Chile. Agosto de 1950.

En 1846 (Figura 1) las farmacias se distribuían de manera homogénea por el corazón histórico de la capital, abarcando un área de alrededor de nueve manzanas de este a oeste y once en sentido norte-sur; esto es, desde el cerro Santa Lucía hasta la calle Teatinos y entre el río Mapocho y la Alameda. En otras

palabras, cubrían buena parte de la zona urbanizada de la ciudad, tras cuyo perímetro abundaban los “ranchos” o poblaciones pobres e informales. Hacia las últimas décadas del mismo siglo, esta área urbana no solo se había ensanchado, también había experimentado el efecto urbanizador del intendente Vicuña Mackenna, con su emblemático “camino de cintura” como límite de la ciudad “civilizada”. Esta expansión también se vio reflejada en la localización de las boticas, cuyo perímetro de distribución se amplió, aunque con una tendencia a la concentración en las áreas de mayor densidad comercial, en especial en los casos de los núcleos al norte y sur de la plaza de Armas y del eje San Diego. Hacia el año 1930 (Figura 2), en tanto, el círculo de distribución de las farmacias siguió creciendo con la ciudad y cubriendo buena parte de la zona urbana, aunque persistió la tendencia a concentrarse esencialmente en las áreas de mayor densidad comercial de la ciudad: los núcleos al norte y al sur de la plaza de Armas, los ejes de San Diego, Independencia, Recoleta, Alameda poniente y San Pablo. La franja de la Alameda oriente, en tanto, desde el punto de vista de la oferta de farmacias perdió fuerza, pese a que sí se había consolidado ya como una zona de alta densidad comercial. Aunque hasta entonces no consideró la necesidad de normar la distribución sobre el plano de la ciudad de manera de garantizar un adecuado acceso a las boticas por parte de toda la población, con el Reglamento de Farmacias, Droguerías y Establecimientos Similares que se promulgó en enero de 1935, al menos se determinó que, en relación con los turnos de atención, la autoridad sanitaria podía fijar turno permanente a aquellas farmacias que se hallaran ubicadas en “barrios extremos de cualquier ciudad” y “a distancia considerable de otro establecimiento de la misma naturaleza”. El artículo 110 de dicho reglamento arroja luces acerca de lo que se consideraba “distancia considerable” al permitir que en lugares que estén a *más de cuatro kilómetros de una farmacia o droguería*, se autorizara hasta a tres comerciantes, previa autorización del Director General de Sanidad, de vender medicamentos catalogados en la misma norma como “inofensivos”¹. Esta autorización quedaría revocada en el caso de que se instalara una farmacia a menos de cuatro kilómetros de distancia. En otras palabras, se contempló que cuatro kilómetros era la distancia máxima aceptable entre dos locales que abastecieran de medicamentos a la población, pero no hubo pronunciamiento alguno con respecto al trecho mínimo que debía separar a dos establecimientos de esta naturaleza. Para entonces se había consolidado el poblamiento de algunos barrios alejados del centro, como Ñuñoa, desde la entrada de la ave-

¹ Decreto N° 2. Reglamento de Farmacias, Droguerías y Establecimientos Similares y Petitorio, promulgado el 5 de enero de 1935. artículo 110.

nida Irrarrázabal hasta Los Guindos, o Providencia². Allí se veían grandes casas con amplios jardines que revelaban una nueva forma de vida asociada a los deportes y al disfrute del aire libre, que atraía tanto a las “principales familias de Santiago” como a aquellas que formaban parte de determinadas colonias de extranjeros³. Pero este amable crecimiento que ofreció la ciudad hacia el oriente contrastaba con el desorden y falta de planificación que exhibieron los poblamientos de La Granja, San Miguel, Renca o Conchalí y otras zonas de la capital. De hecho, en cuanto al abastecimiento de boticas para las nuevas comunas, el plano de 1930 evidencia la mayor oferta en el centro y su diluida extensión hacia las periferias, en especial por las principales vías de acceso a la ciudad.

Fue por un reglamento promulgado en diciembre de 1942 conocido como “ley del circuito” cuando se estableció por primera vez una pauta tendiente a obtener una distribución homogénea de farmacias por el territorio. Su artículo 8° determinó que no podía instalarse una farmacia a menos de 400 metros de otra y que se denegaría la instalación de un nuevo local si se estimaba “que en la población funciona un número suficiente de estos establecimientos”⁴. Esta restricción espacial señalaba algunas excepciones que solo podría autorizar el Control de Precios de las Drogas y Productos Farmacéuticos por “motivos calificados”. La idea de este reglamento era generar una red de distribución homogénea por el territorio y, de esta manera, enfatizar en el rol que las boticas cumplen dentro de la cadena de salud. Para entonces, la mayor parte de la población chilena vivía en centro urbanos, de manera que teóricamente el acceso al medicamento se aseguraba mediante esta disposición. En las zonas rurales donde no hubiese farmacias, la ley contemplaba la posibilidad de facultar la instalación de botiquines y permitir la venta de ciertos fármacos en determinados locales comerciales mediante expresa autorización de las autoridades de la salud.

Si cualquier otro establecimiento comercial responde en su distribución a múltiples variables que van desde el precio del terreno en el que se ubican hasta el tipo y frecuencia de demanda de los productos que ofrecen, en este caso, el énfasis puesto en la salud por los gobiernos radicales se plasmó en la idea de que las farmacias no debían concentrarse en los mismos sectores, como suele ocurrir con locales de otra naturaleza. Sin embargo, al observar el plano

² De Ramón, Armando, *Santiago de Chile*. Santiago, Editorial Sudamericana, 2000, p. 208.

³ *Ibíd.*

⁴ Decreto 70/1791 promulgado el 31 de diciembre de 1942. En: <http://bcn.cl/1u2i6> [recuperado en mayo 2016].

correspondiente al año 1950 no se advierten grandes cambios en relación con el de 1930 que denoten avances en la aplicación de la mencionada norma. De hecho, si bien se insinúa un aumento en la densidad de la oferta de locales y de una mayor presencia en la zona oriente, lo que es “natural” dado el aumento de la población y el crecimiento de la ciudad, se observan barrios escasamente provistos de algún local. En las arterias en las que se concentraba el comercio, como San Pablo, Alameda, Independencia y Recoleta, siguieron creciendo en su oferta de boticas, y a ellas se agregaron Providencia, Vicuña Mackenna y Bilbao, y en menor medida Matucana, Franklin y Gran Avenida⁵.

En resumen, la evolución del emplazamiento de los locales de farmacias sobre Santiago siguió un patrón esperable que suele repetirse en diferentes ciudades y que comienza con la ubicación en el centro histórico para luego, en la medida en que esta crece y la población aumenta, irse expandiendo sobre el plano urbano especialmente a lo largo de aquellas arterias con mayor densidad comercial⁶. Y estas últimas, a su vez, tienden a coincidir con las vías que conectan a la ciudad con su entorno que, en este caso, están representadas por las calles Recoleta e Independencia por el norte, San Diego por el sur; el eje Alameda-Providencia por el oriente, y Alameda y San Pablo por el poniente. Más allá del patrón “esperable”, cabe preguntarse en qué medida las tendencias de distribución observadas respondían a cuestiones asociadas a la densidad, nivel de ingreso y tamaño de la población.

Sabemos que en la actualidad el nivel de ingresos es el factor determinante para explicar la distribución de las farmacias sobre el plano de la ciudad, probablemente en gran medida como resultado de la derogación de la ley del circuito en el periodo siguiente al tratado en este artículo. De hecho, mientras hoy los polos más densamente poblados en Santiago corresponden por el poniente a sectores de Cerro Navia, Pudahuel y Lo Prado, además de un núcleo en Maipú, y hacia las sur porciones de La Florida, La Granja, San Ramón y El Bosque, el grueso de las farmacias se concentra en las zonas de mayores ingresos.

Aunque la información disponible al respecto para el último cuarto del siglo XIX es escasa, sugiere que esta relación entre nivel de ingresos y acceso espacial a la farmacia también se daba entonces, pues las boticas se distribuían especialmente por el espacio considerado por Vicuña Mackenna como la ciudad

⁵ Esta última no alcanza a salir en el plano.

⁶ Hein Furnée, Jan y Clé Lesger, *The Landscape of Consumption*. Hampshire, Palgrave MacMillan, 2014, p. 241.

“ilustrada, opulenta y cristiana”⁷. Un caso interesante lo constituía el barrio residencial ubicado al sur de la Alameda, aproximadamente entre las calles Dieciocho y República, donde residía buena parte de la población con mayor poder adquisitivo, pues contaba en 1882 con el nada despreciable 15% de las boticas de la capital. Tomando datos correspondientes al año 1930⁸, en tanto, se observa que los grupos sociales de mayor poder económico seguían estando mejor abastecidos de farmacias que el resto de la población capitalina. El plano de 1950, como señalamos, si bien no revela con claridad los efectos de la ley del circuito, marca una diferencia importante con el anterior en el sentido de que surgen locales de farmacias en los nuevos barrios de Providencia, donde familias de altos ingresos fueron instalando sus casas quintas. En este caso, por lo mismo, es evidente que la cobertura de locales se ajustó más a la variable económica que a la de densidad de población. De hecho, otras zonas del casco urbano antiguo que eran más densamente pobladas, como el barrio Yungay, presentaban menos establecimientos de farmacia.

Por esta razón, junto con la distribución espacial de las boticas, es relevante también estudiar la relación entre el número de locales y la población a la que debe atender. Un artículo acerca de las boticas parisinas de mediados del siglo XIX estimaba que una farmacia era considerada rentable cuando contaba con al menos 2.500 habitantes por local⁹, de manera que la capital francesa con sus 519 farmacias –una por cada 2.320 habitantes– tenía una buena cobertura de boticas, pero como actividad económica podría andar mejor¹⁰. De acuerdo con este mismo criterio, el negocio farmacéutico santiaguino gozaba de excelente salud en la misma época porque cada local debía teóricamente atender al doble de población que sus pares parisinos (5.719 habitantes/farmacia). Pero lo que era una buena noticia para el boticario no lo era para los vecinos, pues aquí sus intereses se contraponen. Un siglo más tarde, y de acuerdo con el Reglamento para el Control de Precios de las Drogas y Productos Farmacéuticos de diciembre de 1942, en Chile se consideraba que un “número suficiente” de farmacias estaba dado cuando cada local atendía a cinco mil personas¹¹,

⁷ Se trata de aquella inserta al interior de su “camino de cintura”, enmarcado aproximadamente por las actuales calles Mapocho, Vicuña Mackenna, Matta y Matucana.

⁸ Se utilizó nómina de socios del Club de la Unión como muestra de la élite y se hizo un plano de su ubicación residencial sobre el plano de Santiago, véase Dussailant, Jacqueline, *Las reinas de Estado. Consumo, grandes tiendas y mujeres en la modernización del comercio de Santiago (1880-1930)*. Santiago, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2011, p. 89.

⁹ Trépardoux, Francis, “L’implantation des pharmacies à Paris et dans sa banlieue de 1803 à 1850. *Revue d’Histoire de la Pharmacie*”. Vol. 92. N° 343. 2004. p. 438.

¹⁰ Quéré, Henri, “Contribution à l’étude de l’exercice de la pharmacie à Paris de 1803 à 1850”. *Bulletin de la Société d’Histoire de la Pharmacie*. Vol. 44. N° 149. 1956. p. 347.

¹¹ Decreto N° 70/1.791. Reglamento para el control de precios de las drogas y productos farma-

de manera que los vecinos de Santiago se encontraban con una oferta significativa, equivalente a una botica cada 4.334 personas. Hasta entonces, la legislación no había hecho referencia alguna al número de establecimientos que se consideraba necesario o adecuado, sino solo se estableció que, ante su inexistencia, podían hacerse algunas excepciones. En lo concreto, se autorizaba que en aquellas localidades donde no hubiere farmacia –como balnearios y minas– se podían instalar “botiquines” dirigidos por farmacéuticos, auxiliares de farmacéutico o enfermeros practicantes. Al respecto, el Reglamento de Farmacias, Droguerías y Establecimientos Similares de enero de 1935, señalaba que en el caso de las minas podía instalarse un botiquín a modo de farmacia siempre que “el número de trabajadores no exceda de doscientos”¹². Pese a esta última especificación, la mencionada ley no explicaba qué ocurría en aquellos casos en que el número de trabajadores excedía dicha cifra, de manera que su instalación sobre el plano rural o urbano quedaba al criterio y decisión del dueño del establecimiento.

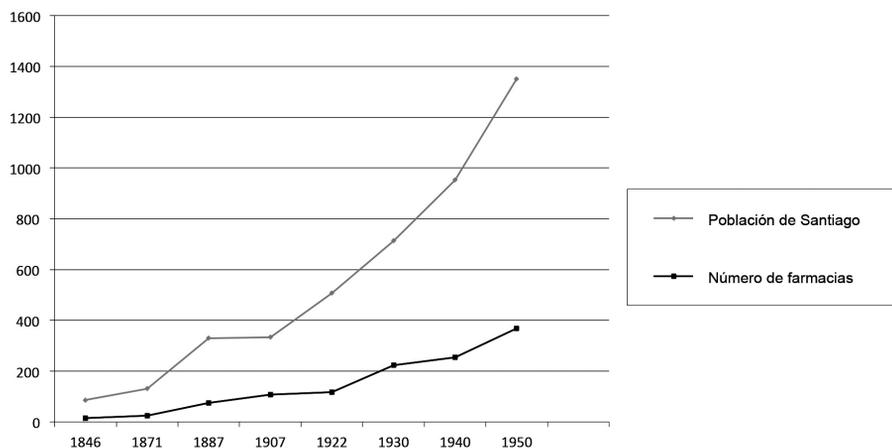
En el Gráfico 1 observamos que entre 1846 y 1950 tanto la población de Santiago como el número de sus locales de farmacias experimentaron un constante aumento, de manera que la relación numérica entre ambas variables fue avanzando hacia un mejoramiento en la oferta farmacéutica. En lo concreto, desde mediados del siglo XIX y hasta 1871 había un local cada 5.733 y 5.200 personas respectivamente. A partir de entonces, y hasta la década de 1920 dicha relación giró en torno a las 4.400 personas por local, mientras que, en las décadas de 1930, 1940 y 1950, la relación fue de 3.197, 3.748 y 3.658 personas por local respectivamente¹³.

céuticos, promulgado el 31 de diciembre de 1942. En España, se estimaba en 1941 que no debía excederse de una farmacia cada cinco mil habitantes. Véase Cabezas, María Dolores, “Evolución histórica de la formación académica del farmacéutico y su incidencia en la diferenciación del ejercicio profesional”. Juan Esteva De Sagrera y Antonio González Bueno (eds.). *Cordialero de Libros y Medicamentos: homenaje al Dr. José María Suñé Arbussà*. Madrid. Sociedad de Docentes Universitarios de Historia de la Farmacia de España. 2009. p. 330.

¹² Decreto N° 2. Reglamento de Farmacias, Droguerías y Establecimientos Similares y Petitorio, promulgado el 5 de enero de 1935.

¹³ A modo de referencia, una vez derogada la ley del circuito e instaurada el libre mercado, en 1980 la relación era de 5.950 habitantes por farmacia.

Gráfico 1. Población de Santiago (en miles de habitantes) y número de locales de farmacia (por unidad) 1846-1950



Fuente: Elaboración de la autora en base a Oficina de Estadística, *Repertorio Nacional*.

Santiago. Imprenta del Progreso. 1850; *La Época*, "Matrícula de las profesiones e industrias sujetas por la lei al pago de las contribuciones de patentes. Departamento de Santiago", 21 de junio 1882; Oficina Central de Estadísticas. *Séptimo censo general de la población de Chile levantado el 28 de noviembre de 1895 y compilado por la Oficina Central de Estadísticas de Santiago*. Santiago, Imprenta Universitaria, 1903; Oficina Central de Estadísticas. *Censo de la República de Chile, levantado el 15 de diciembre de 1920*. Santiago, Imprenta y Litografía Universo, 1925; *Boletín Municipal de Santiago*, "Matrículas de patentes profesionales, industriales y comerciales de Santiago". Santiago.1930; Dirección General de Estadísticas, *X censo de la población efectuado el 27 de noviembre de 1930 y estadísticas comparativas con censos anteriores*. Santiago. Imprenta Universo. 1935; McCaa, R. *Chile. XI censo de población (1940)*. Santiago, Celade, 1946; Comisión económica para América Latina y el Caribe, CEPAL. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2008*. En: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/35327/P35327.xml&xsl=/deype/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>. [noviembre 2015]

Pero, observando la situación con más detalle, el gráfico también revela que la tendencia de crecimiento del número de farmacias comenzó a apreciarse más lento que el incremento de la población a partir de la década de 1920, situación que se mantuvo en las décadas siguientes. A nuestro parecer, además de razo-

nes coyunturales, la respuesta pasa por el aumento de la regulación tendiente a la profesionalización del sector¹⁴.

Durante el periodo en estudio, si bien se observa una constante ampliación de la oferta de estos locales, hay dos fases en que dicho crecimiento fue menor, en contraste con el fuerte incremento de la población. La primera, que se extendió desde fines del siglo XIX hasta comienzos del siguiente puede explicarse por la serie de normas y reglamentos que se dictaron en 1868, 1871, 1873, 1879, 1886, 1905, 1918 y 1926, que estaban orientados fundamentalmente a que se cumplieran turnos de atención en las noches y festivos, que hubiera un regente de farmacia presente en el local durante ocho horas, que éstos no regentaran dos locales a la vez, y especialmente que tuvieran título profesional. Todo ello generó grandes disputas, que se vieron traducidas en la contemplación por parte de los mismos reglamentos de una serie de excepciones que favorecían a quienes llevaban años de ejercicio. Si bien esto significó casi que las leyes fueran letra muerta para aquellos que ya tenían su farmacia, impusieron crecientes exigencias a la instalación de nuevos locales. Más aún, a fines del siglo XIX hubo llamados a limitar el número de farmacias en Chile por considerar que la “tolerancia liberticida” imposibilitaba la adecuada fiscalización de la calidad de sus servicios y productos. Siguiendo esta misma línea, en 1918 se publicó el primer código sanitario de Chile, conocido como “Código Corbalán” en cuyo artículo 65 señalaba la obligatoriedad de que el regente de estos establecimientos tuviera título profesional. Otra restricción impuesta por esta normativa dice relación con el impedimento de que una persona regentara dos boticas al mismo tiempo¹⁵. Este control se acentuó con las modificaciones hechas al mencionado código en 1925 y en 1931¹⁶. La segunda fase coincide con la década de 1930, lo que es posiblemente atribuible a los nefastos efectos de la crisis económica en la economía nacional y, por lo tanto, también en el comercio.

DE BOTICARIO A VENDEDOR, DE PROFESIONAL A EMPRESARIO

La abundante legislación señalada tuvo significativos efectos en el ejercicio del oficio de boticario, a lo que deben agregarse importantes transformaciones del

¹⁴ Para mayores antecedentes acerca de este proceso véase Dussailant, “Turnos, títulos e ‘intrusos...’”.

¹⁵ Versalovic, Reinaldo, *Legislación farmacéutica universal y de Chile*. Santiago, Universidad de Chile, 1930, p. 38

¹⁶ Hevia, Patricio, “Los inicios de la Escuela de Salubridad de Chile: 1943 – 1957”. *Revista Chilena de Salud Pública*. Santiago. Vol.10. N° 3. 2006. p. 171.

medicamento, que dejó de ser un preparado artesanal hecho en el cuarto contiguo al de las ventas, para convertirse en un producto estandarizado y elaborado industrialmente recogiendo los avances experimentados por la medicina y la farmacología. Todo ello redundó en una profunda metamorfosis del ejercicio de la labor del farmacéutico con el consiguiente impacto a nivel del comercio urbano. Paradójicamente, el farmacéutico de profesión que tanto luchó por conseguir la obligatoriedad de tener un título profesional para regentar estos establecimientos¹⁷, de conquistar el derecho exclusivo para preparar y vender medicamentos, terminó por quedar relegado prácticamente al rol de vendedor de medicamentos envasados y elaborados industrialmente en un establecimiento perteneciente a otro boticario en un comienzo y a un empresario más tarde. Así, cambió la manera de ejercer su oficio de la misma manera en que se transformaron tanto el mercado farmacéutico como el comercio minorista.

Los censos de población indican que el número de farmacéuticos fue en constante aumento a lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, para adquirir un ritmo explosivo entre los años 1907 y 1920¹⁸. En este último periodo la cifra se incrementó de 234 a 553 profesionales, lo que significa que creció más del doble en sólo trece años¹⁹. Además, si la presencia femenina entre los farmacéuticos fue insignificante durante buena parte del periodo en estudio, pues solo representaban el 0,7% en 1885 y el 2,1% en 1895, en 1920 alcanzaron el 27,9% hasta finalmente superar a la de sus pares masculinos en 1940 al alcanzar el 52,8%. El ritmo de crecimiento de los locales de farmacia, sin embargo, fue claramente menor. Esto sin duda se tradujo en la acentuada presencia del farmacéutico asistente o vendedor en una botica más que la del boticario propietario de antaño. Con las cifras disponibles es posible calcular que en Santiago entre 1865 y 1940 había en promedio 2,9 farmacéuticos por botica, lo que teóricamente podía traducirse en que un tercio de dichos profesionales era dueño de su establecimiento. Con respecto a las farmacéuticas, la revisión de las matrículas de patentes profesionales y comerciales muestra que en su mayoría eran asistentes y no propietarias de tales establecimientos. En otras palabras, la feminización de la actividad coincidió en el tiempo con el fortalecimiento de la farmacia como espacio de distribución y venta de productos elaborados industrialmente por los laboratorios.

¹⁷ Dussailant, "Turnos, títulos e 'intrusos...'", p. 117.

¹⁸ Se excluyó del gráfico el año 1907 porque solo se cuentan con datos censales de número de farmacéuticos, pero no de número de farmacias.

¹⁹ Se excluyeron del gráfico los censos de 1930 y 1952 por no presentar los datos de un modo comparable con los demás.

Si bien este progresivo abandono del modelo “atendido por su dueño” es parte del proceso de modernización de la mayor parte del comercio urbano, el caso de la farmacia es particular debido a que el boticario debía constantemente reconciliar dos lógicas: la del ejercicio de su labor al servicio de la salud y la de la gestión de venta al detalle. La primera se apoyaba en el “monopolio” que tenía en la distribución de medicamentos lo que, considerando la relevancia de estos, hacía que su negocio estuviera teóricamente “asegurado”. De ahí que, teóricamente también, no requiriera hacer mayores esfuerzos para vitalizar la otra lógica, la del comerciante, a través de la inversión en publicidad u otros medios de promoción de ventas. Sin embargo, es justamente en el equilibrio entre ambos mundos en donde se dieron profundas modificaciones que se explican en gran medida por el desarrollo de la industria farmacéutica.

Fue en especial a partir de la década de 1920 cuando surgieron en Europa –principalmente Francia y Alemania– y Estados Unidos los primeros laboratorios farmacéuticos verdaderamente “modernos”. Muchos de ellos se habían originado en décadas anteriores gracias a los esfuerzos personales de algunos boticarios, como también de los conocimientos de laboratorios químicos especialistas en productos no necesariamente asociados a la farmacología. Charles Pfizer, Harvey Parke, George Davis, George Merck, Ernst Schering, Wallace Abbott y Etienne Poulenc, fueron algunos de los hombres que dieron el primer puntapié al desarrollo de importantes laboratorios farmacológicos al participar y liderar descubrimientos químicos y biológicos relevantes que pudieron ser aplicados en el área de la salud. Los desafíos sanitarios de la Primera Guerra Mundial al comienzo, y luego la Segunda –fundamentalmente a partir de la incorporación de Estados Unidos en la misma– se tradujeron en avances para la medicina y la farmacología. Surgieron en el mercado, por ejemplo, productos como el Prontosil, un derivado de la sulfonamida que se convirtió en el primer fármaco de síntesis con acción bactericida amplia y la Benzadrina (anfetamina), para el tratamiento de bronquitis y gripes.

En Chile, la creación en 1887 de la Sociedad Nacional de Productos Químicos y Farmacéuticos con la finalidad de incentivar la producción “en el país esa multitud de productos que tan caros pagamos, i que nunca son el modelo de lo bueno, mucho menos de lo mejor” fue un primer paso en el desarrollo de la industria farmacéutica nacional²⁰. Perseguía no solo potenciar la elaboración “industrial” de productos farmacéuticos en el país, sino que, de paso, mejorar

²⁰ Correa, María José, “Casas comerciales y boticas. aproximaciones al desarrollo del mercado médico en el Chile urbano, 1860-1910”. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*. Vol. 18. N° 1. 2014. p. 24

la calidad de los mismos. Existía la idea de que parte importante de los medicamentos importados eran de dudosa calidad, de manera que la mejor forma de combatir posibles intoxicaciones u otros daños a la salud de la población era elaborarlos en el país y bajo la fiscalización de la autoridad sanitaria. La Exposición Nacional que se había celebrado tres años antes en la Quinta Normal de Santiago da cuenta de la presencia de los esfuerzos que al respecto habían hecho algunos boticarios y droguistas, al presentar productos tales como una pomada para callos, polvos dentífricos, elixires odontálgicos y píldoras galvánicas²¹. Asimismo, en el pabellón chileno de la Exposición de Buffalo de 1901, se exhibieron algunos productos químicos y farmacéuticos preparados por laboratorios nacionales, como Laboratorios de Santiago, como Laboratorio Chile y Laboratorio Escudo de Chile o por farmacéuticos como los Haeberle de la prestigiosa Droguería Alemana²².

Un hito relevante en el desarrollo de esta actividad se dio en los años 1930 con la creación de la Cátedra de Farmacología Experimental en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Para entonces, y en especial a fines de los treinta y durante los años cuarenta, los médicos empezaron a familiarizarse con los nuevos medicamentos; y los laboratorios nacionales a fabricar algunos de ellos a escala industrial. Es el caso, por ejemplo, de Recalcine. Su fundador, Nicolás Weinstein, químico farmacéutico de la Universidad de Chile, en 1922 estaba trabajando en la Botica Italiana, época en la que se da como origen a dicho laboratorio²³. En esos años, según se advierte en los avisos publicitarios de la época, Recalcine comercializaba medicamentos tales como Cloretina Leroy, Chavrol, Esclerosina Leroy y Tonicin. Pero fue a comienzos de la década siguiente, en 1932, cuando lanzó al mercado un producto que consolidó a dicho laboratorio como uno de los líderes en el país: Aliviol. Este medicamento es un buen ejemplo de los grandes cambios que estaban experimentando entonces la labor de los boticarios, representado, como hemos señalado, por el paso desde la preparación de los medicamentos a su distribución. Es decir, su “monopolio” en la preparación era reemplazada cada vez más por los laboratorios, liderados por uno o más químicos farmacéuticos de perfil empresarial. Muchos productos, como Aliviol, eran elaborados industrialmente y comercia-

²¹ *Catálogo de la Exposición Nacional en Octubre 1884*. Santiago. Imprenta Cervantes. 1884. pp.82-89.

²² Laso, J. Tadeo, *La exhibición chilena en la exposición Pan-americana de Buffalo, E. U. 1901: historia y documentación oficial de la parte que cupo a Chile en aquel torneo industrial, acompañada de algunas descripciones de los productos premiados en ella*. Santiago de Chile, Imprenta y Encuadernación Barcelona, 1902.

²³ Laborde, Miguel, *Medicina Chilena siglo XX*. Santiago, Corporación Farmacéutica Recalcine, 2002, p. 87.

lizados a través de las farmacias y con un fuerte apoyo publicitario. De hecho, este medicamento utilizó estrategias de mercadotecnia y publicidad modernas como la de hacer un concurso premiando con un fundo en Valdivia a quien adivinara cuantas tabletas de Aliviol cabían en una caja de fósforos²⁴.

Por ello, al mismo tiempo que en la farmacia decayó el rol del farmacéutico como dispensador de medicamentos, adquirió creciente protagonismo quien se encargaba de la gestión y estrategias de venta²⁵. Hacia finales de la década de 1950, de hecho, surgieron figuras que comenzarían a darle un sesgo más empresarial a la actividad farmacéutica, como Juan Farrú, José Codner y Andrés Szantos, entre otros. Ellos inauguraron una nueva etapa en la historia de la farmacia que se caracterizó por la introducción de variables empresariales en el sector, una de cuyas expresiones más palpables fue el desarrollo del proceso de “cadenización”, esto es, un grupo de locales de farmacia que comparten el mismo nombre y son propiedad del mismo dueño o conglomerado económico.

CONCLUSIONES: UNAS PALABRAS SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL

El explosivo aumento de locales de farmacia experimentado principalmente a partir de la derogación de la “ley del circuito” no debe llevar a engaño pues representa un crecimiento en relación con el estancamiento previo, pero no se ha traducido necesariamente en una mejoría en el acceso espacial de la población al medicamento. De hecho, si uno de los rasgos frecuentemente empleados para definir a la ciudad de Santiago en términos socioeconómicos, espaciales y culturales es el de su “fragmentación”, el acceso físico al medicamento también se ajusta a esa caracterización. Esto se explica porque la distribución actual de las farmacias responde fundamentalmente a un criterio empresarial, de manera que funciona más como un punto de venta que como uno de los eslabones de la cadena de la salud. En la etapa estudiada, sin embargo, pese a los avances hechos de parte del Estado por integrar a la farmacia en general, y el medicamento en particular, como parte del sistema global de salud a través de una serie de reglamentos y leyes; en la práctica esta no dejó de ser una actividad comercial de naturaleza privada que responde a determinadas lógicas del mundo del comercio, como es su emplazamiento.

²⁴ *Ibid.*, p. 90.

²⁵ Alvear Téllez, J., “Protección de la salud, acceso a los medicamentos y deficiencias del mercado. Hacia un derecho social plurivalente en el marco de una economía social de mercado”. *Revista Ius et Praxis*. Vol. 19. N° 2. 2013. pp.123-178.

En la actualidad el negocio farmacéutico está en manos de pocos actores privados –los conglomerados propietarios de cada cadena– que son los que deciden dónde instalar sus locales buscando la mayor rentabilidad y no la mejor cobertura espacial. Esta “cadenización” ha generado una superposición geográfica de locales que no necesariamente beneficia a los consumidores²⁶, aunque sí tiende a privilegiar a los sectores con mayor poder adquisitivo. Sin embargo, aunque algunos puedan sentir nostalgia por las antiguas “boticas de barrio” atendidas personalmente por un farmacéutico, la cuestión es compleja porque tanto el viejo como el nuevo modelo tiene beneficios y costos. En Holanda, por ejemplo, donde hay políticas de libertad para la localización de las farmacias, existe en promedio una farmacia por cada 10.000 habitantes, mientras que en algunas regiones de España donde rige un sistema muy regulado y para algunos con resabios medievales, el promedio es alrededor de una botica por cada 2.200 habitantes²⁷.

BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

- Alvear Téllez, J., “Protección de la salud, acceso a los medicamentos y deficiencias del mercado. Hacia un derecho social plurivalente en el marco de una economía social de mercado”. *Revista Ius et Praxis*. Vol. 19. N° 2. 2013.
- Boletín Municipal de Santiago*. “Matrículas de patentes profesionales, industriales y comerciales de Santiago”. Santiago. 1930.
- Cabezas, María Dolores, “Evolución histórica de la formación académica del farmacéutico y su incidencia en la diferenciación del ejercicio profesional”. Juan Esteva De Sagrera y Antonio González Bueno (eds.). *Cordialero de Libros y Medicamentos: homenaje al Dr. José María Suñé Arbussà*. Madrid. Sociedad de Docentes Universitarios de Historia de la Farmacia de España. 2009.
- Catálogo de la Esposición Nacional en Octubre 1884*. Santiago. Imprenta Cervantes. 1884.
- Comisión económica para América Latina y el Caribe, CEPAL., *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2008*. En: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/7/35327/P35327.xml&xsl=/deype/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>. [noviembre 2015].
- Compañía de Teléfonos de Chile. *Guía de Teléfonos de Santiago*. Agosto de 1950.

²⁶ Villalobos Dintrans, Pablo, “El mercado de las farmacias en Chile: ¿Competencia por localización?” *Economía y Política*. Vol. 2. N° 1. 2015. p. 66.

²⁷ Nistal, Mikel, “Las farmacias como ejemplo de monopolio de localización comercial”. *Lurralde*, N° 19. San Sebastián. 1996. pp. 55-64.

- Correa, María José, "Casas comerciales y boticas. aproximaciones al desarrollo del mercado médico en el Chile urbano, 1860-1910". *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*. Vol. 18. N° 1. 2014.
- De Ramón, Armando, *Santiago de Chile*. Santiago, Editorial Sudamericana, 2000.
- Decreto 70/1791 promulgado el 31 de diciembre de 1942. En: <http://bcn.cl/1u2i6> [mayo 2016].
- Decreto N° 2. Reglamento de Farmacias, Droguerías y Establecimientos Similares y Petitorio, promulgado el 5 de enero de 1935.
- Decreto N°808. Fija normas para la fijación de precios de las industrias farmacéuticas, promulgado el 13 de Agosto de 1957.
- Decreto Supremo 773, promulgada el 26 de octubre de 1970. Reglamento de farmacias, droguerías y botiquines autorizados. En: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=187446> [marzo 2015].
- Dirección General de Estadísticas, *X censo de la población efectuado el 27 de noviembre de 1930 y estadísticas comparativas con censos anteriores*. Santiago. Imprenta Universo. 1935.
- Dussailant, Jacqueline, "Turnos, títulos e "intrusos": los dolores de cabeza de los boticarios (Santiago, 1846-1943)". *Historia*. Vol. 14. N°1. 2015.
- Dussailant, Jacqueline, *Las reinas de Estado. Consumo, grandes tiendas y mujeres en la modernización del comercio de Santiago (1880-1930)*. Santiago, Ediciones Universidad Católica de Chile, 2011.
- Gandarillas, José A., José Clemente Fabres y Fernández, *Boletín de leyes i de las órdenes i decretos del gobierno*. Santiago, Imprenta de la Independencia, 1846.
- Hein Furnée, Jan y Clé Lesger, *The Landscape of Consumption*. Hampshire, Palgrave MacMillan, 2014.
- Hevia, Patricio, "Los inicios de la Escuela de Salubridad de Chile: 1943 – 1957". *Revista Chilena de Salud Pública*. Santiago. Vol.10. N° 3. 2006.
- La Época*. "Matrículas de las profesiones e industrias sujetas por la lei al pago de las contribuciones de patentes. Departamento de Santiago". 21 de junio 1882.
- Laborde, Miguel, *Medicina Chilena siglo XX*. Santiago, Corporación Farmacéutica Re- calcine, 2002.
- Laso, J. Tadeo, *La exhibición chilena en la exposición Pan-americana de Buffalo, E. U. 1901: historia y documentación oficial de la parte que cupo a Chile en aquel torneo industrial, acompañada de algunas descripciones de los productos premiados en ella*. Santiago de Chile, Imprenta y Encuadernación Barcelona, 1902.
- Laval, Enrique, *Botica de los jesuitas en Santiago*. Santiago, Imprenta Stanley, 1953.

- Laval, Enrique, *Hospitales fundados en Chile durante la Colonia*. Santiago, Imprenta Universitaria, 1935
- Laval, Enrique, *Noticias sobre los médicos en Chile en los siglos XVI, XVII y XVIII*. Santiago, Centro de investigación de Historia de la Medicina-Universidad de Chile, 1958.
- McCaa, Robert. *Chile. XI censo de población (1940)*. Santiago, Celade. 1946.
- Nistal, Mikel, "Las farmacias como ejemplo de monopolio de localización comercial". *Lurralde*, N°19. San Sebastián. 1996. pp. 55-64.
- Oficina Central de Estadísticas. *Censo de la República de Chile, levantado el 15 de diciembre de 1920*. Santiago. Imprenta y Litografía Universo. 1925.
- Oficina Central de Estadísticas. *Séptimo censo general de la población de Chile levantado el 28 de noviembre de 1895 y compilado por la Oficina Central de Estadísticas de Santiago*. Santiago. Imprenta Universitaria. 1903.
- Oficina de Estadística, *Repertorio Nacional*. Santiago. Imprenta del Progreso. 1850
- Quéré, Henri, "Contribution à l'étude de l'exercice de la pharmacie à Paris de 1803 à 1850". *Bulletin de la Société d'Histoire de la Pharmacie*. Vol. 44. N° 149. 1956.
- Rabí, Miguel, "La primera botica de los hospitales de la ciudad de Lima en el siglo XVI". *Asclepio*. Vol. LII. N°1. 2000.
- Reglamento de Boticas i Droguerías, promulgado el 16 de diciembre de 1886. Santiago. s.e.1886.
- Trépardoux, Francis, "L'implantation des pharmacies à Paris et dans sa banlieue de 1803 à 1850". *Revue d'Histoire de la Pharmacie*. Vol. 92. N° 343. 2004.
- Versalovic, Reinaldo, *Lejislación farmacéutica universal y de Chile*. Santiago, Universidad de Chile, 1930.
- Villalobos Dintrans, Pablo, "El mercado de las farmacias en Chile: ¿Competencia por localización?" *Economía y Política*. Vol. 2. N° 1. 2015.
- Zárate, María Soledad (comp.), *Por la salud del cuerpo*. Santiago, Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2008

[Recibido el 3 de agosto de 2016 y Aceptado el 10 de noviembre de 2017]