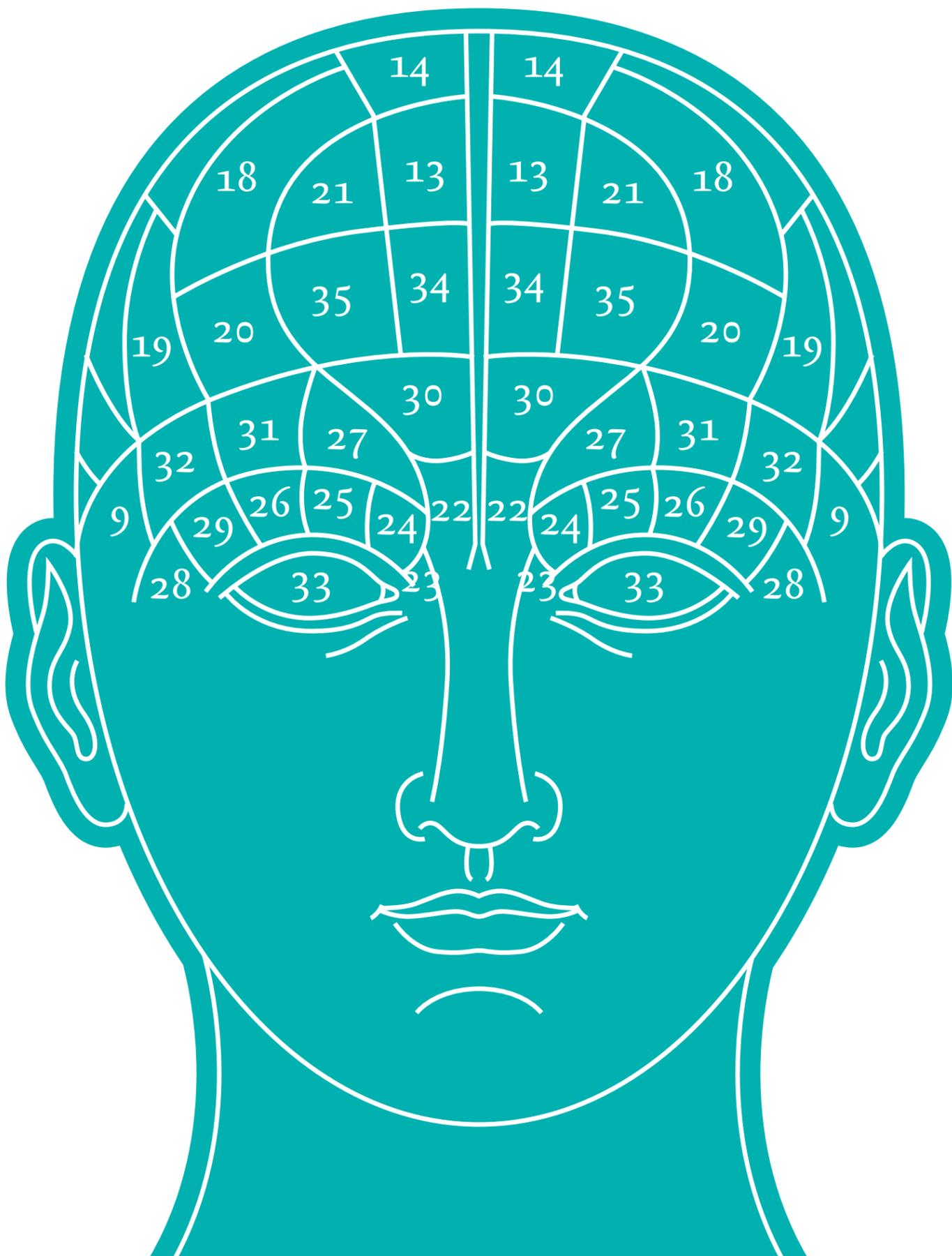


- * Historia de la medicina chilena: sucesión de grandes personajes y políticas sociales
- * Salud pública: de un acto de caridad a un derecho
- * Medicinas alternativas, una opción ancestral

Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos # 48 Año XIII Invierno 2008 \$1.600

MEMORIA DE LA SALUD EN CHILE:

un patrimonio a reconocer y preservar





GOBIERNO DE CHILE
DIRECCIÓN DE BIBLIOTECAS,
ARCHIVOS Y MUSEOS

PATRIMONIO CULTURAL

Nº 48 (Año XIII)

Invierno de 2008

Revista estacional de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos (Dibam), Ministerio de Educación de Chile.

Directora y representante legal: Nivia Palma.

Consejo editorial: Ricardo Abuaud, José Bengoa, Marta Cruz Coke, Diamela Eltit, Humberto Giannini, Ramón Griffero, Pedro Güell, Marta Lagos, Pedro Milos, Jorge Montealegre, Micaela Navarrete y Pedro Pablo Zegers.

Comité editor: Claudio Aguilera, Luis Alegría, Grace Dunlop, Gloria Elgueta, Michelle Hafemann, Virginia Jaeger, Leonardo Mellado y Delia Pizarro.

Colaboran: Gabinete y Departamento de Prensa y RR.PP. Dibam; Extensión Cultural de la Biblioteca Nacional; Museo Histórico Nacional.

Editora: Grace Dunlop (grace.dunlop@dibam.cl).

Periodista: Michelle Hafemann (patrimonio.cultural@dibam.cl).

Ventas y suscripciones: Myriam González (suscripciones.revista@dibam.cl)

Carmen Santa María (carmen.santamaria@dibam.cl)

Diseño: Junta Editorial de las Comunas Unidas (www.juntaeditorial.cl)

Corrección de textos: Héctor Zurita

Dirección: Alameda Bernardo O'Higgins 651 (Biblioteca Nacional, primer piso), Santiago de Chile.

Teléfonos: 360 53 84 - 360 53 30

Fono-Fax: 632 48 03

Correo electrónico: patrimonio.cultural@dibam.cl

Sitio web: www.patrimoniocultural.cl

En el diseño de esta publicación se utilizan las tipografías *Fran Pro* de Francisco Gálvez y *Digna Sans* de Rodrigo Ramírez, ambos pertenecientes al colectivo www.tipografia.cl

Esta revista tiene un tiraje de 5.000 ejemplares que se distribuyen en todo el país, a través de la red institucional de la Dibam, suscripciones y librerías.

Reciba la Revista Patrimonio Cultural en su casa durante un año, por tan sólo \$ 6.000. Llame al (56-2) 360 53 84 o al 632 48 03, o escriba a suscripciones.revista@dibam.cl y nos pondremos en contacto con usted a la brevedad. Los números anteriores que no estén agotados pueden ser adquiridos en nuestra oficina, ubicada en Biblioteca Nacional.

Las opiniones vertidas por los colaboradores de la revista no necesariamente representan a esta publicación o a sus editores y son de absoluta responsabilidad de quienes las emiten.

Patrimonio Cultural es una revista de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos (Dibam); institución del Estado de Chile dependiente del Ministerio de Educación.

www.patrimoniocultural.cl

* Imagen de portada, basada en material perteneciente a la Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Cartas

Señores

Revista Patrimonio Cultural

Presente:

Como nación, estamos a las puertas del Bicentenario, y para tal conmemoración se han dispuesto recursos, celebraciones y un sinnúmero de actividades en relación a dicho acontecimiento. Pero ante este tipo de eventos que adquieren carácter histórico, es bueno siempre hacernos una reflexión o autoanálisis como país: ¿Qué ha pasado con nosotros a lo largo de los últimos años? ¿Qué ha pasado con nuestras relaciones y formas de habitar el espacio? ¿Qué ha pasado con la ciudad como tal?

Quisiera hacer mención a un buen artículo publicado en esta revista en su Nº 34, en donde se dedicó en extenso a analizar el tema de la ciudad y sus distintas variantes. Exactamente en el texto titulado "Los Anti Barrios" de Igor Rosenman, se analiza el carácter de gueto que han ido adquiriendo algunos de nuestros centros urbanos con el paso del tiempo. Creo que a la luz de algunos hechos como los incendios del Barrio Yungay, o como la resistencia como barrio que se lleva en Franklin, merece ser releído, ya que en otros 100 años, estos barrios históricos, pueden haber desaparecido.

Link: http://www.dibam.cl/patrimonio_cultural/pdf_revistas/patrimonio_ciudad.pdf

Cristián Gutiérrez T.

Licenciado en Historia

Diplomado en Patrimonio Histórico Cultural (c)

Universidad Academia Humanismo Cristiano

Editorial

Resulta absolutamente coherente en el ámbito de la memoria e historia de nuestro país dedicar este número de la revista Patrimonio Cultural al tema de la salud, pues como otros es un terreno que ha construido, también, la Historia de nuestra República. Recordar ese Chile republicano, con tensiones y dolores, esperanzas y logros, nos llevó a la convicción de la necesidad de destinar este número de la revista Patrimonio Cultural para contribuir a recordar lo que ha sido la historia de la medicina en nuestro país y así para poner en valor un patrimonio y una memoria tan válidos como otros universalmente aceptados.

El patrimonio de la salud es un valor que les pertenece a los ciudadanos, por ello en nuestro permanente interés de aportar a la reflexión y el debate nacional, entregamos en las siguientes páginas un recorrido por lo que ha sido la historia de la medicina en Chile, en las voces de sus protagonistas. Valoramos así el esfuerzo del Ministerio de Salud chileno de crear, en el año 2000, siendo ministra la actual Presidenta de la República, Michelle Bachelet Jeria, una instancia dedicada a rescatar las huellas, registros y bienes que dan cuenta de la evolución de la salud pública nacional, seleccionando e interpretando los antecedentes históricos a fin de cuidar, conservar y administrar el patrimonio cultural del Sistema Nacional de Servicios de Salud, con una visión de conjunto. Esta unidad devendría dos años después en la actual Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud.

Debemos comprender que la salud es una acumulación de saberes y memorias reunidos a lo largo de nuestra historia, que sólo siendo rememorados y puestos en valor contribuirán a conformar un mejor presente y futuro.

Nuestro reconocimiento y agradecimiento, por su valiosa labor a favor del rescate de este significativo patrimonio cultural, a los doctores Patricio Hevia y Carlos Molina, y a todos quienes desde el Ministerio de Salud y diversos organismos públicos y privados colaboran en esta indispensable tarea ciudadana. [rpc](#)

Nivia Palma Manríquez
Directora de Bibliotecas, Archivos y Museos
DIBAM



Hospital El Carmen. Día del hospital. Nacimiento, 3 de octubre de 1937. © 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Historia de la medicina chilena

Una secuencia de grandes personajes y políticas sociales

El doctor Ricardo Cruz Coke conversa sobre uno de sus libros, considerado una obra fundamental para conocer y entender el proceso de la medicina en este país, desde la llegada de Pedro de Valdivia y hasta el primer tercio del siglo XX. Todo ello, sin dejar de mencionar su parecer sobre la situación actual.

Por **Grace Dunlop Echavarría**

Grace Dunlop Echavarría es Periodista.



Hospital San Juan de Dios, patio interior, claustro. 1948, año de su demolición. © 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

A sus 83 años, el doctor Ricardo Cruz Coke es un hombre activo. Entre sus compromisos recientes estuvo su participación en las IX Jornadas de Historia de la Medicina, realizadas en octubre en el Instituto de Historia de la Universidad Católica. Se trató de un encuentro historiográfico chileno-peruano, que reunió a investigadores ligados a la historia de la salud, para dar a conocer los resultados de los trabajos que en estos últimos años se han desarrollado en dicha área y en los que queda en evidencia que la salud es una experiencia social, individual, científica, política y cultural.

Y es que desde nuestros inicios como Capitanía General a cargo del conquistador Pedro de Valdivia, estamos ligados a Perú, pues en nuestra primera etapa como colonia estábamos supeditados al Virreynato de Lima, y la medicina no fue una excepción. Hasta 1786, los estudiantes de esa carrera de la Universidad San Felipe debían finalizar sus estudios en Lima en la Universidad de San Marcos.

Por primera vez toda la 'historia de la medicina chilena' se reunió en una sola obra, gracias a la labor realizada por el doctor Ricardo Cruz Coke al editar el libro de igual nombre, el que tomó la determinación de realizar luego de saber a fines de los años '80 que el Museo de la Medicina Dr. Enrique Laval iba a ser desmontado y diseminada su colección por varias sedes de la Universidad de Chile.

“Lo que hice fue tomar una descripción de la medicina en la historia de Chile basándome en las historias de Barros Arana y de Encina” cuenta, agregando que es en la primera universidad laica que se instala en Chile, la de San Felipe en 1738, donde se inicia la educación médica en el país, con gran retraso en relación a otros países americanos.

Influencias europeas

Al terminar el siglo XVIII la medicina colonial en Chile había alcanzado un modesto nivel de desarrollo, muy inferior al de Perú y México. En comparación con el siglo anterior, se habían solucionado los problemas más apremiantes de asistencia hospitalaria y de beneficencia pública, pero no se habían resuelto sus graves problemas de insuficiencia de educación médica, dependencia profesional externa y falta de control de las epidemias de viruela y tífus y de las endemias de sífilis y tuberculosis. Estos graves problemas iban a ser combativos en mejores condiciones en el periodo de la Independencia, durante el cual se iban a forjar la identidad y espíritu creativo de la medicina republicana. Pese a lo que podría haberse esperado, la medicina hispánica no fue la que asentó una tradición en Chile, sino las influencias francesas, inglesas y alemanas serían las que en forma decisiva irían a orientar el destino de la medicina republicana en la época de la independencia y del romanticismo.

Para el doctor Cruz Coke “fracasamos en la enseñanza de la medicina en la época colonial, por eso es la importancia que le damos a la Facultad de Medicina Republicana fundada en 1833 por Portales y sus amigos”. En su libro destaca en el siglo XIX a los grandes médicos chilenos, perspectiva por la cual ha sido criticado pero para él su validez radica en que “ellos son quienes construyeron la medicina chilena, con sus propios recursos más los del Estado, ya que tuvieron apoyo de presidentes como O’Higgins, Balmaceda, Portales, Prieto, Bulnes”.

“En la época parlamentaria los que mandaban en La Moneda, eran figuras como Barros Borgoño, Roberto del Río, Gregorio Amunátegui, Vicente Izquierdo, entre otros”, dice y agrega: “Eran grandes médicos con mucho poder, pertenecían a las altas clases de la burguesía gobernante, por lo que consiguieron los recursos para fundar la primera escuela de medicina de nuestro país”.

Después en el siglo XX serían también “todos los grandes profesores quienes hicieron las grandes reformas médico sociales, ya que además eran políticos. Por ejemplo, tenemos el caso en la década de 1950 de los médicos senadores Alessandri, Cruz Coke, Allende, Girón, etc., eran ellos quienes hacían las leyes”, dice el doctor Cruz Coke. Una situación que según él cambió en 1968 con la reforma universitaria, ya que acabó con el concepto clásico de cátedras a cargo de grandes maestros. La nueva estructura universitaria es organizada por departamentos.

Temas pendientes

En los tiempos actuales cuesta mucho formar los médicos, cuestan los buenos profesores, la mayoría ha entrado en una crisis de valores, hay mucha tecnología, sostiene el doctor Cruz Coke, quien también afirma: “Ahora, uno llega a la clínica y lo atiende un especia-

lista, todos manejan muy bien la tecnología, los médicos son pequeños funcionarios. Es lo que manifestó Allende en 1960. En una discusión durante una huelga dijo todos los médicos del futuro van a ser proletarios. Y así ahora los médicos tienen que trabajar con el sector privado recibiendo un pago”.

Al hablar de políticas sociales y temas pendientes recuerda que acaba de escribir un artículo que va a salir publicado en el Instituto de Chile, al que pertenece, donde afirma cómo la medicina ha logrado resolver los grandes problemas de salud del pueblo chileno. Es consciente de que todavía quedan problemas de la especialización, porque aún faltan especialistas, por ejemplo en oftalmología, medicina legal, anatomía patológica, ya que no hay suficiente dinero para formar a todos los profesionales necesarios. “Pero los grandes problemas de la salud han sido resueltos, dice, ya no hay mortalidad infantil, la mortalidad materna es muy baja, la desnutrición. Entonces ahora viene el problema de la especialización. Son problemas de una medicina de país desarrollado”, manifiesta.

Sobre lo que aún falta por realizar, tiene claro que “lo que nos está faltando es la atención gratuita de urgencia a la gente de todo el país, y ese es un problema de costos, de financiar y tener más especialistas en los servicios de urgencias, sobre todo en los hospitales públicos. Hay que contratar más médicos, pero hay que pagarles bien y mandarlos a los hospitales públicos”.

Y finalmente al preguntarle por qué los médicos dejaron de ser los grandes protagonistas de las políticas sociales, responde que “durante el régimen militar la mitad de los médicos fueron expulsados, y a su regreso existe un régimen totalmente dominado por los problemas de la sobreespecialización y la ultratecnología de la medicina basada en las evidencias”. rpc

Enseñanza universitaria

“La Universidad de San Felipe estaba ubicada en la actual manzana del Teatro Municipal y una de sus aulas ocupaba la escuela de medicina. Debía contarse con el diploma de bachiller en artes para optar al grado de bachiller en medicina y una vez obtenido éste al de doctor de Medicina. La ceremonia de graduación incluía una procesión por las calles de la ciudad y una fiesta financiada por el nuevo doctor. Hasta el año 1786 se dependía completamente de la Universidad de San Marcos, pero a partir de ese momento el rey Carlos III decreta la absoluta independencia del protomedicato chileno del de Lima, con los mismos derechos y privilegios que los de México y Perú”.

Más sobresaliente

“Un sacerdote, Fray Manuel Chaparro (1745-1811) fue el más sobresaliente de los médicos coloniales chilenos, creador que hizo la primera vacuna en 1804, trabajaba en el hospital San Juan de Dios muy modestamente. En 1807, ya retirado de sus labores en el hospital, se incorporó al proceso libertador presentándose de candidato, y siendo elegido, al primer Congreso Nacional. Estuvo sólo unos meses, porque el golpe de Estado de José Miguel Carrera acabó su trayectoria parlamentaria”.

Medicina y mujer

“Las mujeres entraron en las profesiones paramédicas como enfermeras. La mujer en la profesión ha sido salvadora para la medicina, porque tienen una cualidad muy superior a los hombres, su dedicación, su abnegación, con lo que han logrado mejorar tremendamente la atención sobre todo en la parte asistencia”.

Podere

“El médico todavía conserva los poderes que le dio el siglo XIX la legislación, firma los certificados de nacimiento, de defunción, las licencias”.

El despliegue patrimonial en salud

Mucho más que edificios monumentales

Para mejorar las condiciones de la calidad de vida de la comunidad nacional, es necesario conservar y conocer el acervo patrimonial de la historia sanitaria de nuestro país.

Por **Gene Lagos Gómez**

El Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), como si fuera un síntoma del nuevo milenio, razonó, ante datos requeridos por el Consejo de Monumentos Nacionales (CMN) y decidió inaugurar el año 2000, un organismo en el más alto nivel de la jerarquía institucional, para abocarse a reunir antecedentes acerca de los edificios hospitalarios que tenían la categoría de Monumento Nacional, constituyendo una comisión asesora ministerial. Esta comisión reunió a representantes de los distintos ámbitos de toda la gestión sanitaria institucional. Los resultados obtenidos por ésta, bajo la dirección del Dr. Patricio Hevia Rivas, hoy Jefe de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud (UPCS), mostraron que la dimensión de los acervos patrimoniales del sector salud se integraban también por archivos y documentos, objetos muebles de valor patrimonial y además por una expresión intangible –inmaterial.

Para su manejo se hacía necesaria la creación de un organismo específico, por lo que se funda el año 2002 la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, con la misión de estudiar, investigar, catastrar y catalogar los acervos que constituyen este patrimonio, con el propósito de proponer una política pública sectorial al respecto e impedir su pérdida para la memoria e identidad de las generaciones futuras

Frente a esta situación el MINSAL ha actuado tan resuelta y velozmente como ha podido, de acuerdo a la siguiente sentencia contenida en la misión de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública: “No es posible construir política pública en salud sin considerar los acervos histórico-patrimoniales de Sistema Nacional de Servicios de Salud”, que instalada el año 2006, da cuenta de la conciencia institucional respecto de esta cuestión.

La historia institucional, desde la fundación del MINSAL, es heredera del devenir sanitario nacional, desde sus expresiones coloniales y de los pueblos originarios, hasta la transcurrida en el siglo XX, proveniente de la Beneficencia y del Seguro Obrero. Teniendo en cuenta que gran parte de los hospitales del siglo pasado fueron construidos a partir de donaciones privadas gestionadas con la Iglesia Católica, no ha de extrañar entonces el nombre de estos hospitales, y en esa lógica que en el interior de varios de ellos se construyeron capillas y casas para albergar a los miembros de órdenes religiosas consagradas al cuidado de los enfermos, que aún hoy se encuentran en funciones.

Por otro lado, con el desarrollo de la institucionalidad ministerial se extendió profusamente la atención primaria. Fueron los logros del movimiento social de principios del siglo pasado, los que dieron origen al Seguro Obrero, antecedente directo del actual Fondo Nacional de Salud (FONASA). Por último, resulta difícil comprender el actual estado de situación del país en su integralidad, si no se toma en consideración la evolución histórica de los datos epidemiológicos y la etapa en que se encuentran los llamados determinantes sociales en salud. Existe una relación directa entre la política pública en salud y su historia desde la fundación de la República, constituyéndose en aspecto central de la construcción de la identidad nacional.

El presente enfoque busca situar la dimensión patrimonial en salud en el tiempo presente, con museos, archivos, monumentos y registros, cuyo manejo va a cobrar sentido y pertinencia, en la medida que opere sobre la calidad de vida de las diversas comunidades. Esto, por medio de su contribución determinante al logro de los objetivos sanitarios del sector salud, que van a aportar al desarrollo local y al cumplimiento de las políticas públicas nacionales.

Estrategias participativas

Considerando la magnitud de los desafíos que esto representa y la responsabilidad ética que conlleva hacerse cargo de una memoria institucional de las características antes señaladas, la dirección de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud ha generado desde el año 2003 orientaciones y metodologías que han logrado establecer una plataforma y un dispositivo técnico mínimo suficiente, para desarrollar por el momento la dinámica patrimonial en la institución.

En primer lugar, ha vinculado al MINSAL con la macrogestión del Estado en temática patrimonial, con el fin de actuar en coherencia con las políticas públicas en esta materia, estableciendo relaciones con la Comisión Bicentenario y delegando representante ante ésta, con el Consejo Nacional de la Cultura y las Artes (CNCA), con los que se ha establecido un diálogo en lo relativo a institucionalidad patrimonial. Además de firmar convenios de cooperación técnica con otros organismos del Estado, cuyas competencias actúan sobre el patrimonio cultural, de éstos se verifican convenios de cooperación técnica con la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos (DIBAM) y el Consejo de Monumentos Nacionales (CMN), incluida la permanente

alianza estratégica de cooperación con la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Obras Públicas (MOP).

En el ámbito internacional, la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud ha desplegado iniciativas con el respaldo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), firmando inicialmente un tratado de cooperación técnica con el Ministerio de Salud de Brasil. El convenio se tradujo en la ejecución de un proyecto durante el año 2005, que significó entre otros intercambios, la formación de profesionales chilenos, representantes de todo el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en materias de investigación histórica con el uso de métodos orales, a través de un taller dictado por profesionales expertos en estas metodologías de la Casa de Oswaldo Cruz/FIOCRUZ de Brasil. Esta instancia permitió la gestación de la red latinoamericana de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud, HPCS, la cual se encuentra en funciones con la participación de todos los países miembros.

Desde el año 2004 está conformada la red nacional de responsables de patrimonio cultural de la salud, en razón de responder a una solicitud desde la autoridad ministerial y desde la unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, de contar en cada servicio de salud, Secretaría Regional Ministerial, organismos autónomos y establecimientos hospitalarios, con un responsable del quehacer patrimonial. Este debería estar en contacto directo con la entidad técnica dispuesta para velar por la conservación.

Esta iniciativa respaldó a su vez la creación de unidades regionales de patrimonio cultural de la salud e incluso la conformación de ellas en algunos hospitales. En consideración a esto, el año 2007 la máxima autoridad ministerial resolvió institucionalizar el Día Nacional del Patrimonio Cultural de la Salud, a celebrarse cada año el último domingo del mes de mayo, en todos los organismos del SNSS.

Líneas de acción

La importancia de abordar el manejo patrimonial de los acervos del sector, ha demandado que la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud ponga en funciones múltiples líneas de trabajo que garanticen la puesta en valor de los bienes culturales. En la actualidad, la Unidad ha jerarquizado y priorizado sus actividades con el apoyo de la cooperación interinstitucional nacional e internacional, antes señalada. De esta forma, se encuentra trabajando en cinco líneas estratégicas de acción:

En primer lugar, la implementación de un programa de interconectividad, con el uso e implementación de tecnologías virtuales, “Espacio colaborativo en historia y patrimonio cultural de la salud”, que permite articular y colocar en red las acciones de la expresión descentralizada del SNSS, así como su conectividad con la red latinoamericana en historia y patrimonio cultural, toda vez que es el instrumento en el que se materializa la primera expresión de puesta en valor de los acervos patrimoniales del sector, por la vía de la digitalización razonada y progresiva de archivos y documentos patrimoniales.

En segundo lugar, un programa de investigación histórica que se encuentra ejecutando en una primera etapa el levantamiento de historias de vida de personalidades del sector, cuya contribución ha resultado un aporte para el desarrollo de las políticas públicas sanitarias, con el uso de métodos orales de investigación histórica. Tercero, un programa de registro e información patrimonial de la salud, que tiene por finalidad elaborar manuales y fichas de carácter estándar, para el levantamiento permanente y actualizable de información patrimonial. Su aplicación permitirá conocer en profundidad las dimensiones de los acervos, materiales e inmateriales de la institución y constituirán insumos para la toma de decisiones de la autoridad sanitaria. Lo anterior, en coherencia con los instrumentos desarrollados en la institucionalidad nacional, que se encuentran en el ámbito patrimonial del Sistema Nacional de Información Territorial- SNIT- de tal manera de facilitar la interoperación de la información.

La cuarta línea de comunicación y difusión patrimonial, cuyas actividades consideran la publicación permanente del órgano “Muros Blancos”, que periódicamente informa las acciones nacionales, regionales y locales, recibiendo insumos desde todas las expresiones del sector. Contempla el desarrollo de un taller que entrega nociones de gestión patrimonial a las unidades locales de Patrimonio Cultural de la Salud, con el objetivo de fortalecer las competencias en el área de los funcionarios.

Por último, se encuentra en ejecución la creación del Centro Nacional de Recuperación Patrimonial, que responde en primer lugar a la necesidad de implementar el manejo patrimonial del Archivo Central de Salud, así como el manejo de los objetos muebles patrimoniales de los que el MINSAL es depositario, para su posterior puesta en valor en el Sistema Unificado de Registro/SUR. Esta iniciativa cuenta con el respaldo institucional de la DIBAM.

El MINSAL, por medio de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud ha transitado un camino que no siempre ha sido fácil, sobre todo por la magnitud de los desafíos hoy planteados en relación a la conmemoración del Bicentenario de la República. Por un lado, ha debido considerar la urgencia que requiere actuar sobre un territorio vulnerable y en constante deterioro, y por otro, la necesidad de producir insumos para la formulación de la política pública en salud, la toma de decisiones de la autoridad sanitaria y contribuir así al logro de los objetivos del área, procurando en consecuencia la mejora en las condiciones de calidad de vida de la comunidad nacional. *rpc*



© 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Dr. Carlos Molina:

“Hemos asistido a un debilitamiento del actor social protagónico”

Desde la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud, el doctor Carlos Molina Bustos¹, encargado de Investigación Histórica, ha conducido un estudio que busca contribuir a la construcción de una historia social de la salud, en la que el sujeto social organizado debe ser protagonista.

Por Michelle Hafemann Berbelagua

¿De qué forma el proceso histórico de la medicina en Chile determina el trabajo de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud? Es decir, ¿cómo se apropian de esta historia para orientar el trabajo de la unidad?

Es una cuestión vertebral en el desarrollo de nuestra política como unidad y como parte orgánica del Ministerio de Salud (MINSAL). Nos hemos dedicado a investigar qué es lo que está detrás de las determinaciones históricas sucesivas que han llevado al desarrollo de las instituciones de salud en el país, en los últimos 150 años. Y nos hemos ido convenciendo que la incorporación de la memoria histórica de nuestras instituciones a la teoría y a la práctica cotidiana de nuestros servicios, se ha transformado en un factor crítico del éxito o del fracaso de las políticas de salud. Lo que aprendió mi generación es que la evolución de las instituciones sanitarias aquí, es como el desarrollo de la genialidad del progreso lineal. Siempre se dijo que hubo un consenso entre los distintos sectores sociales liderados por los grandes personajes de la medicina local, para estar de acuerdo en ir creando, como parte de esta arquitectura lineal y positivista del acuerdo, las instituciones que nos han hecho famosos, al margen de los conflictos sociales. Se nos enseñó que esto era una virtud de la orden médica chilena. No obstante, gracias al estudio titulado “Una mirada historiográfica de las instituciones sanitarias en Chile en los últimos 100 años”, llegamos a conclusiones completamente distintas: este aparente consenso, en que personajes de diversos signos ideológicos como Salvador Allende, Sótero del Río y Eduardo Cruz-Coke, estaban siempre de acuerdo alrededor de la necesidad de progresar, no existió. Detrás de la historia sanitaria chilena está la historia de los conflictos, de las contradicciones tremendas entre sectores que se oponen, que consideran que esto no corresponde al Estado ni a la sociedad, sino a la caridad y a otras visiones decimonónicas o más antiguas, y los que creen que la salud es un derecho, que la sociedad

tiene que ser responsable de construir una respuesta solidaria ante los problemas de salud. Esto va construyendo el perfil de la antinomia y de los conflictos sociales.

Otra conclusión alcanzada es que esta bipolaridad de posiciones está siendo siempre animada en la historia de Chile, de los últimos 25 años del siglo XIX en adelante, por el movimiento obrero organizado, que adquiere el carácter de un sujeto social activo y protagonista central de la historia. Y es el movimiento obrero el que, a través de su capacidad de interpelar a la sociedad oligárquica de la época, empuja el carro y va produciendo al interior de las propias elites oligárquicas, contradicciones. Por ejemplo, en 1889 se crea el Consejo Superior de Higiene Pública. Es la primera institución pública de sanidad en el país, y la crea Balmaceda, que encabeza un gobierno muy sensible, liberal, que pertenece a la elite, recogiendo lo que venía señalando la Sociedad Médica de Santiago y los médicos jóvenes. El Estado empieza a sentirse responsable de estos problemas y cambia la conducción de la salud, que tradicionalmente –desde la Colonia– había sido una preocupación de las beneficencias, de las organizaciones caritativas y de los cabildos locales municipales, y lo fue hasta fines del siglo XIX y comienzos del XX.

¿Hasta qué punto esta instalación de una memoria oficial de la salud contra la memoria social de la salud pública en Chile tiene responsabilidad en la reproducción de problemas como la inequidad?

Seguimos fabricando inequidad. Aquí hay varias consideraciones. La primera es que la “historia oficial” históricamente no ha sido desarrollada desde la ciencia social, sino desde la medicina misma y, particularmente, desde nosotros los médicos, con una perspectiva apologetica, de la oligarquía de los profesores barbados y elegantes.

Michelle Hafemann Berbelagua es Periodista y Magíster (c) en Ciencia Política.

1. Médico, magíster en Historia, a cargo de Investigación Histórica de la Unidad de Patrimonio Cultural del Ministerio de Salud.

tamiento del



Médicos en el Norte Grande. Campaña antimalaria de enfermedades tropicales. Entre los facultativos, el doctor Pedro Lautaro Ferrer. Año 1925. © 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

En este sentido, otra de las conclusiones es respecto de cómo se han ido resolviendo las grandes antítesis, lo que revela que nunca se resolvieron en definitiva. En cada momento en que estas contradicciones fueron flagrantes se resolvieron en función, primero, del peso político, social, cultural e histórico del movimiento obrero organizado y del sujeto social expandido, que allá por la década del '60 dejó de ser sólo el movimiento obrero, se agregaron los estudiantes, pobladores y los campesinos movilizados en función de su derecho a la salud.

En la medida en que ese sujeto social mueve las cosas activamente, se produce un cambio. Cuando el movimiento popular ha ido avanzando hemos tenido servicios más universales, más solidarios y menos mercantiles. Cuando los movimientos históricos han ido en el camino contrario, cuando se ha retraído el movimiento social y se han hecho fuertes los otros sectores, hemos cedido.

¿Cómo es en la actualidad?

Como pasó claramente, después del '73, en que el retroceso es espectacular. Todo lo avanzado en solidaridad se fue hacia atrás y entró el mercado; todo lo avanzado en universalidad e inclusión social se transformó en exclusión; lo avanzado en integralidad de los servicios se convirtió en destrucción, fragmentación, apareció el sector privado, las Isapres, el capitalismo, etc. Y si me pregunta por qué repetimos, creo que no tener una conciencia clara de que el sujeto social es decisivo para poder avanzar, es un factor que reproduce problemas, significa que tecnocratizamos la respuesta a un problema que no lo es.

Historiadores como Gabriel Salazar, Premio Nacional de Historia, han dicho que la historia de la seguridad social chilena es la historia de la expropiación de los fondos de los trabajadores. En el siglo XIX, dice Salazar, las sociedades de socorros mutuos, la organización mutual, hacen a los trabajadores organizarse por su cuenta, sin parti-

cipación del Estado, generando una respuesta de previsión y de protección social espectacular, hasta que viene el Estado asistencial, en los años '20, expropia los fondos de los trabajadores, los transforma en cuotas para el seguro social y estatiza. Y después viene el golpe del '73 y el capital financiero toma los fondos del Estado y los traslada al capital financiero privado.

Entonces, la conciencia de estos fenómenos nos ha permitido poner en el tapete estas lógicas, siempre desde este proceso que yo llamo "construcción y deconstrucción de nuestro edificio sanitario". Nos hemos llevado buena parte de estos últimos 100 años construyendo y reconstruyendo las propias instituciones. Han sido los márgenes en que nos hemos movido y dependiendo de qué tan fuerte ha sido el sujeto social protagonista o los sectores ligados a la defensa de los intereses privados, es el resultado que en cada etapa hemos tenido. Dentro de eso, el que comprobamos que en el último tiempo, particularmente en el último año y medio, el Ministerio de Salud ha ido aprendiendo que el valor de la memoria tiene que ver con el éxito de sus políticas de salud, es también una consecuencia que nos entrega la investigación histórica.

Habla de los avances que ha tenido la salud en Chile, no obstante igualmente la inequidad se reproduce. ¿Cree que la contradicción, actualmente –en un sistema neoliberal– es entre sistema público y el privado?

Creo que el problema está marcado por la característica esencial del neoliberalismo de laboratorio instalado en Chile desde la época de Pinochet hasta hoy: la diferencia entre los que tienen para pagar los costos de la salud y los que no. Las deficiencias del sector público, en cambio, son una expresión de la incapacidad para financiar lo que él mismo tiene que gastar en salud, lo que se expresa por la vía de la insuficiencia de los recursos y los tiempos de espera. El sector público, por lo tanto, está por debajo de lo que tiene que tener. Siempre el valor de una prestación otorgada en las mejores de las condiciones en el sector público es inferior a lo que cuesta esa prestación. El incentivo, hablando en el lenguaje de los neoliberales, está puesto al revés: lo que más le convendría al sector público es tener menos volumen de trabajo. Situaciones como ésta en general en el sector privado, simplemente operan en términos del que no puede pagar, no entra. Y creo que éste es un problema esencial del neoliberalismo, que considera que las actividades públicas tienen que ser rentables. Ahí hay un problema de fondo que es otra expresión política de lo que ocurre: la falta de solidaridad.

En el fondo lo que pasa es que hemos asistido a un debilitamiento del actor social protagonista, los sujetos sociales desaparecieron de la escena pública y no sé si han vuelto a aparecer; diría que no. Si algo nos ha enseñado la investigación historiográfica en Chile de los últimos 100 años es eso. Si no hay movimiento popular se instala el predominio de los otros sectores, que construyen una hegemonía.

¿Cómo resolver el problema, entonces? Porque en los marcos que da el sistema neoliberal, hay respuestas que simplemente el modelo no da.

No va a dar salvo que tengamos un actor social que sea capaz de forzar los acontecimientos. Si el gasto público se concentrara en salud, educación y previsión podrían darse políticas de mayor intervención del Estado para generar espacios, procesos y fenómenos solidarios que contribuyan a la universalidad y a la equidad. Si no se hace eso, si no se invierte y se gasta más en el más desprotegido, se va a reproducir la inequidad. Por ejemplo, tenemos una mortalidad infantil del orden de 7 por cada 1.000 nacidos vivos y es una cifra que no tiene ningún país del mundo prácticamente, ni Estados Unidos, pero si se ven cuáles son los rangos de la mortalidad infantil entre Tirúa y Vitacura vemos una inequidad feroz, y lo mismo en lo que se quiera indicar, en la tasa de mortalidad por tuberculosis, en lo que sea, las inequidades son marcadas y crecientes. *rpc*

Construcción de una red latinoamericana accesible para todos

El autor da cuenta como se empezó a tejer una red latinoamericana de países, instituciones e individuos interesados en identificar, preservar y valorizar la historia de la salud y de la medicina, que fuera democrática y gratuita.

Por **Dr. Patricio Hevia Rivas**

En septiembre de 2005 se realizó en Salvador de Bahía, Brasil, el 7º Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS7) y la 4ª Reunión de Coordinación Regional de Bibliotecas Virtuales en Salud (BVS), oportunidad aprovechada para empezar a tejer una red latinoamericana de instituciones y personas que se interesaran en rescatar la memoria histórica y la identidad del riquísimo patrimonio cultural de los diferentes países de América Latina y el Caribe¹.

En esa perspectiva, la Casa de Oswaldo Cruz, perteneciente a la Fundación Fiocruz del Ministerio de Salud de Brasil y la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud del Ministerio de Salud de Chile, convocaron a un grupo de trabajo sobre historia y patrimonio cultural de la salud, presentando un documento de referencia y motivación que fue aprobado por 10 países y varias organizaciones internacionales. El mandato, sancionado por unanimidad en sesión plenaria, consideró empezar a tejer una red latinoamericana de los países, instituciones e individuos interesados en identificar, preservar y valorizar la historia de la salud y de la medicina, así como el patrimonio cultural tangible e intangible de la salud^{2 y 3}.

También el compromiso incluyó crear una Biblioteca Virtual en Salud de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud (BVS HPCS), que fuera democrática, accesible y gratuita para todos los interesados en gestionar, investigar y difundir los acervos históricos y científicos de la medicina y de la salud, en las áreas de historia y ciencias sociales y de gestión de la información en salud.

La propuesta de construcción progresiva de esta red latinoamericana pretende contribuir efectivamente a la generación de identidades de instituciones, profesionales de la salud y de sus principales agentes y movimientos so-

ciales, al reconocer en ella elementos de gran relevancia simbólica y material en su campo de actuación. Al mismo tiempo, servirá para interacción del Estado, la sociedad y los individuos en el proceso de reconstrucción crítica del pasado por medio de productos/servicios que proporcionen para públicos amplios, el encuentro con pasajes relevantes de la historia de la salud y hagan referencia a importantes registros de su memoria⁴.

Estrategias de acción

La principal estrategia es el conocimiento directo y la construcción de confianzas entre los diferentes actores institucionales que desarrollan actividades relacionadas con el rescate de la historia y las distintas modalidades del patrimonio cultural de la salud. Los contactos que se van estableciendo en eventos internacionales multilaterales y/o bilaterales constituyen la base real de los/las personas e instituciones que se van integrando en las redes nacionales y en la red latinoamericana de HPCS.

El espacio más consolidado en la experiencia desde 1998, en todos los países de América Latina y el Caribe, es el bien público constituido en las distintas Bibliotecas Virtuales en Salud (BVS) territoriales (una por cada país de la región), temáticas (adolescencia, psicología, homeopatía, etc.) e institucionales (por ej. BVS FIOCRUZ en Brasil). La BVS es un espacio virtual y base distribuida de conocimiento y forma de organización del trabajo cooperativo en el dominio de la información en salud⁵.

Además de los contactos bilaterales, como los desarrollados por Brasil y Chile, la realización de la primera reunión de Coordinación Regional de la red de BVS en Santiago de Chile, en agosto de 2007, fue un hito de enorme importancia para consolidar los avances obtenidos hasta el momento^{6 y 7}.

En esta reunión, realizada en la sede del Fondo Nacional de Salud (FONASA) del Ministerio de Salud, participaron 10 países latinoamericanos: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Honduras, México, Paraguay y Uruguay, junto a representantes de la Organización Mundial de la Salud y de la Representación en Chile de OPS/OMS. Esta primera cita permitió retomar los compromisos asumidos en Salvador de Bahía en el 2005, y monitorear las acciones realizadas en los últimos dos años por los países comprometidos a crear y desarrollar la red en América Latina y el Caribe.

Con los más diferentes grados de desarrollo se identificaron diversas iniciativas, en una perspectiva que buscaba combinar investigación histórica, recuperación de la memoria y preservación de la identidad y del patrimonio documental, museográfico, archivístico y arquitectónico. Se dialogó y compartió un conjunto de ideas, información, experiencias y recomendaciones sobre el desarrollo y fortalecimiento de las infraestructuras y capacidades nacionales y regionales para la identificación, recuperación, conservación, investigación, valorización y diseminación –en la red latinoamericana– de la historia y del patrimonio cultural de la salud^{8 y 9}.

Asimismo, se establecieron los marcos para la constitución, gestión y operación de esta biblioteca virtual (BVS HPCS), a ser operada en red en la web, con acceso abierto y universal para aumentar la visibilidad y los usos sociales de la historia y patrimonio cultural de la salud y contribuir así a su inserción en las políticas de los respectivos sistemas nacionales.

Finalmente, se creó una coordinación regional de carácter transitoria a cargo de BIREME, se aprobó y designó un Comité Consultivo Regional con representantes de todos los países participantes y se recomendó promover el desarrollo de redes nacionales de HPCS.

Dr. Patricio Hevia Rivas es Jefe Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud/Ministerio de Salud Académico Escuela de Salud Pública/Universidad de Chile Coordinador Nacional de la Biblioteca Virtual en Salud de Chile.

1. Grupo de trabajo en BVS4/CRICS7, Salvador, Bahía, Brasil, septiembre de 2005; <http://bvs4/ricml9.org/?lang=es>

2. Términos de constitución de la Red de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud. Salvador, Bahía, Brasil, 2005; <http://www.bvshistoria.coc.fiocruz.br/hpcs/termoconstituicao/hpcses.pdf>.

3. Hevia, Patricio. "Historia y Patrimonio cultural de salud: propuesta para la creación de una biblioteca virtual latinoamericana". An. Chil. Hist. Med., 2006; 16: 237 - 242.

4. Orosco E., Javier Luna. "Marco conceptual para el desarrollo de la BVS - HPCS". Bolivia, 2007. (Mimeo).

5. Modelo de la BVS en Guía de la BVS 2005 - Control de calidad y evaluación de la red de sitios de la BVS; <http://bvsmodelo.bvsalud.org/php/level.php?lang=es&component=168&item=154>

6. Hevia, Patricio. "El inicio de la Biblioteca Virtual en Salud de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud. Constitución de la red Latinoamericana desde Santiago de Chile". An. Chil.Hist. Med. 2007; 17:241 - 249.

7. Primera Reunión de Coordinación Regional de la Red de la Biblioteca Virtual en Salud de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud (BVSHPCS). Chile, 2007; <http://www.eventos.BVsalud.org/BVSHPCS/presentation.php?lang=es>

En cumplimiento de estas recomendaciones, en Chile se adaptó progresivamente la Red Patrimonial del Sistema Nacional de Servicios de Salud a las nuevas realidades y desafíos. Para ello, se fue ampliando la esfera pública con diversos actores institucionales de la historia y el patrimonio cultural de la salud, dando los pasos requeridos para conformar la red chilena (www.bvs.cl)¹⁰.

Momento actual

Entre los días 14 y 19 de septiembre de 2008 se realizó en Río de Janeiro, Brasil, el 8º Congreso Regional de Información en Ciencias de la Salud (CRICS8) y la 5ª Reunión de Coordinación Regional de BVS. El tema central del congreso fue “*información y conocimiento científico para la innovación en salud*”. Participaron alrededor de 1.200 personas, con múltiples actividades científicas, de educación continua y de grupos de trabajo específicos. Uno de ellos fue de historia y patrimonio cultural de la salud^{11 y 12}.

El espacio abierto para fortalecer las comunicaciones entre los integrantes de la red latinoamericana y enriquecer así el acervo en esta área es precisamente la BVS HPCS, creada formalmente a fines de 2007 y cuyo portal en Internet se lanzó oficialmente el pasado 15 de septiembre¹³. También está disponible la dirección del espacio colaborativo (comunidad virtual): <http://cv-hpcs.bvs.br>.

En la reciente reunión de Río de Janeiro se aprobó la BVS HPCS como “*una iniciativa de cooperación técnica entre instituciones e individuos, inicialmente localizados en América Latina y el Caribe, pudiendo expandirse a otras regiones, con el objetivo de fortalecer y valorizar la historia y el patrimonio cultural de la salud como parte integrante de los sistemas nacionales de salud y promover su amplia difusión pública para aumentar la conciencia social sobre su importancia para el desarrollo de la salud*” (Documento de trabajo del grupo técnico de HPCS, Brasil, 2008).

Entre los acuerdos importantes sobre HPCS está la aprobación de una propuesta relacionada con las siguientes fuentes de información que se incluirán en la BVS temática:

- * Literatura científica y técnica
- * Colección de textos completos
- * Directorios
- * Personajes
- * Patrimonio Arquitectónico, Archivístico y Museológico
- * Investigaciones Históricas en Salud.

La coordinación regional de la BVS HPCS se transfirió desde BIREME a la Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz/Ministerio de Salud

de Brasil, que tendrá esa responsabilidad por los próximos dos años.

La red chilena ya está en condiciones de crear un espacio de colaboración “en línea” para intercomunicación de sus integrantes en forma horizontal, descentralizada y con acceso abierto. Ya está diseñada la arquitectura de información y las herramientas requeridas proporcionadas por profesionales de BIREME, los que además van a asesorar y apoyar el desarrollo de la Secretaría Ejecutiva de la BVS-Chile, que ha quedado a cargo del Subdepartamento de Estudios de FONASA¹⁴.

Proyecciones y desafíos

El desarrollo de una red latinoamericana en HPCS tiene enorme importancia para contribuir a orientar las políticas públicas en salud y protección social sobre la base de recuperar la memoria histórica y reconocer que los sistemas nacionales de salud son patrimonio de sus pueblos.

La propuesta inicial lanzada en septiembre de 2005 se ha ido fortaleciendo y ampliando en ámbitos no imaginados. Tres años después está plenamente afianzada y legitimada por las diversas instituciones e individuos participantes en casi todos los países de la región. Esta es sólo la primera etapa, está pendiente ir profundizando en el Caribe e ir avanzando en los países ibéricos para llegar a las comunidades africanas y asiáticas de lengua portuguesa y española.

La respuesta positiva dada en diversas instancias del ámbito regional fortaleció la propuesta de tener una sola BVS HPCS en toda la región, con múltiples redes nacionales de HPCS, independientes entre sí y con funcionamiento descentralizado, respetando las culturas y las experiencias de cada país.

Faltando poco para el Bicentenario de Chile, el desafío de desarrollar en plenitud la red chilena de HPCS puede ser un excelente aporte a esta celebración el 2010, en la medida que se pueda contribuir a rescatar la memoria histórica y el patrimonio cultural material e inmaterial de la salud. Las fortalezas del proceso pueden contribuir a incrementar el “*acervo histórico cultural sanitario*” (concepto incluido en la misión de la División de Planificación Sanitaria de la Subsecretaría de Salud Pública), así como acercar el patrimonio cultural a los trabajadores de la salud y a la ciudadanía en general, con una dimensión intercultural y en forma descentralizada y participativa.¹⁵

8. Hevia, Patricio. “El inicio de la Biblioteca Virtual en Salud de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud. Constitución de la red Latinoamericana desde Santiago de Chile”. *An. Chil.Hist. Med.* 2007; 17:241 - 249.

9. Conclusiones y recomendaciones de la I Reunión de Coordinación Regional de la Red de la BVS HPCS. Chile, 2007; http://cv-hpcs.bvs.br/tiki-lidt_file_gallery.php/galleryid=21

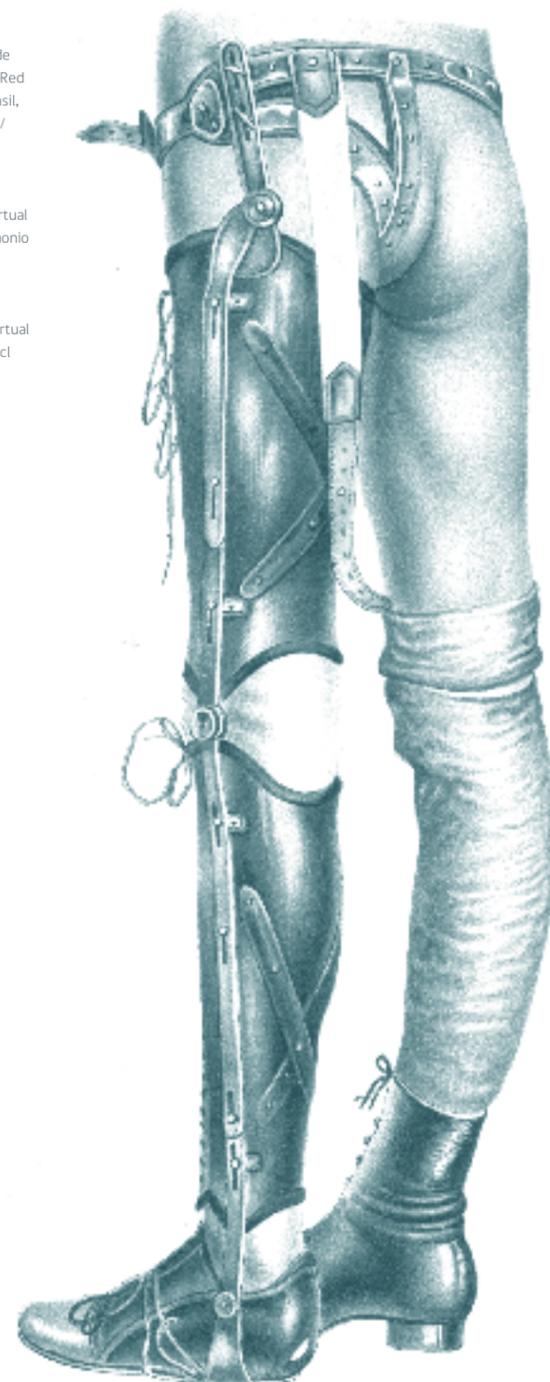
10. Portal de la Biblioteca Virtual en Salud de Chile; www.bvs.cl

11. Presentación del Informe de la BVS HPCS en la reunión preparatoria de la BVS5. Río de Janeiro, Brasil, 2008, <http://bvs5.crics8.org/php/level-php?lang=pt&component=56&item=12>

12. Agenda de la II Reunión de Coordinación regional de la Red de HPCS. Río de Janeiro, Brasil, 2008; <http://bvs5.crics8.org/php/level-php?lang=es&component=34&item=4>

13. Portal de la Biblioteca Virtual en Salud de Historia y Patrimonio Cultural de la Salud; <http://hpcs.bvsalud.org>

14. Portal de la Biblioteca Virtual en Salud de Chile; www.bvs.cl



Ortopedia, siglo XIX. © 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Museo Nacional de Medicina Enrique Laval

La radiografía de Chile en su historial clínico

El patrimonio que conserva el Museo Nacional de Medicina Enrique Laval de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, diagnostica la historia íntima de la nación.

Por Heidi Schmidlin

Ningún historiador de la ciencia o de cualquier otra disciplina puede trabajar sin concepciones previas de lo que es y de lo que no es esencial. (Friedrich Engels)

Fiel a este principio articulador, Enrique Laval, pionero de la historia de la medicina chilena, emprende en 1955 la tarea de reunir y clasificar en una coherencia museal, los registros de las ciencias médicas conservados desde 1833 en la Facultad de Medicina, instalada primero en el Instituto Nacional y luego en la Universidad de Chile; única entidad formadora de médicos durante un siglo en el país. Respalda por su colega médico historiador, Claudio Costa Casaretto, funda el Museo Nacional de Medicina. En 1988 éste se consolida como el Museo Nacional de Medicina Enrique Laval (MNME), abierto a la comunidad científica como un recinto-documento dispuesto para la investigación, el estudio y como evidencia de la visión evolutiva que tuvo esta ciencia en Chile. Su biblioteca patrimonial, unida a la colección de instrumentos y a un archivo fotográfico, es el relato de una práctica médica que entroncada en diversas fuerzas sociales, culturales, políticas y económicas; resultó ser determinante para la construcción de la sociedad republicana del país.

César Leyton, historiador de la medicina y la psiquiatría, y coordinador del MNME, ejerce de profesor-guía por las sugestivas historias y personajes que descansan en los escaparates, cobran vida en los estudios de los viejos libros o reaparecen a una realidad figurada en la memoria colectiva desde las fotografías técnicas y periodísticas de épocas ya lejanas.

“Curador de almas”

Armando Roa (1915-1997), fue una figura relevante en el proyecto museístico. Siendo el padre de la psiquiatría en Chile (“Demonio y Psiquiatría”, 1974), su principal aporte fue franquear el escenario de lo íntimo para llevarlo a una dimensión científica, más allá del juicio moral. Considerado en un principio como el oficio de los “curadores del alma” sujeto al imperio religioso, la psiquiatría se abre camino hacia la ciencia en 1857 de la mano de Carmen Marín, la “endemoniada de Santiago”. Supuestamente poseída de *obsesi* (por el diablo en la concepción teocéntrica medieval), su caso provoca polémica pública

entre los médicos. Uno de ellos, Manuel Antonio Carmona, elabora un diagnóstico basado en los síntomas que genera la historia de la paciente. Descubre que habla e insulta en latín, francés y alemán. Permanece amarrada a la cama y se aquietta solamente cuando leen pasajes de la Biblia de San Juan. Concluye que es una chica expósita, huérfana a temprana edad, prostituida en los puertos de Valparaíso donde se relaciona con marinos alemanes y franceses. Aprende latín en la casa de monjas donde es acogida luego de una crisis que le provoca una desilusión amorosa. Roa considera los antecedentes aportados por Carmona para informar que no es una obsesi, y que necesita cura. El caso inaugura la psiquiatría en Chile al proporcionar la primera explicación psicoanalítica que centra el desquiciamiento en factores psicosociales y no en lo demoniaco o sobrenatural.

¿Así comienzan los registros de la atención psiquiátrica en hospitales?

Efectivamente, el psiquiátrico es inaugurado en 1852 pero, en realidad, la Casa de Orate funciona en una primera etapa como un hospital de depósito o de concentración de marginalidad social. Acoge locos, mujeres con sífilis, prostitutas, delincuentes y castigadas por rebeldes e infieles. En su extensa bibliografía de historias clínicas subyace la historia moral de Chile. De hecho, los hospicios funcionaron mucho tiempo como sectores de aislamiento y castigo social. Son muchos los casos de pacientes internados por razones políticas, culturales o religiosos. También hay mujeres que se refugiaban en el Psiquiátrico o eran encerradas por los padres, al no cumplir con los cánones de los matrimonios por conveniencia.

La necesidad de registrar un legado científico, ¿es impulsada por motivos médicos o culturales?

No es posible hacer una distinción tan evidente entre hombres de letras y representantes de las ciencias puras, debido a las características ideológicas que marcan el desarrollo del pensamiento decimonónico. Los médicos chilenos participaron en el mundo político y cultural. Muchos fueron destacados diputados; otros como Augusto Orrego Luco y Ramón Allende Padín –abuelo de Salvador Allende– fundaron la Academia de Bellas Letras que impulsa José Victorino Lastarria en 1873.



Traje usado por el representante del Protomedicato colonial. De púrpura y dorado en representación de la corona real y de corte similar al traje papal, esta túnica era usada por quien encabezara el Protomedicato, invistiéndolo de autoridad cívica. Esta institución se creó en Chile en 1566 con la tarea de ilustrar al Cabildo en materias de Higiene y Salubridad; y se institucionalizó en 1830 por Diego Portales como órgano consultivo para las cuestiones médicas en sus funciones académicas y administrativas.
© 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Museo Patrimonial-Puente Cultural

Son 250 mts. de espacio minimalista, demarcado por líneas simples de tonalidades grises. En su interior descansan –tras siglos de servicio a la salud pública– 2.500 aparatos, equipos e instrumental quirúrgico; 1.179 piezas manuscritas; 4.000 fotografías en papel, albúmina y diapositivas color, y 2.000 volúmenes bibliográficos. Es el Museo Nacional de Medicina Enrique Laval, un documento vivo de arte visual.

Un silencioso recorrido, muchas veces impactante, agudiza la memoria colectiva a los hechos significativos para la salud del país, a imbuirse de sus alcances históricos, culturales, y a investigar en acontecimientos pasados que permitan proyectarse al futuro.

Museo Nacional de Medicina Enrique Laval

Avda. Independencia 1027.

Atención de martes a viernes, 14:00 a 17:00 pm. Visitas deben coordinarse previamente al fono: (02) 9786638, (02) 9786125.

La primera universidad del Estado no sólo maneja la información en torno al mundo científico, sino que promueve la renovación de los discursos de la elite y todo su dispositivo religioso-aristocrático, y ya en la segunda mitad del siglo XIX, con el gobierno de Balmaceda, la ciudad adopta una concepción más republicana, científica y tecnológica que religiosa. No es fortuito que el barrio de Independencia reúna en torno a sí la Facultad de Medicina, el Médico Legal, el Psiquiátrico, el Hospital San José –un lazareto para tuberculosos, el cementerio y a la entrada de Independencia, el Consejo Superior de Higiene que posteriormente será el Instituto Bacteriológico (actual Cuartel de Investigaciones). Irrumpe así el peso de un espacio higienista en la capital, emplazado al otro del río, en La Chimba, el barrio de los sectores populares. En términos de expresión urbana, significa que el sistema sanitario de higiene pública es un referente para el ordenamiento de la ciudad.

La radical demarcación territorial señala a la vez el rol galeno en la construcción de la nación. Consecuentemente, el guión museográfico del MNMEL rompe la concepción antigua de “museo/gabinete de curiosidades” para desarrollar la idea británica de un site museum, donde el patrimonio es conservado en su contexto original. La propuesta estética es una de elementos sin intervención, articulados en una trama argumental que enfatiza la esencia de su impacto social, económico, político, cultural en la sociedad; pero fusionado en una reconstrucción absolutamente de vanguardia.

Humanis fábrica sin subsidio divino

¿Qué concepto del cuerpo humano evidencia el museo como registro patrimonial?

La tenacidad de la alianza entre médicos, anatomistas y artistas renacentistas que empiezan a robar cadáveres con la idea de acercarse más al estudio del hombre, es lo que lleva finalmente a un concepto fisiológico, terrenal, alejado del dominio religioso/pecador. El antropocentrismo, visto en las escuelas de Da Vinci o Miguel Angel, insta a acercarse a la realidad positivista y eso significa examinar el organismo, algo prohibido durante todo el Medioevo. Cuando el mundo del arte unido al de la medicina rompe el tabú, nacen tratados como el “Humanis Corporis Fabrica”, de Andrés Vesalius (1543), que aquí se exhibe en una gigantografía. Su detallada estética supone

una protomáquina, que evidencia los choques entre el sector religioso, científico y médico. Su concepción de la modernidad fija la atención en la funcionalidad física y química de los mecanismos corpóreos. Es el nuevo cuerpo que toma fuerza desde la teoría hipocrática: el organismo humano es un microcosmos que reproduce a pequeña escala los componentes y las leyes de la naturaleza que rigen el cosmos. Lo define la búsqueda del equilibrio. Lo que los griegos llaman la Physis, la salud total, que necesariamente incluye la relación con la sociedad, la polis (urbe) y los espacios externos. Cuando una de esas fuerzas empezaba a dominar a la otra, ellos hablaban de monarquía. El criterio que se origina en un concepto de equilibrio corporal es traspasado al ordenamiento de los grupos humanos para luego adaptarlo como referente político.

Enchufado al shock

Inofensivamente alineadas contra una aséptica pared y expuestas con la elegancia de muebles de alta alcurnia, el museo alberga cinco “máquinas de aplicación eléctrica”. Una de ellas es la temida “lluvia eléctrica” aplicada a pacientes psiquiátricos. Este debía introducir un pie en un balde con agua para luego recibir la potente descarga eléctrica en distintas partes del cuerpo, con el objetivo de desarmar los nudos eléctricos alojados en su cerebro y supuesta causa de su locura. Menos temida, pero igualmente dolorosa, era el aparato de diatermia eléctrica para cauterizar hemorragias de la piel quemándola con electricidad.

También forma parte de la colección uno de los primeros fluoroscopios usados en Chile, la antesala del rayos X usado en 1895, aproximadamente. Funcionaba con una placa de magnesio que permitía captar una imagen del hueso al traspasarla con electricidad. Completando la serie, la estrella del conjunto: el famoso electroshock de siquiatria, que muchos enfermos y rebeldes conocieron en Chile, ya que esta máquina tuvo variadas aplicaciones: desde sanar, castigar, persuadir, recomendar, activar y hasta “aclarar”.

A partir de octubre, el patrimonio de la asistencia pública podrá ser conocido a través de un proyecto de digitalización, que con miras al Bicentenario, facilitará la difusión del nivel científico con que se ha operado en Chile desde el siglo XIX. *rpc*

Allende y la medicina social

La salud como motor del desarrollo

A través de tres obras bibliográficas, dos del ex presidente Salvador Allende y una de la historiadora María Angélica Illanes, ofrecemos un breve recorrido por parte de la historia de la medicina social chilena y los visionarios planteamientos al respecto del extinto mandatario socialista.

Por Michelle Hafemann Berbelagua

“... **D**evolver a la raza, al pueblo trabajador, su vitalidad física, sus cualidades de virilidad y de salud que ayer fueran sus características sobresalientes; readquirir la capacidad fisiológica de pueblo fuerte, recobrar su inmunidad a las epidemias; todo lo cual habrá de permitir un mayor rendimiento en la producción nacional a la vez que una mejor disposición de ánimo para vivir y apreciar la vida. Y finalmente, conquistar para todas las capas sociales el derecho a la cultura en todas sus manifestaciones y aspectos. Un pueblo vitalizado, sano y culto, he ahí la consigna a la cual debemos atenernos todos los chilenos que anhelamos ardientemente servir a la patria, y que luchamos sin descanso porque el pueblo supere la etapa de explotación y de ignorancia en que ha vegetado”. Salvador Allende Gossens, “La realidad médico social chilena”.

A fines del siglo XIX, como constata la historiadora María Angélica Illanes en “En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia (...)”. Historia social de la Salud Pública” (1993), el hacinamiento, el hambre, la enfermedad, la miseria y la marginalidad eran los “gérmenes” que diezaban al pueblo chileno. “El deterioro de las condiciones de vida de los sectores más desposeídos necesariamente habría de expresarse en los cuerpos, amenazando la supervivencia de importantes sectores productivos de la sociedad” (1993; 57). No obstante, el problema de la Salud Pública no era asumido como una preocupación del Estado, y la asistencialidad era principalmente abordada por la caridad privada.

El Estado liberal asumiría una mayor responsabilidad organizativa frente a la caridad asistencial, sostiene Illanes, cuando por primera vez “entraba allí el Estado central (...) a fiscalizar la acción conjunta de lo privado y lo público en el ámbito de la caridad social” (1993; 66). Este sería el primer paso hacia la fiscalización de una política de salud. Pero sería la peste, en particular el cólera, el que lograría cuestionar el sistema sanitario chileno. Entonces “comenzó a plantearse en Chile, en el seno del poder, la relación de la peste con la pobreza de la alimentación del pueblo; las deplorables condiciones higiénicas –sociales y urbanas– de las ciudades del país, la incapacidad de los organismos municipales y de beneficencia para hacerse cargo de las medidas de aseo y salubridad locales y, principalmente, la carencia de una ley de policía sanitaria que involucrara el problema general de la salud de la población, implementada como política” (1993; 68).

Hacia 1916, el diagnóstico del estado sanitario del país era bárbaro. La respuesta del Estado era necesaria e inminente. Se había desatado la “cuestión social”. La beneficencia pasó a ser asistencia social y el concepto dejaba fuera el beneficio caritativo y visualizaba a la sociedad en general. “Con el nuevo concepto del Estado Asistencial, preocupado de la salud y de la vida de sus habitantes, el Estado pasó a ser representante del “todo” y dador de la “unidad”, concepto en el cual cabía ahora el pueblo” (1993; 127).

Hospital Salvador. Personal médico de urología, año 1938. © 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.



El período que va de 1920 a 1938, según la autora, “es la historia de la disputa social y política por el cuerpo del pueblo. Cuerpo doliente, enfermo y moribundo, donde supura ya toda su explotación secular y testimonia ante todo Chile y el mundo el estado de barbarie humana a que ha conducido la explotación laboral” (1993; 139). Fue durante estos años que Salvador Allende Gossens cursó la carrera de medicina en la Universidad de Chile, de la que se titula como médico cirujano con la tesis de grado “Higiene mental y delincuencia” (1933).

El pueblo y la salud

En su tesis de grado, Allende se concentra en el cuerpo del pueblo a partir de los factores que generan su flagelo. A través de la higiene mental abordará la prevención de los males que afectaban a las clases sociales más bajas, la locura y la delincuencia, en las que el alcoholismo, tuberculosis, enfermedades venéreas y las toxicomanías, que eran los factores etiológicos de la herencia patológica delictiva, uno de los tres pilares que explicaban el delito junto a factores individuales y medio ambientales. Respecto de la tuberculosis, Allende planteaba: “La tuberculosis es una enfermedad social; la consideramos así, primero, porque la mayoría de los seres que son atacados por ella, viven en grupos más o menos densos y solidarios los unos de los otros; su densidad y solidaridad hacen que se sumen a los caracteres biológicos los caracteres epidemiológicos, determinados por la extensión, la tenacidad y la evolución. Segundo, la tuberculosis presenta caracteres especiales originados por el hecho de que la sociedad está dividida en grupos o clases que difieren los unos de los otros por sus medios de existencia, de donde dependen los medios de resistencia de la enfermedad. A la tuberculosis, enfermedad social, corresponde una higiene social que es una higiene de masas donde la aplicación de ella no puede estar asegurada por el individuo ni la familia.

Una higiene que, teniendo como punto de vista la desigualdad económica de los individuos, desde el momento que existen ricos y pobres, compense las diferencias de clases con respecto a la salud” (1933; 36).

Si bien en sus tesis de grado el enfoque de Allende está, particularmente, en abordar los factores hereditarios, individuales y medioambientales que determinaban el delito, el mero punto de partida del autor para su investigación da cuenta de la visión social de la medicina que guiaba su pensamiento. El cómo cierto factores sociales influían en la enfermedad y miseria del pueblo sería más profundamente abordado en “La realidad médico social chilena” (1939), publicado cuando Salvador Allende era ministro de Salubridad de Pedro Aguirre Cerda. Tal como se plantea en la introducción de la obra, la hipótesis de Allende es que “las bases fundamentales del bienestar y el progreso de los pueblos son precisamente un buen estándar de vida, condiciones sanitarias adecuadas y amplia difusión de la cultura en los medios populares” (1939; 11).

Entonces, Chile ocupaba el primer lugar entre todos los países de América Latina con sus cifras de mortalidad general y sólo en quinto en lo que se refiere a natalidad. Para revertir esta situación, y considerando la experiencia de otros países, Allende plantea que se debe dar gran importancia a la alimentación popular, “que es uno de los factores que más influyen en la conservación de la salud del individuo y en su normal desarrollo biológico” (1939; 53). La mala alimentación de los sectores de menores ingresos en el país explicaba “por qué en Chile la gente enferma más pronto que en casi ninguna parte del mundo” (1939; 55). Claramente, la alimentación era un problema de salubridad.

Y también lo eran la mala calidad del vestuario y la vivienda, cuyas condiciones eran pésimas y tenían decisiva influencia en la “morbimortalidad”. De igual forma lo tenía la falta de obras de saneamiento, sobre lo que señala que “es urgente intensificar las obras necesarias hasta lograr que el total de la población urbana esté saneada, es decir, disponga de agua potable y de servicio de alcantarillado, y al mismo tiempo, demuestra que es necesario extender estas obras de ingeniería sanitaria a los campos (...)” (1939; 99).

Luego de las condiciones de vida de las clases trabajadoras, Allende aborda los problemas médicos que afectan al pueblo: las afecciones de las madres e hijos, la tuberculosis, las enfermedades venéreas, las toxicomanías y las enfermedades profesionales. Respecto de los primeros, señala:

“Son cientos de madres obreras, las que angustiadas por la escasez de sus salarios se provocan abortos, a fin de evitar que un nuevo hijo merme sus ya insignificantes recursos.

Cientos de madres obreras pierden su vida, impulsadas por su angustiada realidad económica. Miles de madres obreras quedan estériles como consecuencias de las afecciones adquiridas a causa de los abortos” (1939; 119).

Por último, Allende revisa los servicios médicos del país, la previsión social y la importación, distribución y fabricación de medicamentos. Así logra retratar la realidad sanitaria de Chile. Y señala:

“Nosotros no podemos conformarnos con lamentar la triste realidad presente. Es menester que se ponga a prueba la vitalidad del organismo nacional y la capacidad de las masas populares, con el fin de reivindicar las cualidades de la raza y el derecho a vivir como pueblo culto. Es necesario que la nación toda reaccione movilizándose en el sentido de reparar todos estos errores, males e imprevisiones; que todas las fuerzas y reservas económicas, morales y espirituales de los habitantes, empujen y afronten una acción conjunta para sanear el país, para establecer condiciones que permitan al hombre chileno desarrollar sus actividades dentro de un medio favorable, para iniciar una lucha tenaz contra los flagelos y vicios, para llevar hasta los más apartados rincones los adelantos de la ingeniería sanitaria y de la medicina social.

(...)

En materias como ésta no pueden haber subterfugios, ni simulaciones. La higiene social, la salubridad pública, la medicina, no admiten transacciones.

Las enfermedades, la desnutrición, el alcoholismo, las endemias, y epidemias y la ignorancia, actúan y corroen por debajo y por dentro todas las apariencias y son inexorables en sus efectos. Nuestro país ha sido víctima de ello y a ese hecho se debe que estemos ante una realidad médico-social que alarma.

El capital humano, que es la base fundamental de la prosperidad económica de un país, ha sido subestimado y ha estado abandonado a su propia suerte. Ahí radica principalmente la causa de que nuestra población haya aumentado tan escasamente; ella debe ser mejorada y acrecentada a base del número y de la calidad de los habitantes autóctonos; su crecimiento progresivo es la condición primera de la prosperidad en un país, y resulta del estado de salud y de cultura de sus componentes” (1939; 277). rpe



Enfermo de sífilis. © 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Tegualda Monreal Porcile, epidemióloga:

Una vida de antología

Decidió dedicarse por entero al servicio público, por ello regresa a la institucionalidad estatal un par de décadas después de ser expulsada en 1973. Entre tanto, investigó en planificación familiar en Estados Unidos y Mozambique, donde elaboró una política de ese ámbito que está vigente hasta el día de hoy.

Por **Cristián Labarca Bravo**

Tegualda Monreal tiene 91 años y es la epidemióloga más antigua de Chile. Casi un dato anecdótico, considerando que entre sus logros se encuentra el haber encabezado el primer estudio epidemiológico sobre el aborto en el mundo, evento que sucedió en Santiago hace ya unas cinco décadas. Pero este también podría ser un asunto digno de libro de Guinness... Lo que por sobre todo hace de ella una mujer especial es, sin lugar a dudas, su amor y vocación por la medicina, así como su decisión de entregar su vida profesional al servicio público. Lo primero le significó, cuando apenas era poco más que una quinceañera, que el Presidente de la República de entonces la becara tras leer la carta que Monreal le envió, ingenua pero decidida, solicitándole ayuda. Lo segundo, su concepción marxista del mundo, que dos décadas más tarde otro presidente (golpe de Estado mediante) repitiera el gesto, otorgándole su tristemente famosa “beca Pinochet”.

Para algunos usted es una verdadera eminencia...

¿Eminencia? No he sido nunca una eminencia, pero me gustaba mucho mi carrera. Mi padre era profesor y tuvo que jubilar en tiempos de Ibáñez, porque lo echaron igual que a mí en tiempos de Pinochet. Y fíjate que

me hizo bastante bien, porque en el exilio trabajé en el Centro de Epidemiología CDC en Atlanta y más tarde me fui a Nueva York, donde seguí investigando sobre planificación familiar. Luego estuve en Mozambique casi 10 años, contratada por una agencia de la ONU en 1981, ayudando a crear una política de planificación familiar todavía vigente. Fui una de las primeras epidemiólogas, profesora en la Escuela de Salud Pública desde 1960 hasta 1973. No, en mis tiempos no se necesitaba ser ninguna macanuda para destacarse, había muy pocas mujeres que estudiaban medicina. De 150 alumnos en la Universidad de Chile, apenas once éramos mujeres.

¿Qué es la epidemiología?

Una especialidad de la medicina, de la que empezó a hablarse en Chile cuando nos formaron en el año '50. Se preocupa de la enfermedad en la comunidad, no en el individuo. Investiga los procesos en relación a la enfermedad o la muerte, por ejemplo del sida, de por qué se generó, de dónde provino. El epidemiólogo está más enfocado a la prevención de la enfermedad que a su curación.

¿Cómo llegó a la medicina?

La carrera de medicina no se pagaba, sin embargo, los libros eran caros y escasos. Mi

familia era de Santiago pero nos habíamos ido a vivir fuera de la capital. Como veía que las cosas eran difíciles y mi padre había sido despedido de la administración pública, escribí al Presidente Aguirre Cerda pidiéndole una beca. Me contestó con una carta, de su puño y letra, dándomela. Entonces me prometí que trabajaría para compensar ese beneficio, ojalá siempre en el servicio público y dedicaría mi vida a ser una profesional. Lo dije y lo he tratado de cumplir.

¿Era una época muy distinta a la actual?

No existían los consultorios y la gente iba a los hospitales sólo cuando estaba muy enferma, porque tenían fama de que en ellos la gente se moría. No pensaban que era porque no habían ido oportunamente. Ahora es otra medicina, la gente protesta porque no hay camas, la hacen esperar, hay colas y faltan médicos. Ha cambiado el medio, el conocimiento de los problemas. Me ha tocado ver todos esos cambios, ahora los médicos a veces protestan por cosas que a mí no se me hubieran ocurrido jamás.

¿La medicina hoy tiene otros valores?

Ahora hay tanto comercio, el médico es más indiferente, mira al paciente de otra manera. No lo ve como alguien que necesita realmen-

te una ayuda, no sólo médica, a veces hasta económica, que desea vivir y no andar sufriendo, ¡si la enfermedad es un sufrimiento, un impedimento serio para realizar una vida normal como a la que todo el mundo aspira! Me acuerdo que cuando en el verano llegaba a mi casa en San Vicente de Tagua Tagua, había un solo médico, ¡era una maravilla! Tenía una cacharra y recorría todos los lugares. Yo era estudiante de medicina, pero lo acompañé muchas veces en sus visitas. Me ponía el delantal y empezaba a hacer cirugía porque no tenía quien le ayudara... Atendía de todo, de repente un parto o un aborto.

¿Está a favor del aborto?

No lo propicio, pero cuando es una necesidad sí que estoy de acuerdo. Hay circunstancias en que no hacer el aborto a quien tiene un embarazo peligroso puede ser causa de muerte. Los que están en contra siempre hablan de la vida, pero del niño, jamás de la madre. Y en casos en que hay que sacrificar a uno de los dos, uno prefiere habitualmente no sacrificar a la madre, porque tiene otros hijos, porque es un ser con una vida desarrollada, etc. Soy muy partidaria de legislar, porque el aborto terapéutico era permitido en Chile desde el año '30. Pero llegó Pinochet y acabó con eso hasta ahora, y nadie se atreve a volver a legalizarlo. Otro tanto sucede con la píldora del día después; aseguran que es abortiva, no tienen ninguna prueba pero siguen insistiendo en que lo es.

¿Cuál es su concepción de la vida y la muerte?

La muerte es el fin de todo. Se termina cuando uno deja de respirar. Lo que se haga con ese cuerpo... fíjese que hay personas que han donado sus órganos en vida y cuando mueren, la familia se opone. Eso es una aberración. Admiro a las personas que donan un órgano estando vivas para salvar a otra. Pero muerto... ¡eso debería estar ya determinado! Hay a lo menos dos mil personas que están esperando un órgano y mueren por falta de entendimiento de familiares.

¿Cómo toma el hecho de ir enfermándose de alguno de los males que ha estudiado?

En general soy muy sana. Nunca he pensado mucho en las enfermedades, pienso que voy a morir de un viaje, una noche que esté durmiendo. Esa es, por lo menos, la muerte que espero.

Susan Sontag, en “La enfermedad y sus metáforas” (1978), nos recuerda a Thomas Mann (“La montaña mágica”, de 1924) y la tuberculosis, haciendo reflexiones sobre nuestra época, el cáncer y luego el sida. ¿Cree que la presencia de una enfermedad se corresponde con cada época o sociedad?

Contribuye, evidentemente. Las enfermedades no son iguales. Empecé un trabajo sobre la mortalidad por tumores malignos en el Servicio Occidente. Tomé todas las muertes que hubo el año 2005, fueron 1.550. Hice comparaciones con los tumores malignos de hace 15 años para ver si habían aumentado, averiguando si alguno está siendo más frecuente por alguna razón ambiental o por algún cambio –que no sea demográfico– que haya existido desde esos años hasta ahora. Y parece que en realidad ha sido así, hay un aumento de algunos tumores más que otros.

¿Qué significó para usted el surgimiento del sida?

Una tragedia. Precisamente cuando ya me venía de África se hizo evidente la presencia de la enfermedad. El condón es la vacuna de uso diario. Ojalá que un joven vaya a cualquier farmacia y en la universidad, en el comercio, en el correo y en todas partes, tenga acceso al condón.

Cuando la expulsaron de su trabajo, en 1973, una nota explicaba el motivo...

“Por marxista”, decía. Tras la reforma, el año 1953, me nombraron responsable de un nuevo centro de salud en San Miguel. Ahí hice un

trabajo muy lindo. Es una de las cosas que más me han emocionado, aunque significó que me sacaran del cargo. Me hicieron un sumario por ese trabajo que me enorgullecía y me hacía sentir tan feliz.

¿Por qué motivo?

En esa época la leche llegaba de Estados Unidos, ¿recuerdas?, se repartía gratuitamente y en San Miguel existía la costumbre de donarla, pero la gente que podía pagar algo, lo hacía. Yo no sabía, hasta que un día la secretaria me dijo “doctora, ¿qué hago con tanta plata que ya no me cabe en la caja de fondos?”. Sólo atiné a preguntar de dónde había salido y ahí me cuenta de las donaciones. Formé un equipo con la enfermera y la asistente social y les dije: “Si este dinero viene de la comunidad, debería ser devuelto a ella”. Pensé en un centro de trabajo y de educación en salud, que mejorara las condiciones económicas de las mujeres de la población La Legua, que estaba cerca. Compramos varias máquinas de coser y telares, géneros y lanas e hicimos un plan de trabajo...

Pero ¿nunca se les ocurrió dar aviso al ministerio?

No, porque nunca nos iban a visitar. No tenía contactos, nunca me ha gustado llegar cerca de los jefes. Tal vez fue un pecado, sí, puede que lo haya sido. ¿Pero sabe? Las mujeres estaban encantadas, de a poquito fueron llegando. Unas podían trabajar en la mañana, otras todo el día o ciertos días. Todo era adaptable y se les pagaba de acuerdo al tiempo que empleaban.

¿Cuánto duró esta utopía?

Desde el '53 hasta el '56, cuando me hicieron sumario. Era una maravilla, teníamos una persona que leía algo para que las demás se entretuvieran y una visitadora del servicio daba charlas de salud mientras ellas tejían o cosían. Se vendía todo lo que hacían: delantales, bluyines, blusas, y todas ganaban su platita. Hasta que alguien llegó con el cuento al ministerio, porque le hallaron olor a comunista y en esos tiempos el olor a comunista era horrible.

Y usted parece que siempre ha tenido ese olor...

Claro, yo lo tenía desde chica porque mi padre era un radical de izquierda, y él peleaba con la prensa, con los grandes dueños de fundo que pagaban mal y trataban mal a los trabajadores.

Realizó el primer estudio epidemiológico sobre el aborto en el mundo, ¿cómo sucedió?

Después que me echaron de San Miguel me mandaron a un consultorio en Ñuñoa. Estaba ahí cuando el doctor Armijo me llamó para que me presentara a un concurso de la Escuela de Salud Pública. Me propuso que hiciéramos un estudio, debía pensar en qué problema estudiar. Quise ver cómo y con qué frecuencia se presentaba el aborto en la comunidad. Usted se imagina que el aborto es muy importante por el número que llega a los hospitales, pero puede ser mucho más significativo el análisis en la comunidad, ya que hay muchos casos que no llegan al centro asistencial. Estuve un mes en el Registro Civil para ubicar las viviendas que visitaríamos..., eran 1.800 las encuestadas, sólo mujeres en edad fértil, desde 15 hasta los 45 años.

¿Conclusiones?

Demostramos que el aborto era el peor método para reducir la fecundidad y que las propias mujeres eran las que querían menos hijos, para trabajar y salir de la pobreza. En Chile, en ese momento el doctor Jaime Zipper estaba ensayando su Anillo de Zipper, el primer anticonceptivo que se probó aquí. Con nuestro trabajo aportamos mucho, porque demostramos que había que proteger a la mujer, que el medio que ellos utilizaban para tener menos hijos era el más cruel e inhumano y que eso debía ser reemplazado por el anticonceptivo, precisamente lo que también ellos querían introducir en el país. [pc](#)

Salud pública en Valparaíso

De un acto de caridad a un derecho

Cómo la asistencia sanitaria pasa en nuestro país de ser un acto de caridad, y como tal a discreción de quien lo ofrece, a un deber de la autoridad; luego que el médico Benjamín Manterola propusiera al gobierno local los lineamientos que rigen hasta hoy, la atención hospitalaria.

Por **María Soledad Manterola Bade**

No fue fácil a lo largo de la historia política y social de la república chilena durante los siglos XVIII y XIX sentar las bases para entregar a la población una atención digna en materia de salud. Enmarcados en un contexto tan diferente al actual, donde ni siquiera se consideraban básicas las condiciones más esenciales de higiene, el país aumentaba con apuro su número de habitantes, ya que las defunciones solían ser más que los nacimientos.

Ese es el entorno que rodeaba en 1887, en Valparaíso, al médico recién egresado Benjamín Manterola de la Fuente, quien sin mediar tiempo entre la salida de la facultad y el ejercicio práctico se ve como único doctor del Lazareto de San Agustín del puerto, donde atiende a 305 enfermos de cólera en 42 días de trabajo, con una mortalidad del 46%, experiencia clínica que presentaría en el Primer Congreso Médico Chileno, en septiembre de 1889¹.

Benjamín Manterola (1864–1932) fue miembro del Consejo Departamental de Higiene de Valparaíso desde sus inicios en 1891², siendo el único médico, de los cuatro que lo componían, reelegido, y dispuesto a entregar sus servicios a la ciudad por un periodo continuo de 33 años.

La misión de este Consejo era velar por la salud pública y privada y en este ámbito normar el funcionamiento de la ciudad, a través de ordenanzas, decretos y leyes, propuestos al municipio y al Supremo Gobierno y una vez determinados los reglamentos, resguardar que éstos se cumplieran. Esta acción abarcaba hospitales, lazaretos, cuarteles de policía, cárcel, escuelas, calles, estado de salubridad de los conventillos, letrinas, de las aguas que usaba la población, desagües de aguas servidas, basurales, estado y conservación del expendio de alimentos, control de venta de remedios en las boticas, medidas sanitarias a la prostitución, etc. En síntesis, estar en alerta a aquellos lugares y/o actividades que por condiciones insalubres generaban focos infecciosos que afectaban gravemente la salud de la población.

Era la época de las epidemias y la causa fundamental, la falta de higiene. No existían las vacunas, sólo la de la viruela, mas su uso no era una costumbre incorporada en los distintos niveles sociales. La gente moría preponderantemente de tifus exantemático, fiebre tifoidea, difteria, viruela y otras enfermedades que se expandían rápidamente en los lugares asolados por la miseria, la suciedad, la humedad, el hacinamiento, la pestilencia de las cloacas cercanas a las viviendas de la gente pobre. El objetivo era detectar a los enfermos infecto-contagiosos para prevenir el desarrollo y propagación de las epidemias. Por esto, los médicos del Consejo con ayuda de la policía inspeccionaban la ciudad y en especial el estado de salubridad de los conventillos ubicados tanto en el plan de Valparaíso (centro, parte baja) como en los cerros y quebradas.

Entre las muchas funciones que asumió el doctor Manterola al interior del Consejo de Higiene, fue justamente hacerse cargo de la organización de la "Oficina de Desinfección", cuyo personal, una vez detectados los focos infecciosos, debían desinfectar las viviendas. También promovió el abovedamiento de las aguas servidas provenientes de los cerros, canalizadas en desagües subterráneos a través de cauces y quebradas.

En laderas de los cerros y en las quebradas se juntaban las basuras, los desechos orgánicos humanos y de perros que arrastrados por las caídas de agua a tajo abierto, caían por distintos puntos al centro de la ciudad y diseminados en agua y barro iban formando un sedimento de putrefacción y focos de infecciones y sus emanaciones, esparcidas



Doctor Benjamín Manterola. Archivo María Soledad Manterola.

María Soledad Manterola es Licenciada en Estética, PUC.

1. Ledermann, Walter. "Las enfermedades infecciosas en el Primer Congreso Médico Chileno". Revista Chilena Infectología. Edición aniversario 2003: 122 - 123.

a través del aire en todas direcciones, eran la causa fundamental de las epidemias y, en consecuencia, de la altísima mortalidad, 61.31 defunciones por mil habitantes (año 1894)³.

Primera Asistencia Pública

El 14 de febrero de 1907, el doctor Manterola fundó la primera Asistencia Pública de Chile en Valparaíso, antes que la de Santiago, con la colaboración y apoyo del alcalde de Valparaíso, don Enrique Bermúdez. Se refaccionaron cuatro casas ubicadas en una de las esquinas de las calles Chacabuco con General Cruz. Según crónicas de la época, tenía los últimos adelantos médico-quirúrgicos y todos los elementos necesarios que un establecimiento de este tipo requería⁴.

Siendo director de la Asistencia Pública, en octubre de 1911, el Presidente de la República, Ramón Barros Luco, inaugura la sala Eduardo VII donada por la colectividad británica⁵. Conocido por su defensa a ultranza de sus convicciones, no causó el espanto de sus oyentes al manifestar el Dr. Manterola en su discurso protocolar ante la máxima autoridad del país, opiniones como:

... La mortalidad infantil en esta ciudad es horrorosa. La Ilustre Municipalidad mantiene un servicio para enseñar a las madres la crianza de sus hijos. Los niños mueren por la ignorancia de las madres. (...) Creed, Excmo. Señor, que para Chile, educar es poblar! Tiene nuestra patria grandes riquezas (...) Riqueza mayor es el vigor de nuestro pueblo”⁶.

Las instituciones de salud pública como los hospitales y en este caso la Asistencia Pública, dependían de la directiva de la Junta de Beneficencia, conformada por personas pertenecientes a la elite económica y social de Valparaíso. A esta elite también pertenecían quienes atendían a los enfermos en forma voluntaria al interior de los establecimientos, pero ni unos ni otros pertenecían profesionalmente al ámbito de la salud; produciéndose muchos abusos de autoridad y negligencias con los pobres y enfermos en nombre de la “caridad”. Manterola, como miembro de esta

Junta, del Consejo de Higiene y otros cargos municipales, denunció estos hechos, inclusive por la prensa. Por este motivo, al igual que en otros momentos de su vida, fue expulsado de la Asistencia Pública que había creado.

Responsables de sus funciones

Pero el 25 de febrero de 1919, en el II Congreso de Gobierno Local, presenta las bases generales para la organización en Chile de la Asistencia Pública. Esta propuesta dio inicio a un nuevo concepto de atención hospitalaria, vigente al menos en la letra, hasta el día de hoy⁷.

El texto, en algunos de sus párrafos, señala:

La asistencia de enfermos pobres constituye un servicio público de la directa administración de la autoridad, Estado o Municipio.

La caridad era una merced de los particulares o de la autoridad, pero siempre una merced.

Este criterio filosófico, que todavía prima entre nosotros, nos ha costado muchas vidas, la vida de muchas generaciones, el lento desarrollo de nuestra población nacional.

La vida es la primera propiedad que tiene el niño al nacer.

De aquí nace el deber de la autoridad de organizar y mantener servicios sanitarios propios, para bien del individuo y para bien de la colectividad.

Afirma además que si bien en el transcurso de los años los poderes Legislativo y Ejecutivo definieron la conformación de los servicios públicos, aplicando un criterio uniforme para los funcionarios de la administración, que establecía como requisito ser técnico, ser remunerado y ser responsables de sus actos, jamás los poderes constitucionales habían confiado la dirección de establecimientos como la Asistencia Pública, a los médicos.

“La Asistencia Pública, es el único servicio de la autoridad, Estado o Municipio, que no es administrado directamente por la autoridad, ni por el Estado, ni por el Municipio.

La Asistencia Pública es el único servicio de la autoridad donde parece estuvieran de acuerdo los poderes constitucionales para administrarlo con funcionarios que reunieran estos tres requisitos:

1. No ser técnicos
2. No ser remunerados; y
3. No ser responsables de sus actos.

El ser humano, aún el más infeliz, es un contribuyente de la hacienda pública, porque él es un factor de trabajo, un elemento de progreso, y porque el cuarto de conventillo que le alquila la avaricia, y la comida que apenas le alimenta y hasta los andrajos que le cubren han pagado contribución directa o indirecta a la autoridad, Estado o Municipio.

En Chile, las escuelas sostenidas con dineros del Estado, se llaman Escuelas del Estado.

Pero, en Chile, los hospitales sostenidos con dineros del Estado, se llaman Hospitales de Caridad.

El niño más pobre (...) hijo de la prostituta y del bandido, al ocupar un banco en la escuela, no recibe una merced sino que ejercita un derecho.

*La cama del hospital y el banco de la escuela, son un derecho del individuo y un deber de la autoridad.”*⁸

En virtud de la aprobación de su propuesta, quedó establecido que:

“1°: La ocupación de la cama del hospital es un derecho del enfermo pobre; 2°: La asistencia del enfermo pobre es un deber de la autoridad, estado o Municipio y 3°: La administración de los servicios de Asistencia se hará directamente por la autoridad con personal de empleados técnicos, remunerados y, por consiguiente, responsables del cumplimiento de sus funciones”

Con la aprobación de estas normativas, la atención hospitalaria de los pobres pasó de ser, al menos en la ley, de un acto de caridad a un derecho y la organización, administración y atención hospitalaria a profesionalizarse en sus funciones.

La salud pública, la medicina social y las necesidades de los pobres fueron una cruzada en su vida. En ello puso su esfuerzo y no descansó jamás, desempeñando varios cargos en este ámbito aparte de los ya mencionados. El olvido de su figura, como ha sucedido con muchos chilenos notables, ha impedido darle el sitio que merece en el mejoramiento de la calidad de vida de la población del país, especialmente de Valparaíso. **rpc**

2. Los Consejos de Higiene fueron creados por decreto supremo el 19 de enero de 1889 por orden del Presidente Balmaceda. El Consejo estaba integrado por el Intendente de la provincia, el alcalde de la Ilustre Municipalidad, 2 médicos elegidos por ella, un médico elegido por el Intendente, un médico elegido por el Consejo Superior de Santiago del cual dependía el Consejo Departamental. Estos 4 médicos duraban en sus funciones 3 años y podían ser reelegidos indefinidamente y el médico de “ciudad” de carácter permanente y que además cumplía la función de secretario elabora las actas con los debates y los acuerdos de cada sesión del Consejo y entrega los informes al Consejo Superior. La labor de los integrantes del Consejo no era remunerada. “Archivos del Consejo de Higiene. Consejo Provincial de Higiene. 1892 - 1896”. Valparaíso.

3. Consejo Provincial de Higiene. Op. Cit.

4. Ugarte Yávar, Juan. “Recopilación Histórica, Comercial y Social. Valparaíso 1536-1910”. Valparaíso. Imprenta Minerva. 1910. Pág. 222 - 224.

5. Diario “El Día” 29 octubre 1911. Valparaíso. Revista “Zig-Zag” Año IV.- Número 350. Noviembre 1911.

6. Diario “El Día” 29 octubre 1911. Valparaíso.

7. Manterola, Benjamín. “ASISTENCIA PÚBLICA. Bases generales para su organización en Chile. Memoria presentada al Segundo Congreso de Gobierno Local”. Valparaíso.

8. Manterola, Benjamín. “ASISTENCIA PÚBLICA. Bases generales para su organización en Chile.-Memoria presentada al Segundo Congreso de Gobierno Local”. Valparaíso.



Posta Central:

Historia e imaginario social de un siglo

"Más de ocho millones de enfermos pasaron bajo este dosel de la vieja Posta Central de San Francisco 85. Allí encontraron salud y alivio".

Por Óscar Bustamante Farías

A sí reza la inscripción que exhibida en el acceso de Portugal 125, testimonia parte de la historia del más emblemático centro de salud público del país. Si bien hoy la cifra de enfermos que han traspuesto la entrada de la Posta Central bordea los 20 millones de personas (más de una vez nuestra población total), lo cierto es que esta frase actualiza el espíritu asistencial de este establecimiento, que se ha reproducido en el imaginario social de los chilenos.

Los accidentes, naturales y humanos más trágicos de las últimas décadas, como en una letanía del drama colectivo, han fraguado el doble protagonismo que caracteriza a la Posta Central: de un lado, su abnegada labor asistencial; de otro, su "involuntaria" centralidad noticiosa, convirtiéndola con los años en una institución fuertemente arraigada en la sociedad.

Contexto histórico

"Un hecho trascendental para la consolidación de la asistencia hospitalaria moderna" califica el doctor Ricardo Cruz Coke a la inauguración, el 7 de agosto de 1911, de la Posta Central, primer servicio de urgencia permanente del país. A su fundador, el doctor Alejandro del Río Soto-Aguilar, lo señala como "la figura médica de mayor nivel profesional y académico en el ámbito de la higiene y la salubridad pública"¹.

Para entender los años que rodearon la inauguración de la Posta, debemos remontarnos a la época parlamentaria (1891-1925) y al apogeo del positivismo y de la medicina universal. Es época de desarrollo de la microbiología y nacimiento de dos de las ciencias médicas más relevantes del siglo 20: la genética y la inmunología. Aparecen los principales medicamentos de la farmacoterapia moderna, las nuevas tecnologías de la física y la química permiten inventar procedimientos diagnósticos.

Durante el parlamentarismo, Chile fue gobernado por presidentes provenientes de oligarquías aristocráticas, plutocráticas y profesionales, entre las que se contaban los médicos. La obra de progreso profesional y cultural de esta oligarquía médica fue enorme. El desarrollo de las ciencias biomédicas, el impulso de la legislación en medicina social y las bases de la institucionalidad en salud pública se cuentan entre sus logros. Los médicos ocuparon cargos parlamentarios y ministeriales durante todo el período, siendo la figura dominante Manuel Barros Borgoño. Por entonces, la evolución de la medicina nacional alcanzó su velocidad de crucero y estableció su rango y dig-

nidad en la sociedad chilena. El cuerpo médico consiguió los poderes máximos dentro de la subcultura de la salud, con la creación del Ministerio de Higiene, la Dirección de Sanidad y la Dirección Médica de los Hospitales Públicos, antes en manos de administradores.

En infraestructura, en 1927 Santiago tenía cinco hospitales generales, otros tres de niños y tres maternidades, además de una casa de orates, un hospicio, una casa de huérfanos y dos hospitales auxiliares para venerología y tuberculosis. En gran medida, la tarea de construcción, rehabilitación y modernización de esta infraestructura pública fue gracias a importantes donaciones efectuadas por filántropos y benefactores de la plutocracia chilena: Juana Ross Edwards, María Barros Luco y Carlos van Buren, entre otros. Y fue en este contexto histórico donde hace 97 años la Posta Central inició su recorrido material y simbólico.

Imaginario social

Según el sociólogo catalán Manuel Castells², el entorno actual en que nos desenvolvemos correspondería a la "era de la información". En ella, y por primera vez en la historia de la humanidad, precisamente lo que nos caracteriza como especie, la capacidad de producir símbolos, se ha erigido en motor del sistema económico y financiero.

Dentro de este nuevo modelo de "sociedad-red", los medios de comunicación de masas juegan un rol preponderante tanto en lo económico como, y es lo que nos interesa destacar, en el valor simbólico de "lo real". Asumiendo como "real" el conjunto de actores –individuales, colectivos e institucionales– que forman parte del encuadre que a diario la prensa, la radio y muy especialmente la televisión, difunden a la opinión pública para que alimente el debate y sea objeto de decisiones políticas y económicas.

Aunque este argumento se ha relativizado con la irrupción de Internet y otros dispositivos tecnológicos que han venido a "liberar" la información dejada fuera de la cobertura de los medios tradicionales, lo cierto es que estos últimos siguen siendo preponderantes en la construcción del imaginario social³. Visto así entonces, si hubiera que elegir un espacio desde el cual se construye el imaginario social de la salud pública en Chile, ese sería la Posta Central. Un imaginario que desde la fundación de la institución, es construido desde los micrófonos, grabadoras y cámaras de televisión y retroalimentado con la experiencia directa de sus miles de beneficiarios, trabajadores y visitantes.

Óscar Bustamante es Periodista del Servicio de Salud Metropolitano Central.

1. Historia de la medicina chilena, de Ricardo Cruz Coke. Editorial Andrés Bello, 1995.

2. Castells, Manuel (1997): La era de la información. Alianza Editorial.

3. Existen muchas definiciones de "imaginario social" pero nos quedaremos con la del filósofo griego Cornelius Castoriadis: el imaginario social corresponde al modo mediante el cual una sociedad se encarga de establecer lo que considera como real y de trazar las fronteras delimitadoras tanto de lo existente como de lo posible.

LA ASISTENCIA PÚBLICA -SU INAUGURACIÓN



En primer término: el señor Ministro del Interior don Rafael Orrego y el administrador del nuevo servicio de Asistencia Pública, doctor Alejandro del Río

Fotografía inauguración Asistencia Pública de Santiago; publicada en revista Zigzag, en agosto de 1911. Colección Biblioteca Nacional.

“En mayo de 1932 las ambulancias fueron embargadas por un juez de Santiago por no poder la A.P.⁴ pagar el desahucio de un funcionario despedido –relata el Dr. Reinaldo Martínez en su libro “El dolor ajeno”–, un momento crítico en la historia de la Posta. La situación se prolongó dos meses y sólo fue resuelta después de un escándalo periodístico, con la donación de 3 mil pesos hecha por un particular (...) los fondos de la A.P. alcanzaban hasta septiembre. Obtener fondos de la Beneficencia se tornaba imposible. Los doctores Luis Aguilar, Félix de Amesti, médico jefe de la Posta y Manuel Martínez, médico jefe de la Posta 2, se reunieron a analizar la aflictiva situación: o se cerraba la institución o se recurría a la caridad pública, a pesar de lo difícil que era pedir dinero a una población paupérrima. Esto último pareció la única opción viable.

“La campaña duró un mes. No hubo actividad organizada de la ciudadanía que no escuchara el pedido de la AP. Los diarios y revistas publicaron artículos sobre la colecta y sus motivaciones, se hicieron reportajes especiales a su trabajo, los periodistas fueron testigos de intervenciones quirúrgicas, atenciones a domicilio y salidas a recoger heridos. Se lanzaron desde aviones miles de volantes impresos solicitando ayuda, los autobuses y tranvías tapizados de llamativos afiches alusivos, las tiendas céntricas fueron decoradas para la ocasión. Se realizaron múltiples funciones de teatro a beneficio, hubo peleas de box, partidos de fútbol en el estadio de Ñuñoa, (...) desfiles de ambulancias haciendo sonar sus sirenas, precedidas por la “decana”, la más antigua de las máquinas en funcionamiento (...) la cantidad de dinero colmó con creces las expectativas”⁵.

Por nuestra parte, ya en la actualidad, durante un año tuvimos un *blog* informativo de la salud pública en Chile, con énfasis en la cobertura noticiosa de la Posta Central, y pudimos comprobar dos cosas⁶. La primera, que en el período julio 2007-julio 2008, más del 20% del total de noticias difundidas en prensa, radio, TV e Internet dieron cuenta del acontecer en la Posta, superando incluso a otros actores y establecimientos de la salud pública nacional.

La segunda comprobación se relaciona con la multicausalidad o, si se prefiere, los múltiples afluentes que alimentan el carácter mediático de la Posta Central. Si bien la mayoría de las noticias del *blog* tienen directa relación con la gestión médica de urgencia del establecimiento (“el sello” de la institución), muchas otras son motivadas por acontecimientos de otros sectores noticiosos: policial (el traslado de un

delincuente para la constatación de lesiones en el box médico legal, la grabación de series televisivas sobre las policías), espectáculos (la recaída en excesos de una figura de la farándula, las terapias alternativas de una actriz de televisión), político (la visita de una autoridad gubernamental a un paciente emblemático, la llegada de lesionados desde una protesta en el centro), artístico (el uso de locaciones para la filmación de un documental o de una película extranjera), o de utilidad pública (la cobertura a una campaña móvil de donación de sangre).

Aunque la presencia de la Posta Central en el imaginario social de los chilenos podría perfectamente ser motivo de una investigación profunda y multidisciplinaria, lo cierto es que su potencia mediática opera como un barómetro tanto de la presión ambiental de la salud pública como, por extensión, de las transformaciones de nuestra propia sociedad. [rpc](#)

4. Asistencia Pública (ver recuadro 1).

5. Martínez Urrutia, Reinaldo (1991): El dolor ajeno. Ediciones Documentas.

6. Ver el *blog* de la Posta <http://huapentosmedios.blogspot.com/>

¿Por qué Asistencia Pública?

“Antes de la existencia de la Posta –relata el Dr. Reinaldo Martínez– los lesionados eran llevados por la policía a sus cuarteles. Como no poseían carros ambulancias, obligaban a cualquier coche que fuera transitando a subir al herido; sin embargo, muchas veces los pasajeros se negaban, dado que la policía municipal carecía de fueros para imponerlo por la fuerza. Con el correr de los años, a comienzos del siglo XX, se contrataron estudiantes de medicina que en los cuarteles policiales entregaban la primera atención a los accidentados. De ahí el nombre de Asistencia Pública que se daba a este servicio, que era básicamente de la policía municipal, y en efecto, asistía a los heridos en la vía pública.

“En 1911 al fundarse un centro de atención de heridos, se conservó dicho nombre, probablemente por costumbre. Pero en todo caso, con ello se rindió un merecido homenaje al esfuerzo de quienes trabajaron en ese servicio primitivo y que bregaron incansablemente por su mejoramiento”.

En 1993, la Posta Central institucionalizó un nuevo nombre: Hospital de Urgencia Asistencia Pública (HUAP). Sin embargo, persiste su denominación generalizada como “la Posta Central”.



Grupo de médicos en el Lazareto de coléricos en Santiago. Posiblemente durante la gran epidemia de 1886, llegada de la Argentina. © 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

En el Chile decimonónico

Los enfermos y sus patologías

Diversas fuentes permiten identificar las enfermedades de los chilenos y los remedios con que las enfrentaban a comienzos del siglo XIX. A través de ellas se configura un patrimonio cultural y social todavía poco conocido.

Por Rafael Sagredo Baeza

En 1817, cuando Chile recién nacía a la vida independiente, todo estaba por hacerse y el conocimiento práctico, forjado en la realidad cotidiana predominaba casi sin contrapeso, Pedro Fernández Niño, un agricultor de la zona central, decidió escribir una *Cartilla de campo y otras curiosidades, dirigidas a la enseñanza y buen exsito de un hijo*¹, a través de la cual esperaba legarle las herramientas, el saber adecuado para desempeñarse como propietario.

El manuscrito de más de 200 fojas se ocupa con especial detención de las faenas propias del campo. Hombre temeroso de Dios, pero práctico, el hacendado también enseñó a fijar la hora en el reloj a partir de la posición del sol, a llevar las cuentas y las operaciones matemáticas y, esencial, a aplicar los remedios caseros para los malestares y enfermedades más frecuentes.

En su enumeración, Fernández Niño no sigue ningún orden, jerarquía, esquema o clasificación, sencillamente va refiriendo los tratamientos para cada dolencia, sensación aflictiva o situación molesta. Que comience con el resfrío, los dolores de muelas y de extremidades, los empachos y los cólicos, entre otros malestares, es una muestra de lo común que éstos resultaban para la población. Entre los específicos para superarlos estaban friegas, baños de agua caliente con hierbas, cocimientos y ungüentos de todo tipo de especies, vegetales y animales, muchos de ellos acompañados de yerba mate y aguardiente.

Pero también tratamientos más difíciles de aceptar para nuestras costumbres, como “sorber orines propios calientes en ayunas” para calmar los dolores de muelas; o los “orines de burro tres veces al día” para el mal olfato; o, francamente, poco ortodoxos, como “sóbate todas las noches con sebo el ombligo y no te empacharás”; “bájate los calzones y siéntate de repente en agua fría” para el dolor; o “azótate la espalda, pantorrillas, brazos y frente con ortigas” para el tabardillo o insolación acompañada de letargo o delirio.

Considerando el estado de la ciencia médica, pero en especial la inexistencia de la industria farmacéutica, no debe extrañarnos que la mayor parte de las dolencias, como las del corazón, la gota coral, el asma, los ahogos, los nervios encogidos, la reuma, los riesgos vomitosos, la sequedad de régimen, el mal olfato, los cursos de frío, la vinagrera de estómago y los flatos; o males como el de piedra, de ojos, de orina y de hora, así como los corrimientos, hinchazones o apostemas, las lastimaduras o heridas, las llagas malignas, peladuras o quemaduras, hinchazones o incordios, golpes de riesgo, flucciones, dolores de cabeza, de cara, de oídos, de vientre y puntadas, cólicos, sordés, tercianas, ciática, inflamación de garganta, y muchos otros que sería largo enumerar, tuvieran como placebo diversas preparaciones de hierbas y cremas con los más variados ingredientes, como sebo, pulpa de carnero, cartuchos de papel blanco, estiércol de caballo y corazón de buitre.

Rafael Sagredo es Historiador, Conservador de la Sala Medina, Biblioteca Nacional; Director del Centro de Investigación Barros Arana y académico del Instituto de Historia, Pontificia Universidad Católica.

Los males y sus remedios

Así lo demuestra Adriana Montt cuando, a través de una carta fechada en 1823, le ofrece a su nuera Mercedes una serie de remedios: “para el corazón, toronjil, violetas, flor de azucena, claveles y alelís blancos; para la retención de orina, cataplasmas de perejil frito en aceite; dolores de dientes y muelas, romero en vino caliente; para las almorranas, cataplasmas de flor de bisnaga; para el flato, hormigas y semilla de albahaca; boldo para el hígado; para la apretura de pecho con ahogos, radal y trique; el pezón de frutilla y la bosta de caballo para la indigestión y lepidia de calambre; para la vejez, poca comida, ninguna golosina y paciencia, mientras no tocan la puerta avisándonos la partida”.

El manuscrito de Fernández Niño nombra, para conocimiento de su hijo, los males y los remedios que la sabiduría popular aplicaba para contrarrestarlos. Precisamente su valor está en la identificación que hace de las dolencias, incluso de las afecciones leves y crónicas, como ponzoñas o picaduras de animales, lombrices, pidigiúines, caspa y caída del pelo, tiña, sarna, comezón de la sangre, piojos y ladillas, tabardillo, verrugas, ronquera, mordeduras de perro, almorranas y pasmos. Alude también a la viruela, la epidemia que transformada en enfermedad endémica provocó mayor mortandad a lo largo de la centuria, sin siquiera mencionar la posibilidad de la vacuna, el único recurso efectivo.

Pero no sólo los males comunes o pestes recurrentes recibieron la atención del hacendado, también aquellas situaciones potencialmente dolorosas o complicadas, derivadas, por ejemplo, de la maternidad o la propia condición femenina. De ahí su recetario para los partos dificultosos, la escasez de leche en amas, la “detención de pez” e, incluso, la “detención de sangre en menstruos”. La descripción de los remedios para cada una de ellas, entre los cuales se cuentan “tomar bien colado un poco de estiércol de caballo fresco deshecho en vino, abrir un pato por el espinazo, un cocimiento de lombrices de tierra” o, finalmente y para poner término a la menstruación, colocar al fuego “una teja nueva, tostar en ella hojas de culen y olerlas”, muestran muy bien el grado de indefensión en que a comienzos del siglo XIX se encontraba la población frente a la enfermedad y a los malestares físicos contingentes, condenada a sufrir sus dolencias con resignación o, muchas veces, sólo amparada en su piedad.

Considerando el tipo de males para los cuales la *Cartilla de campo* ofrece consuelo, muy sintomáticos y pese a todo relativamente tratables, no debe sorprendernos que en ella no existan alusiones directas a dolencias de naturaleza mental o psíquica. Éstas no estaban identificadas en la época de la forma en que serían definidas a lo largo del siglo XIX y XX, lo que naturalmente no significaba que las personas no las experimentarían. Así, por ejemplo, se ha establecido que Bernardo O’Higgins sufrió problemas afectivos que se manifestaron en enfermedades. Dueño de un estado anímico muy especial, “psicología del desterrado” le han llamado, padeció una “neurosis de abandono” que se expresó en angustia, desesperación y agresividad causada por la soledad.

El hombre que fue O’Higgins tuvo dolencias físicas de cuidado propias de su época, como el vómito negro o fiebre amarilla, que convivió con otros males como neuralgia facial, reumatismo, conjuntivitis, apoplejía cerebral, dolencias del hígado y cefaleas que no lo abandonaron jamás.

Gran mortandad infantil

Según el naturalista Claudio Gay, las enfermedades más comunes en Santiago eran las que afectaban al corazón y al hígado. Incluso describió algunos de sus síntomas: “algunas veces, el hígado se vuelve enor-

me, provocando un dolor espantoso y empujando el pulmón hacia arriba; y algunas veces sucede lo contrario, el hígado se vuelve muy pequeño. Es el caso menos común, pero generalmente es mortal”. Si bien la disentería también era motivo de preocupación, sin duda que los más expandidos eran los males venéreos, situación extremadamente grave si se considera que, como Gay afirma en 1841, se creía que “la mayor cantidad de enfermedades derivan de éstos”. Así mismo se presentaban en la ciudad el tifus, y la llamada “pústula maligna” o viruela, que venía desde la Argentina a través de los Andes.

En la provincia, características de La Serena eran las bronquitis y neumonías que, según un médico local, producían la tisis tuberculosa. Las diarreas serosas eran igualmente frecuentes, tanto como para considerarlas “endémicas de aquel clima”; las disenterías, las enfermedades sifilíticas y cutáneas, los reumatismos y las alteraciones orgánicas del corazón completaban los males. En el sur, en Valdivia, un facultativo local nos informa que no había enfermedades endémicas, que las epidemias eran muy raras, que en general las dolencias que aparecían entre sus habitantes tenían un curso benigno y que, por tanto, la mortalidad no era considerable. Entre las patologías que su práctica le había permitido identificar como principales estaban las neuralgias, la artritis y la tos convulsiva. Comunes a todas las poblaciones de la república, especialmente en invierno, eran la “influenza catarral” y las “pleuroneumonías agudas”, las que en ocasiones se presentaban con una virulencia tal que llegaban a constituir un “estado epidémico”.

La población campesina sufría males coyunturales y otros estructurales. Entre los primeros, y como Claudio Gay pudo comprobar, el consumo de fruta verde “ocasiona enfermedades muy graves que hacen morir a un gran número de ellos”. Pero también, y pese a su fuerte constitución, “se resienten de las enfermedades venéreas tan fatalmente comunes en las familias, más en el norte que en el sur”. Ello siempre y cuando lograran llegar a la edad adulta, pues lo corriente era que de la numerosa prole de los campesinos, “ocho o diez y aun más”, sólo algunos sobrevivieran, pues uno de sus vicios “reside en el poco cuidado que se da a los niños, enteramente abandonados a su suerte y a sus instintos”. Contribuía a la gran mortandad “su constitución con frecuencia escrofulosa, sea por herencia, sea por las enfermedades venéreas de sus ascendentes”. En todo caso, en el campo morían menos que en ciudades como Santiago, donde, a causa de la disentería provocada por el calor concentrado, la mortandad era muy elevada.

La tasa de mortalidad rural más baja era una realidad a pesar de que en el campo no había médicos, que la única alternativa disponible eran los curanderos, y que sus ideas en medicina eran muy poco convencionales para la cultura moderna, pues como escribió Claudio Gay, “para el campesino, toda enfermedad proviene del frío, del calor, de una mirada, de un susto, etc.”.

En muchas ocasiones los curanderos resultaban efectivos y lograban aliviar las dolencias. Para curarlas hacían uso de remedios tradicionales, como lavativas de jabón, quillay, aceite y sal que, por ejemplo, “se echa de la mano izquierda, empleando la otra en hacer el signo de la cruz, y que se toman después en el nombre de la Santa Trinidad”. Todo acompañado, nos informa Gay, de oraciones que “son por lo ordinario algún ave o algún pater cuando la enfermedad es de calor y un credo cuando proviene del frío”.

De este modo, en el Chile de los primeros años de la república, la piedad, la ciencia y la naturaleza, todas por igual, intentaban disputar y sustraer a la muerte la vida de los pacientes. ^{1pc}

1. Adaptado del trabajo del autor, “Nacer para morir o vivir para padecer. Los enfermos y sus patologías”, que forma parte de la obra *Historia de la vida privada en Chile*, tomo II, Santiago, Taurus, 2005, pp. 10-57.

Loterías, hospitales y voluntariado

La institucionalización del socorro

La inquietud por socorrer institucionalmente a las personas más vulnerables, ha estado presente desde la época de la Conquista en nuestro país. Hospitales, centros de acogida y trabajo voluntario, han sido entre otras las instancias en que la caridad, la compasión o la inquietud por contribuir a la igualdad de oportunidades, han movilizó a las personas en su afán solidario.

Por **Fernanda Casorzo Pino**

Es 1552 y el licenciado Hernando de Castro ejerce como primer médico del hospital del Socorro (actual San Juan de Dios), fundado por Pedro de Valdivia. La Real Universidad de San Felipe inscribe, en 1756, la Cátedra de Prima Medicina, y hacia 1771 se crea el hospital de Mujeres de Santiago (actual San Borja). Hitos que han marcado la historia de la medicina y de la salud en Chile desde la Conquista. Pero estos hechos no han sido espontáneos; una vez que los conquistadores se asentaron en territorio chileno, instalaron también sus costumbres e ideologías.

Si bien la creación de hospitales y centros de asistencia respondía a las necesidades de atención de la población en general, otro principio

debía ser materializado: la caridad, idea que en Europa se desarrollaba bajo la premisa católica de la compasión por los desfavorecidos. Así, durante la época colonial aparecen las primeras instituciones de carácter benéfico, como escuelas, orfanatos, hogares para huérfanos y prostitutas y también loterías. El gobernador Gabriel Avilés del Fierro instituyó en 1797, una lotería para conseguir recursos destinados al Hospital San Juan de Dios y a la Casa de Huérfanos.

Mientras la República se consolida, se crea la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (1842). Enfermedades endémicas y mejoras en la higiene pública y doméstica guían las investigaciones, sobre todo frente a las precarias condiciones laborales y hogareñas de los sectores de más bajos recursos.

Practicar la caridad

A través de la encíclica papal *Rerum Novarum* (1891), la Iglesia Católica se posiciona hacia el mejoramiento de la deplorable situación de los sectores populares. Las organizaciones de beneficencia de nuestro país se hicieron eco de este postulado, bajo la premisa de que los sectores acaudalados deben practicar la caridad y el desprendimiento. Desde el catolicismo ultraconservador, el Arzobispo de Santiago, Mariano Casanova, sugirió a los poderes públicos la promulgación de leyes que protegiesen a los trabajadores, y a las elites las llamó a crear instituciones de asistencia social y beneficencia.

Cuando Chile pasa de ser república parlamentaria a presidencial, en las urbes comienzan a proliferar los conventillos, al tiempo que se instalan los servicios de luz eléctrica y agua potable. Las clases populares se organizan; es la emergencia del proletariado industrial y obrero. Crean sistemas de ahorro y fondos de cooperación mutua, así como espacios de salud y educación. Dichos sectores ya no dependen de la caridad estatal ni privada. Pero estos medianos progresos se verán obstruidos por las crisis económicas de principios de la década de 1930, motivadas por el derrumbe del auge salitrero en el norte del país. La beneficencia continúa teniendo una excusa, y en 1934 se constituye legalmente la Polla Chilena de Beneficencia. El impacto de esta iniciativa redundó en que la mitad de las utilidades de los sorteos se destinaban al mejoramiento de los servicios hospitalarios, y la otra parte a la creación y mantención de las casas de socorro, hogares de acogida para cesantes e indigentes.

Por otra parte, entre 1917 y 1952 funcionó la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, entidad semipública que, con antecedentes en el siglo XIX, se encargaba de la construcción y administración



Personal de Cruz Roja en el Estadio Nacional en septiembre de 1973.

Fernanda Casorzo es Periodista, Diplomada en Estudios Superiores Avanzados en Antropología Social y Cultural. Universidad Autónoma de Barcelona.



Integrantes de la Cruz Roja en Temuco, en 1930.



Personal en Osorno, en 1930.

de las casas de socorro, de los hospitales, orfanatos, asilos y manicomios del país. Luego se fusionó con otros organismos, y pasó a integrar el Sistema Nacional de Salud.

Chile vive la república parlamentaria; el poder lo ostentan la oligarquía terrateniente, la burguesía minera y la aristocracia. La explotación salitrera sigue constituyendo la principal riqueza del país, pero las condiciones socioeconómicas empeoran. Las migraciones del campo a la ciudad aumentan, siendo esta población la que sufre la miseria laboral, el hacinamiento y los consiguientes problemas de salubridad.

Humanidad, Imparcialidad, Neutralidad

En este contexto, un italiano vecindado en Punta Arenas, Vittorio Cucuini, crea el “Cuerpo de Salvavidas y Guardias de Propiedad” (1903). Más tarde pasó a llamarse “Cuerpo de Asistencia Social”, y fue el primer servicio de ambulancias de la zona, para luego constituirse como la Cruz Roja Chilena, filial del organismo internacional de igual nombre generado en 1863, en Ginebra, Suiza. El movimiento internacional de la Cruz Roja se formó a partir del impulso del ciudadano suizo Henry Dunant, quien luego de ver en la batalla de Solferino (Italia) la situación de los soldados heridos, siente la necesidad de crear una institución neutral que permita la atención médica de los integrantes de todos los bandos en pugna.

“En Chile se vio la necesidad de crear un organismo que ayudara en forma voluntaria a los demás. En esa época no era como en el momento que vivimos ahora, que hay más consultorios, la labor más grande que hacía la Cruz Roja era en la parte salud”, señala Patricia Ojeda, voluntaria de la Cruz Roja Chilena hace 27 años, quien ha tenido cargos en importantes áreas como Finanzas, Comunicaciones, Desarrollo y Juventud.

“Voluntaria, autónoma e independiente tanto en el orden político, administrativo y religioso”, es como se autodefine la institución, cuyo emblema es una cruz roja sobre un fondo blanco, al mismo tiempo que se rige por unos principios fundamentales: Humanidad, Imparcialidad, Neutralidad, Independencia, Carácter Voluntario, Unidad y Universalidad.

Corre 1914 y está a punto de estallar la Primera Guerra Mundial. El Comité Internacional de la Cruz Roja hace un llamado a que todos los países establezcan Sociedades Nacionales, y así nace la primera sede en Santiago: “Cruz Roja Mujeres de Chile”, actual “María Luisa Torres”.

El ámbito de la salud fue el primero en el que comenzó a realizar sus actividades de apoyo. Establecieron cursos de voluntariado de enfermería y de samaritana, en los que se enseñaba a poner inyecciones, nociones de anatomía, de pediatría, del confort del enfermo, e incluía prácticas en diferentes hospitales públicos.

Patricia Ojeda ha vivido diferentes etapas de la Cruz Roja, y ha visto cómo se ha ido profesionalizando: “Antes teníamos una preparación en primeros auxilios, no demasiado completa... cuando había una catástrofe, nos preocupábamos del albergue, de los niños, cuidarlos, y ahora hay gente mucho más preparada, capaces de saber quiénes están más y menos graves en una emergencia. Ha evolucionado positivamente en la parte del socorro”.

La Cruz Roja es parte de la vida de Patricia desde que acompañaba a su mamá, voluntaria desde 1944, a las colectas, kermeses y cuanta actividad hubiese. De su propio trabajo, evoca especialmente la labor de Cruz Roja en el Estadio Nacional después del Golpe Militar; durante la visita del Papa Juan Pablo II en 1987 y en el terremoto de Santiago de 1985.

La institución se caracteriza por su ubicuidad, facilitada gracias a la aplicación de sus siete principios fundamentales. Puede dar apoyo en situaciones de guerra, catástrofes, eventos masivos, y también prestar atención a personas quitadas de libertad.

Desde la entidad, han podido constatar que su presencia es muy valorada y agradecida. Con más de cien años de tradición, Patricia apunta que “la gente confía ciento por ciento en la Cruz Roja. Como patrimonio tenemos toda la historia, desde que nos fundamos, llevamos 105 años. Una de las cosas que nos halaga es la confiabilidad que tiene esta institución”.

Esta sostenibilidad en el tiempo ha sido posible en tanto la organización ha logrado adaptarse y modernizarse frente a los cambios sociopolíticos del país. Actualmente se encuentran en un proceso de cambio importante. Si bien continúa el trabajo voluntario de apoyo en salud, y cuenta con 191 filiales en todo el país, la Cruz Roja Chilena se ha abierto a otros ámbitos: apoyo al adulto mayor y a los enfermos de VIH; a áreas de Desarrollo, Socorro y Juventud. Esta última, como lo afirma Patricia Ojeda, “es una de las partes más importantes, porque la verdad es que el presente y el futuro de la Cruz Roja está en manos de la juventud”. ^{mpc}

Las damas de colores

Muchas iniciativas benéficas del siglo XX han surgido de la inquietud de mujeres que institucionalizaron el auxilio solidario, como las “Damas de...”. Son reconocibles por su indumentaria, que sobre la base de un color se identifican con una forma de apoyo particular. Generalmente, su contribución al bienestar del enfermo es a través de la asistencia afectiva y material, y muchas cumplen un rol importante como nexo entre las familias y los médicos. A continuación incluimos una referencia de las “Damas” creadas hasta el primer tercio del siglo XX y que aún siguen vigentes.

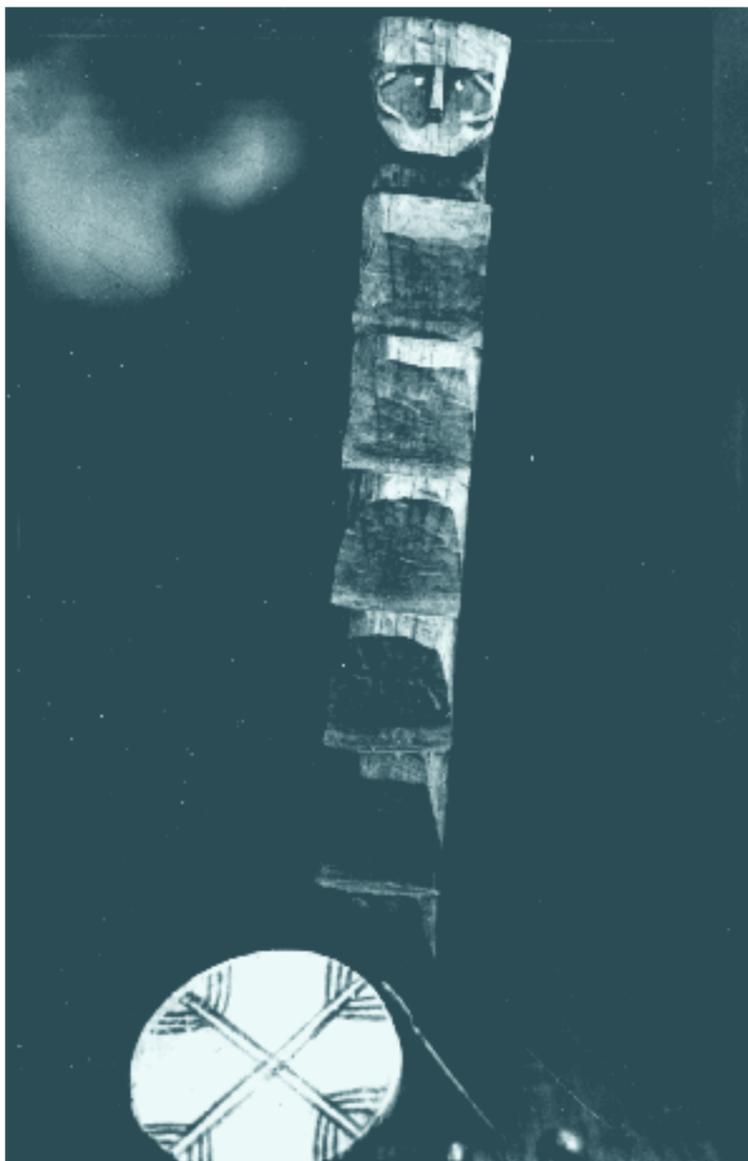
| INSTITUCIÓN | TIPO DE APOYO | LUGAR DE TRABAJO | AÑO DE CREACIÓN |
|---|--|--|-----------------|
| DAMAS DE MARFIL: Liga Chilena contra la Epilepsia. | Medicamentos, apoyo psicológico, educativo y capacitación | Sede central, Escuela-Taller Ñuñoa, Escuela Psicopedagógica Estación Central | 1940 |
| DAMAS DE AMARILLO: Ropero del Hospitalizado | Ayuda material y compañía | Hospital Barros Luco Trudeau | 1953 |
| DAMAS DE BLANCO | Asistencia espiritual, material y psicológica | Hospitales públicos todo el país | 1958 |
| DAMAS DE CELESTE: Cruzada del Servicio Cáritas Chile | Asistencia espiritual a hospitalizados, enfermos en casas y cárceles | Hospitales públicos de la R.M., domicilios y cárceles | 1961 |
| DAMAS DE ROJO | Ayuda espiritual y material. | Hospitales públicos de todo el país | 1962 |
| CALIPSO Y CORBATÍN BLANCO: LA LUZ. | Asistencia completa al no vidente | Instituto Nacional de la Ceguera de Santiago | 1963 |
| DAMAS DE FUCSIA: Damas Sanmiguelinas | Ayuda material y acompañamiento | Hospitales Barros Luco Trudeau y de Enfermedades Infecciosas Lucio Córdoba | 1963 |
| DAMAS DE CALIPSO | Asistencia a niños. Nexos entre familiares y médicos | Hospital Exequiel González Cortés | 1965 |
| VERDE: Corporación Nacional del Cáncer | Ayuda material y afectiva | Hospitales públicos de todo el país | 1974 |

Pueblos originarios

Medicina ancestral para el mundo de hoy

La siquiata Gema Cabrera aplica la medicina mapuche en enfermedades psicológicas, como estados depresivos, crisis de pánico, crisis existenciales, duelos mal elaborados, separaciones y temas de conflicto vivencial, en que la persona requiere más un apoyo y una guía que los fármacos, porque lo que necesita es resolver.

Por Virginia Jaeger Campos



Rehue y kultrún, elementos fundamentales en la etnomedicina mapuche. © 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Virginia Jaeger es Periodista.

La medicina de uno de nuestros pueblos originarios más importantes, el mapuche, recoge principios ancestrales que conserva hasta hoy. Para comprender con mayor profundidad de qué se trata, la doctora Gema Cabrera –médico cirujano y siquiata de la Universidad de Chile con amplios conocimientos acerca de la medicina mapuche– precisa algunos alcances que son necesarios considerar a la hora de hablar sobre la medicina de los pueblos originarios.

Es importante destacar –explica la doctora Cabrera– que todos los pueblos originarios tienen lineamientos centrales, es decir, plantean verdades o conceptos básicos similares, de hecho, hacen referencia al número 4, que es un número sagrado para el pueblo mapuche y que también está presente en otros pueblos originarios. Esto está muy bien representado en la cultura mapuche en el kultrún, que está dividido por una cruz.

“Entonces, lo primero que hay que comprender es que todas las culturas originarias tienen una línea transversal, comprendiendo a un par de ellas, se puede comenzar a entenderlas todas. Al referirme a culturas originarias me refiero a Medio Oriente, Sumeria, Babilonia, donde se origina la raíz judeo-cristiana, así como también a la medicina hindú y aimara. La diferencia entre la medicina aimara y la mapuche, es que la primera es más solar, lo que significa que tiene más líneas masculinas en su formación, por eso sus ceremoniantes son hombres, en cambio, la medicina mapuche es más lunar, tiene más energía femenina”, afirma Gema Cabrera.

La estructura del pueblo mapuche es horizontal, ellos se organizan en comunidades circulares. No tienen estructura piramidal, ni tampoco un jefe espiritual, cada comunidad tiene su propia machi, que de preferencia es mujer, “lo que a mí me atrajo mucho, porque según los registros que tengo, es el único pueblo en la historia de la humanidad que entre sus líderes religiosos hay mujeres, establecidos por las propias comunidades”.

Efectivamente, la mayoría de las machis son mujeres, aunque también hay hombres, dice, agregando que antiguamente los machis hombres tenían que vestirse de mujer para los ceremoniales, con faldas y joyas.

“Esto se debe a que es la mujer la que tiene la facultad de conexión espiritual con los seres superiores, con el wenumapu. Las machis no se hacen, sino que nacen con esa misión y vienen de un linaje. Luego de la ceremonia de iniciación, que es un proceso fuerte, la palabra que provenga de ella pasa a ser sagrada”, afirma.

¿Qué concepto de enfermedad tienen los mapuches?

Su concepto de enfermedad está relacionado con la transgresión, que puede ser a uno mismo, al entorno, a la armonía con la naturaleza, ahí se genera la enfermedad. Y ésta la conciben no como algo personal sino comunitario, es decir, una persona enferma, es una familia enferma y una comunidad enferma, por eso en el machitún, acto de sanación, participa toda la comunidad. Tiene una cosmovisión absolutamente integral. Hay una relación muy armoniosa y respetuosa con la naturaleza. Cada elemento de ésta tiene un ñen, una conexión con un espíritu y todo está conectado con las fuerzas cósmicas que es el nehuén. Esto en realidad no tiene traducción, es un intento por explicarlo desde el punto de vista occidental. Cada vez que alguien se acerca a un elemento de la naturaleza tiene que agradecer y pedir permiso para utilizarlo, ya sea el agua, fuego, aire, tierra, las plantas. De lo contrario se incurre en una transgresión.

Considerando esto, ¿cuáles son los pilares fundamentales de la medicina mapuche?

Son cuatro. Están formados por la verdad, sentimiento, conocimiento y voluntad, que son los pilares del quehacer del sanador mapuche.

¿Cómo incorporó la medicina mapuche al desarrollo de su profesión?

Cuando estudiaba medicina, empecé a cuestionarme muchas cosas. Al graduarme ya había hecho mi propia reflexión respecto de la medicina convencional y el sistema de salud. Fue un gran descubrimiento. Una vez que me introduje en el mundo mapuche y conocí íntimamente a algunos machis, tanto hombres como mujeres, me di cuenta de que es una labor muy importante. Cada machi tiene un don personal, hay algunas que trabajan en el plano espiritual, otras que recetan hierbas, y así. Todo está relacionado con el patrimonio cultural, en esto hay mucha energía y riqueza cultural.

¿De qué manera hay interconexión entre la medicina mapuche y la convencional?

Este entrecruce tiene que ver con la interculturalidad. Hace tiempo que están trabajando conjuntamente. Desde varios años atrás que el Colegio Médico considera a la medicina mapuche como una medicina complementaria y, además, el Ministerio de Salud reconoció el quehacer de la medicina mapuche, es decir, permitió el ejercicio libre de las machis, aunque la validación verdadera es la que da la comunidad. Pero esta combinación de medicinas ya se da en el Hospital Maquehue, de Padre las Casas, en Temuco, en el Hospital Intercultural de Nueva Imperial, en los consultorios de las comunas de La Pintana y Pudahuel, y existe un proyecto por concretarse en Talagante.

¿Cómo ha sido la experiencia de este cruzamiento?

Ha sido muy enriquecedora. Mi visión de la cultura mapuche es que la cosmogonía y la constitución del mundo son sumamente interesantes, muy amplia, llena de abstracciones y símbolos que están presentes en sus telares, tejidos, joyas e instrumentos. En términos medicinales, hay más de 150 plantas medicinales estudiadas y reconocidas por el Ministerio de Salud, con propiedades terapéuticas determinadas, como el canelo, boldo, bailahuén, aunque los mapuches también integran las hierbas traídas por los españoles, como por ejemplo la ruda, la ortiga y la menta.

¿Cómo se ha complementado la medicina mapuche con la convencional, tanto en términos de conocimientos como en el sistema de salud?

El sistema de salud no tiene incorporada la medicina mapuche, no cubre ni las consultas ni los medicamentos. Además que en los tratamientos de medicina mapuche se consideran regímenes alimenticios especiales, conjuntamente con hierbas y nos apoyamos con medica-

Camino recorrido

Desde 1989 la doctora Gema Cabrera se ha dedicado a la difusión de las técnicas de medicinas complementarias a través de charlas, seminarios y medios audiovisuales.

Entre 2003 y 2007 participó en el desarrollo y asesoría médica del Proyecto Mapuche Makelawen (farmacia mapuche).

En 2004 fue profesora del módulo de Medicina Mapuche en el Diplomado de Salud dirigido por el Dr. Wilson Araya, en la Universidad Vicente Pérez Rosales.

En 2005 fue asesora cultural mapuche en la Universidad de los Derechos Humanos con sede en Ginebra, en colaboración con la ONU y la UNESCO.

Desde 1981 hasta hoy se ha desempeñado profesionalmente en su consulta privada realizando investigación y ejercicio de las medicinas complementarias con competencias en homeopatía, esencias florales, aromaterapia y talleres de sicoterapia humanista.

mentos homeopáticos. Para estos tratamientos no hay un sistema de cobertura ni de apoyo al paciente. En cuanto a los conocimientos, las personas están cada vez más abiertas, es como si recordaran estos saberes ancestrales, como si estuvieran grabados en nuestros ADN. Esto se percibe en los profesionales y en los médicos, quienes están deseosos de aprender.

En mi experiencia como siquiata, aplico la medicina mapuche en las enfermedades psicológicas, como estados depresivos, crisis de pánico, crisis existenciales, duelos mal elaborados, separaciones y temas de conflicto vivencial, en que la persona requiere más un apoyo y una guía que los fármacos, porque lo que necesita es resolver. En estos casos el uso de plantas medicinales, esencias florales, pautas de alimentación y los rituales mapuches, ayudan al paciente a dar una mejor respuesta. Las enfermedades que efectivamente se curan con la medicina convencional son alrededor de un 20%, son las llamadas enfermedades de urgencia, como una apendicitis, un problema de la vesícula o un hueso quebrado.

Desde el punto de vista de la conservación, ¿cómo es la transmisión de los conocimientos?

La transmisión es oral, y a pesar de que ha habido un gran rescate, peligra. La medicina mapuche ha pasado por crisis bastante grandes, porque va ligada también a la pérdida del mapudungún (lengua mapuche), en la medida que ciertos conocimientos y conceptos se extinguen. De ahí que el rescate del idioma y de la cultura es fundamental. El machitún es un trance, en que el o la machi emite con el kultrún una vibración que entra en el corazón. Así como se provoca la ruptura de cálculos renales y biliares con ultrasonido, lo mismo se va haciendo con el kultrún, éste genera una vibración a través de la cual se induce a un estado de trance, que se hace por medio de una oración y un canto en mapudungún. Participa toda la comunidad, es el acto sanador. Una vez terminado este trance que dura una noche, la o el machi sabe qué puede recetar de acuerdo a lo que necesita el paciente. Por eso la medicina mapuche es mucho más que plantas medicinales, siendo éstas muy importantes. En Chile hay plantas medicinales que están en los bosques nativos y que no hay en otras partes del mundo, como por ejemplo, el boldo, que protege el hígado, entonces la preservación también está asociada al bosque nativo. Es un todo, por eso la conservación es tan importante, tiene que estar en todos los niveles, en lo ecológico, en el idioma, en la cultura. No hay que conservar edificios, sino la tierra, el entorno ecológico. Es mucho más significativo que conservar Machu Picchu, pero para eso hay que conocer la cultura. rpc

Los médicos de antaño en el Reino de Chile

Benjamín Vicuña Mackenna

Don Pedro de Valdivia, hombre sagaz, caudillo previsor, que trajo consigo en su caravana del Cuzco, cuando vino a descubrir el mal afamado país de Chile, clérigos, frailes, capellanes, alarifes, gallinas, una mujer, escribanos, cerdos, secretarios de carta, un gobierno, en una palabra, una colonia en miniatura, no trajo médicos. Hizo venir en su compañía al verdugo, el cual llamóse Ortun Xeres, pero no trajo siquiera un sangrador.

Aquella omisión era en cierta manera lógica. Los conquistadores sabían matar mejor que vivir, y como de muy pocos de ellos se cuenta que muriesen en su cama, no se entrometían en drogas ni doctores.

...En cambio, los primeros castellanos de la conquista tuvieron un médico a su manera, y éste fue -¿quién lo creyera, cuando tanto se habla de rehabilitar a la mujer por la ciencia?- fue una mujer. Las viejas crónicas, las cartas íntimas y los documentos más antiguos están contestes en que doña Inés de Suárez fue el primer cirujano y la primera hermana de caridad de la recientemente fundada colonia. Con la misma mano con que en el día del asalto cortaba la cabeza a los caciques rehenes, vendaba las heridas de los soldados y preparaba su dieta de enfermo, compuesta de chuchoca y tortillas cocidas en la ceniza.

Fue, a la verdad, doña Inés el primer médico de Santiago, porque fue la primera mujer que vino a Chile. Dicen de los hombres que todos tienen “algo de poetas, de locos y de médicos”; pero la mujer es todo medicina, porque consuela el alma y alivia la materia del dolor. Pedro de Valdivia, que era la malicia misma, guardaba por esto aquella buena dama en su propia casa, y cuando lo acusaron, con razón, de esconderla como su querida, contestó al juez (1548) que la tenía sólo como “médica”. . . “Y yo la recogí en mi casa para servirme de ella por ser mujer honrada para que tuviese cargo de mi servicio y limpieza y para mis enfermedades”.

Vacunación obligatoria

Discurso pronunciado por el Dr. Adolfo Murillo en la Cámara de Diputados (sesión del 6 de julio de 1883)

Estoy seguro que, si el cólera epidémico llegara a golpear a nuestras puertas con el desolador cortejo con que de ordinario se le describe, i con que siempre hace su aparición, todas las medidas que las autoridades administrativas tomarán no solo no serían por nadie criticadas, antes por el contrario serían aplaudidas, por más que esas medidas atacaran los derechos individuales, esa especie de arca sagrada en que se asilan los enemigos de la vacunación obligatoria.

Recopilación y selección: Claudio Aguilera
Todas las obras citadas forman parte de las colecciones de la Biblioteca Nacional y pueden ser consultadas en www.memoriachilena.cl

Farmacia mapuche

“Validar las pro de nuestras hie

La herbolaria mapuche es la botánica aplicada a la medicina, y fue desde la llegada de los conquistadores, un fuerte polo de atracción, tanto por sus propiedades y poderes curativos, como por la rica variedad de plantas y hierbas que esta región del continente ofrecía. Hoy, este tipo de medicina -patrimonio del pueblo mapuche- se agiliza en demostrar cuán posible es, diversificar y expandir este mercado no tradicional, tanto en su entorno local como global.

Por Oscar Mancilla Leyva

Los viejos cronistas relataron en su entusiasmo, la frondosa virtud del Chile colonial. Alonso de Ovalle (1603-1651) en la obra inaugural de nuestras letras nacionales, narra en su grafía epocal, lo siguiente: “hay muchas yerbas muy medicinales y de grandes virtudes, conocidas solamente de los indios que llaman machis, que son sus médicos, los cuales las ocultan particularmente de los españoles, a quienes por grande amistad comunican la virtud de una u otra, reservando para sí la ciencia de las demás”.

Años más, el destacadísimo intelectual chileno Juan Ignacio Molina (1740-1829), en su “Compendio de la Historia Geográfica, Natural y Civil del Reyno de Chile” escribió que los vegetales, especialmente “los herbáceos forman el capital de la farmacia de aquellos chilenos que todavía subsisten en los errores del paganismo; y sus médicos, llamados “machi”, son herbolarios peritos” que por secreto de la tradición diariamente hacían curaciones maravillosas.

Y es esta tradición, desde el conocimiento mapuche, Kimün, y la tierra como base de sustento, supervivencia y respeto, es que hoy se desarrolla y produce este “capital de farmacia”, a dichos del Abate Molina, a partir del conocimiento ancestral de las comunidades mapuches. Así, se consagran a modo de farmacias herbolarias, distintas marcas en función de iniciar un traspaso de los beneficios curativos de la tradición mapuche a la sociedad chilena, a modo de entrega complementaria a la medicina oficial.

Patrimonio, conservación y manipulación

Rodrigo Olivares, gerente de Desarrollo de Herbolaria de Chile -farmacia MakeLawen- afirma “que a través del tiempo, y cada vez más, la medicina oficial ha ido aceptando e integrando a las medicinas complementarias, sobre todo la herbolaria, como imprescindibles en la prevención, tratamiento y mantención de la salud; a la pregunta, si la comunidad científica ha entendido esta medicina desde los pueblos originarios”.

¿Cómo responden a ciertos grupos más tradicionalistas dentro del pueblo mapuche, quienes los acusan de manipulación de la propiedad intelectual mapuche?

No es apropiación -responde Olivares- pues Herbolaria de Chile respeta profundamente el actuar sanador del machi milenario. De hecho, nuestra función es absolutamente integradora, conciliadora, ecléctica e intercultural. La confianza de la gente ha sido notoria. Esperamos que nuestro país siga valorando y devolviendo su mirada hacia la sabiduría de nuestros pueblos originarios así como a las infinitas ventajas de una terapia herbolaria para prevenir enfermedades, aliviar malestares, propender y mantener el equilibrio de su salud.

propiedades medicinales de las hierbas”

¿Qué les ha significado, como empresa dedicada a la preservación del patrimonio ancestral, el reconocimiento otorgado por el Consejo de Monumentos por el rescate de la medicina tradicional mapuche, el año recién pasado?

Nos ha significado un nuevo desafío como grupo de trabajo, de consolidar nuestra actividad en validar las propiedades medicinales de nuestras hierbas, y el difundir la salud natural herbolaria como metódica, continua e integral, tal como se fundamenta desde la cosmovisión mapuche.

Etno-desarrollo pewenche

Adán Romero Cheuquepil, gerente de la farmacia MapuLawen, con sucursales en Valdivia, Coyhaique y Lonquimay; comenta la apuesta de materializar la autodeterminación: “para ello trabajamos en un 80% con recolectores y productores mapuches y el 60% del personal en nuestra empresa también es mapuche”. Junto a ello, destaca que se cuenta “con un directorio de lonko y lawentuchefe mapuche, que son nuestros mejores asesores; pero no cualquier mapuche, sino aquel consciente y comprometido con su pueblo. Asimismo, la comunidad Pedro Currilen y el Consejo Pewenche supervisan y apoyan esta iniciativa y son la base de nuestra producción en la cordillera”, enfatiza.

MapuLawen destaca su tradición Pewenche –según cuenta Romero Cheuquepil–, “porque allá nace este proyecto, en la zona cordillerana, y es la base de la recolección y el cultivo de todas nuestras materias primas, que son las hierbas usadas en cada uno de los productos”. Añade también que las 60 variedades de hierbas medicinales que utilizan, “son la base en cada una de las formulaciones usadas en cada producto, tanto en gotas, pomadas, jarabes, cápsulas y cosméticos”.

¿Qué productos cosméticos han desarrollado?

Tenemos nuevas apuestas en el rubro de los cosméticos; una línea de champú a base de ortiga, germen de trigo, quillan, miel y de hierbas compuestas. También, perfumes a base de esencias aromáticas del Neufen (avellana), lavanda, té verde y otros, y alguna pomada a base de ortiga, matico, ajeno y otros”.

El proceso y los pasos en la formulación de los medicamentos, Adán Romero lo sintetiza como una “cadena, que se inicia en la asociatividad, desde la recolección hasta que el producto llega al cliente o consumidor final. Nosotros mismos recolectamos y cultivamos las hierbas medicinales que usamos en las múltiples formulaciones, tanto en hierbas compuestas, extractos herbáceos, en gotas micropulverizadas, en cápsulas y hierbas de uso, por ejemplo”, indica desde el sur cordillerano del país.

En Herbolaria de Chile los procesos son relativamente similares. Rodrigo Olivares destaca particularmente cuatro: recolección, selección, maceración y posterior formulación del fármaco: técnica de los principios activos vegetales, que son las sustancias químicas que pro-

porcionan las propiedades medicinales de la planta. “Los productos que se utilizan son agua destilada y alcohol estandarizado. Un punto muy importante es que todos nuestros medicamentos están exentos de sustancias químicas”, aclara ante cualquier duda, el gerente de Desarrollo de Herbolaria. [rpg](#)

Oscar Mancilla es Estudiante de Periodismo, Universidad Mayor, Temuco.

Hospital de Cauquenes. Botica, año 1940. © 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.



Globalización y mercado

Frente al proceso de expansión en que se encuentran las empresas Herbolaria de Chile y MapuLawen y la posibilidad de una pronta exportación de sus productos, los responsables de ambas señalan:

Herbolaria Chile:

Nuestros productos herbo-cosméticos están en proceso de consolidación y despegue para ser exportados a otros mercados, en un plazo razonable. Por otra parte, nuestros medicamentos herbolarios actualmente están enfocados sólo a nuestro país, debido a la orientación farmacéutica que acompaña per se a su dispensación. Es decir, son remedios que se elaboran en el recetario magistral de la farmacia y se expenden acorde a las necesidades de los pacientes dentro del área geográfica nacional.

MapuLawen:

En noviembre de 2007 viajamos a Los Ángeles California, EE.UU., donde materializamos un acuerdo estratégico de exportación de algunos de nuestros productos con oferta exportable, como por ejemplo, el Viagra mapuche, Palhuem marrichiweu, el adelgazante Trongly y algunos cosméticos. Estamos ya en una etapa avanzada, para el año 2009 hacer un envío de nuestros productos al mercado norteamericano. En abril del próximo año estaré en México, donde una empresa está interesada también en un contrato de exclusividad con nuestros productos. Por ello, estamos trabajando para poder materializar buenos negocios y generar la proyección y el crecimiento sostenido de nuestra empresa.

Medicinas Complementarias

Para revelar lo oculto

Nada de nuevo tienen estas medicinas, ya que algunos de estos sistemas de salud datan del año 3100 A.C. Sin embargo, en Occidente alcanzan pocos años de difusión. Poco a poco, el paciente aprende la importancia de sanar la causa y no el síntoma, a la vez que él decide cuánto avanzar en su proceso de sanación.

Por Silvia Selowsky Hirschler

Cuando de salud se trata, las culturas milenarias de nuestro planeta hablan de medicinas complementarias, versión más integrativa y amplia de las medicinas alternativas. Entre ellas, encontramos la medicina holística, homeopática, china, ayurvédica, herbaria, los sistemas energéticos, vibratoriales, paralelos y, también, las terapias naturales.

“El ser humano, sujeto de estudio de la medicina, es en su parte física vibratorio y por ello, recibe todos los estímulos de las emociones y el pensamiento que controlan el sistema hormonal y nervioso.

Estos cuerpos invisibles son los que afectan primero la salud del individuo, a raíz de lo cual la gran mayoría de las llamadas medicinas complementarias operan tomando en cuenta su existencia”, señala la Dra. Sonia Sandoval Ascar, del hospital de Castro, quien en la actualidad se encuentra participando en uno de los últimos módulos de la medicina sintergética que se entregan en nuestro país.

En la sociedad de Occidente existe aún falta de apreciación de este mundo invisible. Todo lo que ocurre en lo perceptible proviene de los movimientos, escenario de lo invisible o cuántico. Con esto se relaciona la idea, expresada en la filosofía de los pensadores chinos Lao-Tse y Confucio, de que todo aquello que sucede en lo visible es sólo la réplica de las ideas y realidades que moran en lo invisible. Hay estamentos básicos que diferencian notablemente la manera occidental de abordar la salud de la visión manejada en la medicina complementaria.

“Los síntomas son el lenguaje que emplea el cuerpo físico para acusar un problema”, dice la doctora canadiense Ghislaine Lanctot en su libro “Mafia Médica”¹, sosteniendo que la medicina tradicional se ocupa de hacerlo desaparecer rápidamente, sin considerar que es expresión de una enfermedad más profunda que proviene del alma. La medicina convencional da una sanación pronta con la química y con la farmacopea, que abarca la expresión más superficial de la enfermedad.

Para esta autora, “el hombre esta inconsciente de su auténtica naturaleza divina; ha olvidado quien es y se siente separado de su espíritu creador que es el que finalmente lo sana cuando se conecta con él”.

Concepción holística

Para la medicina holística el ser humano es un holograma, un todo en el que cada una de las partes contiene la información del conjunto. Todos los diferentes cuerpos, visibles e invisibles, son completamente interdependientes, por lo cual restableciendo la salud del órgano afectado se corrige el desequilibrio originado en el resto del organismo. El término holístico proviene de la palabra holo, que a su vez procede del griego holos. En inglés se encuentra esta palabra en *whole* (entero) y *holy* (santo, sagrado). Su significado es “entero”, “total”, tomado en su “conjunto”.

Lo fundamental que implica esta práctica es la integración de diferentes métodos terapéuticos, con el fin de lograr el bienestar global del paciente. Este decide en conjunto con el facultativo y/o grupo de sanación, la planificación de su tratamiento. Estas reuniones de colaboración interdisciplinaria son cada vez más frecuentes en las nuevas concepciones de curación y salud de los enfermos.

Esta metodología se aprecia especialmente en la medicina sintergética² (síntesis y energía), de difusión en Chile en los últimos seis años, con la llegada del doctor colombiano Jorge Carvajal Posadas. Es una variante que se está empleando en el país, ya que hay varios módulos de estudio en el sistema oficial de salud chileno. Por ejemplo, en el Hospital San José, donde uno de sus principales precursores es el facultativo Claudio Méndez. Asimismo, se están realizando módulos de formación con participación de médicos, enfermeras, psicólogas, terapeutas, asistentes sociales, auxiliares, etc.

Para el Dr. Méndez, “existe un respeto muy grande por la medicina aborígen y chamánica, por lo que tratamos de despertar a los chamanes que hay en nosotros.

El chamán trabaja en un nivel de la información que es bastante más supra ordenante que otros niveles de la organización de la vida”, afirma, agregando que “la medicina alópata también es importante y por ningún motivo hay que desmerecerla”.

La sintergética es una concepción de vida y a la vez un sistema médico, que trabaja con distintas disciplinas y filosofías de la salud, en forma colaborativa y armónica entre sí, con la finalidad de que el paciente, que está en esa instancia de aprendizaje llamada enfermedad, encuentre las claves que le permitan conectarse con su alma, y desde ahí, genere los procesos reconstituyentes y sanadores que su cuerpo requiere.

Medicinas de Oriente

La concepción oriental de la salud siempre ha sido global y cíclica, tanto en India como en China. En el primero existe la medicina ayurvédica³, mientras que en el segundo la medicina china⁴. En ambas, una de sus diferencias esenciales con la medicina alópata es el tratamiento individual y muy específico para cada paciente, además de incorporar técnicas corporales del yoga y tecnología para el desarrollo de la mente y la gimnasia china, respectivamente, como parte del proceso de curación.

“Para los chinos, es posible comprender los cambios en la salud con la teoría de los cinco elementos, denominada Wu Shing”, explica la acupunturista Olaya Pérez⁵, formada en el Tri State Institute of Acupuntura de Nueva York, quien agrega, “Wu significa cinco y Shing, actuar o hacer. Dentro de la medicina china también está la acupuntura cuyo estudio –conocido hace tres mil años– postula el flujo de energía sutil, llamada chi, a través de 14 meridianos o canales claramente delineados en el cuerpo humano, cuya labor es ir intercomunicando los órganos y glándulas”.

Los cinco conceptos asociados son madera, fuego, tierra, metal y agua, que representan cualidades que se afectan mutuamente en

Silvia Selowsky Hirschler es Periodista y terapeuta holística.

1. “Mafia Médica”, Editorial Vesica Piscis de España.

2. www.sintergética.cl

3. www.medicinaayurveda.org

4. www.medicinatradicional-china.cl/

5. www.olayaperez.cl

un orden muy bien determinado. De ellos deriva un sistema de correspondencias que se extiende a todo el universo; estaciones del año, ambiente, color, sonido, partes del cuerpo, órganos de los sentidos, estados emocionales y relaciones sociales. La visión de los conocimientos chinos y su manera de observar lo humano, en todas sus interrelaciones, se mantiene desde una perspectiva en que todo aumenta y disminuye en una interdependencia total.

Por su parte, la medicina ayurvédica⁶ enfatiza la nutrición y el estilo de vida como base de una buena salud. El ayurveda llegó a Chile hace unos 30 años, desarrollándose con mayor fuerza en los últimos siete. Es el sistema de salud más antiguo del mundo, creado por los vedas, unos 3.100 años AC. Ayurveda es una palabra del idioma sánscrito, compuesta por los términos ayur y veda y traducida como “ciencia de la vida”. Ayur significa “vida”, veda es “comprensión” y “conocimiento”. Se denomina veda a la comprensión más antigua del universo y del individuo, señala la Dra. Susana Urrutia, quien inició su formación en esta disciplina hace 22 años⁷. La palabra veda es el origen de la palabra española verdad.

Su enfoque difiere de la medicina occidental, ya que mientras ésta suprime los síntomas de la enfermedad por medio de la medicación, el ayurveda busca sanar la causa a partir de la constitución mental y corporal de las personas. Para la terapeuta ayurvédica Marta Atuesta, el siguiente proverbio védico engloba el principio básico de esta medicina: “Así como es el alimento, son los pensamientos, así como son los pensamientos, serán las acciones, así como son las acciones, será la conducta, así como es la conducta, será la salud”.

Para la Dra. Urrutia es “una ciencia que no está asociada a credos religiosos y por su orientación permite ampliar la visión de la medicina convencional, para entender al ser humano desde su perspectiva integral y no segmentarlo”. Agrega que al seguir ciertas rutinas diarias de vida que armonicen el eje mente-cuerpo, se vivirá de acuerdo a la ley natural y se estará en camino de la salud perfecta.

Otro de los medios complementarios más importantes en Occidente es la medicina homeopática, considerada por algunos la medicina del siglo XXI. Su concepto de enfermedad difiere del de la medicina convencional, al considerar que la raíz del mal es espiritual y energética en vez de física, y que el malestar se manifiesta primero con síntomas emocionales como ansiedad y averciones, transformándose, si no se tratan a tiempo, en síntomas mentales, conductuales y por último físicos.

La homeopatía, del griego homoios (similar) y pathos (sufrimiento), emplea medicamentos suministrados en dosis infinitesimales.

Actúa bajo el principio de que la sustancia que en un organismo sano produce determinados síntomas, es capaz de curar a un enfermo que presenta un conjunto de señales similares. Utiliza principios naturales diluidos en disolventes adecuados para estimular las defensas propias del cuerpo. Considera que éstas son fundamentales, pues poseen la capacidad de superar la mayoría de las enfermedades. Por ello, estimulan la fuerza natural de la autosanación y la búsqueda del equilibrio.

Otras instancias

A través de procesos corporales y físicos acompañados de terapias naturales de las diversas medicinas descritas, se busca controlar la naturaleza, la inmortalidad y la conexión con el espíritu. También se utiliza la llamada magia, elixires de cristales y piedras semipreciosas, el aurosoma, los tratamientos con hierbas, los masajes corporales como schiatsu y digitopuntura, la moxibustión, la respiración holotrópica, la aromaterapia, el reiki, la energía universal, las flores

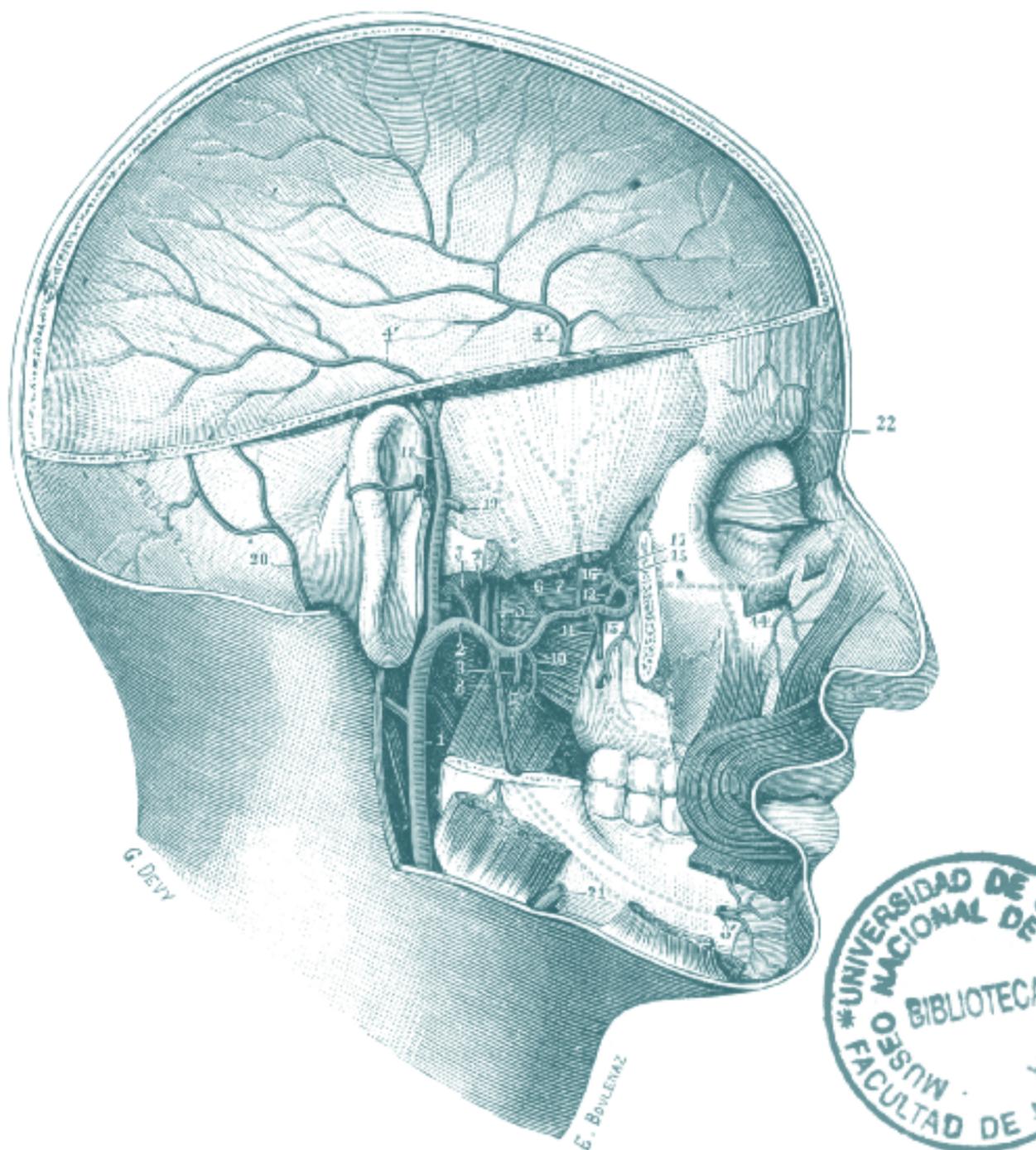
de Bach, de las orquídeas y por ejemplo en Chile, las del desierto florido.

Asimismo, se ha estimulado el desarrollo de las artes marciales y gimnasias orientales. También, han surgido en Chile en los últimos años el biomagnetismo con la utilización de imanes, el tachyon y el EMF Balancing, que son terapias vibracionales.

“Estas son medicinas efectivas con estímulos sutiles pues trabajan corrigiendo el área pre-física del cuerpo, a través del color, la luz y los magnetos”, señala finalmente la doctora Sandoval. Todo ello, para tomar en cuenta que la curación del ser humano no está sólo en lo visible, sino que se logra considerando las emanaciones del espíritu y del alma. Estas requieren un cierto entrenamiento permanente para poder ser vistas, escuchadas y sentidas. Tanto por los médicos y encargados de brindar la sanación, como por el mismo sujeto enfermo quien al iniciar el proceso de reconocer dónde y cuándo se originan sus síntomas retoma el hilo conductor del retorno a su equilibrio y estado de sanidad. *mpc*

6. www.friht.org

7. Formada en las universidades védicas de Maharishi en Estados Unidos y Holanda. www.mum.org



Atlas de anatomía, comienzos del siglo XX. © 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.



Revista Manual N° 4, Sociedad Chilena de Derecho del Trabajo y de la previsión social. 1970. © 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Historia general de la medicina en Chile, Pedro Lautaro Ferrer (1904)

La sangría aplicada á troche y moche sin obediencia a reglas -ni aún se seguían los preceptos de Hipócrates- tanto en las fiebres como en las anemias, en las apoplejías como en los tísicos, en los partos como en los síncope, en los heridos como en las convalecencias, tanto en los ancianos como en los niños, sin tasa ni medida, pues si una sangría no bastaba para aparentar alivio se seguían otras y otras, hasta dejar al pobre paciente exangüe y exánime.

+

Manual de la salud: reglas jenerales sobre higiene y consejos prácticos para tratar las enfermedades más comunes (1876)

La lana de los colchones debe estar mezclada con pimienta negra y pedacitos de alcanfor, lo mismo que la paja y las hojas de maíz del jergón. La cama de los niños pequeñitos debería ser siempre de hojas de helecho.

+

Instrucción de enfermeros, y modo de aplicar los remedios, a todo género de enfermedades, y acudir a los accidentes, que sobrevienen en ausencia de los médicos (1728)

Que trata del orden que se ha de tener en echar sanguijuelas... tendrá aparejada una ventosa muy pequeña de boca: y si el Médico manda poner cuatro, siempre se han de llevar más, que muchas de ellas no pegan, aunque algunos Barberos dicen que no se pueden echar sin agua de olor, o sangre de pichón, o pollo, es invención; porque para que peguen, sólo se requiere que esté la parte muy limpia, con agua caliente, y raída a navaja, si tuviera pelos; y después de bien limpia, mojarla con el agua en que están las sanguijuelas, y meterlas dentro de la ventosilla, y aplicarlas...



Mujeres en Chile:

De lo privado a lo público o el relato de un cuerpo en disputa

El derecho a decidir sobre el control de la natalidad es un tema presente desde fines del siglo XIX en la lucha de las mujeres en este país, tal cual vemos en este recorrido por la historia nacional y las consiguientes políticas públicas desarrolladas en torno al tema.

Por Carla Peñaloza Palma

“divisamos una caja donde se acostumbraban guardar zapatos i en la creencia que estos era su contenido la fuimos a abrir i encontrarnos con la consiguiente sorpresa. Una guagüita, chiquita, del sexo hombre”. (1895)

A poco de terminar el siglo XIX Prosperina Saavedra fue acusada de matar a su hija Agustina, de tan sólo diez meses¹. La mujer, analfabeta, sin padres ni pareja, reconoció el delito, argumentando que al ser despedida de su trabajo, como sirvienta de casa particular, temía no poder encontrar uno nuevo con una hija a cuestas. No por extremo éste fue un caso aislado en el Chile del cambio de siglo. El aborto y el infanticidio fueron prácticas recurrentes en respuesta a la pobreza, la falta de oportunidades y la necesidad de trabajar, para muchas mujeres con o sin pareja.

Este caso, como muchos que se sucedieron en la época, da cuenta del mayor conflicto que vivían las mujeres de este siglo. La prácticamente imposible compatibilidad entre maternidad y trabajo. Como respuesta un grupo de mujeres aristocráticas, con apoyo de la Iglesia y de las más acaudaladas familias chilenas, fundaron la Sociedad Protectora de la Infancia, cuya función primordial fue la de entregar leche y atención primaria a los recién nacidos. Poco a poco este tipo de organizaciones fue proliferando y perfeccionándose. En 1900 se creó el Patronato Nacional de la Infancia, que tenía como misión ayudar en el parto y la alimentación del recién nacido y su madre, así como también la de evitar las tensiones sociales que la pobreza inevitablemente provoca. “Sólo la caridad cristiana -se decía- atajaría al comunismo que despertaba en el país”². Sin duda que esto no resolvía el problema de fondo.

Carla Peñaloza Palma es Historiadora y académica, Universidad de Chile.

1. Archivo Judicial, 1895. Archivo Nacional

2. Illanes, María Angélica “En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública. Chile 1880-1973” Editado por el Colectivo de Atención Primaria, Santiago, 1993. Pág. 98.



Enfermeras Asistencia Pública de Valparaíso, 1930.
Imagen de la colección de Unidad de Patrimonio Cultural, Ministerio de Salud.

Chile tenía para entonces una alta tasa de natalidad y de mortalidad infantil que la situaba en un crecimiento estable de la población cercano al 1,5% anual. Este crecimiento fue incrementándose durante el siglo hasta llegar al 2,5% en la década de los '60, producto de la disminución de las tasas de mortalidad³. Esta tasa situaba a la nación entre los países más fecundos del mundo, pero también ostentaba el de mayor índice de mortalidad infantil.

El Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH)

En ese marco, la elite conservadora pretendía imponer un tipo ideal de familia que no se correspondía en absoluto con la vida real de los sectores populares. Su discurso, que contaba con la Iglesia como principal aliada, señalaba la maternidad como la mayor de las virtudes femeninas y al desarrollo de ese instinto maternal debían dedicarse las mujeres chilenas. Desde la caridad o desde el Estado el empeño estaba puesto en reforzar el binomio madre-hijo para disminuir la mortalidad infantil.

Sin embargo, la mayoría de las mujeres, emigradas del campo en busca de mejores expectativas, se empleaban en el servicio doméstico, como costureras, lavanderas y otras labores “típicamente femeninas”, mientras otras tantas se dedicaron a la prostitución. Muchas de ellas componían una familia de hombres ausentes y amores eventuales las convertían en madres solteras. Pero las mujeres casadas no tenían mejor suerte. Hombres, mujeres y niños de la familia proletaria debían trabajar para sobrevivir en casas insalubres, en el contexto de una de las más graves crisis económicas que azotó a la economía nacional. Así se constituía la familia para los pobres.

Para 1920 las mujeres trabajadoras de Santiago constituían el 34% del total de la fuerza de trabajo, de las cuales más del 60% se desempeñaban en el servicio doméstico. En la industria ganaban la mitad del salario que sus compañeros, más que los niños que llegaban al tercio del salario de un hombre adulto⁴. Las escasas leyes laborales y de protección social no eran cumplidas por los empresarios y el Estado no tenía la capacidad o la voluntad de hacerlas cumplir o lisa y llanamente excluía a las mujeres⁵.

En 1935 se constituyó el más importante movimiento de mujeres con reivindicaciones de género que haya existido en el país, constituido por mujeres de diversos oficios o profesiones, pertenecientes a las capas medias y trabajadoras, que agrupaba a independientes y militantes de izquierda desde el Partido Radical al Partido Comunista, siendo el primer y más importante antecedente del Frente Popular. El Movimiento Pro Emancipación de la Mujer Chilena (MEMCH), hizo historia al demandar la “emancipación biológica, económica, social y jurídica de las mujeres”. Estos postulados se expresaban en concreto en peticiones de igualdad de salarios para hombres y mujeres y la posibilidad de acceder a cualquier tipo de trabajo rentado. En el ámbito político van a exigir el derecho a sufragio, que consiguieron en 1949.

Derecho a decidir

Las demandas de “emancipación biológica” se expresaron en el derecho a decidir sobre su sexualidad y su cuerpo, siendo la primera organización que pide la legalización del aborto cuando las condiciones socio-económicas de la madre lo ameritaban. Planteaban así el derecho a la ciudadanía de las mujeres en su forma más plena,

invocando el derecho a decidir sobre sus cuerpos y la polis. De esta forma, las mujeres han resignificado lo privado para situarlo en la esfera pública. Cincuenta años más tarde, Julieta Kirkwood, asumiendo este legado, afirmó “lo privado es político”⁶. La constante y masiva movilización de las mujeres memchistas se va a traducir en ciertos avances, siendo el más importante la obtención del derecho a voto. Sin embargo, las demandas del MEMCH con relación a la sexualidad no fueron consideradas. Hacia 1945 el 24,8% de las mujeres estaban hospitalizadas en el sistema público producto de un aborto, una cifra que no sólo era preocupante sino que además representaba un serio problema para la cobertura de la atención pública de la población general. Para la década de los '70 el tercio de los embarazos terminaba en aborto y un tercio de la tasa de mortalidad materna se debía a esta causa. Las mujeres más vulnerables eran aquellas entre 20 y 34 años casadas y con más de tres hijos y más del 80% de las mujeres recurrían al aborto por motivos socio-económicos.

Por razones demográficas⁷ y de salud pública, se desató una de las discusiones más importantes para las mujeres chilenas de este siglo. El tema: el necesario y anhelado control de la natalidad. La píldora anticonceptiva ya había visto la luz en los laboratorios extranjeros y en Chile se discutió toda esa década sobre su utilización. La jerarquía de la Iglesia Católica se opuso, pues no concebía disociar sexualidad de maternidad. Sin embargo, los médicos pasaron a la delantera defendiendo su uso. En 1964 el presidente del Colegio Médico y profesor de la Universidad de Chile, doctor Hernán Romero señaló: “El control de la natalidad por medio de métodos anticonceptivos es una necesidad social, económica y emocional de las parejas chilenas”⁸. La sociedad discutía el tema y las mujeres buscaban información. En su primer número la revista “Paula” publicó el artículo periodístico más polémico del año: “¿Puedo tomar la píldora?”⁹.

El Estado tomó la decisión, y a pesar de la oposición de la Iglesia, el gobierno demócratacristiano del presidente Frei Montalva promovió a través de las instituciones de salud el uso de la píldora anticonceptiva como método para el control de la natalidad. Las razones esgrimidas decían relación, como hemos dicho, con la necesidad de una óptima regulación demográfica, solucionar un problema de salud pública como era el aborto y sus consecuencias y disminuir de una vez por todo la mortalidad materno-infantil. Sin embargo, no cabe duda de que el efecto más profundo de esta decisión estuvo en el cambio cultural que implicaba. El uso de la “píldora” hacía realidad la posibilidad de decidir sobre cuándo y cuántos hijos tener. Las mujeres eran por fin soberanas en su propio cuerpo, lo que significó un cambio en las formas de percibir y ejercer la sexualidad, ahora que no estaba ligada necesariamente a la maternidad. Este cambio sin duda provocó transformaciones profundas en las relaciones de género.

En un contexto de cambios significativos que vivió nuestro país, sin duda que éste marca un hito importante pero no podemos señalar que definitivo. Las sucesivas polémicas desatadas en torno al uso de la Píldora de Anticoncepción de Emergencia (PAE) en estos últimos años, así como las dificultades para proponer al menos la reposición del aborto terapéutico, abolido en los meses finales de la dictadura, dan cuenta que, a pesar de los avances, el derecho de las mujeres a decidir sobre su sexualidad permanece en entredicho.^{mpc}

3. Cerda, Rodrigo “Cambios demográficos: desafíos y oportunidades de un nuevo escenario” Instituto de Economía. Pontificia Universidad Católica de Chile, Año 2, Número 11, octubre 2007. Pág. 5

4. De Shazo, Peter “Urban workers and labour unions in Chile” University Wisconsin Press, 1983. Pág. 20

5. De la misma manera ocurrirá en 1917 cuando se promulga la ley de salas cunas que establecía la obligación de instalar salas cunas en las fábricas, talleres o establecimientos industriales en que se ocupen 50 o más mujeres mayores de 18 años, pero no será hasta 1970 que el Estado se haga cargo de ello, con la creación de la Junta Nacional de Jardines Infantiles, bajo el gobierno de Eduardo Frei M. Las leyes sobre pre y post natal también son de este período.

6. En el contexto de la lucha contra la dictadura, un importante grupo de mujeres va a re-fundar el Memch en 1983. Entre ellas estaba Julieta Kirkwood, así como también Olga Poblete y Elena Caffarena, fundadoras del Memch de 1935.

7. Son los años en que los organismos internacionales, como la CEPAL, recomiendan a los países en vías de desarrollo bajar sus tasas de crecimiento poblacional como mecanismo para aumentar el desarrollo económico. En la misma línea la Alianza para el Progreso, inyectaba recursos a los países que adoptaban métodos de control de natalidad, como una manera de evitar el conflicto social.

8. Illanes, op. cit, pág. 459

9. Revista Paula, Nº1, 1967

Bitácora

Aysén: operaciones a domicilio¹

Los territorios entre Chiloé y Magallanes permanecieron desconocidos hasta finales del siglo XIX y principios del XX. “El Aisén”, “La Trapananda”, algo misterioso, más allá de todo, desconocido, donde probablemente está la Ciudad de los Césares y se han visto indios con cola, por eso también se le conoce como el “Territorio de los Rabudos”².

Los primeros chilenos que ocuparon Aysén llegaron por la pampa argentina, empujados por el fenómeno de la “pacificación” de la Araucanía. Otros vinieron por mar; sin ley, sin amparo, sólo con valentía y esperanza. La salud para ellos estaba en manos de las mujeres de la familia. Con los primeros intentos colonizadores vino el Dr. George Schadebrodt, en 1918, médico alemán que ejerció hasta 1937 cuando llegó el Dr. Alejandro Gutiérrez que fundó la Casa de Socorros de Coyhaique, junto al practicante Juan Reñanco. En 1932 se fundó el primer hospital de la región en Puerto Aysén, a cargo del Dr. Alfredo Cruzat Tirapegui.

La salud de ese tiempo en Chile estaba a cargo de la Caja del Seguro Obrero y la Beneficencia Pública. Las distancias y el aislamiento hicieron de este ejercicio profesional algo heroico, heroicidad que compartían médico y paciente; se operaba a domicilio y la ropa se esterilizaba en un tambor de lata, la anestesia con Ombredane o “a la reina” la daba el practicante. Desde la fundación del Servicio Nacional de Salud en 1952, lentamente Aysén se ha ido integrando a esta red, pero siempre la geografía abrupta, las enormes distancias en este séptimo de Chile, marcarán la diferencia. Hoy en pleno siglo XXI, con 5 hospitales, 29 postas rurales y 20 estaciones médico-rurales, el amparo que da el sistema de salud al ser humano, empieza a estar presente en esta Patagonia chilena.

1. Por Dr. Mario González Kappes, responsable de patrimonio en salud en Aysén.
2. Hans Steffen, “Viaje de Exploración y Estudio en la Patagonia Occidental: 1892-1902”. Tomo II. Publicado como Anexo a los Anales de la Universidad de Chile. Imprenta Cervantes. Bandera 52. Santiago. 1910.

Taller: “Identidad, memoria y patrimonio cultural de salud”

Un taller dedicado a fomentar la identidad del sector desarrolló exitosamente la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud del Ministerio de Salud, en dependencias del Instituto de Salud Pública (ISP). La actividad, denominada “Identidad, Memoria y Patrimonio Cultural de Salud”, fue coordinada por Patricio Bahamondes, Viviana Benz y Karenlyn Mateluna y contó con el apoyo de la exhibición itinerante del Museo de la Medicina “Dr. Enrique Laval y la Fundación Salvador Allende: Salvador Allende y la Medicina Social”.

Participaron en la jornada el grupo de patrimonio y profesionales funcionarios del ISP, además de brindar su apoyo técnico el arquitecto Humberto Espinosa, especialista en el rescate de la arquitectura patrimonial y la postulación para declaratorias de monumentos arquitectónicos en el sector público.

El taller estuvo conformado por exposiciones participativas y debates en tres módulos: introducción general al tema, institucionalización de la actividad del patrimonio en el sector salud y las siguientes actividades: concepto y construcción de línea de tiempo (método de ordenamiento de datos e imágenes históricas); gestión de actividades (organización Día del Patrimonio 2009); el patrimonio cultural de la salud on line (comunidad virtual: espacio colaborativo).

Al término de la jornada, el grupo de patrimonio del ISP acordó desarrollar tres tareas:

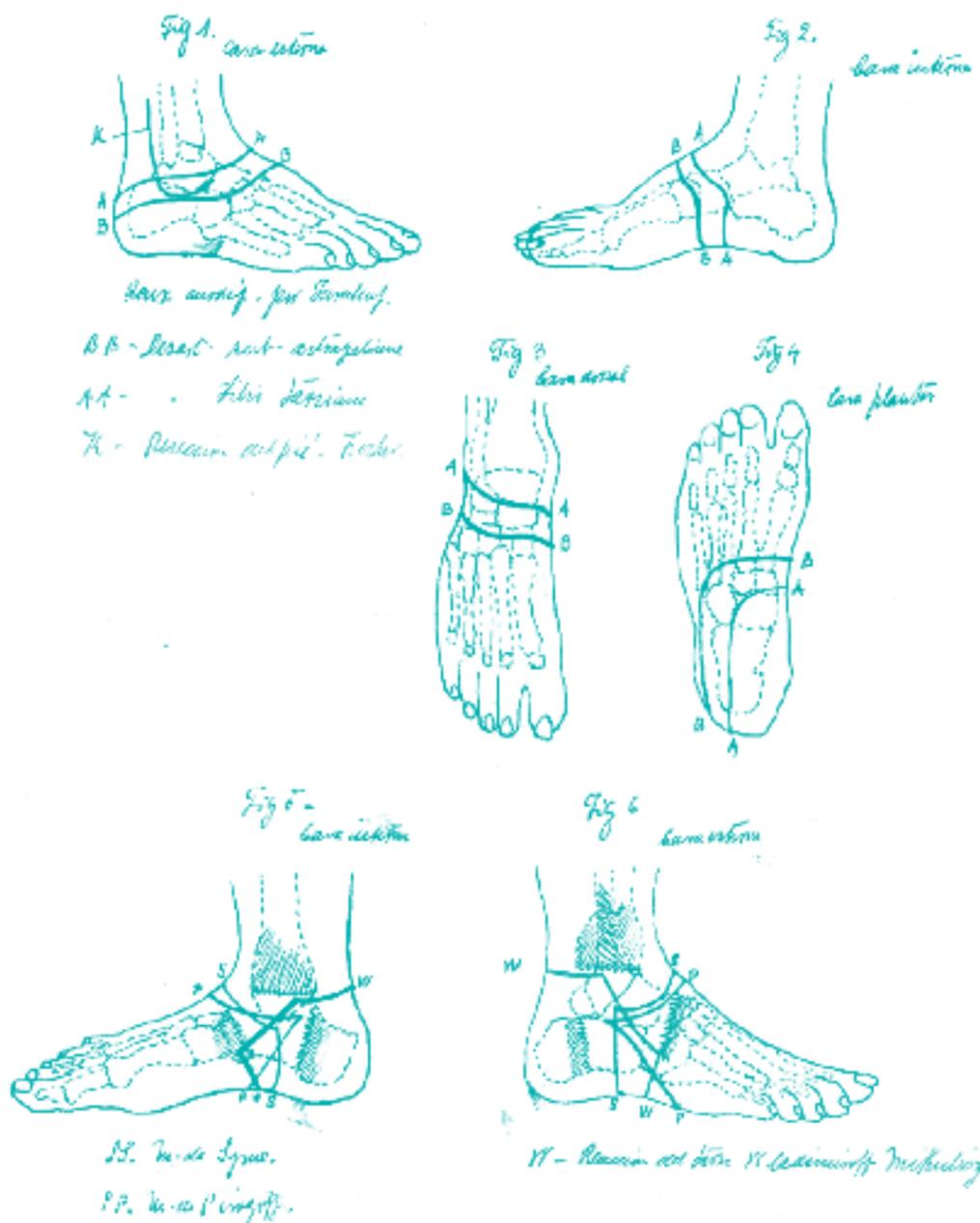
- ✦ Retomar el proyecto de restauración y puesta en valor del edificio del ISP.
- ✦ Proyecto de clasificación, restauración y exposición de piezas de valor patrimonial.
- ✦ Artículos históricos: “Los médicos veterinarios en salud pública chilena”.

Recuperar el patrimonio sanitario del Maule

Empeñados en sensibilizar a la comunidad en la valoración, recuperación y protección de nuestra memoria de salud, en coordinación con el intra y extra sector, el equipo regional del Patrimonio Cultural de la Salud-Maule, desde su inicio (junio 2007) con miembros de la SEREMI de Salud, del Servicio y del Hospital de Talca, ha ido sumando representantes de la red hospitalaria y de los municipios de la región, a su tarea de rescatar y promover su valiosa historia. La misión y visión sustentada por este grupo patrimonial, se basó en los compromisos asumidos por la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud del Ministerio de Salud y los objetivos regionales, considerando las prioridades, características e iniciativas de la zona; entre ellos:

- ✦ Sensibilizar a los integrantes de la red asistencial en toda su amplitud, en la valoración, recuperación y protección de nuestra memoria de salud regional.
 - Publicaciones en prensa regional de historias de establecimientos asistenciales y de familias tradicionales ligadas a la salud.
 - Proyecto de recuperación histórica de directores del Hospital de Talca (galería ex directores), aún en ejecución.
- ✦ Capacitación de nuestra red patrimonial de la salud, Región del Maule, apoyados por la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud del Minsal y el Consejo Nacional de Monumentos (Región del Maule), ejecutadas a partir de octubre de 2008.
- ✦ Aumentar el número de encargados comunales de la red de responsables de patrimonio, con el fin de:
 - Ser validados por sus jefaturas y apoyados en el desarrollo de sus funciones.
 - Promover la búsqueda de hitos patrimoniales en sus comunas.
 - Crear una red de apoyo comunal, para estimular y fomentar iniciativas patrimoniales de salud a nivel local: 35% de avance.
- ✦ Visitas a terreno de los integrantes de la red del patrimonio a hitos patrimoniales comunales.
- ✦ Promover la declaratoria de Monumentos Históricos de antiguos edificios de salud: actualmente se trabaja en reunir los antecedentes para el expediente técnico de la capilla del Hospital Regional de Talca.
- ✦ Propuesta de creación de museo (piezas de exhibición) al Subsecretario de Salud de Redes Asistenciales. El propósito es integrar muestras de la memoria patrimonial, en las nuevas construcciones hospitalarias; tales como: fotografías, insumos farmacéuticos, instrumental quirúrgico, documentos, publicaciones de antaño.

En lo que resta del año, el equipo regional junto con ampliar su red patrimonial y preocupada en profundizar el conocimiento de su acervo, capacitará a los miembros de ésta, con apoyos de la Unidad de Patrimonio Cultural de la Salud del Minsal y el Consejo Nacional de Monumentos del Maule. El desafío con miras al 2009 es aún mayor, pues con el innovador proyecto-museo "Pasillos del tiempo", se quiere establecer que las nuevas inversiones en salud de la región, desde su diseño, incorporen en sus áreas de espera, pasillos y corredores, la exhibición del patrimonio sanitario de la zona. La idea, que permitiría estimular la preservación y acercamiento cultural a los habitantes, está siendo analizada en la edificación del futuro Hospital de Talca.



Libros

- * **La Sociedad Médica de Santiago y el desarrollo histórico de la medicina en Chile.** Camilo Larraín Aguirre. Sociedad Médica de Santiago, 2002. Santiago: Salesianos. 435 p. Biblioteca Nacional de Chile, Sección Chilena 9A; (250-17).
- * **Genética Social.** Ricardo Cruz-Coke M. Santiago de Chile, Editorial Universitaria. 1999. 96 p. Biblioteca Nacional de Chile, Sección Chilena 9A; (598-1).
- * **Historia de la medicina chilena.** Ricardo Cruz Coke Madrid. Editorial Andrés Bello, Santiago, 1995. 584 p. Biblioteca Nacional, Sección Chilena 9A; (164-35).
- * **Problemas genéticos del humanismo.** Ricardo Cruz Coke Madrid. Editorial Andrés Bello, Santiago 1982. 121 p. Biblioteca Nacional de Chile Sección Chilena 11;(513-27).
- * **Medicina integral y salud mental comunitaria: cambio social y participación popular en las políticas públicas de salud (1952-1973).** Mariana Labarca Pinto. Santiago 2005. 229 p. Biblioteca Nacional, Sección Chilena 11M; (39-47).
- * **Impacto de las políticas públicas en la situación de salud, 1990-1996.** MIDEPLAN, División Social, Departamento de Estudios Sociales. Santiago de Chile, MIDEPLAN, 1998. 108 p. Biblioteca Nacional, Sección Chilena 10M;(098-14).
- * **Salud con la gente: el rol de las O.N.G. en las políticas públicas en América Latina.** Editores Giorgio Solimano, Judith Salinas. Santiago: CORSAPS, 1994. 215 p. Biblioteca Nacional, Sección Chilena 11M;(125-58).
- * **El dolor ajeno.** Reinaldo Martínez Urrutia. Ediciones Documentas. 1991. Biblioteca Nacional, Sección Chilena, 10 (1055-58).
- * **Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la "ciencia de la hembra" a la ciencia obstétrica.** María Soledad Zárate. Editorial Centro de Investigaciones Diego Barros Arana y Universidad Alberto Hurtado, 2007. Colección: Sociedad y cultura. Biblioteca Nacional. Sección Chilena 11; (52-43).
- * **Historia de la vida privada en Chile. El Chile moderno. De 1840 a 1925.** Bajo la dirección de Rafael Sagredo y Cristian Gazmuri. Tomo II. El Chile moderno. De 1840 a 1925. Editorial Aguilar Chilena de Ediciones S.A. 2006.
- * **Una huella imborrable. Salvador Allende en Antofagasta 1956.** Alejandro Jiménez. Editorial Patrimonio Ediciones, Santiago de Chile 2008. 89 p.
- * **"En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (...)". Historia social de la Salud Pública, Chile 1880/1973 (Hacia una historia social del Siglo XX).** María Angélica Illanes. Editado por el Colectivo de Atención Primaria, Santiago de Chile 1993. 514 p.
- * **La realidad médico-social chilena.** Salvador Allende. Hernán Soto, María Angélica Illanes y Mariano Requena, editores. Editorial Cuarto Propio, Santiago de Chile. Primera edición, 1939. Segunda edición, 1999. 306 p.
- * **Higiene mental y delincuencia.** Tesis para optar al título de médico, 1933. Salvador Allende. Editado por la Fundación Presidente Allende (España) y Ediciones ChileAmérica-CESOC. Versión electrónica en <http://www.salvador-allende.cl/Documentos/1939-49/MemoriaSAG.pdf>
- * **Historia del movimiento social y de la Salud Pública en Chile, 1885-1920. Solidaridad, ciencia y caridad.** María Angélica Illanes. Editado por el Colectivo de Atención Primaria, Santiago de Chile 1989. 128 p. más anexos. Biblioteca Nacional, Sección Chilena 10 (1138-76).

Links

- * **Medicina de los pueblos originarios en Chile**
<http://www.educarchile.cl/Portal.Base/Web/VerContenido.aspx?GUID=b5373be4-88d7-408a-b6e9-9b89f39afd45&ID=136088>
- * **Ministerio de Salud, Chile.**
http://www.redsalud.gov.cl/noticias/noticias.php?id_n=187&show=1-2008
- * **Unidad de Patrimonio Cultural del Ministerio de Salud**
<http://patrimoniocultural.minsal.cl/presentacion.html>
- * **Revista chilena de pediatría**
El pueblo Mapuche: Historia, medicina y proyectos de coexistencia en el área de la salud
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062006000300010-&script=sci_arttext
- * **El complemento entre la salud pública y la medicina de los pueblos**
http://www.conadi.cl/noticia310708_2.html
- * **Salud pública y medicina indígena**
<http://www.cancerteam.com.ar/brac081.html>
- * **Programa comunitario de salud, Paraguay**
<http://www.cepal.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/prensa/noticias/comunicados/2/33572/P33572.xml&xsl=/prensa/tpl/p6f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>
- * **Instituto de Chile**
<http://www.institutodechile.cl/instituto/>
- * **La salud mejora con diálogo intercultural**
<http://www.escuelapnud.org/public/index.php?id=new&artid=120>
- * **Historia y patrimonio cultural en salud**
<http://www.bvshistoria.coc.fiocruz.br/hpcs/termoconstituicao/hpcs.pdf>
- * **Sociedad Chilena de Historia de la Medicina**
http://www.historiamedicina.cl/hm.anales/an_2006.php
- * **Academia Chilena de Medicina**
<http://www.institutodechile.cl/medicina/>
- * **Revista Médica de Chile. El Museo Nacional de Medicina Dr. Enrique Laval**
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000700017-&script=sci_arttext
- * **Anales de la Universidad de Chile. Patrimonio histórico de la medicina chilena.**
http://www2.anales.uchile.cl/CDA/an_sub_simple/0,1280,SCID%25D3680%2526ISID%25D261%2526GRF%25D3625%2526ACT%25D0%2526PRT%25D3631,00.html
- * **Ecoceanos**
www.ecoceanos.cl
- * **Conama**
<http://www.conama.cl/>
- * **Organización Mundial de la Salud**
<http://www.who.int/es/>
- * **Hechos sobre la salud y el medio ambiente. Glosario.**
<http://www.greenfacts.org/es/glosario/mno/oms.htm>
- * **OMS. Primer atlas sobre salud infantil y medio ambiente**
<http://sanidadambiental.com/2008/07/08/la-organizacion-mundial-de-la-salud-publica-el-primer-atlas-sobre-salud-infantil-y-medio-ambiente/>
- * **OMS. Guías para el ruido urbano.**
http://www.ruidos.org/Documentos/guia_oms_ruido_1.html

Experiencias Patrimoniales

Museo de Historia Natural de Concepción

Talleres patrimoniales para ciegos y limitados visuales

Por **Mauricio Massone Mezzano**

A partir del año 2004, el Museo de Historia Natural de Concepción inició un programa de talleres que tienen como propósito facilitar el acceso al conocimiento de los principales temas del museo sobre patrimonio natural y cultural, a los alumnos ciegos y limitados visuales de la Corporación de Ayuda al Limitado Visual, COALIVI.

En el mes de octubre de este año se ha desarrollado el V taller denominado "Nuestro pasado remoto", referido a las formaciones fosilíferas de la región y al tema del carbón. Para ese fin se contó con la participación de profesores del Departamento de Ciencias de la Tierra de la Universidad de Concepción. En los años anteriores se habían tratado los temas de "La costa de la región del Bío Bío"; "El río Bío Bío"; "El bosque nativo" y "Las culturas originarias de la región".

El taller recibe durante una jornada a 35 alumnos en la multisala del museo, donde los principales especialistas en los respectivos temas asumen la labor de profesores. Durante su realización ha contado con destacados biólogos, geólogos, arqueólogos y antropólogos de la Universidad de Concepción, Universidad Regional San Marcos, Universidad de Magallanes y DIBAM, para cumplir con esta función. En el primer taller se contó además con el apoyo de dos proyectos FONDECYT.

La metodología utilizada contempla una breve explicación de la materia por parte del profesor de cada tema, quien luego invita a los alumnos a conocer los objetos culturales o los especímenes naturales del museo dispuestos en los mesones de trabajo, mediante una experiencia de tacto. En algunos casos se incorporan experiencias de conocimiento mediante el olfato o la audición.

Enseñanza de vida

La segunda parte del taller corresponde a una visita a terreno o a una experiencia práctica. En el año 2005 visitamos un bosque nativo de la región, para que los alumnos limitados visuales pudieran percibir la textura diferente de los árboles, el perfume de la vegetación y el sonido de los animales. En el año 2006 se visitó la desembocadura del río Bío Bío, donde pudieron comparar las diferencias o semejanzas entre la arena del río y la arena del litoral vecino, el distinto sonido de las aves y otros ejercicios prácticos. En la versión del año 2007 los alumnos modelaron cerámica, teniendo como referencia piezas arqueológicas indígenas del museo, dispuestas en las mesas de trabajo. En la más reciente jornada se bajó a la mina de carbón "Chiflón del Diablo", en Lota, para conocer en forma práctica el tema del carbón.

Esta actividad es un buen ejemplo de integración entre personas con una limitación física específica, pero con muchas capacidades especiales, y la sociedad en general, cuando se crean las condiciones básicas que facilitan un trabajo conjunto y la disposición a compartir nuevas vivencias. Cada año participan además de los profesores de COALIVI, como asesores prácticos, los funcionarios y el cuerpo de voluntarios de nuestra institución, quienes han recibido una capacitación especial para desempeñar su labor de la manera más eficiente posible.

El resultado ha sido una experiencia emocionante y constructiva, donde tanto los alumnos, profesores, funcionarios del museo y voluntarios, hemos aprendido mucho acerca de los temas patrimoniales y sobre distintos aspectos de la vida. *rpc*

Mauricio Massone Mezzano es Arqueólogo, investigador Museo Historia Natural de Concepción.



Hospital sanatorio de Valparaíso. Sala de operaciones. © 2008 Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

FLOR DE LIS

"Asómbrate con lo que hay y con lo que no hay"
Eduardo Anguita

LIBRERÍA



Gerente
Javier Abarca Medel

Dirección
Huérfanos 520

Teléfono
638 54 49/09 067 96 50

Correo
xirok1@gmail.com



MONDIPLOMATIQUE

Indispensable para comprender el mundo de hoy
Cada mes a solo \$2.000. Un libro de la editorial
Año Cero en la Suiza.



Librería La Monde Diplomatique
San Antonio 424, local 14, Santiago.
E-mail: edicion@mondiplo.com
Teléfono: (2) 864 20 50 - Fax: 688 17 23
Compra por internet:
www.editorialauncreemos.cl

SINTONÍZATE

en
radio usach
94.5 FM

- Desde el Desfile de la Independencia hasta los festejos 7.30, 13.00 y 16.30 horas, con la información, noticias y comentarios.
- Análisis Profundo: Del día a día, hasta el momento, en los temas de actualidad nacional.
- Desde el Desfile de la Independencia hasta los festejos, noticias y entrevistas. Una completa agenda cultural de lunes a viernes, de 13.00 a 13.30 horas.
- Hora Noticias: El primer programa matutino de la radio de la UdeC, noticias, programación, música y deportes. Lanzamiento a las 28.00 horas.

www.radiousach.cl - Teléfono: (60 - 2) 718 1722

25 AÑOS
siempre el
mejor cine

Cine Arte Normandie

Dedal de Oro

...cultura, creatividad, diversidad...

revista editada en el
Cajón del Maipo
para Santiago y regiones

publicidad y
suscripciones en:
Tel: 601526 y 69.5234785
revista@dedal.com.cl

www.dedal.com.cl
(2.000 visitas
mensuales aprox.)

Independencia es verdad
Car cobertura total

RADIOGRAMAS

- Radio Independencia emite programación y cobertura total desde la ciudad de Santiago.
- Radiograma Patrol
Lunes a Domingo
05:00 a 07:00 hrs.
- Radiograma Noticias
Lunes a Domingo
18:00 a 19:00 hrs.
- Radiograma Noticias
Lunes a Domingo
20:00 a 20:30 hrs.

Cable 61666 Huelmo
Huelmo a Huelmo

99.7
Santiago

Un tema a fondo en cada edición.
Reflexión, debate, experiencias y desvaríos.

CPATRIMONIO CULTURAL

Una publicación de la Dirección de Bienes Culturales, Archivos y Museos

www.patrimoniocultural.cl

Suscríbete a Revista Patrimonio Cultural por \$6.000 anuales.

Más información en:
3605 394 - 6324 803
patrimoniocultural@cibem.cl



Publicaciones

Historia de la vida privada en Chile. El Chile moderno. De 1840 a 1925

Bajo la dirección de Rafael Sagredo y Cristian Gazmuri.

Los asuntos planteados en esta obra sobre la vida privada de nuestro país en el siglo XIX permitirán al lector formarse una visión más completa al sumar a lo conocido sobre la evolución nacional y republicana, la realidad vital, mucho menos estructurada y segura, de los sujetos que la protagonizaron, cuyas vidas inciertas y vulnerables también forman parte de la historia, y por lo tanto, de nuestra realidad actual.

El primer capítulo es el que más nos interesa en esta ocasión, ya que como su nombre lo dice "Nacer para vivir o padecer. Los enfermos y sus patologías" habla de la salud de los ciudadanos de la república. El historiador Rafael Sagredo, director del Centro de Investigaciones Barros Arana, es quien realiza este

estudio sobre los enfermos del siglo XIX, sus patologías y las formas de enfrentarlas, identificando algunas situaciones que condicionaron la salud de la población, transformando la vida de los pacientes en una muestra clara de la precaria realidad sanitaria del país. Debido a la permanente presencia de enfermedades en los habitantes de la nación en el siglo XIX, vemos el surgimiento del concepto de salud pública.

Tomo II
El Chile moderno. De 1840 a 1925
Editorial Aguilar Chilena de Ediciones S.A.
2006.



El dolor ajeno

Aunque esta obra se originó como un anecdotario de los años vividos como médicos de la Asistencia Pública por parte de un grupo de profesionales ya jubilados, en su proceso de realización terminó convertida en un retrato de la sociedad santiaguina de la época, ilustrativa de la vida de las clases sociales más desposeídas y del entorno político del país durante más de la mitad del siglo pasado.

Un mundo recreado por el autor, el doctor Reinaldo Martínez Urrutia, quien relata desde cómo, por empuje y decisión del doctor Alejandro del Río, nació el 7 de agosto de 1911 la Asistencia Pública en una amplia casona de calle San Francisco, hasta su traslado en 1967 al actual edificio que ocupa en Portugal 125.

La Asistencia Pública atendió a más de 8 millones de personas en sus primeros 56 años de vida, entre las cuales se encontraban las víctimas del terremoto de Chillán, de San Juan, Argentina, en 1947, de las rebeliones sociales que surgieron durante los gobiernos de Alessandri, Ibáñez, González Videla, entre otros sucesos de la vida republicana. Así también se relata cómo el equipo de emergencia de la AP no obtuvo permiso para ingresar al edificio del Seguro Obrero, para prestar auxilio médico a los heridos que ahí se encontraban, durante "la matanza del Seguro Obrero".

Dr. Reinaldo Martínez Urrutia
Ediciones Documentas, Santiago, 1991
257 páginas



Historia de la medicina chilena

Por primera vez encontramos reunida en una sola obra la historia de la medicina de este país. Partiendo de esta base, este volumen es toda una novedad. Dirigido al lector común, el doctor Cruz Coke recurrió a las más diversas fuentes para contar la evolución de la medicina en Chile desde la época de las culturas andinas hasta el año 1948, cuando se incendia la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Dividiendo en siete partes el libro, el autor revisa el desarrollo de la medicina y de los personajes que la ejercieron, pasando también por las épocas del Renacimiento y la Reforma (siglo XVI), la Edad de la Razón y del Barroco (siglo XVII), el siglo de la Ilustración (siglo XVIII), el Romanticismo y la Eman-

cipación (1810-1842), Positivismo y Liberalismo (1843-1891) y finalmente la época del Parlamentarismo y la Medicina Científica (1891-1927). Es posible encontrar en esta obra datos tan específicos como el número de médicos contratados en el Hospital San Juan de Dios de Santiago en el siglo XVII, el valor de una visita ordinaria y extraordinaria de un médico o cirujano, de un barbero o flebotomo, de una partera y matrona, entre muchos otros.

Dr. Ricardo Cruz Coke Madrid
Editorial Andrés Bello, Santiago, 1995
584 páginas



Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la "ciencia de la hembra" a la ciencia obstétrica

La obra indaga en la historia de la medicina popular y científica, y en las relaciones de género que caracterizaron los vínculos entre parturientas, parteras, matronas y médicos, las que inspiraron, más tarde, las políticas de protección médico-maternal del siglo XX. Traer niños al mundo hace más de un siglo en nuestro país no era empresa fácil, la vida daba la mano a la muerte en ese momento tan esperado para los padres. Quiénes, cómo y dónde eran asistidas las mujeres durante los nacimientos, son las preguntas que precisamente se plantea la historiadora María Soledad Zárate en su libro.

En sus páginas, recorre los procesos en que convergen el cuestionamiento del protagonismo de la partera;

la instrucción de las primeras matronas; la formación universitaria de los primeros "tocólogos", y la institucionalización de la asistencia obstétrica de la Casa de Maternidad de Santiago. Así la investigación contribuye a la comprensión integral de un hecho social de implicancia sustantiva, no sólo para la población femenina sino para la sociedad chilena en su conjunto.

María Soledad Zárate
Editorial: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana y Universidad Alberto Hurtado, 2007.
Colección: Sociedad y cultura.
561 páginas.





1885-1886

CLINICA MEDICO-QUIRURGICA

Generación de médicos egresados de la Universidad de Chile, en 1886. Entre ellos se encuentra el doctor Benjamín Manterola y la doctora Eloísa Díaz, primera mujer médica en la historia del país. Archivo María Soledad Manterola.