



RC | REVISTA
SP | CHILENA
DE SALUD
PÚBLICA

Salud Colectiva en Chile:
Protagonismo
y Voces de
Mujeres

Haydée López Cassou
Patricia Frenz
María Eliana Bustos
Tegualda Monreal
Mónica Weisner Horowitz
María Angélica Illanes

Jadwiga E. Pieper Mooney
Compiladora y Editora

COMITÉ EDITORIAL DE LA EDICIÓN ESPECIAL:

SALUD COLECTIVA EN CHILE: PROTAGONISMO Y VOCES DE MUJERES

Compiladora y Editora Edición Especial

Jadwiga Pieper Mooney

Comité Editorial de Edición Especial

Álvaro Lefio Celedón

Alejandra Fuentes García

Carlos Madariaga Araya

Jadwiga Pieper Mooney

Jorge Gaete Avaria

Rebeca Alvarado Prado

Coordinación editorial

Jorge Gaete Avaria

Karla Cifuentes

Katherinne Rivas Castro

Referencia, indexación y publicación

Katherinne Rivas Castro

Marisol Negrete

Diseño y diagramación

Paola Videla Lagos

Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile

Av. Independencia 939, Santiago de Chile

Fono (56) 22 9786967

revistasp@med.uchile.cl

<http://www.revistasaludpublica.uchile.cl>

Foto portada: AdobeStock abstract-portraits-of-person-543511316

Foto María Eliana Bustos: Pedro Quintanilla Bustos,

Foto Tegualda Monreal: Visitando un Hospital, Pekin 1959 Libro Historia de Vida Tegualda Monreal.

Foto Mónica Weisner Horowitz: <https://uchile.cl/fotos/106772/60-aniversario-de-la-antropologia-en-chile>,

Fotos María Angélica Illanes: Recibe premio "Olga Poblete" por parte de la Red de Historiadoras Feministas, Agosto 2018 <https://diario.uach.cl/dra-maria-angelica-illanes-recibe-premio-olga-poblete/>

ISBN: en proceso

Primera edición especial, marzo 2025

Salud Colectiva en Chile:
Protagonismo
y Voces de
Mujeres

Haydée López Cassou
Patricia Frenz
María Eliana Bustos
Tegualda Monreal
Mónica Weisner Horowitz
María Angélica Illanes

Autoras/es

Sandra Palestro Contreras

Red Chilena contra la Violencia hacia las Mujeres
redcontraviolencia@gmail.com

Tania Alfaro

Escuela de Salud Pública
Facultad de Medicina. Universidad de Chile
tmalfaro@gmail.com

Ximena Sgombich

Fondo Nacional de Salud
xsgombich@gmail.com

Yuri Carvajal

Hospital Carlos van Buren
yuri.carvajalb@redsalud.gob.cl

Jadwiga E. Pieper Mooney

University of Arizona, EEUU
jadwiga@arizona.edu

Patricia Junge Cerda

Departamento de Fonoaudiología
Facultad de Medicina. Universidad de Chile
patricia.junge@uchile.cl

Rodrigo Contreras Soto

rodrigocontreras27@gmail.com

Antonio Infante Barros

Servicio de Salud Metropolitano Norte
ainfantebarros@gmail.com

Karen Alfaro Monsalve

Universidad Austral de Chile
karen.alfaro@uach.cl

Índice

Introducción

Salud Colectiva en Chile: Protagonismo y voces de mujeres.

Jadwiga E. Pieper Mooney

7

Haydée López Cassou (1927 - 2008): Una mujer consecuente.

Sandra Palestro Contreras

14

Patricia Frenz: Salubrista y precursora del derecho a la salud.

Tania Alfaro y Ximena Sgombich

26

María Eliana Bustos: Seis mundos en La Victoria 1973-2024. Entrevista.

Yuri Carvajal

38

Tegualda Monreal: Acerca de Epidemiología Crítica y Salud Pública sin fronteras.

Jadwiga E. Pieper Mooney

46

Mónica Weisner Horowitz, antropóloga médica. Visibilizando el aborto en tiempos de represión.

Patricia Junge

58

Entre la historia y la salud pública: La trayectoria crítica de María Angélica Illanes Oliva.

Rodrigo Contreras Soto y Antonio Infante Barros

72

Historia social de la salud pública en la obra de María Angélica Illanes. Una historiografía que reclama derechos.

Karen Alfaro Monsalve

78



- Enfermera en visita rural, autor desconocido. Museo Nacional de Medicina.
- Enfermera en visita rural, autor desconocido. Enfermera Sanitaria durante una visita a una madre con su hijo, ca. 1950. Aconcagua, Chile. Museo Nacional de Medicina.
- Registro Escuela de Salud Pública.

Introducción

Jadwiga E. Pieper Mooney

Salud Colectiva en Chile: Protagonismo y Voces de Mujeres

Contextos Históricos

Durante el siglo XVII, Pedro de Medina Rico, en su calidad de visitador general de la Inquisición española, se encargó de documentar la agitada vida de la curandera Paula de Eguiluz en el Caribe colonial. En 1649, el informante de la Inquisición documentó el viaje de la curandera a Cartagena de Indias, uno de sus muchos desplazamientos que tuvieron lugar bajo el sol abrasador y en condiciones extenuantes. Para una mujer de setenta y dos años, la travesía no debió haber sido fácil. Fue convocada nuevamente para atender al obispo de Cartagena, Fray Cristóbal Pérez de Lazárraga, quien sufría dolencias persistentes desde hacía meses. Viajó con el consentimiento del inquisidor jefe, Juan Pereira. De hecho, según los informes enviados a Madrid, no era en absoluto inusual que Eguiluz abandonara sus aposentos para tratar no solo al obispo, sino también a otros cartageneros, incluidos los propios inquisidores.

El historiador Pablo F. Gómez, quien documenta esta historia, enfatiza la paradoja de la situación: Paula de Eguiluz, buscada tantas veces en secreto por su gran habilidad sanadora, era considerada oficialmente una “bruja” (Gómez, 2014, 95). Cumplía cadena perpetua por brujería en la cárcel de la Inquisición. Además, era una esclava negra.

La hipocresía evidenciada en aquella historia, en la que los líderes coloniales confiaban privadamente en el conocimiento curativo de una mujer esclavizada mientras públicamente desestimaban su sabiduría, demuestra relaciones de poder que han marginado históricamente los saberes femeninos¹. Los colonizadores en las Américas se basaron en un orden fundamentado en un entramado de desigualdades de género y jerarquías que diferenciaban a las personas según su origen étnico y racial. Como parte de un sistema patriarcal y sustentado en la distinción por “razas”, estructuraron roles sociales, económicos, y legales con el fin de consolidar la dominación europea. Se apoyaron en los mecanismos de estigmatización moral y cultural: la Iglesia y el Estado colonial construyeron narrativas que asociaban a las mujeres indígenas con la “idolatría” y a las afrodescendientes con la “lujuria”, justificando su control social y religioso. Así marginaron sistemáticamente a las mujeres, especialmente a las indígenas y afrodescendientes (Rebolledo Espinoza, 2020; Montecino, 1991; Montecino & Conejeros, 1985).

En el Cono Sur, el Tribunal de la Inquisición persiguió a mujeres mapuche dedicadas a la medicina ancestral, acusándolas de brujería para erradicar prácticas consideradas contrarias al dogma cristiano. Incluso cuando las contribuciones de las mujeres a las prácticas de sanación –como la figura de la *machi* en la cosmovisión mapuche– eran ampliamente aceptadas en las Américas antes de la colonización, la imposición religiosa de la colonización desvirtuó esta posición y

1 Ser marginadas no implicaba estar silenciadas. Para rastros del conocimiento de las mujeres curanderas, véase Obach, A., & Sadler, M. (2008). La huella femenina en los sistemas médicos informales del Chile actual. En Sonia Montecino (comp.), *Mujeres chilenas. Fragmentos de una historia*, 181-194.

comenzó a tomar fuerza la idea de satanizar a estas mujeres y los conocimientos ancestrales². Fueron perseguidas y acusadas de supuestos “pactos demoníacos” debido al uso de hierbas y rituales de tradición mapuche en sus prácticas curativas (Rebolledo Espinoza, 2020). Las autoridades coloniales las acusaron formalmente de brujería, con el fin de deslegitimar y criminalizar los saberes tradicionales de las comunidades indígenas. Esta criminalización, orientada a restringir la participación de las mujeres en el ámbito curativo, contribuyó a perpetuar la discriminación basada en el género y la etnicidad.³

Durante el siglo XIX, mientras se construía la nación chilena y se consolidaba la ciencia como paradigma de verdad, la transformación de la asistencia al parto evidenció cómo la profesionalización de la medicina marginó a las mujeres. Habían ejercido la asistencia al parto durante mucho tiempo, utilizando el conocimiento empírico transmitido por parteras experimentadas. A mediados del siglo XIX, seguían estando bien representadas como parteras expertas. En 1860, Benjamín Vicuña Mackenna observó que la calle Huérfanos, en el centro de Santiago, se había consolidado como el principal lugar de ejercicio para las parteras, hasta el punto de recibir el apodo de “calle de parteras.” Vicuña Mackenna destacó la prominencia de algunas de estas profesionales entre la alta sociedad santiaguina. Las familias de la élite contaban con su propia partera de confianza, elección basada en la amplia experiencia de estas mujeres y en su condición de especialistas en la atención al parto.⁴

A fines del siglo XIX, los términos de la asistencia al parto por parte de las mujeres cambiaron, lo que condujo al predominio de los médicos profesionales masculinos. La profesionalización y medicalización de la asistencia al parto transformó el rol de las mujeres. Según Soledad Zárate, la profesionalización de la partería introdujo un modelo biomédico que marginó el saber empírico de las parteras “tradicionales.” Aunque este proceso otorgó a algunas mujeres un espacio de autonomía, generó una confrontación entre matronas y parteras, seguido con la pérdida de poder de ambas, ya que el acceso a la carrera de medicina quedó reservado exclusivamente para los hombres.⁵ El respaldo al conocimiento científico y profesional permitió a los médicos varones ampliar su papel de supervisión y control en la asistencia al parto (Zárate, 2007).

2 La atención especial de la Inquisición hacia los poderes curativos de las mujeres estaba prevalente en las Américas. Véase, por ejemplo, Mannarelli, M. (1985). Inquisición y mujeres: Las hechiceras en el Perú durante el siglo XVII. *Revista Andina*, 3(1), 150–179.

3 Para obtener perspectivas sobre otras dinámicas de género en las prácticas curativas, véase Bacigalupo, A. M. (2007). *Shamans of the Foye Tree: Gender, Power, and Healing among the Chilean Mapuche*. University of Texas Press. Bacigalupo examina cómo las normas y expectativas de género influyen en la organización de las prácticas curativas, lo cual incluye, entre otros aspectos, la exclusión y persecución de aquellas mujeres que desafían los roles tradicionales. Si bien el libro no se centra en la persecución de las mujeres curanderas, ofrece ejemplos y análisis que permiten comprender cómo estas dinámicas contribuyen a la represión de los saberes tradicionales femeninos dentro de la comunidad mapuche.

4 Contó 33 parteras (matronas) en ese momento [Benjamín Vicuña Mackenna, *Los médicos de antaño*, p. 257]. Vicuña Mackenna, B. (1974 [1877]) *Los médicos de antaño*, pp. 187–188, citado en Zárate, M. S. (2007). De Partera a Matrona. *Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX*. *Calidad en la Educación*, (27), 284–297.

5 Según Soledad Zárate, este proceso se desarrollaba de la siguiente manera: los médicos varones definían a las parteras como auxiliares subordinadas a su autoridad. Tanto los profesionales médicos, hombres y mujeres, desestimaban habitualmente las opiniones de las pacientes, calificándolas de poco profesionales y, por ende, irrelevantes. Este sentido de superioridad profesional a menudo sometía a las mujeres a tratamientos autocráticos, física y emocionalmente brutales. Véase Zárate, M. S. (2007). *Dar a luz en Chile: de la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.

A partir de 1887 el Decreto Amunátegui permitió el acceso de las mujeres a la educación superior; sin embargo, su incorporación plena en la profesión, en condiciones de igualdad, continuó siendo objeto de controversia. A pesar del hito que representó la graduación de Eloísa Díaz en 1887 como la primera mujer médica en Chile y América del Sur, su éxito no eliminó las barreras legales, sociales, y culturales que persistieron en el ámbito médico. Las instituciones médicas de la época, dominadas por hombres, tendían a relegar a las mujeres a roles secundarios o especialidades consideradas “femeninas”, como la pediatría, limitando su participación en otras áreas de la medicina. Al mismo tiempo, las mujeres en las profesiones de la salud y del trabajo social cumplían y reproducían las expectativas de género, por ejemplo, estableciendo vínculos con madres y familias en su función de visitadoras sociales al servicio del Estado (Illanes, 2006).

La transformación de la profesión médica en Chile refleja un aumento del número de mujeres médicas y en su creciente presencia en diversas especialidades, cargos directivos y en el ámbito académico –con desigualdades persistentes. En la segunda década del siglo 21, las mujeres representaban cerca del 40% de los médicos en ejercicio (Sepúlveda, 2019). Además, podemos documentar un incremento en la cantidad de mujeres que ocupan cargos de liderazgo en hospitales y universidades, aunque aún en proporciones menores en comparación con los hombres. Sin embargo, persisten diferencias de género significativas. Estudios indican que las médicas enfrentan mayores dificultades para conciliar la vida laboral y familiar, lo que limita su progreso profesional. Además, algunas especialidades médicas continúan estando marcadas por estereotipos de género. La cirugía se ha considerado históricamente una especialidad masculina; sin embargo, aún se desconoce si el aumento en el número de médicas durante las últimas décadas ha generado un incremento significativo en el número de cirujanas (Albornoz et al., 2021).

Una mirada al protagonismo femenino en salud

Este volumen toma como punto de partida la evidencia histórica que revela el papel esencial de las mujeres en la construcción y consolidación de los sistemas de salud pública en Chile, incluso cuando sus aportes han sido frecuentemente invisibilizados. Por ejemplo, las mismas visitadoras sociales, las que trabajaban conforme a las expectativas tradicionales de género a principios del siglo XX, se convirtieron, de manera simultánea, en ejecutoras directas de las nuevas políticas sociales de protección dirigidas a obreros, madres y niños. Gracias a los atributos que su feminidad les confería, se transformaron en agentes estatales eficaces, al acercar la acción del Estado a la población, integrar a las familias en el sistema de relaciones capitalistas y proporcionar información valiosa a los médicos para que los tratamientos curativos y preventivos fueran efectivos. (Moya & Zarate, 2018).

Asimismo, las mujeres sanadoras que históricamente fueron catalogadas como brujas o estigmatizadas por prácticas consideradas carentes de rigor científico desde la época colonial, se han convertido en actores esenciales para abordar los padecimientos de salud en diversas comunidades durante los siglos XX y XXI. Obach y Sadler (2008) documentan las contribuciones de una lawentuchefe mapuche que fusiona conocimientos ancestrales con prácticas adaptadas al contexto urbano moderno. Ella trasladó sus saberes curativos –que incluyen el uso de hierbas medicinales y la ejecución de rituales tradicionales para tratar diversas dolencias– desde la IX región hasta el entorno urbano de Santiago. Su práctica curativa se consolidó tanto en su labor individual como en la transmisión intergeneracional, al fundar un nexo importante para la continuidad del conocimiento ancestral entre su familia y su comunidad (Citarella et al., 2000; Montecino & Conejeros, 1985).

Nuestras contribuciones en esta publicación no se centran únicamente en la profesión médica, sino que buscan presentar a las protagonistas femeninas y a las voces de las mujeres en las prácticas e historias de la salud pública, entendida de forma amplia. Esto implica que escribimos sobre médicas, investigadoras en medicina, administradoras, educadoras y trabajadoras comunitarias de la salud, así como sobre historiadoras y antropóloga. Sus voces aportan perspectivas importantes sobre las complejas trayectorias de la salud colectiva y su relación con los cambios políticos en las comunidades locales, en la nación chilena y a nivel global.

Buscamos destacar historias individuales y emplear la perspectiva biográfica para ilustrar la complejidad del protagonismo femenino. En la extensa historia de la salud y la praxis sanitaria en Chile, las mujeres trabajaron en un contexto de expectativas de género en constante cambio, que frecuentemente las relegaba a un rol auxiliar en las prácticas médicas, en una sociedad que esperaba que los hombres actuaran y las mujeres reaccionaran.

Aunque las siete contribuciones de este volumen se centran en las vidas individuales de mujeres en materia de salud, también presentan evidencia de la naturaleza colectiva de la salud. Demuestran que la historia de la salud pública no puede contarse como una historia de instituciones que priorice la perspectiva del funcionalismo estructural. No podemos limitar el análisis de la salud pública a la construcción institucional, ni podemos ver el poder estatal como la única fuerza privilegiada para garantizar la prevención de enfermedades.

Las profesionales de la salud pública han sido parte de intervenciones técnico-normativas importantes dentro de los sistemas estatales, pero al mismo tiempo, con diferentes antecedentes ellas han encontrado sus propias formas de marcar una diferencia, de ejercer diferentes formas de poder, y de participar en acciones sociales que mejoraron la salud pública.

Así es que en esta publicación buscamos demostrar que tanto mujeres como hombres aplicaron diversas formas de conocimiento en la salud, la curación y la defensa del derecho a la salud. Las contribuciones y voces femeninas que presentamos evidencian que las profesionales de la salud pueden desempeñarse como intérpretes, mediadoras y líderes en la construcción colectiva de la salud, tanto a nivel local como nacional y global.

Considerando los distintos contextos en los que trabajan las mujeres que presentamos y – además– los diversos antecedentes de los autores, los capítulos varían en estilo, metodología y lenguaje. Creemos que estas variaciones son elementos útiles para evidenciar la pluralidad del trabajo de las mujeres, contribuyendo así a nuestro objetivo de mostrar esta diversidad.

Contribuciones individuales: una introducción

A veces, las mujeres de las que escribimos hablan de la estrecha conexión entre sus experiencias personales y sus decisiones profesionales. La historiadora María Angélica Illanes, por ejemplo, describe su trayectoria personal, la cual está profundamente ligada a su vida familiar. En la contribución de Antonio Infante y Rodrigo Contreras, basada en una entrevista, se señala que Illanes fue criada en un entorno conservador con un padre médico; desde temprana edad, observó las inconsistencias entre lo que se predicaba y lo que se practicaba, lo que la motivó a explorar las raíces ocultas de los procesos sociales. Su paso por la Universidad Católica y, posteriormente, por la Universidad de Chile, en plena efervescencia de reformas, le proporcionó una visión crítica, influida por el marxismo, la teología de la liberación y corrientes de pensamiento contemporáneas, conectándola con los fundadores del MAPU.

La segunda contribución sobre María Angélica Illanes en este volumen se distancia de las experiencias personales para destacar su aporte a la historiografía chilena. Karen Alfaro contextualiza su desarrollo como historiadora, subrayando cómo su formación teórica, espiritual, y política le permitió reconfigurar la narrativa oficial de la salud pública en Chile. Las contribuciones de Illanes se caracterizan por visibilizar a los sectores populares y excluidos, como las mujeres y la clase trabajadora, en la construcción de la historia de la salud pública. Illanes se destaca por una narrativa crítica que considera los derechos sociales como fundamentales en los procesos históricos. Su investigación, en obras como *En el nombre del pueblo, del Estado y de la Ciencia*, aborda la salud pública como un instrumento para entender el desarrollo del estado y la construcción del orden social. Además, su enfoque dialéctico resalta la importancia de la memoria histórica y de dar voz a quienes han sido tradicionalmente silenciados.

No pretendemos sugerir que lo personal y lo profesional sean, en realidad, capítulos separados en la vida de una persona. La contribución de Yuri Carvajal, basada en una entrevista con la trabajadora social y educadora familiar María Eliana Bustos, muestra conexiones notables entre lo personal, lo profesional y lo político. Bustos se formó en la Pontificia Universidad Católica de Chile durante los años 60 y 70. Centró su labor en la educación, la salud y la organización comunitaria, tanto en contextos rurales como urbanos, incluyendo su participación en la Reforma Agraria. Durante la dictadura, Bustos apoyaba a las comunidades en La Victoria con las que trabajaba, participando en acciones de resistencia y organización popular. No solo destacó por su coraje, sino también por su disposición a colaborar con otros, construyendo alianzas sólidas en favor de la justicia social. Su trabajo estuvo profundamente influenciado por su fe cristiana y su compromiso con los más vulnerables. La trayectoria de María Eliana Bustos refleja la posibilidad real de integrar las experiencias personales y la formación profesional con el trabajo en las comunidades, generando un impacto duradero en la salud colectiva. Su legado en La Victoria, así como su reflexión sobre los desafíos actuales, son un testimonio de cómo la salud pública puede convertirse en un espacio de transformación social.

El capítulo de Sandra Palestro sobre la vida de Haydée López Cassou reafirma que las mujeres han desempeñado roles protagónicos en la salud pública, no solo como profesionales, sino también como líderes, innovadoras y defensoras del bienestar colectivo, desafiando y transformando los sistemas tradicionales. Palestro demuestra que López Cassou fue una figura pionera y resiliente en la salud pública chilena, destacándose por su capacidad para superar restricciones de género en una época de oportunidades limitadas para las mujeres. A pesar de estas barreras, logró ascender a cargos directivos en hospitales, lo que le permitió participar activamente en la creación y consolidación del Servicio Nacional de Salud. Además, su labor trascendió el ámbito nacional al involucrarse en proyectos internacionales e iniciativas antidictatoriales, reflejando un compromiso social y humanista sin fronteras.

De hecho, otras mujeres también demostraron un liderazgo impresionante, acompañado de un fuerte sentido de colectividad y solidaridad. Las políticas reproductivas y la historia del aborto se presentan como temas de relevancia política bien presentes. Jadwiga Pieper Mooney enfatiza la contribución de Tegualda Monreal a la epidemiología crítica y a la salud pública, destacando su papel en el desarrollo de los derechos reproductivos de las mujeres. Monreal se distinguió por su empatía y cercanía con las pacientes afectadas por la epidemia del aborto; visitaba hogares y conversaba directamente con las mujeres para comprender sus necesidades. Su labor salvó vidas y estableció las bases para las actuales políticas de salud reproductiva en Chile, como la ley de aborto en tres causales (2017). Monreal incluye a las mujeres como protagonistas en el ámbito

de la salud, integrando sus voces y experiencias en la toma de decisiones. Su legado continúa siendo relevante en el Chile contemporáneo, donde los derechos reproductivos mantienen un papel destacado en la agenda sanitaria.

Asimismo, la autora Patricia Junge presenta otros ejemplos de aportes femeninos que han impulsado nuevos enfoques en salud reproductiva y la formulación de políticas. Expone, con gran claridad y gratitud, las contribuciones realizadas por Mónica Weisner Horowitz, reconocida como una pionera en la antropología médica en Chile. Weisner se destacó por investigar sistemáticamente el aborto clandestino entre mujeres de bajos recursos durante la dictadura, utilizando métodos cuantitativos y cualitativos para revelar la complejidad sociocultural de este fenómeno. Además, fundó la primera cátedra de antropología médica en el país y formó a una generación de antropólogas, impulsando un enfoque crítico que vincula la salud con los determinantes sociales. La autora enfatiza su innovación, persistencia y capacidad para transformar la comprensión de la salud pública a través de una mirada interdisciplinaria y comprometida.

Es notable que las contribuciones de Mónica Weisner Horowitz y las de Tegualda Monreal se complementan, ya que ambas abordan la salud reproductiva y el aborto desde perspectivas críticas. Mientras Weisner investiga el aborto clandestino desde una óptica antropológica, ofreciendo una comprensión sociocultural en contextos de represión y silenciamiento, Monreal se centró en la epidemiología crítica y en el diseño de políticas públicas para enfrentar la crisis del aborto y la mortalidad materna. Ambas investigaciones visibilizan las realidades de las mujeres vulnerables y resaltan la importancia de incorporar los determinantes sociales en el análisis y la formulación de intervenciones en salud.

Por último, la trayectoria de Patricia Frenz —primera mujer en dirigir la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile— ejemplifica cómo la medicina social, que concibe la salud como resultado de condiciones económicas, sociales y políticas, se conecta con el enfoque de salud colectiva. Su carrera integra esta perspectiva al diseño de políticas públicas orientadas a la equidad, la justicia social y la participación ciudadana. Frenz combinó su formación en derecho con la medicina y la salud pública para abordar desafíos sanitarios más allá de la atención clínica individual.

Los temas que hemos analizados en este volumen ofrecen una primera muestra de la complejidad y diversidad de las múltiples trayectorias de las mujeres en la salud pública chilena. La presentación de aspectos biográficos de seis mujeres evidencia cómo, mediante enfoques críticos e interdisciplinarios, estas profesionales han reconfigurado las prácticas, los discursos y las políticas sanitarias en contextos marcados por desafíos estructurales. Sus prácticas e investigaciones demuestran que la transformación de la salud pública no se limita a la aplicación de modelos biomédicos, sino que integra la experiencia, la memoria y la participación social en contextos colectivos. Así, las experiencias que presentamos en este volumen testifican la formulación de intervenciones de salud más contextualizadas. Asimismo, ofrecen evidencia de perspectivas de mujeres protagonistas que proponen la evolución de una práctica colectiva de salud y un sistema sanitario que responda a las necesidades de la población.

Referencias bibliográficas

- Albornoz G., Claudia R., Carrillo G., Katya, Vargas V., Victoria, Pedrero B., Pamela, Fernández, Macarena, Fonseca S., Verónica, Pérez S., Lorena, Rodríguez P., Carolina, Rojas R., Karen, Plass D., Ingrid, & Camacho N., Jamile. (2021). Making female surgeons visible in Chile. *Revista de cirugía*, 73(4), 476–482. <https://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492021004976>
- Bacigalupo, A. M. (2007). *Shamans of the Foye Tree: Gender, Power, and Healing among the Chilean Mapuche*. University of Texas Press.
- Citarella et al. (2000) *Medicina y culturas en la Araucanía*, Editorial Sudamericana, Santiago.
- Illanes, M. A. (2006). *Cuerpo y sangre de la política: La construcción histórica de las visitadoras sociales en Chile*. LOM Ediciones.
- Gómez, P. F. (2014). Incommensurable epistemologies? The Atlantic geography of healing in the early modern Caribbean. *Small Axe: A Caribbean Journal of Criticism*, 18(2), 95–107.
- Montecino, S. (1991) *Madres y Huachos, alegorías del mestizaje chileno*. Cuarto Propio, CEDEM, Santiago.
- Montecino, S. & Conejeros, A. (1985). *Mujeres mapuches: el saber tradicional en la curación de enfermedades comunes (No. 2)*. Centro de Estudios de la Mujer.
- Moya, M. G., & Zarate, M. S. (2018). Profesionales, modernas y carismáticas: enfermeras y visitadoras sociales en la construcción del Estado Asistencial en Chile, 1900–1930. *Tempo*, 24, 369–387.
- Rebolledo Espinoza, D. (2020). *Cuerpos en libertad: Representación de la bruja en el mundo colonial del siglo XVII [Tesis Doctoral, Universidad de Chile]*. Repositorio Institucional Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/179226>
- Sepúlveda, C. (2019). *Las mujeres en la medicina chilena: Desde los tiempos de Eloísa Díaz a la actualidad*. *Revista médica de Chile*, 147(9), 1184–1189.
- Zárate, M. S., & del Campo, A. (2021). *Mujeres en Profesiones Sanitarias: fotografías e historia de la salud en Chile del siglo XX*. Cuadernillo FONDART, 1–48.
- Zárate, M. S. (2007). *Dar a luz en Chile, siglo XIX: de la “ciencia de hembra” a la ciencia obstétrica*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Zárate, M. S. (2007). De Partera a Matrona. *Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX*. *Calidad en la Educación*, (27), 284–297.

**No podía ser de otra manera
entonces su actitud frente
a una dictadura militar que
segaba las vidas de miles
de compatriotas y violaba
los valores más preciados
de nuestra convivencia.
Una vez más su inteligencia
y su pasión se pusieron
al servicio de las mejores
causas...**



Haydée López Cassou

Sandra Palestro Contreras

Haydée López Cassou (1927 – 2008). Una mujer consecuente

Haydée López Cassou fue maestra de todas las mujeres que en algún momento tuvimos relación de trabajo y amistad con ella. A veces soltaba retazos de su vida y de sus experiencias en varias latitudes. De a poco fuimos conociendo como su biografía se cruzaba con la historia de su tiempo e influía en las transformaciones que se operaban en el país. Las ideas, los hechos que marcaron el siglo XX los hizo suyos y con su personalidad transgresora abrió nuevos rumbos para avanzar en la vida social, política y cultural de nuestra sociedad.

Su calidad profesional en el campo de la Salud Pública la llevó a ocupar cargos de dirección en hospitales y protagonismo en los cambios que desarrollaba el naciente Servicio Nacional de Salud en Chile. Así también, la instaló en medio del continente asiático, donde abordó con la misma pasión su cometido de salubrista y el conocimiento de esas culturas y los conflictos políticos que las desgarraban.

No podía ser de otra manera entonces su actitud frente a una dictadura militar que segaba las vidas de miles de compatriotas y violaba los valores más preciados de nuestra convivencia. Una vez más su inteligencia y su pasión se pusieron al servicio de las mejores causas. En el Comité por la Paz y luego en la Vicaría de la Solidaridad contribuyó a la defensa de los Derechos Humanos y a la atención directa de víctimas de la represión. Desde allí y en su calidad de médica aportó a la organización de un eficiente sistema alternativo de salud en poblaciones azotadas por la cesantía y la persecución política. Y cuando las mujeres crearon sus propias instancias antidictatoriales, allí estuvo, con sabiduría en la planificación de las acciones y coraje en la movilización callejera.

Consecuentemente, en tanto madre, abuela, amiga, vivió los valores que la animaban, y quienes gozamos su cercanía pudimos aquilatar su solidaridad, su acogida, la solidez de su afecto que traspasaba tiempos y latitudes. Por esto, entre muchas otras razones, necesitábamos que Haydée López hiciera un relato detallado de su vida.

Fue en su cumpleaños 80 cuando, con Elena Bergen, le regalamos el compromiso de escribir su biografía, en un papel simulando pergamino, que mientras ella leía iba dibujando una amplia sonrisa. Todas nos dedicamos a la tarea con entusiasmo, contando también con la participación de Encarnación Moll, transcriptor de los muchos cassettes en que Haydée grabó su vida. Lo que no sabíamos era que su propia personalidad y su calidad de salubrista nos llevaría mucho más allá de lo que habíamos pensado: planificó, organizó, dividió etapas, diseñó la metodología... y nos puso a trabajar, un texto que se convirtió finalmente en autobiografía. He aquí entonces, aspectos de esa vida que se desplegó con todas sus luces frente a nosotras. El relato que se presenta a continuación es parte de una autobiografía, sintetizada y editada en tercera persona, con expresiones textuales, entre comillas, de su autora.

Escuela de Medicina (1945–1952)

Haydée López vino desde Villarrica, ciudad sureña de Chile, a Santiago en marzo de 1945 para matricularse en la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, pero tenía que someterse a un examen de admisión, lo que implicaba la posibilidad de reprobado y, peor aún, las vacantes para mujeres estaban restringidas solo al 10% en cada promoción. La Universidad Católica, en ese tiempo no recibía mujeres, de manera que la única opción era esta universidad, donde fue aceptada.

De una familia campesina y de los internados de monjas en que pasó su infancia, llegaba a la ciudad capital, que tenía tranvías, teléfono, agua potable dentro de las casas, alcantarillado y también correo, telégrafo, diarios, cine y teatro. De la religiosidad que traía de las monjas de su pueblo pasó a una especie de distanciamiento de la iglesia, porque no la sentía cercana a los problemas que iba descubriendo en los hospitales y en la sociedad, más bien se fue incorporando a la lucha social a través de la medicina y del trabajo relacionado con enfermos y hospitales.

Doctora de pueblo (1952–1953)

Con el título de Médica Cirujana llegó a Puerto Saavedra en 1952. Un poblado muy pobre, donde estaba el pueblo mapuche en una etapa de desarrollo y en un ambiente cultural y económico extremo en términos de aislamiento, de pobreza y de falta de interés por la medicina occidental. Eran autovalentes y recurrían a la medicina occidental solamente en casos de accidentes o de enfermedades gravísimas. Había un alto índice de analfabetismo e indicadores sociales y de salud muy deficientes. Se ofrecía mínimos servicios públicos en el pueblo y no había gran desarrollo de las comunicaciones. Junto a ello, se veía el gran desarrollo de los latifundios, que se habían formado a partir de cesión u ocupación de tierras mapuche, y en los cuales destacaban dos de producción lechera. En ambos había explotación y una dramática situación de salud de los trabajadores. Haydée quedó impresionada por el alto índice de mortalidad y morbilidad derivada de la desnutrición infantil, porque ambos fundos eran productores de leche.

En 1953 se trasladó a Pitrufrquén, pueblo que había tenido una cierta importancia y comunicaciones más expeditas. Había un hospital, con unas 20 camas, en el que capacitaba al personal para mejorar la atención, y un consultorio en el que impartía educación sanitaria, con las mamás principalmente. Pitrufrquén había sido por años una especie de frontera entre la República de

Chile y la resistencia mapuche, y hasta allí habían llegado las oficinas del Ministerio de Tierras y Colonización, muy importante, porque hacía las redistribuciones y las fijaciones de límites en las propiedades agrícolas, y los cambios legales o ilegales de las tierras mapuche a manos chilenas.

En este territorio desarrollaba sus primeros pasos como médica, cuando la autoridad provincial de salud le ofreció un trabajo en la Unidad Sanitaria de Temuco, que ya correspondía a los cambios que empezaba a introducir el Servicio Nacional de Salud en la ciudad capital de la provincia.

El Servicio Nacional de Salud (SNS), 1952

Haydée López se integró al primer equipo de médicos en la etapa de creación y organización del Servicio Nacional de Salud (SNS), desde que se tituló en 1952, hasta 1971. Fue un privilegio para ella haber recorrido este camino porque, según muchos médicos, fue la edad de oro de la Salubridad en el país.

La instauración del SNS fue impulsada por una élite médica e implementada por el grupo de médicos salubristas que empezaron a cambiar la enseñanza y la organización de la salud pública desde el año 1952. Una de las metas incorporadas en la Ley fue organizar un Servicio Nacional refundiendo varios de los servicios que prestaban atención médica y establecer su reglamentación.¹ “Había una gran variedad de servicios que fraccionaba a la familia y a la persona. El obrero tenía derecho en el Consultorio del Seguro, pero no era beneficiario legítimo en La Beneficencia. La señora del obrero, si estaba casada tenía derecho a la atención prenatal en el Seguro, pero si no lo estaba o si era la esposa de un campesino no afiliado al Seguro Obrero, no tenía ningún tipo de cobertura ahí, y tenía que ir al hospital. Los niños según la edad que tuvieran o iban al Consultorio del Seguro o iban a PROTINFA o los tomaba la Sanidad. Es decir, había una disociación de la persona y de la familia en cuanto a los lugares de atención y también una disociación de las distintas funciones u objetivos que tiene un sistema de salud”.

Simultáneamente se creó el Colegio Médico y se definió el Estatuto Médico Funcionario; también se había creado la Escuela de Salud Pública, de manera que se había preparado a profesionales que pudieran conducir este nuevo servicio. Pero el cambio fundamental era en la concepción de la salud, se trataba de instaurar un enfoque más integral, de promoción, protección y curación, bastante nuevo en el mundo. “Este grupo de médicos creó y puso en marcha los programas de atención materno-infantil, control de embarazo, parto en hospitales, la vacunación de las y los niños, la alimentación infantil. Puso en marcha los programas de tuberculosis, agilizó y dio sentido a los programas de control de enfermedades venéreas. Cambió la organización de los hospitales, empezó a introducir elementos de participación con los trabajadores de la salud y los profesionales. Fue un trabajo arduo el que desarrollaron los directores locales del SNS, una posibilidad de crear desde la nada”. Haydée recordaba con admiración a estos “héroes y pocas

1 Relato de Haydée López. El Servicio de Salubridad Pública, se preocupaba principalmente de las acciones de protección de la salud, es decir, mejoramiento del ambiente y de todas aquellas situaciones que previenen la enfermedad. Otra institución era la Beneficencia Pública, que reunía esfuerzos de la caridad privada y del Estado. Creó una red de hospitales en las grandes ciudades de todo el país y además tuvo el mérito de ser el foco de la docencia de las tres universidades existentes: de Chile, Católica y de Concepción. Existía el Seguro Obrero Obligatorio que incluía, por un lado, la previsión social y, por otro, el servicio médico para quienes estuvieran afiliados: obreros, esposas e hijos hasta los dos años. Fundaba su quehacer en la atención ambulatoria y a ella sumaba algunas inquietudes de prevención o de fomento de la salud. El Servicio de Protección a la Infancia (PROTINFA), un servicio de protección infantil que se sumaba a servicios menores, como era el Servicio Médico de Ferrocarriles y los servicios médicos de algunas municipalidades. Atendía a los hijos de los obreros después de los dos años y a los niños en general sin una atención de tipo preventivo, que se centró en la atención preescolar y escolar principalmente.

heroínas, porque las mujeres no nos atrevíamos mucho todavía o no nos dejaban atrevernos, en estas esferas directivas que echaron las bases del Servicio Nacional de Salud en el país”.

Lamentablemente, el SNS fue sepultado en 1979, durante la dictadura cívico militar, para transformarse en el Sistema de Servicios de Salud, que ha tenido distintas etapas en el camino de desmembrar, debilitar y llevar a una posición secundaria al sistema estatal de salud.

Unidad Sanitaria de Temuco (1953)

Las Unidades Sanitarias, que ya tenía un antecedente en 1942, desde 1948-49 jugaron un papel importante en la puesta en marcha del SNS como planes piloto en distintos sectores. Tenían a cargo un sector geográfico determinado, y toda la población de ese sector era el foco de su atención. Allí se les ofrecía un programa que ahora se llamaría de atención primaria, pero bastante más integral. Incluía varios Programas, entre ellos el Materno-Infantil, de Epidemiología, de Saneamiento Ambiental y Control de Alimentos, y todos tenían dos líneas comunes: educación sanitaria y nutrición.

El criterio de salud pública que introducen las unidades sanitarias es el de programación, en lugar de campaña, es decir, mantener un cierto porcentaje de la población protegido con vacunación o con control, de manera que los problemas no se produjeran. Ese criterio, se sumaba a la aparición de algunos personajes nuevos en los servicios de salud: nutricionista, educador sanitario, inspector sanitario, ingenieros y veterinarios, matronas y, luego, las enfermeras.

La enfermería no era solo una técnica de poner inyecciones y hacer curaciones, como lo hacían los practicantes, a ellas agregaban técnicas de examinar a los enfermos y, en los niños, la vigilancia del desarrollo psicomotor; técnicas de educación individual y grupal y, además, tenían una buena formación en administración de servicios. Ellas sabían organizar, y lo hicieron antes que los médicos salubristas; organizar los servicios, disponer turnos, abastecimiento, horarios de atención, normas técnicas para el trabajo. Un campo nuevo que fue poco entendido y muy resistido.

El cargo que ocupó Haydée López en esta Unidad Sanitaria fue el de Epidemióloga, para el cual no estaba preparada, pero podría hacer una práctica allí y al año siguiente tendría asegurado el ingreso al curso de Salubridad dictado en Santiago.

Todo el año 1953 estuvo en la Unidad Sanitaria de Temuco, y allí aprendió la práctica de la Salud Pública con una maestra inesperada: Nolfá Larrea, enfermera jefa de la Unidad Sanitaria, una de las personas que le proporcionó capacitación en metodología de trabajo en Salud Pública. Poco después la Unidad Sanitaria quedó sin director y Haydée fue nombrada directora, “entonces puse en práctica lo que Nolfá me había enseñado y lo que mi buen criterio fue diciendo, a lo que agregué el estudio de todos los escritos y programas que había dejado el director anterior, un destacado salubrista”.

Escuela de Salubridad (1954)

“El año 1954, fue un año muy importante para mí, porque se materializaron dos decisiones: una, optar por la Salud Pública y, otra, importantísima, tener un hijo”. Se trasladó desde Temuco a Santiago para hacer el Curso Principal de la Escuela de Salubridad, y a interiorizarse en disciplinas que no conocía, entre ellas Administración del Servicio de Salud y Administración Sanitaria. La Administración era una herramienta vital para ordenar los recursos humanos y materiales hacia fines formulados en las políticas globales de salud, que eran lograr el bienestar de la población, partiendo por las urgencias de reducir la alta mortalidad, particularmente infantil, e ir disminuyendo la morbilidad por enfermedades que se podían prevenir.

El curso incluía intensas jornadas y visitas de terreno, a fábricas de alimentos, a instalaciones de agua potable, a los hospitales. La Administración Hospitalaria, desde el principio le interesó como subespecialización, y para ello debía hacer una práctica intensiva, la cual realizó en el Hospital San Juan de Dios en Santiago. Allí tomó la decisión de dedicarse a los hospitales, lo que motivó su presentación a un concurso de cargos.

Así llegó a una Dirección de Centro de Salud (antes Unidades Sanitarias), para ser Directora del Hospital de San Fernando y de un sector de la población, un Departamento de la Provincia de Colchagua, en la zona central del país.

Directora del Hospital de San Fernando y mamá (1955)

Era el Hospital Base del Centro de Salud, tenía unas 70 camas. Había un Hospital de Beneficencia y el Consultorio del Seguro Social. El desafío principal era fusionar los servicios, ampliar el margen de atención hacia el control preventivo y captar a la población objetivo, sin ningún requisito. Los médicos eran doce para todo el hospital y aquellos que vinieran de sectores rurales. Con algunos médicos jóvenes empezó a implementar turnos de residencia, que cubrieran la atención de enfermos internos o de los que pudieran llegar en la noche, hábito que no existía antes. Así también, como parte de la extensión al ámbito preventivo, inició en San Fernando los primeros Programas de Vacunación.

En 1955, Haydée se presentó a concurso para dirigir el Hospital de Rancagua, porque era un Centro de Salud y un Hospital más grandes, con más recursos. En el Consejo que decidía los nombramientos había un senador conservador, encarnizado opositor de los nuevos directivos del Servicio, “quien se oponía a mi nombramiento por ser mujer y demasiado joven para dirigir un hospital”. También ese año nació su hijo Rodrigo, sin embargo, ni el hecho de ser mujer ni la maternidad fueron obstáculos para continuar su camino de servicio y desarrollo profesional.

Directora del Hospital de Rancagua (1958)

El trabajo en el Hospital de Rancagua fue muy diferente al anterior. De ese modo de vida y de esa cultura colonial de San Fernando, pasó a una vida más urbana, donde no predominaba el campesinado sino los obreros y los empleados que iban y venían de la mina de cobre en Sewel. Rancagua era una ciudad satélite de la gran minería.

El Hospital tenía alrededor de 150 camas. Servicios básicos, un consultorio más grande, con más afluencia de personas y servicios de apoyo con especialistas: servicio de rayos y un laboratorio. Ya se avanzaba en tener un hospital, no más moderno, pero con más apoyo al trabajo clínico. También el trabajo de Salud Pública se había iniciado con sus antecesores y no tuvo que empezar de cero. Todos los programas estaban funcionando.

Esto se unió con que en 1958 fue elegido Presidente de Chile Jorge Alessandri Rodríguez, en cuyo gobierno conservador se intentó intervenir la autonomía del SNS. Dejó como interinos a todos los directivos que habían ganado concursos, lo que motivó que el año 60 se tuvieran que presentar a concurso en otros lugares. Haydée se presentó para la Dirección de Hospital y Área Hospitalaria de Temuco.

En menos de dos décadas, desde que ingresó a la universidad, Haydée experimentó cambios importantes en su vida. En primer lugar, adecuarse a una ciudad que abría múltiples posibilidades en el plano cultural, tanto por las variadas alternativas de medios y tecnología, como de amistades que habitaban mundos más amplios del conocimiento. Se enfrentó a grandes reflexiones internas en el plano de su fe y devoción cristiana, producto de la realidad de pobreza, margi-

nalidad y dificultades que vivían sectores de la población. Con la Iglesia Católica se reencontró a raíz del Concilio Vaticano II y la teología de la liberación que se abría camino en América Latina, lo cual le hizo avanzar desde una religiosidad individual, a una que le hacía exigencias de tipo social. En el plano profesional, hizo suya la visión que orientaba al SNS y fue pionera en implementarla en sectores que convivían con el sistema antiguo, convirtiéndose, además, en la primera mujer en ocupar un cargo de Dirección de Hospital. “Entre 1910 y 1960 se habían titulado en la Universidad de Chile 464 Médicas y 4 Especialistas en Salubridad”.² También, por su sensible apreciación de la realidad, sintetizaba sus aprendizajes afirmando: “el enfermo hospitalario enseña mucha humanidad, además de patología clínica más compleja, en cambio el enfermo ambulatorio es un profesor de sociología, da una visión de la enfermedad inserta en una realidad familiar o social. Son dos aprendizajes distintos”. Por este devenir, es impensable separar la vida de Haydée de los cambios que se operaban en esos tiempos, y tampoco de la especialidad que eligió, a la que se dedicó con pasión y compromiso total.

Directora del Hospital de Temuco (1960)

Ganó el concurso porque estaba imbuida de las orientaciones del SNS, tenía el Curso de Salubridad y años de experiencia directiva en San Fernando y Rancagua. Debía asumir el cargo en Temuco el 1º de junio, pero el 21 de mayo de 1960 se produjo el gran terremoto en Chile, que afectó principalmente a esa zona del país, por tanto, debió asumir inmediatamente la dirección del Hospital. “Llegar a Temuco después de un terremoto, significó encontrarme en medio de un ánimo generalizado de fatalidad, la gente estaba en estado de shock en la comunidad, en los pueblos costeros y en el Hospital mismo. Por eso, mi primera preocupación al asumir la dirección del Hospital fue enfrentar esta situación de angustia, de pánico colectivo”. Había que acondicionar el Hospital para recibir pacientes que llegaran a consecuencias del maremoto, pero el flujo desde los lugares afectados no fue grande, porque los daños fueron muerte, gente que se la llevó el mar y daños de salud mental. Hubo que organizar equipos de emergencia que fueran a ver a las personas a sus localidades, equipos con enfermera, auxiliar, cirujano y traumatólogo.

Era más necesario el apoyo en los albergues en Temuco, donde había llegado la gente evacuada de los lugares afectados. Allí, las enfermeras de salud pública pusieron en acción su talento de organización y de trabajo con una comunidad: la población alojada asumía el manejo del albergue; la cocina, el aseo, la organización del policlínico, todo lo asumían las mismas señoras damnificadas, y el personal iba a entregar orientación, organización y elementos técnicos, tales como vigilar la preparación de las mamaderas, abastecer los lugares de colchones, frazadas, material de aseo y medicamentos, y tratamiento cuando fuera necesario. Esta participación de la comunidad afectada en la organización y manejo del albergue, tenía la ventaja de no sacar más personal del Hospital y, también, que las personas afectadas se involucraban en las acciones de su propia permanencia allí, lo cual les reportaba una especie de terapia ocupacional que aminoraba los conflictos. Al cabo de dos o tres meses volvieron a sus lugares de origen, a poblaciones de emergencia.

Al lado de este Hospital pobrísimo, se seguía construyendo aceleradamente después del terremoto el nuevo Hospital, al que se mudaron el año 63. “Llegaron las enfermeras, algunas nuevas, como la señora Adalia Mora que fue la enfermera jefa, estrecha colaboradora en mi trabajo y juntas organizamos, ella el servicio de enfermería y yo el Hospital”.

2 Klimpel, Felicitas (1962). La mujer chilena. (El aporte femenino al Progreso de Chile) 1910-1960. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile.

La inauguración del Hospital se hizo para el aniversario de la fundación de Temuco, en febrero del año 1963, con participación de autoridades regionales, del personal del Hospital y el Decano de la Facultad de Medicina. “Empezó a caminar el Hospital, a crecer en número de profesionales y también a desarrollarse las especialidades. Un avance importante fue contar con Psiquiatría y el desarrollo de algunas especialidades claves, como Neonatología. También subespecialidades quirúrgicas, como cirugía de tórax y cardiovascular. El Hospital se empezó a poner “faldas largas” y a ser un Hospital que tenía un buen nombre en Chile”.

El sur del país, a raíz del terremoto, también había ganado visibilidad y empezó el interés de profesionales por llegar a esta zona, situación que en el SNS ya correspondía a políticas de incentivo para que médicos jóvenes fueran a provincias, los Médicos Generales de Zona.

“Estas políticas consistían en estimular la contratación de profesionales para lugares que carecían de médico o que tenían sólo uno, con asignaciones económicas especiales y con casa en el lugar de trabajo. Al cabo de tres años en los lugares más inhóspitos y cinco en los más agradables, el SNS les mantenía la misma remuneración en Santiago, para que hicieran su especialización en “especialidades en falencia” o en las de mayor demanda. Eran políticas públicas y de salud planificadas, no mediadas por la oferta y la demanda del mercado. Este médico general de zona quedaba también inserto en el sistema que se llamó de Regionalización Docente y Asistencial”.

En este período, alrededor del 64 al 70, la Universidad de Chile se planteó una descentralización y creó Colegios Universitarios Regionales en distintas provincias; Temuco fue de los primeros. Además de llevar la universidad a provincias para favorecer a egresados de humanidades de menores recursos, estos colegios universitarios pretendían cambiar el tipo de profesionales que se estaba formando. Profesiones más cercanas a la problemática de las regiones y de menor costo y duración. Lo que resultó fue una descentralización de la educación superior hacia provincias, que cambió el panorama de la educación superior y benefició a los servicios de salud al mejorar el número de profesionales de enfermería, tecnología médica, nutrición, servicio social y más tardíamente medicina.

El Hospital Base era el centro de un área en la cual se tenía que desarrollar integralmente la promoción, protección y recuperación de la salud. Por esto, el Hospital de Temuco, su directora, sus jefes de servicios, sus profesionales, eran responsables del Hospital y también de apoyar el trabajo asistencial y docente de los hospitales y servicios que estaban en el área. Esta doble función constituyó la Regionalización Docente y Asistencial. Haydée solía decir “El Hospital de Temuco, por mucho tiempo lo consideré mi hospital”. Años después afirmó, “los hospitales son de la historia, son de la gente que trabaja en ellos, de todos, no de los directores, y son también de los propios enfermos, que quizás tienen cosas más profundas y más dramáticas que contar. El Hospital de Temuco fue el fruto del trabajo, no sólo mío, sino de un colectivo, de un grupo de personas que nos fuimos juntando por la voluntad de Dios o por azares del destino y que llegamos a transformar una realidad asistencial de tal forma que ha mantenido un nivel de trabajo, un nivel de calidad técnica bastante importante hasta la actualidad”, así mismo dijo “las políticas de desarrollo regionalizado fueron posibles porque el sistema de salud era solidario, no tenía que cumplir con metas económicas de la manera que ahora cada hospital controla y vigila su presupuesto. Existía la necesidad del punto de vista de lo que el enfermo requería, y el financiamiento no provenía del enfermo sino del sistema de salud”.

En 1971, algunas discrepancias con autoridades de salud la hicieron tomar la dolorosa decisión de renunciar a su cargo y a diecisiete años en el SNS. Luego, se dedicó a la docencia en Salud Pública en la Universidad de Chile y en la naciente Escuela de Medicina en Temuco.

En esta década en la dirección del Centro de Salud y Hospital de Temuco, Haydée pudo desarrollar en plenitud su ejercicio profesional. Había llegado al lugar que le permitió desplegar su vasta formación, procesos de desarrollo en la comunidad, trabajo en equipos y, lo que era tan suyo, amistad.

Esa vocación de servicio, que venía cultivando desde antes de ingresar a la Escuela de Medicina, le permitió superar los obstáculos y discriminación impuestos por la cultura por ser mujer. Cada impedimento la impulsó a redoblar esfuerzos para lograr los objetivos de salud pública, que compartía plenamente. Con ello motivó a las mujeres, a las “que no se atrevían o no las dejaban atreverse”, a buscar nuevos horizontes, comprendiendo sus dolores, compartiendo sus conocimientos y la sabiduría de su experiencia. Sin embargo, la vida le deparaba nuevas lecciones y desafíos.

Dictadura 1973 –1990

“Uno de los cambios grandes que he tenido en la vida fue el que me produjo el 11 de septiembre de 1973. Algo espantoso había pasado en mi país. En Temuco empezaron a pasar cosas terribles, empezó a morir gente cercana a mí y algunos perseguidos llegaban a refugiarse en mi casa. Lo más duro fue ver cómo se desmembró el equipo de trabajo y de amistad que había tenido en Temuco. Hubo personas asesinadas o desaparecidas, y los que quedaron vivos, algunos fueron detenidos, otros perseguidos y tuvieron que salir al extranjero”.

Llegó al Comité por la Paz, acompañando a la viuda de un médico, por el asesinato de su marido, y se dio cuenta que había necesidad de personal para ayudar. En el Comité no había atención médica y su misión estaba poco definida, abrían caminos en la medida de las necesidades de quienes llegaban: dar apoyo afectivo y de salud mental a personas que venían enfermas física y mentalmente, la mayoría debido a torturas.

El Comité por la Paz, por presiones de la dictadura, tuvo que cerrar en 1975, y se creó la Vicaría de la Solidaridad para atender las necesidades de la población. Había mucha gente cesante y aumentaron los problemas de salud, eso hizo que la iglesia en Santiago se planteara, a través de la Vicaría, abrir consultorios en sectores poblacionales. “Así pasé de la salud mental a la administración de salud pública, porque levantamos muchos consultorios y policlínicos en distintas zonas de Santiago. Toda esta red periférica después se complementó con una atención en el local mismo de la Vicaría, orientado al apoyo de la Agrupación de Familiares de Detenidos-Desaparecidos y también a las personas que salían de los múltiples lugares de detención”. Más adelante, el policlínico de la Vicaría, junto con la Fundación de Ayuda Social de las Iglesias Cristianas (FASIC), fueron lugares de atención para los heridos de las protestas que había en Santiago.

El trabajo de salud solidaria en poblaciones le reportó profundas lecciones, entre ellas lo que es la educación popular y haber estado codo a codo con el pueblo en la realización de un trabajo. “La educación en salud nace del propio conocimiento y la participación de las personas y no solamente de los paradigmas que podamos aportar los profesionales”.

Esto debió ser un aporte relevante para la salud pública chilena, porque en momentos dramáticos puso en práctica las ideas que abrazó en todos sus cometidos, entre ellas la integralidad: los profesionales, con la comunidad, haciéndose cargo de los aspectos sanitarios, nutricionales y de atención de salud en su propio contexto.

Consultorías internacionales

El otro camino de servicio fue su trabajo con la Organización Mundial de la Salud, con UNICEF, con la GTZ, agencia alemana, y con tantos otros grupos con los cuales recorrió algunos lugares de América, Europa y Asia, entre el año 76, con intervalos variados hasta el año 91. Aprendió lo que es la diversidad, las diferentes religiones, pueblos y culturas distintas, y también encontró a otros maestros, héroes y heroínas de la salud.

A principios del 75 fue contratada por la OPS para organizar un nuevo hospital que se estaba construyendo en Ciudad de Panamá. Luego, la llamaron de Ginebra a una entrevista para consultores en el Sudeste Asiático, así llegó a Indonesia.

Indonesia

Se instaló en el Departamento de Planificación. El trabajo consistía en asesorar a los médicos y a algunos funcionarios administrativos, estadísticos y contadores, en la formulación de sus planes quinquenales de salud.

“Lo primero que se presenta en un mundo de trabajo tan distinto del propio es una realidad, que está ahí y que desafía a aclararla, a conocerla, a hacer el diagnóstico, dicho en Planificación. Al hacer ese diagnóstico, uno puede quedar indiferente o, por el contrario, verse comprometido a tratar de cambiar esa realidad de carencia o de injusticia. Para tomar esta opción, creo que hay un requisito indispensable: desarrollar un cariño, un amor por esas personas o por esa sociedad a la que uno llega. De otra manera el trabajo puede ser hasta negativo”.

“La realidad del Sudeste Asiático es de enfermedades para las cuales no hay una prevención clara ni un tratamiento eficaz. Esto porque son enfermedades ligadas a la miseria, que no sólo se refieren a la falta de ingresos, de trabajo o de educación, sino también a condiciones ínfimas de higiene ambiental, de vivienda, de alimentación. Uno podría ponerse a llorar sencillamente en la puerta del país, pero es indudable que aún frente a ese panorama hay cosas que se pueden hacer”.

Había que ponerle número, distribución geográfica y prioridad a los distintos problemas que allí había, desarrollar un sistema de informática e ir capacitando a distintos estamentos del Sistema de Salud, para diseñar programas tendientes a modificar ese diagnóstico. “El último período en Indonesia fue el más fructífero desde el punto de vista profesional, creo que ayudé a aterrizar los programas y planes de salud. Desde luego a precisar diagnósticos y a priorizar algunos de los problemas”.

Además de la consultoría en Indonesia, trabajó en breves consultorías en América. En 1986, para evaluar el desarrollo de programas de atención primaria rural que estaba financiando la G.T.Z. en Paraguay. Luego, una consultoría en Guyana, para rediseñar el Sistema de Salud, tendiente a desarrollar una red periférica de atención primaria, desde las dos grandes ciudades, Georgetown y New Amsterdam. En Ecuador fue invitada por la Asociación de Médicas, que estaban discutiendo temas polémicos entonces y ahora: Planificación Familiar, Promoción de la Mujer, Salud Sexual y Reproductiva. Estas consultorías cortas fueron en el tiempo en que comenzaba su trabajo en el Colegio Médico, como dirigente gremial.

Kampuchea

Estuvo dos veces en Camboya, entre los años 88 y el 89. En ese tiempo el nombre del país era el autóctono, Kampuchea, y ahí llegó por una consultoría para UNICEF. Su misión fue definir, con el Ministerio de Salud, las políticas generales que querían implementar en sus programas de salud; elaborar un catastro de actividades que se estaban realizando y de recursos existentes a nivel local, a fin de obtener información básica para la programación.

“La situación en Salud era de miseria en cuanto a recursos profesionales, había escasez de médicos, enfermeras y personal auxiliar de enfermería o de otras profesiones médicas. Lo mismo ocurría en educación y en agricultura. En algunas partes se habían conservado los edificios de los hospitales, como en Phnom Penh, pero en las localidades rurales había modestos consultorios de atención primaria, que servían, pero no estaban equipados ni tenían medicamentos ni contaban con el personal indispensable”.

El resultado de su trabajo, desde la base hasta los niveles provinciales, fue una propuesta para el gobierno y para UNICEF, de Diseño del Sistema de Salud, considerando no sólo el Nivel Primario, como había sido la idea inicial, sino también las funciones, la dotación y el funcionamiento que debían tener el Nivel Distrital y el Nivel Provincial, incluidos los hospitales.

También en los años 80, se incorporó a la actividad gremial del Colegio Médico; la idea era defender el SNS, promover la Salud como un derecho de toda la población y sumarse al movimiento social para recuperar la democracia.

En esos años se integró el movimiento Mujeres por la Vida, constituido por mujeres de todos los sectores políticos que empezaban a aglutinarse en la acción colectiva antidictatorial. En este grupo se sintió muy identificada, participó activamente y, como ocurrió en todos sus desempeños, compartió sus ideas, planificó, movilizó y creó vínculos de amistad para siempre.

Finalmente...

Esta sintética narración de su vida permite apreciar a una mujer integral, madre, amiga, médica, directora de hospital, consultora internacional, siempre la misma, sólida en sus valores.

Fueron tres caminos por los que transitó su vida, “mis grandes alamedas” los llamó: la maternidad, su relación con Dios y el servicio a los demás. Durante su vida fueron integrándose estos planos, ya no estaba la parte profesional, por un lado, la parte social y política por otro, tampoco el mundo privado ni su creencia religiosa. Estaba todo juntándose y ella no sabía si era producto de su propia madurez o si era algo que simplemente les ocurría a todos.

A mí me maravillaba escucharle decir que el proceso de integración de nuestros mundos va confluyendo en una tónica común, en moverse siempre hacia un objetivo, un fin que no se contraponen entre intereses personales, profesionales, sociales y políticos, que todo va circulando por un mismo riel. Eso se llama consecuencia y así fue su vida.

Referencias bibliograficas

- Klimpel, Felícitas (1962). La mujer chilena. (El aporte femenino al Progreso de Chile) 1910-1960. Editorial Andrés Bello. Santiago de Chile.
- Gattini, César. (2018). Observatorio Chileno de Salud Pública. www.ochisap.cl
- Ministerio de Salud. Hitos de la Salud Chilena. www.minsal.cl
- Illanes O., María Angélica. (1989) Historia del movimiento social y de la salud pública en Chile: desde 1920 al Frente Popular: capitalismo trágico y estado asistencial. Santiago: Colectivo de Atención Primaria.
- Gaete Lagos, Jorge. (2010). Carlos Molina Bustos. Institucionalidad Sanitaria Chilena 1889-1989, Santiago, LOM Ediciones.

Equidad, justicia y participación son términos que se articulan en la reflexión académica, política y social de Patricia Frenz Yonechi, primera académica mujer en dirigir la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile; ello no debiera extrañarnos si atendemos a su formación como abogada y luego, como médica y salubrista.



Patricia Frenz

Tania Alfaro y Ximena Sgombich

Patricia Frenz¹. Salubrista y precursora del derecho a la salud

Equidad, justicia y participación son términos que se articulan en la reflexión académica, política y social de Patricia Frenz Yonechi, primera académica mujer en dirigir la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile; ello no debiera extrañarnos si atendemos a su formación como abogada y luego, como médica y salubrista².

Patricia Frenz nació un 20 de agosto en Estados Unidos. Estudió derecho en New York University, donde se graduó en 1980. Ahí conoció a Jorge Schaulsohn, chileno, con quien contrajo matrimonio y al que acompañó en su regreso a Chile. Conmovida por la situación política y social del país, ingresó a la carrera de Medicina en la Universidad de Chile al tiempo que apoyaba de manera activa la lucha en pro del retorno a la democracia. Se tituló como médica en 1988. Como señalara un amigo y colega, Patricia Frenz “había llegado a Chile por amor... para hacer algo útil había estudiado medicina y después especializado en salud pública...”(Infante, 2019). La sinergia entre ambas profesiones, derecho y medicina contribuye a explicar la clara articulación de problemáticas como la equidad en salud, la justicia y la participación social en el transcurso de su carrera.

1 El presente artículo se ha elaborado en base a una revisión de publicaciones, materiales de difusión, comunicaciones institucionales y entrevistas realizadas a la Dra. Frenz e, informalmente, a solo algunos de sus colaboradores. No pretende ser exhaustiva pues el legado de Patricia Frenz es aún más amplio y aborda otras áreas no desarrolladas en este artículo, como son la salud ocupacional y la atención primaria en salud, entre otras.

2 Patricia Frenz fue Médico Cirujano de la Universidad de Chile, Doctora en Salud Pública de la misma casa de estudios y abogada Juris Doctor de New York University de Estados Unidos.

Aún con un fuerte vínculo profesional³ y personal con los Estados Unidos, la Dra. Frenz siempre demostró un compromiso firme con la salud pública de Chile y contribuyó sistemáticamente al desarrollo de políticas públicas para nuestro país, así como para el resto de Latinoamérica.

Desde muy temprano Patricia Frenz inició su carrera en el área de salud pública, trabajando como epidemióloga del Departamento de Salud Ocupacional y Contaminación Ambiental del Instituto de Salud Pública de Chile. Fue también asesora del director ejecutivo de la Comisión Nacional de Medio Ambiente y consultora nacional de salud ambiental de la Organización Panamericana de la Salud en Chile. Su trayectoria, sin embargo, estaría marcada por su participación en los procesos que llevaron a establecer el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) durante el proceso de Reforma de la Salud en 2005. En ese contexto integró la Comisión de la Reforma de la Salud en el Ministerio de Salud como epidemióloga y luego fue la encargada de poner en marcha la Secretaría Técnica de la política GES, en la, hasta ese momento, Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud: "...mostró ahí todas sus cualidades de trabajadora incansable y gran negociadora. Todos los obstáculos los enfrentaba con enorme calma, con una sonrisa giocondina y una solidez de argumentos que permitían avanzar hacia la meta..."(Infante, 2019).

Siendo asesora de la Subsecretaría de Salud Pública, el año 2005 Frenz publicó un artículo relativo a los desafíos en salud pública de la Reforma de Salud (Frenz, 2005). En él, así como en muchas de sus publicaciones posteriores(Frenz, 2011; Frenz et al., 2014; Frenz & Titelman, 2013; Frenz & Vega, 2010; Vega & Frenz, 2015), se hace referencia a conceptos fundamentales en el desarrollo de políticas públicas en salud, con miras a lograr la cobertura universal: la "equidad en salud", "la intersectorialidad" y "la participación social", todo ello siempre ligado al concepto de justicia social. Para Frenz, *"la preocupación por la equidad llevaría a una mayor aproximación a las ciencias sociales y el análisis interdisciplinario de los procesos sociales subyacentes"*. En el mismo texto, señala: *"Nuevo o histórico, el reconocimiento de la importancia de la equidad en salud y la necesidad de abordar los determinantes sociales de la salud son fundamentos para llevar el compromiso histórico de la salud pública con la justicia social a proyecciones más allá de los ámbitos tradicionales"* (Frenz, 2005). Para ella, la Reforma era un momento propicio para ampliar las acciones de salud pública (Frenz, 2005), es decir, maximizar los campos de acción de la salud pública mucho más allá de la salud, donde la salud y la equidad deben constituirse en objetivos colectivos de los diferentes sectores de los gobiernos y de la sociedad civil, trascendiendo a los dictámenes del área de salud.

En 2008, Frenz ingresó como académica a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile. En continuidad a su desarrollo académico, estudió el Magister en Salud Pública de la misma casa de estudios, graduándose con una tesis titulada "Indicadores para evaluar el derecho social a la salud en Chile". En ella seguía manifestando su interés en el proceso de la reforma de salud, desarrollando y aplicando un instrumento basado en el marco internacional de los derechos sociales para evaluar el progreso en la realización del derecho en Chile post-Reforma. Siguiendo

3 Por ejemplo, fue investigadora principal de los estudios de caso de Chile en los proyectos "No decision about me, without me. Learning from international experience on approaches to community power, participation and decision-making in health" y "Learning from Promising Primary Care Models 2014", liderados por Rene Loewenson y Sarah Simpson del Training and Research Support Center (TARSC), financiados por la Charities Aid Foundation del Robert Wood Johnson Foundation. Sus objetivos fueron, respectivamente, reunir evidencia sobre prácticas promisorias de participación ciudadana auténtica en sistemas de salud de varios países y compartir los hallazgos con equipos de Estados Unidos, para generar diálogos y redes de intercambio, e identificar aprendizajes del modelo de práctica de atención primaria de Chile y otros tres países para informar las políticas de salud de los Estados Unidos.

con su carrera profesional, Patricia Frenz desarrolló diversos trabajos en el área de equidad y sistemas de salud⁴ y se desempeñó como asesora de la Subsecretaría de Salud Pública e integrante de la Secretaría Técnica de Determinantes Sociales de la Salud del Ministerio de Salud. Sobre este último trabajo, en el contexto de la agenda “Los 13 pasos hacia la equidad” del Ministerio de Salud, fue coordinadora, junto a la Dra. Orielle Solar, de la iniciativa para el rediseño de programas de salud pública desde la perspectiva de determinantes sociales y equidad, realizada en conjunto con seis programas del Ministerio de Salud (Salud de los Trabajadores, Programa de Salud Cardiovascular, Salud de la Mujer, Salud del Niño y Niña, Salud Oral, Marea Roja) (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Dicha experiencia sirvió para el diseño de metodologías de capacitación en el proceso de formación en integración de determinantes sociales y equidad en estrategias, programas y actividades de salud en España, proceso conducido por las Dras. Jeanette Vega y Orielle Solar (Koller et al. 2015; Merino Merino et al. 2013). Tras el éxito de esa experiencia, Patricia Frenz colaboró en el examen al programa nacional de salud reproductiva y sexual del adolescente para Nepal, de la iniciativa Innov8⁵, “para examinar cómo los programas nacionales de salud pueden atender mejor las cuestiones de equidad, género, derechos humanos y determinantes sociales de la salud...” (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Posteriormente, y dado su trabajo previo y el de la Dra. Solar en la conceptualización y autoría del enfoque en Chile (Organización Panamericana de la Salud, 2017; Solar & Frenz, 2017), trabajaron juntas por encargo de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el manual definitivo de la experiencia Innov8, participando como asesoras y facilitadoras en los pilotos. Este enfoque pretendía contribuir al logro progresivo del “derecho a la salud mediante el mejoramiento del desempeño de los programas, la participación de las poblaciones afectadas en la toma de decisiones y la resolución de las inequidades para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio” (Organización Panamericana de la Salud, 2017). Sin duda este desarrollo influyó su trabajo posterior, el que, sumado al conocimiento adquirido en el proceso de reforma la llevó a orientar su reflexión hacia la vinculación entre el derecho a la salud y la profundización en el estudio de los determinantes sociales de salud en Chile.

Tomó fuerza en su análisis la perspectiva de los determinantes sociales, que evidencia sistemáticamente las desigualdades y sus efectos en la salud de las personas, sus familias y comunidades. La relación entre las personas y los sistemas de salud es prefigurada por los derechos que las asisten a la hora de requerir atención sanitaria. En este marco, el derecho a la salud y a la atención de salud para Frenz se entiende como incremental y ajustado a las potencialidades de desarrollo de los individuos: “el derecho se enfoca al máximo derecho de salud alcanzable, que no es el saludable, pero abre esta perspectiva de que algunas personas que tienen más necesidad puedan requerir más. También reconoce que eso cubre determinantes de la salud y la atención de salud, y estos aspectos de accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad, estabilidad y calidad. Estos son los elementos esenciales que deberían existir tanto para los servicios de salud y servicios sociales requeridos para cubrir los determinantes de atención. Y ahí también hace esta distinción de lo que son los elementos esenciales, que son inmediatos. Ahora, todo esto está mediado por la idea de que un gobierno que tiene que respetar, proteger y cumplir el derecho,

4 Por ejemplo, una revisión de literatura para definir un marco de análisis de equidad en sistemas y programas universales de salud e identificar brechas de conocimiento (Frenz & Vega, 2010)

5 Juego de palabras (“Innovate” -Innovaeight- por los 8 pasos definitivos del manual).

*debería asegurar el máximo esfuerzo posible*⁶.

Muy de la mano con la propuesta de la OMS, el derecho a la salud descansa en la capacidad política de los países de profundizar sobre el alcance de éstos y, particularmente, sobre la dimensión del derecho a la atención de salud: *“El derecho a la salud siempre ha sido un derecho con relación al máximo potencial alcanzable, entonces eso significa que hay una mirada no solamente en lo que se entrega sino en los resultados”*⁶.

La reflexión de Frenz asume que la propuesta conceptual de la OMS representa una perspectiva del derecho a la salud amplia que incluye la atención sanitaria y los determinantes sociales. La idea de aspirar a un “máximo potencial alcanzable” de salud (World Health Organization, 2022) implícitamente convoca a que la sociedad abogue porque al menos el derecho a la atención sea incremental, es decir, que en términos programáticos los estados y los gobiernos hagan esfuerzos progresivos por responder a las necesidades de atención de la población y que dichos esfuerzos se vean refrendados en mejores resultados sanitarios. Es el Estado y las políticas públicas quienes tienen el potencial de revertir “la fuerza inercial” de las desigualdades sociales, pero ello requiere que la definición del “espacio de equidad” abarque en conjunto a los determinantes sociales de la salud y no se cierre a la provisión de servicios básicos de salud (Frenz & Titelman, 2013). En este sentido, para Frenz, la experiencia chilena de la política de Garantías Explícitas de Salud representa un acercamiento sustantivo al derecho a la salud más allá de sus restricciones e insuficiencias en materia de respuesta sanitaria: *“Se empieza a hablar cada vez menos de ese tema de los derechos en salud. Uno puede criticar mucho el tema del AUGE (GES), pero dejó este tema de garantías exigibles”*⁶. Entre los aspectos más valorados, reconoce la capacidad del país de generar una respuesta inédita a las necesidades de salud más sentidas por la población: *“Lo que pasa [señalaba Frenz en 2017] es que Chile, en comparación con muchos otros países, tiene mucha más cobertura universal que otros. Yo creo que el país también tiene que ser tan creativo e innovador que pudiese haber sido en los cincuenta, siendo el primer país que garantizó atención al menos a toda la población. Los trabajadores obreros y sus familias, y a las personas carentes de recursos. Y eso es notable. Esta idea de garantías exigibles, es atrevida”*⁶. Sin embargo, para Frenz, los desafíos sanitarios no se agotan en la atención curativa y deben atender a la necesidad de hacer frente a los cambios culturales, sociales y económicos que necesitamos para tener un país con mejor estándar de salud: *“Pero yo creo que donde hay que ser mucho más atrevido en este tema es en qué vamos a hacer para que la población sea saludable”*⁶.

Sus contribuciones en esta línea también se manifiestan en el desarrollo del Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud 2008 (Departamento de Epidemiología et al., 2008), en el que participara también en 2018 (NOUS para Ministerio de Salud, 2018). Estos procesos dejaron de corolario la inquietud por la legitimidad de la priorización, más aún cuando ésta debe abarcar un espectro amplio de la población y las instituciones que son afectadas o están involucradas en acciones de salud. Los técnicos y autoridades sanitarias han transitado entonces desde el uso de una racionalidad técnica –sanitaria y económica– de la salud a la reflexión moral sobre el rol del Estado y el derecho a la salud, así como por el ajuste cultural con la población afectada y la aceptación política de los resultados de la priorización social. Esto es lo que podríamos denominar como una tercera etapa en la priorización en salud (técnica-financiera-social), es cómo el proceso de priorización en su conjunto resulta legítimo para una

6 Entrevista realizada el año 2017 en el marco del estudio “Percepciones sociales respecto del derecho a la salud y expectativas de cambio en el sistema de salud” encargado por la Superintendencia de Salud a la empresa Grupo Nous Ltda.

sociedad. No es suficiente identificar valores y criterios sociales del público para incorporarlos en un esquema general de prioridades, sino cómo el esquema técnico responde a las demandas de legitimidad, transparencia y justicia de esa sociedad y que se pueda someter a procesos de rendición de cuentas⁷. Conforme se consolida el sistema democrático, la política pública no puede eludir los mecanismos de participación social en procesos de priorización de problemas o necesidades de atención sanitaria y para ello es necesario establecer procedimientos que sean los más apropiados en términos democráticos y en términos éticos. La complejidad técnica de la priorización deriva ahora hacia la complejidad ética, y lleva a abordar los valores de justicia, de solidaridad, la concepción de derechos, e incluye la forma de entender la salud: *“La participación es un tema como un medio y un fin en sí, entonces no da lo mismo el resultado. El proceso y cómo se llegan a tomar ciertas decisiones es importante. Yo creo que la idea de participación calza con lo que se está viendo en el país como una participación en las decisiones de política pública. Uno puede decir que funcione bien o mal, pero va en esa dirección”*⁶.

Durante su trabajo en la Escuela de Salud Pública, Patricia Frenz fue también coordinadora ejecutiva de investigación entre 2012 y 2017 y Profesora Asociada de los Programas de Epidemiología y Salud Ocupacional. Paralelamente realizó sus estudios doctorales, los que finalizó con su tesis “Cambios en equidad de acceso concomitantes con la reforma AUGE: Evidencia de series de encuestas nacionales de hogares 2000–2011”, que refleja la consolidación de su línea de investigación.

En 2017 decidió postularse a la Dirección de la Escuela de Salud Pública, cargo para el que fue electa por sus pares el 26 de julio de ese mismo año. Su elección como directora constituye un hito relevante no solo para la misma Escuela, que al momento de la elección contaba con aproximadamente un 44% de mujeres como parte del claustro, sino también para la historia de la salud pública de Chile. En una escuela que, tras 74 años desde su fundación solo había sido conducida por hombres, la candidatura de Patricia Frenz ganó con un amplio 69,9% del apoyo de sus pares, pero además se contextualiza en una elección particular, con avances importantes en la participación de mujeres: dos académicas postulando a la Dirección de la Escuela, la elección de cinco consejeras mujeres de los seis cargos disponibles para el Consejo de Escuela, la elección de una candidata de la Escuela como Consejera de Posgrado de la Facultad y el nombramiento de otra mujer como subdirectora de la Escuela, quien, además, fue elegida Directora en las elecciones siguientes⁸. Sin duda todas ellas fueron electas por sus capacidades, pero constituyen una generación de mujeres representantes de la salud pública chilena que había permanecido en las bambalinas y cuyo trabajo sale a florecer cuando se enmarca en el quiebre de una tradicional dirección masculina, ahora representada por una mujer.

Durante su propuesta de campaña, Patricia Frenz definió su rol en la Dirección como una “dirección horizontal, participativa, inclusiva, transparente, justa, que valora las personas y sus apor-

7 Reflexión desarrollada por Ximena Sgombich, Irene Agurto y Patricia Frenz, investigadoras del estudio encargado por el Ministerio de Salud al grupo NOUS, “Estudio Cualitativo del proceso de priorización social para decreto GES periodo 2019–2022” (NOUS para Ministerio de Salud, 2018)

8 Fue candidata también en esa elección a la Dirección la Dra. en Salud Pública Marcia Erazo. Consejeras electas fueron las académicas de la Escuela de Salud Pública Soledad Martínez, Karla Yohannessen, Pamela Eguiguren, Paulina Pino y Carolina Nazzal (también el académico Marcos Vergara). Alejandra Fuentes fue elegida con la segunda mayoría al Consejo de Postgrado de la Facultad. La Dra. Verónica Iglesias fue nombrada subdirectora de la Escuela de Salud Pública y ratificada por el Consejo de Escuela; luego fue electa por sus pares como Directora en 2019.

tes” (Frenz, 2017)⁹, pero también quiso destacar sus características personales que la hacían una buena candidata. Se definió como una mujer “comprometida con la salud pública, rigurosa, colaborativa, enfocada a resultados, asertiva y ponderada”, pero por sobre todo “entusiasmada” (Frenz, 2017)⁹. Estas características que ella señalara son corroboradas transversalmente por académicas y académicos que trabajamos más cercanamente con ella: la describen como una mujer “tremendamente rigurosa”, en cualquier ámbito de trabajo. “Trabajaba con el mismo nivel de perfección si se trataba de una unidad de investigación de pregrado como de un proyecto FONIS... porque su forma de trabajar era así, independientemente de la importancia del producto...”. “Lo que consideraba correcto no lo transaba”. “Era justa y generosa cuando trabajaba contigo...reconocía cualquier nivel de esfuerzo, el más mínimo era valorado por ella”. “Se proponía algo y lo hacía a como diera lugar”¹⁰.

Su compromiso con la salud pública fue consistente con aquellos principios que refuerzan su historia académica. Al asumir la Dirección de la Escuela, Patricia señaló: ...”Hoy se nos exige entender que las grandes amenazas que enfrentamos no son los riesgos físicos, conductuales o psicosociales abstractos y descontextualizados, sino que constituyen sistemas complejos de causalidad que surgen de las bases estructurales de las sociedades que hemos creado, interconectadas globalmente...”(SAVAL net, 2017). Ello se enmarca también en la realidad nacional del momento, lo que implicó tomar postura frente a disputas presentes en la salud pública actual, como la Reforma de Salud y la ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo. Más allá de su postura personal o institucional, la participación en los espacios académicos y sociales era indispensable para construir una Escuela de Salud Pública que se hiciera cargo de los problemas de la ciudadanía. Este espacio fue materializado, por ejemplo, en la contribución de la Dra. Frenz en el desarrollo de una “Propuesta para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile”, convocando desde la Escuela de Salud Pública y en conjunto con el Colegio Médico de Chile a una Comisión de expertos, que sesionó durante el primer semestre del año 2018. En la presentación del documento final, Frenz señala que “...Desde nuestros inicios hace 75 años, entendimos que la salud es un derecho y contribuir a su realización, nuestro quehacer... Les invitamos a leer esta propuesta y hacerse parte de esta discusión, con aportes, sugerencias, críticas. Convocamos a múltiples instancias de debate, súmense...”(Comisión ESP-COLMED, 2018).

En efecto, Patricia Frenz quiso también aplicar los conceptos de participación en la comunidad de la Escuela que dirigía. Habiendo asumido la dirección, dio especial énfasis “a la construcción triestamental de nuestro plan estratégico de los próximos dos años”. “El propósito es discutir los objetivos estratégicos de la Escuela y los desafíos a abordar colectivamente en los próximos dos años. Se contempla un proceso secuencial de discusión colectiva y de trabajo en equipos liderados por los miembros del Consejo de la Escuela. Cumplir nuestros anhelos para este período exige una intención estratégica y el aporte de cada persona de nuestra comunidad”. “Tod@s somos parte vital de esta escuela pública de salud pública. Nuestro trabajo colectivo dará frutos que serán beneficiosos para toda la comunidad, y fortalecerá nuestra contribución a mejorar la

9 Presentación de campaña de la Dra. Frenz en su postulación a la Dirección de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

10 Entrevistas no sistematizadas a alguno(a)s académico(a)s de la Escuela de Salud Pública que trabajaron con ella en distintos proyectos de investigación o docencia.

salud poblacional del país y también más allá de nuestras fronteras.”¹¹

Los conceptos de intersectorialidad y participación social siempre fueron trascendentales y transversales a todo ámbito de acción de la salud pública. Consultada respecto a la participación social en salud, decía: *“quizás hay que repensar esta idea de atención primaria en sus orígenes como algo que podría ser intersectorial, que permite un trabajo –quizás distinto, con organizaciones sociales y territoriales de base. Se podría buscar la forma para que cada barrio fuera más seguro, con más oportunidades, de involucramiento, espacios verdes, opciones de entretención. Y eso no necesariamente es el rol solo del médico que se atiende, es esta posibilidad de ver un equipo de salud, un equipo municipal, intersectorial. Una manera distinta. Yo creo que hay que apostar por ese tipo de invenciones. Espacios de encuentro, de participación, de un trabajo que es más real y concreto en los territorios.”⁶*

La perspectiva de Frenz al relevar la importancia social y política de la participación social en los procesos de decisiones de política sanitaria dialoga con la propuesta teórica de otros como Daniels (Daniels, 2000) que reconocen que, si bien hay falta de consensos sobre el racionamiento en la asignación de recursos en salud, no se puede desconocer su importancia y menos aún desplazar la urgencia de buscar de manera constante nuevos y mejores mecanismos que aseguren a la ciudadanía la pertinencia de las políticas sanitarias. Como bien expresa Daniels, “... Carecemos de consensos en los principios capaces de resolver disputas sobre el racionamiento. Una segunda ola de esfuerzos ha estado centrada en desarrollar procesos justos y públicamente aceptables para tomar estas decisiones(Daniels, 2000)”¹². No obstante, el cumplimiento de ciertas condiciones éticas constituye un paso importante para validar los resultados del involucramiento imprescindible de la ciudadanía, cuestión que Patricia Frenz reconocía como un eje central y que pudo plasmar con fuerza en las investigaciones en las que participó.

En el último periodo, Patricia Frenz fue investigadora principal de la Universidad de Chile en el estudio “What makes cities healthy, equitable and environmentally sustainable? Lessons from Latin America” (estudio SALURBAL), proyecto financiado por Wellcome Trust, donde colideró el grupo llamado “ambiente social”. En uno de los documentos iniciales, se define el objetivo como aquel dirigido a “proporcionar experiencia en la medición del entorno social urbano y las desigualdades sociales urbanas, en la identificación y caracterización de intervenciones o políticas que afectan este entorno social o desigualdades sociales, y en cuestiones de investigación relevantes que involucran el entorno social y las desigualdades sociales”. Dicho grupo contribuyó a la identificación de un conjunto central de variables fácilmente disponibles para medir aspectos clave del entorno social con el fin de analizar las desigualdades sociales en salud en (y dentro) de las ciudades de América Latina que, tras un proceso de análisis y armonización de variables con el equipo SALURBAL, han contribuido en el desarrollo de una serie de artículos que estudian ámbitos de la desigualdad social en ciudades de Latinoamérica¹³.

¹¹ Correos electrónicos dirigidos a la comunidad de la Escuela de Salud Pública, periodo agosto–septiembre 2017.

⁶ Entrevista realizada el año 2017 en el marco del estudio “Percepciones sociales respecto del derecho a la salud y expectativas de cambio en el sistema de salud” encargado por la Superintendencia de Salud a la empresa Grupo Nous Ltda.

¹² Traducción propia

¹³ Una descripción del proyecto y sus artículos derivados puede encontrarse en <https://drexel.edu/lac/salurbal/overview/>

En el contexto de sus actividades académicas docentes, la Dra. Frenz se desempeñó como tutora de grupo, profesora encargada y coordinadora en pregrado en la carrera de Medicina, el Magíster en Salud Pública y el Diploma de Salud Ocupacional, entre otros¹⁴.

Fue docente y mentora destacada de varias generaciones de salubristas. Quienes fueron acogidos bajo su tutoría al ingreso a la Escuela de Salud Pública reconocen su estímulo para participar en proyectos de investigación y en la enseñanza y una generosidad para compartir conocimientos y recursos ganados en su trayectoria. En el ejercicio del rol de mentora nunca descuidó el tema de la identidad y siempre puso énfasis en la importancia de aportar a una universidad pública, que debía contribuir al bien común.

En este recorrido podemos visualizar que, durante su carrera académica, sus proyectos de investigación¹⁵, publicaciones, actividades docentes y reportes técnicos dan cuenta de su clara línea de investigación enfocada en las áreas de equidad y determinantes sociales de la salud, reforma de salud, derechos y garantías sociales en salud, así como también en la salud de los trabajadores, siempre con énfasis en Chile y Latinoamérica. Pero también dan cuenta de sus características personales: rigurosa, sistemática, persistente y generosa, los proyectos que lideró destacan por esa misma rigurosidad, por la conformación de alianzas estratégicas para su desarrollo¹⁶, y por la perspectiva de una contribución aplicada y útil para el país, incluso en la generación de productos de transferencia que pudieran ser útiles a equipos de distintos ámbitos de acción¹⁷.

Más allá de la salud pública, Patricia Frenz tenía una curiosidad infinita por el quehacer humano que se expresaba en el arte y la cocina, aspectos claves de las culturas y que inspiraban en ella un profundo interés por conocer y vincular saberes diversos y dispersos que luego se transformaban en nuevos caminos de indagación para la investigación social y sanitaria. Sus más cercanos reconocen en ella a “una energía infinita para trabajar en distintas cosas...muy ávida de disfrutar muchas cosas de la vida además de trabajar...sibarita... de disfrutar del viajar, de una buena obra de teatro...también de ser curiosa sobre otras cosas más sencillas de la vida... una la veía tan elegante, sofisticada...pero también muy sencilla para más cosas de las que uno imaginaba...muy pendiente de sus hijos... de las cosas que hacían”¹⁰.

En una entrevista del 3 de agosto de 2018, fue consultada por la relación entre la función de la Escuela de Salud Pública y el nombre Dr. Salvador Allende Gossens. Patricia Frenz volvió a

14 Por ejemplo, unidades de investigación: Diferencias en la realización del PAP y de la mamografía según posición socioeconómica de las mujeres en Chile: análisis de la encuesta CASEN 2013 (estudiantes Fernanda Anich y Catalina Cox, 2016) y Comparación de patrones de mortalidad de tres comunas urbanas de Chile en 2002–2004 Y 2012–2014 (estudiantes Daniella Sbarbaro y Boris Silva, 2017). Clase “La perspectiva de derechos en salud pública: Chile”. Curso: Bases Teóricas de la Salud Pública Magister en Salud Pública, junto a Marcela Ferrer. Profesora encargada de curso Actualización y Proyección en Salud Pública, Magister en Salud Pública. Profesora guía de tesis de Magister en Salud Pública “Equidad en acceso a salud de inmigrantes menores de 18 años de edad en Chile 2009–2015” (estudiante Macarena Chepo, 2017).

15 Investigadora principal en dos proyectos FONIS: “Enfermedades no transmisibles en la población adulta de Chile: análisis longitudinal de equidad mediante las rondas de la Encuesta de Protección Social 2004 – 2012” (FONIS SA13|200138) y “Evaluación de equidad de acceso a los servicios de salud de la población chilena: desarrollo de un instrumento para la gestión territorial de salud” (FONIS SA11|2102)

16 En sus proyectos y en su periodo de Dirección se pueden ver alianzas con el Ministerio de Salud, Colegio Médico de Chile, profesionales de distintas universidades e instituciones.

17 Análisis de la equidad en el acceso a los servicios de salud de la población chilena: desarrollo de un instrumento para la gestión territorial de salud. <https://medicina.udd.cl/files/2013/07/Gu%C3%ADa-T%C3%A9cnicas-Estad%C3%ADsticas.pdf>

recordar aquello que fuera su línea trazadora: *“Para nosotros, desde la salud pública, la realidad médico-social de Allende era muy importante. Él propuso una manera de enfrentar lo que por una parte significa organizar servicios de salud acorde con los requerimientos de atención de salud propiamente tal, pero por otra, también incluyó preocupaciones en temas como las condiciones de vida y trabajo que afectan a la salud. Esa mirada médico-social, que también uno puede conocer como los determinantes sociales de la salud, fue algo que era parte del legado de Salvador Allende, y de alguna manera, al colocar ese nombre, nosotros nos conectamos con esta historia de nuestro país, y también del movimiento de la medicina social latinoamericana...”*. Más allá de las disquisiciones políticas que pudiera conllevar el nombre, lo esencialmente relevante es lo que finalmente destaca Frenz: *“El tema es que la salud pública no es neutra, está comprometida socialmente y rescatar ese nombre es rescatar ese compromiso social de la salud pública”* (Siebert, 2018).

Quienes trabajaron, compartieron el claustro y quienes fueron amigos y amigas de Patricia Frenz pueden ver con claridad su legado: el destino y carácter de la salud pública es abogar por la salud de la población desde una amplia perspectiva, entendiendo que su fin último es que las personas puedan alcanzar una vida digna; para que eso ocurra, es deber del Estado desarrollar políticas públicas que, en forma incremental, atiendan a las necesidades de la población y que consideren la participación de la ciudadanía en todo el proceso como actores claves de las transformaciones sociales. Este artículo no aspira a profundizar acabadamente en la contribución que Patricia Frenz hiciera a la salud pública, pero sí busca ofrecer una mirada retrospectiva de una trayectoria consistente con valores que se proyectan más allá de su partida y que nos hablan de la urgente necesidad de avanzar en materia de justicia social y equidad en salud: la salud pública debe necesariamente contribuir a la sociedad y permear el quehacer del Estado en sus distintas funciones y sectores.

O Entrevistas no sistematizadas a alguno(a)s académico(a)s de la Escuela de Salud Pública que trabajaron con ella en distintos proyectos de investigación o docencia.

Desde esa perspectiva, ciertamente Patricia Frenz compartía la necesidad y la urgencia de una reforma del sistema de salud chileno, una reforma que avance teniendo como pilares aquellos valores que abrazó: justicia social, solidaridad y equidad. Para quienes comparten ese ideario y, en especial para las generaciones de salubristas futuras, queda dar forma a este desafío urgente sin otro propósito que dar respuesta a las necesidades y a las legítimas demandas de la población.

Referencias bibliográficas

- Comisión ESP-COLMED (Chile). (2018). Propuesta para una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile. En: Reporte Comisión de Trabajo (Issue May). <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.29378.84168>
- Daniels, N. (2000). Accountability for reasonableness. Establishing a fair process for priority setting is easier than agreeing on principles. *BMJ*, 321, 1300–1301.
- Departamento de Epidemiología, M. de S., Sgombich, X., & Frenz, P. (2008). Estudio de Preferencias Sociales para la definición de Garantías Explícitas en Salud.
- Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma. equidad y determinantes sociales de la salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 9(2), 103–110. <https://doi.org/10.5354/0717-3652.2005.20128>
- Frenz, P. (2011). Cubriendo necesidades de servicios de atención de salud con justicia: orientaciones para la deliberación ética en Chile. *Revista Redbioética/UNESCO*, 2(4), 34–42. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3989534>
- Frenz, P. (2017). La Escuela de Salud Pública de Chile. Juntos para el futuro.
- Frenz, P., Delgado, I., Kaufman, J. S., & Harper, S. (2014). Achieving effective universal health coverage with equity: Evidence from Chile. *Health Policy and Planning*, 29(6), 717–731. <https://doi.org/10.1093/heapol/czt054>
- Frenz, P., & Titelman, D. (2013). Equidad en salud en la región más desigual del mundo: un reto de políticas públicas. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 30(4), 665–670.
- Frenz, P., & Vega, J. (2010). Universal health coverage with equity: what we know, don't know and need to know Background paper for the global symposium on health systems research. In Background paper for the First Global Symposium on Health Systems Research (Vol. 9, Issue november).
- Infante, A. (2019). Dra. Patricia Frenz. Homenaje. *Cuad Méd Soc*, 59(2), 95–96.
- Koller, T. S., Saint, V., Solar, O., & Frenz, P. (2015). La iniciativa global de WHO 2014–2017 sobre la revisión de los programas de salud para la integración de equidad, determinantes sociales, derechos humanos y género. COLOQUIO: “Desafíos Para La Promoción de Salud En Chile: Salud En Todas Las Políticas Para Alcanyar Una Mejor Calidad de Vida Para Todos y Todas.” https://www.minsal.cl/sites/default/files/Iniciativa_global_WHO.pdf
- Merino Merino, B., Campos Esteban, P., Santaolaya Cesteros, M., Vega Morales, J., & Swift Koller, T. (2013). Integration of social determinants of health and equity into health strategies, programmes and activities: health equity training process in Spain. *World Health Organization*, 9(Case Studies), 32. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85689/1/9789241505567_eng.pdf?ua=1
- NOUS para Ministerio de Salud. (2018). Estudio cualitativo del proceso de priorización social para decreto GES periodo 2019–2022. Informe Final de Resultados.
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). El enfoque Innov8 para examinar los programas nacionales de salud para que nadie se quede atrás. Manual técnico.
- SAVAL net. (2017). Dra. Patricia Frenz asume dirección de Escuela de Salud Pública. SAVAL Net Mundo Médico Noticias. <https://www.savalnet.cl/mundo-medico/Noticias/dra-patricia-frenz-asume-direccion-de-escuela-de-salud-publica.html>
- Siebert, F. (2018). Patricia Frenz: “La Salud Pública No Es Neutra, Está Comprometida Socialmente.” *Diario Tvcanal5.Cl*. <https://tvcanal5.cl/patricia-frenz-la-salud-publica-no-es-neutra-esta-comprometida-socialmente/>

- Solar, O., & Frenz, P. (2017). Lessons from Chile's Use of System-Level Theory of Change to Implement a Policy Redesign Process to Address Health Inequities. In S. Sridharan, K. Zhao, & A. Nakaima (Eds.), *Building Capacities to Evaluate Health Inequities: Some Lessons Learned from Evaluation Experiments in China, India and Chile*. *New Directions for Evaluation* (Vol. 2017, Issue 154, pp. 101–113). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/ev.20246>
- Vega, J., & Frenz, P. (2015). América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud. *MEDICC Review*, 17(Suplemento), 2014–2015.
- World Health Organization. (2022). Salud y derechos humanos. *Who.Int*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La Constitución de la OMS,de salud de calidad suficiente>.

En mi condición y en mi rol de asistente social sólo puedo manifestar que fue una época en que fui testigo de la gran convulsión diría yo, o gran agitación de los pobladores. En esta dictadura que los tenía oprimidos y que se sentían cada vez en la pobreza y con graves atentados y vulneración a sus derechos, a los derechos humanos.



María Eliana Bustos

Yuri Carvajal

María Eliana Bustos: seis mundos en La Victoria 1973-2024 Entrevista

La vida de María Eliana Bustos es de un intenso trabajo de salud colectiva, localizado desde octubre de 1973 hasta hoy, en la población La Victoria y al área poblacional asignada a ese consultorio, ubicado en la calle Los Comandos 4772, nombre que reconoce a las organizaciones con que los pobladores compusieron su esfuerzo poblacional, toma y pos-toma.

La Victoria nació el 30 de Octubre de 1957, en la madrugada en que los habitantes del Zanjón de la Aguada caminaron con sus carros y enseres para ocupar el Fundo La Feria. Esta acción fue incubada en largas jornadas previas de preparación, con un protagonismo de diversos actores colectivos, que dieron forma y contenido a un territorio, mostrando una capacidad de organización y participación que hacen de La Victoria hasta hoy un lugar distinto.

Durante la dictadura, La Victoria fue reconocida como una intensa opositora y los jóvenes dieron una energía y muchos su vida, en el empeño por producir la caída de Pinochet. Mantuvo un grado de autonomía que se reconocía al deambular por sus calles, con nombres como 30 de octubre o Galo González, muy lejos del Estado y sus nombres, mantenido incluso en Dictadura. Hubo otras como Carlos Marx que fueron renombradas. Pero sus paredes de ladrillo y cal estuvieron siempre llenas de pintadas antidictatoriales y populares. Florecieron en sus calles múltiples organizaciones tales como Comprando juntos, Ollas comunes, Comités de cuadra, jardín infantil. La iglesia católica era valorada y reconocida. Y cuenta entre sus mártires al sacerdote francés André Jarlan, asesinado en una protesta. El mismo Pierre Dubois fue enviado al exilio por la dictadura en 1986, tras el asesinato de su compañero de pastoral. Existía también una residencia de monjas de intenso trabajo pastoral.

Los seis mundos de María Eliana Bustos a los que aludo en el título son: su rol profesional como Asistente Social y Educadora Familiar, formada en los años 60/70 en la Pontificia Universidad Católica de Chile. Notable lugar, pues allí se origina la reforma universitaria en 1967 y María Eliana vive esa efervescencia de ciencias sociales y compromiso. La segunda alusión es a la presencia de lo popular/campesino en ese mundo urbano y supuestamente obrero, toda vez que es una población aglutinada por el partido comunista mayoritariamente. La tercera es su voz femenina. María Eliana llega como adolescente a estudiar a Santiago y trae consigo la experiencia de su madre y el camino que ella se labrara precisamente a partir de un duelo maternal. En cuarto lugar, destaco en ella un acercamiento a los pobladores diferente al de los funcionarios de su propio policlínico. En quinto lugar, señalo la presencia del cristianismo, del suyo y del movimiento poblacional, allí justamente en donde fuera asesinado André Jarlan, que servía en la Parroquia de la Población La Victoria. Y finalmente en esta entrevista María Eliana también muestra su reflexión actual, tras ese innumerable cúmulo de experiencias, sobre la post pandemia y las dificultades contemporáneas. En ese orden de ideas he reorganizado la transcripción de la entrevista.

Cómo se llega a ser Asistente Social y Profesora de Educación para el Hogar

Soy María Eliana Bustos, 81 años, pensionada, dueña de casa.

Mi infancia y mi adolescencia la viví en Chillán. Éramos tres hermanos, dos hombres y yo. El mayor, a los 15 años, sufrió un accidente fatal de asfixia por inmersión en la piscina de su colegio, el seminario dirigido por profesores jesuitas. Mi hermano menor tenía cuatro meses al fallecer este hermano. Desde ese momento tuve que asumir un rol de hermana mayor, colaborando en el cuidado de este nuevo hermano. Mi madre vivió esta tragedia sufriendo varias crisis emocionales y descompensaciones.

Me titulé en el 74, en la "Católica". Tenían estas dos carreras, Educación Familiar y Servicio Social, y se dan cuenta de que debe haber una sola, porque ambas son complementarias. Teníamos los mismos docentes, pero no era reconocida la carrera de Educación Familiar como en España. España era la pionera de esto. Entonces crean una unidad de trabajo social antes del 73. Y ahí se forma el primer grupo de trabajadoras sociales. Yo me incorporé en el segundo grupo y entonces ahí solicito permiso para ir a hacer mi práctica y todo eso y me destinan al Consultorio Recreo.

Cuando estudiaba Educadora Familiar ocurre la Reforma Universitaria que conocí y participé, ya que además era vespertino y estudiaba en el Pedagógico de la Católica para obtener el título de Educadora del Hogar, que en esos años se impartía en los establecimientos educacionales universitarios.

Estando Mónica Jiménez como directora de la Escuela de Servicio Social se produce la fusión de las dos carreras de educadora familiar y servicio social. La primera, enfocada hacia la educación y cambios en la familia y sociedad, y trabajo social como una carrera con manejo más legal. Protección a la familia de los más vulnerables. En el periodo de práctica y preparación de la tesis de mi carrera de Educadora Familiar se me destinó junto a otro colega a Chillán, a participar en el proceso de la Reforma Agraria. Nos dedicamos a crear talleres voluntarios en salud, educación sexual, adolescente y en general, apoyar a las familias en tránsito de obtener su título de dominio de parcela de fundos expropiados. Nuestra tesis fue dirigida por el sociólogo Oscar Domínguez y trataba de investigar las relaciones interfamiliares de la familia campesina.

Una vez que me titulé regresamos a Santiago para la sistematización de nuestra práctica y ver posibilidades de trabajar en docencia en colegios, como lo hizo mi colega.

Mundo campesino/popular

Emprendí mi primer trabajo de educadora familiar en la Hacienda Hospital de la Reforma Agraria John F. Kennedy. Ya estaban asignados huertos y parcelas a sus campesinos propietarios, en la comuna de Buin. Fui contratada por la Corporación de la Reforma Agraria con sede en San Bernardo, con un enfoque de dedicación exclusiva a las familias, pretendiendo dar énfasis a la educación familiar. Pero iban apareciendo otras necesidades de salud, previsión, vivienda, etcétera. Me desplazaba en una carretela arrastrada por un caballo, acompañado por uno de los huerteros dueños de ese lugar. Conocí graves problemas de promiscuidad y conductas que “avalaba su cultura”. Como decir “crío a mis hijas y debo ser el primero en iniciarlas sexualmente”. Fue un impacto que me costó superar y tuve habilidades para que estos adolescentes pudiesen abandonar sus hogares a lugares de más protección. No pretendía ser drástica en adoptar una actitud penalista. Había que educar y educar. Calculo haber estado dos años en este trabajo. Había un interventor en esa época y ocurrieron algunos casos de experiencias de abuso sexual por parte de este interventor. Hubo mucha desaprobación de muchos de los parceleros. Ante esta situación y con mayor razón decidí renunciar. Además, debía viajar todos los días en bus a Santiago y esto me originaba un costo económico y un gran desgaste físico.

Cuando llego finalmente en octubre de 1973 a la población lo que encuentro es un lugar en que su forma de vivir era a través de venta de productos agrícolas que estaban muy cerca de la Feria Lo Valledor. Entonces, muchos de ellos tenían en las mismas casas una caballeriza, su caballo, sus chanchos, sus animales, Por lo tanto. se veía una población muy muy sucia, muy sucia, también con problemas de recolección de basura a través del de los municipios.

Había abortos clandestinos. Tuvimos mortalidad materna en condiciones en que utilizaban por ejemplo el perejil como abortivo, usando el tallo que se introducían en el cuello.

Y había prostitución infantil también, que me llamaba la atención porque sobre todo llegaban mucho a Lo Valledor con las niñas y ahí ellas eran prácticamente utilizadas para eso debajo de los camiones.

Voces femeninas

Mi madre sufrió la muerte de su hijo como un golpe que la paraliza por varios años. Sólo hasta algunos años después empieza a tener actividades, cuando se incentiva con actividades de su parroquia, Santo Domingo, donde la acoge un sacerdote extranjero español que venía de la Guerra Civil española. Descubre que la forma de mitigar su pérdida es la entrega. A los más desvalidos, enfermos, presos, apoyando espiritualmente al chacal de Nahueltoro, quien había ultimado a toda una familia. La gran desilusión de mi madre fue la ejecución de este hombre analfabeto con una historia personal de dolor y carencias. Da un giro en su accionar y con este sacerdote se orienta al apostolado a sectores rurales desprovistos de vivienda, salarios injustos, familias extensas y muy pobres. Invita a familiares, en especial primas adolescentes y niñas de la familia a alfabetizar niños y adultos que no tenían estudios. En esos cursos se dedicaban a evangelizar y establecer contacto con los dueños de fundo como Oro Verde, sensibilizando estos patrones en dar un trato más digno a sus obreros agrícolas y familia. Fue una gran muestra de amor al prójimo. Fue la mujer y la mejor escuela para que yo determinara cuál sería mi vocación: trabajadora social de la Universidad Católica de Chile.

Recuerdo que en el colegio llegó una profesora de historia y aparece una serie de eventos de los que nos empieza a hablar ella y quedamos todas impresionadas. Ese fue como el primer bichito

de esta profesora de historia. Me acuerdo ya que ella habla de una serie de movimientos, de los salarios. Y aparece mi madre que sale a lo práctico con este sacerdote y ya ahí se me aparece exactamente que algunos son mucho más pobres y con menos capacidades y menos oportunidades ya. Una explotación del hombre por el hombre. Sí, una cosa muy muy impresionante.

A mí me encantaba el arte, dibujar. Mi padre me dice que usted estudie lo que quiera estudiar, me dice pero arte no, arte no, no quiero tener una chusca. Va a tener que hacer vida de bohemia y todo el asunto. Y acá llego a Santiago con mi madre, que fue la gran promotora que siguiera estudiando, por mi padre me habría tenido allá en Chillán. Mi madre fue la que me da el impulso, no me dice todo eso y como tenía una tía que era enfermera, y jefe de un consultorio cercano por Renca. Y ella entonces me dice ¿qué quiere estudiar? Yo quiero estudiar, quiero ser asistente social. Mira, me dice, fíjate que acá vienen unas niñas a hacer su práctica y una carrera que la encontramos muy bonita. Y ella me habla de esta carrera que es paralela a Servicio Social. Como tenía muy poco tiempo para decidir, postulé a las dos, a las dos carreras de servicio social y me llaman de educación familiar. Entonces me gusta. Así me veo el currículum, veo donde todos los asuntos, sí me gusta, me gusta y educación entonces y ahí aparezco primero.

Tensiones funcionarias

Siempre fueron muy reticentes los equipos de salud a que se incorporara o se viniera a meter la comunidad. Yo lo notaba. Al trabajar con la comunidad, lo veía como una alianza, que cada uno aportaba lo que tenía que hacer para llegar a una meta. Pero ellos lo hacían porque les convenía. Era un poco así como la utilizaban, ¿te fijas? “Tú que conoces, María Eliana, a las señoras, necesitamos hacer la vacuna. ¿Podrías llamar a la junta de vecinos o en la sede tal y cual para ver si podemos ir a vacunar?” No era trabajemos juntos. Nunca entendieron que una cosa es que fuera yo la encargada de promoción y participación, pero que ellas estuvieran más comprometidas. Querían que le tuvieran lista la sede. ¿ir a educar? No. Nunca ha sido una alianza muy fuerte.

Creo que la relación entre los equipos de salud con la comunidad nunca ha sido realmente un compromiso. En algunos lugares los debe haber. Me da la impresión que en lugares más chicos, que son vecinos o en comunidades más rurales. Ahí yo creo que se debe gestar como ciertas amistades. Pero acá siempre fue más bien una relación utilitaria. Cuando quisimos pasar de ser consultorio a CESFAM, de Centro de Salud, entonces recurrieron a la comunidad para que nos ayude. “Habla tú, María Eliana con la comunidad o habla aquí, allá” y tú llamemos aquí y todo el asunto. Hacíamos alianzas y todo el asunto. Yo le decía “ustedes quieren utilizar a la comunidad”.

Por ejemplo, hay tantos papás que no cumplían los controles de sus hijos y había que convocarlos. Entonces ellos me decían, “podríamos dar las citaciones a las voluntarias María Eliana”.

Ese es un tema muy delicado. Tienen que ir funcionarios, matrona o las auxiliares, porque a nadie le va a gustar que le vayan a decir a usted está en asistente a esto, que le venga a la vecina, la señora María a decir a, pero en el fondo era utilizarlo para la citación y todo eso. A veces teníamos un poco roce con mis colegas o mis colegas y otras colegas, en este caso como enfermera o matrona. Les decía ustedes no están haciendo un trabajo comunitario, trabajo comunitario es hacer una alianza, pues el 50 por ciento tienen ellos de la solución del caso, tanto como nosotros. Nosotros solos no somos nada y por lo tanto tenemos que ir a visitar a esa familia junto con la monitora. Y le dejo otro rol a la monitora, ¿la señora Margarita, que es monitora que trabaja conmigo, le parece que le venga a recordar cuando usted tiene que ir a tal y tal cosa? ¿No le molesta? Ahí tú tienes que establecer algo, pero no mandarla así a ellos directamente, en que salga el hombre y la mandé a buena parte.

Cristianismo

Esta población La Victoria es conocida como una de las primeras tomas en Chile, proceso que se masificó en los 60 para abordar la cuestión de vivienda. Esta connotación los ha hecho muy orgullosos de su historia.

En la población durante la dictadura existían muchos líderes que habían sido dirigentes sindicales que habían tenido que recogerse a sus casas, pensionados. Pero eran personas que estaban muy capacitadas para ofrecer su liderazgo y crear más conciencia a los más jóvenes que estaban recién incorporando. Se crean nuevos movimientos.

Dada la pobreza y las condiciones que se estaba viviendo se realizan también “recuperaciones” y luego donaciones por parte de algunos grupos más extremistas, que traían alimentos lácteos, carne, granos y otros que se repartían en unos operativos que eran populares y de los que la comunidad tenía avisos anticipados.

Nos enterábamos cuando la gente empezaba a juntarse en las calles con bolsitas, carritos, lo que fuera, que iba a haber alguno de estos operativos.

Fuimos observadores de muchos procesos que se dieron en la población con líderes realmente muy importantes como Claudina Núñez, Gloria Rodríguez, Miriam Araos. La Iglesia también tuvo un papel importante con sacerdotes extranjeros. Llegaron primero los curas de Maryknoll, que nos acompañaron en el periodo en que nos resistíamos a ser municipalizados. Y también llegaron sacerdotes franceses como Pierre Dubois y el cura Jarlan. Eso quizás daría como para que alguien lo analizara mucho más.

En mi condición y en mi rol de asistente social sólo puedo manifestar que fue una época en que fui testigo de la gran convulsión diría yo, o gran agitación de los pobladores. En esta dictadura que los tenía oprimidos y que se sentían cada vez en la pobreza y con graves atentados y vulneración a sus derechos, a los derechos humanos.

En una de estas protestas fue cuando muere el padre Andrés Jarlan, fue un caos, un caos para la Iglesia Católica, para todos, pero especialmente la comunidad. Estaba en su segundo piso, estaba meditando, estaba con su Biblia y ahí una bala en la sien lo mató. Y ahí se ve cuando él está y cae encima, sentado como está en la mesa, sentado en y con su cara apoyada en la Biblia. Entonces fue esto caótico. Se llevó en andas al sacerdote hasta la catedral en el centro y todos los pobladores caminando. Y el consultorio que en ese momento estaba de director, que no me acuerdo bien, pero según los pobladores aseguran de que este médico, un alemán, de apellido alemán, habría participado en ciertos ilícitos de apremios a detenidos, y en la desaparición de opositores.

En medio de eso, siempre fue una relación de la comunidad con nosotros de respeto y ayuda mutua, porque en el caso de los alcohólicos, por ejemplo, que si teníamos abandono de pacientes y había lugares en que no teníamos acceso a ir, los líderes de la comunidad fueron nuestros aliados en ayudarnos y en acompañarlos, en pesquisa y rescate de pacientes o llevarlos en el caso que se requería del hospital o del nivel secundario.

El presente

Mi última participación con la comunidad es haber sido presidenta del Consejo, Consejo de Salud, la Feria. Tres o cuatro veces presidenta del Consejo hasta el año pasado, en el 2023 en que se hicieron nueve elecciones y quedé como socia, siempre colaborando, siempre recibiendo salud de mi comunidad. Y siempre solicitándome que los orienten a un caso social o atención médica, que pueda hacer un poco el puente para que el centro CESFAM pueda atender un caso como, así como especial.

Físicamente no estoy en condiciones de poder desplazarme ni puedo manejar, tengo problemas de artrosis en mis piernas, pero creo que es una palabra de aliento. El teléfono fue en el periodo de la pandemia un gran aliado para poder referir los casos que llamaban, que el consultorio no atendía y me llamaban para que yo fuera intermediaria de ellos, solicitando atención y manejo de su caso del COVID o aquellos que estaban realmente muy, muy estresados. Así que quizás después voy a tratar de hacer una breve reseña de algunos proyectos con enfoque comunitario en que la comunidad, cómo se organiza, cómo asume roles y cómo se pueden manejar problemas de salud con la colaboración de aquellos que sufren problemas de salud y cómo pueden ser ellos verdaderos artífices de su condición de salud.

Los seis mundos de La Victoria y María Eliana son seis mundos de atención primaria y de salud colectiva. Son también algunos de mis mundos desde que el 2 de noviembre de 1987 entró a mi oficina de recién nombrado director del Consultorio y comencé a recibir su transmisión de lo mejor de un SNS popular aun existente.

**La Salud Pública sin
Fronteras practicada por
Tegualda Monreal no es
sólo una realidad de su vida
personal, sino también
un recordatorio de las
características colectivas
de la salud pública.**



Tegualda Monreal

Jadwiga E. Pieper Mooney

Tegualda Monreal: Acerca de Epidemiología Crítica y Salud Pública sin fronteras

Resumen:

Tegualda Monreal Porcile (1917–2012) fue una epidemióloga con excepcional dedicación a la salud pública y los derechos reproductivos de las mujeres. Dejó un legado que informó las políticas de salud en Chile incluso hasta el siglo XXI, evidente en la ley de aborto en tres causales aprobada en 2018. Completó sus estudios para obtener el título de cirujano en 1944 y se retiró de su último trabajo como epidemióloga en el Servicio de Salud Metropolitano Occidente en 2006. Su compromiso profesional en Chile se vio interrumpido por el golpe militar de 1973; por tanto, se trasladó desde Chile primero a los Estados Unidos y luego a Mozambique - y de vuelta a Chile a fines del año 1990.

A medida que seguimos la trayectoria profesional de Tegualda Monreal, podemos documentar las importantes contribuciones que hizo en los campos de la epidemiología crítica, en el tratamiento de problemas de salud específicos como el aborto, y en la vida de pacientes que buscaban tomar decisiones importantes sobre el tamaño de la familia y maternidad voluntaria. Además, su vida sirve como recordatorio de los cambios dramáticos que afectaron a los médicos bajo la dictadura militar. Los mismos profesionales de la salud pública que trabajaron para mejorar la salud pública y el entorno social de sus pacientes en Chile fueron perseguidos después del golpe militar. Muchos, como Monreal, tuvieron que abandonar sus hogares para exiliarse en el extranjero.

Buscamos enfatizar los aportes específicos de Tegualda Monreal a la epidemiología del aborto. Sus estudios sobre el aborto inducido demuestran, primero, que el campo de la epidemiología crítica o social fue moldeado significativamente por epidemiólogos latinoamericanos, y específicamente chilenos. En segundo lugar, al referirse a la “epidemia del aborto” iniciaron un nuevo enfoque del problema. El tratamiento del aborto como una epidemia lo convirtió en una enfermedad social, basado en el entendimiento de que las soluciones médicas a las crisis de salud debían ir acompañadas de medidas que abordaran los contextos sociales y económicos de la enfermedad.

Abstract:

Tegualda Monreal Porcile (1917–2012) was an epidemiologist with exceptional commitment to public health and women’s reproductive health and rights. She left a legacy that informed health policies in Chile even into the 21st century, evident in the 3-cause abortion law that was passed in 2018. She completed her studies to obtain a medical degree in 1944 and retired from her last job as an epidemiologist at the Western Metropolitan Health Service in 2006. Her professional engagement in Chile was interrupted by the military coup of 1973; therefore, she moved first to the United States, then to Mozambique, and back to Chile in 1990.

As we follow Tegualda Monreal’s career path, we can document the important contributions she made in the fields of critical epidemiology, in the treatment of specific health problems such as abortion, and in the lives of patients seeking to make important decisions about family size and voluntary motherhood. Furthermore, her life serves as a reminder of the dramatic changes that affected doctors under the military dictatorship. The same public health professionals who worked to improve the public health and social environment of their patients in Chile were persecuted after the military coup. Many, like Monreal, had to leave their homes to go into exile abroad.

We seek to emphasize the specific contributions Tegualda Monreal made to the epidemiology of abortion. Together with Rolando Armijo and other health experts of the time, she pioneered an innovative approach to the problem of induced abortion and maternal mortality when they investigated and published for the first time about what they called the “abortion epidemic” in the early 1960s. Their studies on induced abortion demonstrate two related points: first, the field of critical or social epidemiology was significantly shaped by Latin American, and specifically Chilean, epidemiologists, who applied the results of their research and proposed health interventions to subjects of population planning. Secondly, by referring to the “abortion epidemic” they initiated a new approach to the problem. The treatment of abortion as an epidemic defined it as a social disease, based on the understanding that medical solutions to health crises had to be accompanied by measures that addressed the social and economic contexts of the disease.

Introducción:

La trayectoria de la vida de la Dra. Tegualda Monreal ha sido excepcional por su atención a salud pública sin fronteras, prestando atención al bienestar de las personas en Chile y otros lugares del mundo. Admito que entrego un trabajo académico con algo de sesgo personal: desde que la conocí en la década de 1990 y aprendí más detalles sobre su vida, me asombra y admira la capacidad de la doctora Monreal para reconocer las necesidades de sus pacientes, para recrear una vida en el extranjero cuando tuvo que salir de Chile, y para compartir sus conocimientos profesionales con las personas que conoció en lugares lejanos. Me impresionó profundamente la evidencia y humildad que mostró al hablar de lo que yo consideré logros extraordinarios, en

ambientes tan diferentes como los consultorios de Quinta Normal en Santiago, Chile y las oficinas en Maputo, Mozambique. Agradecí ver que la Dirección de la Escuela de Salud Pública designó una sala con el nombre de la Dra. Tegualda Monreal en 2018, convirtiéndola en la segunda aula de la Facultad de Medicina en tener un nombre femenino.¹

Cuando la entrevisté en 1997, Tegualda Monreal recordó que siempre quiso ser doctora, pero su familia tenía medios limitados y la educación superior parecía estar fuera de su alcance. En ese momento había pocas mujeres médicas. Para superar las restricciones financieras y de género, adoptó medidas creativas: en 1938, escribió una carta al presidente Pedro Aguirre Cerda, explicándole que quería estudiar medicina. Nunca olvidó el curso de los acontecimientos que cambiaron su vida: "...un día la respuesta llegó a la casa. Mi padre abrió la carta pensando que era para él, pero no, era para mí. Firmado por el mismo presidente... Sentí tanta felicidad... es uno de esos momentos difíciles de describir. Esa carta me abrió las puertas para ir a la universidad y ser lo que quería. Entonces gané la beca para vivir en una casa universitaria y eso fue lo que hice."² Monreal completó sus estudios para obtener el título de cirujano en diciembre de 1944 y trabajó en hospitales públicos durante cinco años. Luego se especializó en epidemiología y comenzó a trabajar en barrios urbanos, una experiencia que la movió a pensar en soluciones para la epidemia de mortalidad materna causada por el aborto inducido. (BBC Mundo, 2006)³

También me contó que experiencias personales, primero como estudiante de medicina y luego como médica, habían moldeado su perspectiva sobre la justicia social y su enfoque en extender la salud y bienestar de las pacientes.

Monreal recordó que las condiciones del sistema público de salud, y de los hospitales públicos, estaban lejos de ser las ideales: "Eran los tiempos en que había al menos 20 enfermos en cada sala del hospital. Yo me quedaba a dormir ahí cuando alguien estaba muy mal. Me levantaba a las cuatro de la mañana a tomarle la presión, a revisar que todo estuviera bien. Pero lo hacía con gusto. Para mí es una gran cosa en la vida haber tenido la posibilidad de trabajar en un hospital. Es que yo me encariñaba con los enfermos. Eran como parte mía." (BBC Mundo, 2006) La relación con sus pacientes también la acercó a la epidemiología, y al trabajo con mujeres y familias en las comunidades urbanas de Santiago. Le gustaba recordar sus experiencias de aprendizaje los años 50, cuando trabajaba en Santiago como jefa del Centro de Salud de La Legua en San Miguel, donde vio las difíciles condiciones en las poblaciones. Señalaba que "Lo que ahí vimos fue un escenario muy duro, en el que había todo por hacer. Atendíamos a la gente más pobre que

1 La solicitud para el nombramiento fue realizada por la Prof. Pamela Eguiguren del Programa de Salud y Comunidad quien tuvo la posibilidad de trabajar con Monreal en Mozambique. Eguiguren destaca el impacto duradero que tuvo el trabajo de Monreal en la comprensión del problema del aborto y en la expansión de los derechos reproductivos en Chile, y ha experimentado, de primera mano, que sus investigaciones sobre el aborto "... fueron también utilizados por nosotras en los debates de la ley de aborto en 3 causales que hoy día el país tiene, de manera que su trabajo su aporte significativo hasta el día de hoy en la lucha de la salud pública contemporánea en Chile." <https://saludpublica.uchile.cl/noticias/nombramiento-de-espacios-comunes-en-honor-a-salubristas-de-la-esp>
Publicado el miércoles 18 de julio de 2018

2 Tegualda Monreal, entrevista con la autora; septiembre 1997.

3 Véase también el fondo Tegualda Monreal en el archivo de la Universidad de Lanús en la Provincia de Buenos Aires. Universidad Nacional de Lanús (UNLa) <http://www.unla.edu.ar/index.php/fondo-tegualda-monreal#documentos>
Incluye cinco entrevistas grabadas con Tegualda Monreal. <http://www.unla.edu.ar/index.php/fondo-tegualda-monreal#audios>

jamás en su vida había tenido una asistencia médica.”⁴

Como parte de su trabajo de terreno en diferentes barrios de Santiago descubrió que la falta de control de las mujeres para regular sus embarazos arrastraba a una grave crisis de salud evidente, que conducía a abortos inducidos y a la tasa de mortalidad materna de proporciones epidémicas. Conectada a un grupo de salubristas que incluía a Rolando Armijo, Mariano Requena, Benjamín Viel, y otros, documentó por primera vez la magnitud del problema del aborto. En su síntesis del aborto inducido publicada en 1961, Monreal enfatizó tanto la presencia histórica del aborto como su dramático aumento en Chile (Monreal, 1961). Demostró efectivamente que “en el lapso de 22 años el número de abortos ha aumentado en Chile desde 12.963 hasta 49.041. Comparado con los nacimientos, las razones correspondientes suben de 8,4 a 18,6 por 100 nacidos vivos. Esto significa que, en el año 1958, por cada 5,5 nacimientos se hospitalizó un aborto, es decir, se produjo por lo menos un aborto complicado.” (Monreal, 1961)⁵ En la década siguiente, Monreal continúa trabajando el fenómeno desde una nueva perspectiva. Consideraba aspectos individuales, comunitarios y poblacionales, presentando así trabajos pioneros sobre el contexto social de la epidemia del aborto.

En los años cincuenta ocupaba el puesto de jefa del Centro de Salud de San Miguel y en los años sesenta empezó a trabajar con Rolando Armijo y dedicar más tiempo al tema del aborto. Armijo, Profesor de Epidemiología de la Escuela de Salubridad de la Facultad de Biología y Ciencias Médicas de la Universidad de Chile, apoyó su ascenso para convertirse en la Ayudante Primera de esa cátedra universitaria (Molina Bustos & Reynolds Neira, 2009). En este puesto, Monreal podría impulsar nuevos proyectos de investigación sobre el tema del aborto, también con financiación ampliada. En su investigación sobre el tema en los próximos años trabajaría en estrecha comunicación con los pacientes y hablaría con mujeres cuyas respuestas confirmaron que el aborto autoinducido había alcanzado proporciones epidémicas (Armijo & Monreal, 1964). En 1961, cuatro mil entrevistas a mujeres de entre veinte y cuarenta y nueve años mostraron que una de cada cuatro mujeres admitió haber tenido entre uno y treinta y cinco abortos inducidos. Estos resultados llegaron al público chileno, así como a los asistentes a conferencias internacionales de salud en las Américas y Europa.⁶

Los salubristas en Chile comenzaron a abordar el problema del aborto inducido y la mortalidad materna, y Monreal apoyaba un enfoque que se centraba en entrevistas con las mujeres, las víctimas más probables de la epidemia de abortos. En una edición especial de la BBC de 2006, que le rendía homenaje por sus extraordinarios logros como médico y epidemióloga, Tegualda Monreal habla de su enfoque personal frente a los desafíos de la salud que afectaban gravemente a las mujeres: “Yo misma iba a la casa de la gente y conversaba con las mujeres para saber cómo era su situación. Llegué hasta las comunidades mapuches” (BBC Mundo, 2006). Así Monreal participaba en nuevas investigaciones sistemáticas para estudiar el problema del aborto, las que dieron a

4 “Perfil Humano: Tegualda Monreal, destacada epidemióloga - Casi un siglo de compromiso social,” *Revista Chilena de Salud Pública* 11/2 (2007): 104-105.

5 También citado en Rosas Guzmán, Daniela. “Políticas de Control de la fertilidad y planificación familiar en Chile 1960-1973.” Tesis para optar al grado de Licenciada en Historia, 2017. Universidad de Chile; Armijo, Rolando y Tegualda Monreal, “Epidemiology of Provoked Abortion in Santiago, Chile.” Presented at the Conference of the Western Hemisphere Planned Parenthood Federation, San Juan, Puerto Rico, Abril, 1964.

6 Rolando Armijo citó estas cifras en la Conferencia Internacional de Planificación Familiar (IPPF) en Santiago en 1967. Ver See IPPF and Hankinson, *Proceedings of the Eighth International Conference of the International Planned Parenthood Federation, Proceedings of the Eighth International Conference of the International Planned Parenthood Federation* (London, IPPF, 1967), p. 143.

las mujeres un espacio sin precedentes para presentar sus mundos. Comenzó a investigar sobre el aborto provocado, realizando encuestas en la población. Sin darse cuenta al momento, contribuyó a la iniciación de una nueva era de investigación. Monreal explicaba que “[I]a originalidad de la encuesta consiste en que se investigó directamente en los hogares sobre un problema afecto a carga emocional y de extrema complejidad humana y social.”⁷

Contribuciones a la Epidemiología Crítica y el nuevo enfoque ante la “epidemia del aborto”

Los aportes de Tegualda Monreal a la epidemiología constituyeron no solo un nuevo enfoque a la epidemia del aborto en el Chile de los años 60, sino que también salvaron la vida de muchas mujeres a través de aportes a la maternidad voluntaria. Junto con Rolando Armijo y otros salubristas de la época fue pionera de un nuevo enfoque del problema del aborto inducido y la mortalidad materna cuando investigaron y publicaron por primera vez sobre lo que llamaron la “epidemia del aborto” a principios de la década de 1960.⁸

Sus estudios sobre el aborto inducido demuestran dos puntos relacionados: primero, el campo de la epidemiología crítica o social fue moldeado significativamente por epidemiólogos latinoamericanos, y específicamente chilenos, que aplicaron los resultados de sus investigaciones y propusieron intervenciones de salud y nuevos enfoques a las cuestiones de población. En segundo lugar, la terminología de Armijo y Monreal al referirse a la “epidemia del aborto” no fue simplemente un cambio semántico, sino que inició un nuevo enfoque del problema. El tratamiento del aborto como una epidemia lo convirtió en una enfermedad social, basado en el entendimiento de que las soluciones médicas a las crisis de salud debían ir acompañadas de medidas que abordarían los contextos sociales y económicos de la enfermedad. Así nuevos estudios sobre el aborto exigían cambios en el sistema de salud pública que brindarían nuevos espacios para las opciones reproductivas de las mujeres (Kiser, 1965).⁹

Los estudios Armijo-Monreal y sus aportes a la epidemiología

Armijo y Monreal publicaron el primer estudio en el mundo que ubicó el problema del aborto en la comunidad, en el contexto de la vida de las mujeres –y, en las palabras de médicos colombianos– también publicaron “... el primer intento en América Latina de cuantificar el problema en población general y describir las características de los grupos expuestos al riesgo” (Armijo & Monreal, 1965). La investigación se inspiró en un aumento alarmante de mujeres que acudían a los hospitales públicos de Santiago para buscar ayuda con complicaciones derivadas de abortos inducidos. En 1963, Monreal y Armijo sostuvieron que casi el 40 por ciento de las muertes maternas en Chile provenían directamente de abortos (Armijo & Monreal, 1965). Los médicos asistentes sintieron que lo que podían aprender sobre las víctimas siempre era demasiado poco y demasiado tarde. ¿Bajo qué circunstancias, de hecho, las mujeres recurrieron al aborto? Armijo y Monreal establecieron un nuevo tipo de investigación de campo en Santiago basado en entrevistas detalladas con mujeres en edad fértil que contextualizaría sus decisiones reproductivas y ayudaría

7 Esta afirmación está en Ercilla, no. 1453 (27 de marzo de 1963): 17.

8 Vea la contextualización reveladora en Revista Chilena de Salud Pública “Aborto y legislación: Tegualda Monreal,” Revista Chilena de Salud Pública 17/1 (abril 4, 2013): p. 80–81.
Gaete, Jorge. “Tegualda Monreal Porcile (1917–2012) y El Aborto En Chile,” Revista Chilena De Salud Pública 17/1 (2013): 78–80.

9 En conferencias internacionales y presentaciones públicas, el tema de las opciones de vida ampliadas de las mujeres rara vez se abordó. Sin embargo, los profesionales de la salud comenzaron a abordar con más detalle los contextos sociales que impulsaban a las mujeres a limitar los nacimientos.

a tomar medidas preventivas al ampliar las opciones de las mujeres para planificar embarazos. Comenzaron con una muestra aleatoria de 2.500 hogares en los que todas las mujeres entre 20 y 45 años respondieron preguntas sobre embarazos, aborto y opiniones sobre la maternidad. Tegualda Monreal se acercó al proyecto con una determinación excepcional.¹⁰ Explicó que “la originalidad de la investigación es que se desarrolla en las casas de las personas y aborda un problema muy emocional y extremadamente complejo también a nivel humano y social.”¹¹ La investigación de Monreal ejemplificó un enfoque más holístico del trabajo de campo que abarcó todo, desde documentar las realidades específicas de los abortos inducidos hasta evaluar medidas para prevenir el aborto y la mortalidad materna.

Al estudiar las vidas de las mujeres santiaguinas en edad fértil, Monreal y otros médicos combinaron técnicas de muestreo convencionales con encuestas cualitativas sobre las historias personales de las mujeres, su situación económica, la naturaleza del empleo, la frecuencia de las relaciones sexuales, su relación con una pareja y los detalles de sus relaciones sexuales, sus embarazos y abortos. Con base en datos del censo de 1960, Monreal y Armijo, extrajeron una muestra aleatoria de 2.464 hogares en el área metropolitana de Santiago para un nuevo estudio al que siguieron luego otros estudios (Armijo & Monreal, 1965). En 1963, el médico Mariano Requena realizó su estudio en un barrio pobre de la Quinta Normal de Santiago, el distrito de salud que servía como área de docencia e investigación del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad de Chile. En la segunda etapa de su trabajo de campo, los médicos ampliaron su alcance para incluir el registro del interés de las mujeres en prevenir embarazos no deseados mediante la anticoncepción. En mayo de 1964, Mariano Requena, Benjamin Viel y otros ampliaron el programa a una zona más amplia de Santiago, con una población de 450.000 personas y unas 120.000 mujeres en edad fértil.¹²

Revistas populares retomaron la historia y prestaron especial atención a las víctimas femeninas y a los médicos que las trataron. Los chilenos pudieron ver por escrito la afirmación de Monreal y Armijo de que “la prevención del aborto [estaba] conectada con la prevención de embarazos no deseados a través de campañas educativas adecuadas que informaban a las mujeres sobre el uso de tecnologías anticonceptivas adaptadas a sus realidades culturales y económicas.”¹³ Los periodistas invitaron a los lectores a apoyar la “lucha a muerte por la vida.”¹⁴ Los estudios de campo de la década de 1960 y los testimonios de las mujeres proporcionaron la evidencia necesaria para respaldar la correlación entre el acceso a dispositivos de planificación familiar, la prevención de embarazos no deseados y la disminución de los abortos autoinducidos y sus espantosas consecuencias.

Dictadura e Exilio: Chile - EE. UU. - Mozambique

10 Monreal, citada en “Lucha a muerte por la vida,” *Ercilla*, no. 1656 (March 1, 1967):11

11 Monreal, citada en *Ercilla*, no. 1453 (March 27, 1963):17.

12 Por evaluaciones de los proyectos de Requena y Viel, vease JZM (John Maier) Trip Diary, Santiago, Chile, (March 16–19, 1965): 11–14, RF A76 309A Folder: University of Chile Family Planning 1965; unprocessed, RFA, RAC. The Harvard School of Public Health and the Rockefeller Foundation provided money and support for the projects.

13 Los comentarios de Monreal y Armijo están en *Ercilla*, no. 1453 (March 27, 1963):17.

14 “Lucha a muerte por la vida,” *Ercilla*, no. 1656 (March 1, 1967):11.

Sin embargo, la conexión que hicieron Tegualda Monreal y otros médicos chilenos entre la epidemiología, la medicina social, y las políticas de salud también los convirtió en políticos radicales a los ojos de algunos; fueron vistos como subversivos por aquellos que temían el surgimiento de la izquierda política en medio de la Guerra Fría. Por lo tanto, la historia de Tegualda Monreal también ofrece una visión de la persecución de los especialistas médicos bajo el régimen de Pinochet (1973–90). En la dictadura, los mismos médicos que habían mejorado el estado de salud pública en la nación se convirtieron en enemigos de su patria. Muchos se vieron obligados a exiliarse.

Tegualda Monreal recordó que “con el golpe militar de 1973 nos acusaron de marxistas y perdí mi trabajo. Me dejaron sin nada. Unos meses después, un amigo de los Estados Unidos me ayudó con una invitación para salir del país, y ahí comenzó mi exilio” (BBC Mundo, 2006). Permaneció en los Estados Unidos hasta 1980, trabajó en el Centro de Epidemiología del Centro para el Control de Enfermedades (CDC) en Atlanta y realizó investigaciones sobre la salud de la mujer y la planificación familiar en Nueva York. Regresó a Chile brevemente en 1980, y apoyó la creación de un centro médico en Ñuñoa, Santiago. Se notaba que el estado de salud pública de su país se había vuelto precario bajo la dictadura, mientras el diario *El Mercurio* seguía publicando declaraciones públicas de miembros del gremio médico que evitaban las críticas al sistema.

Llama la atención que una de las primeras entrevistas publicadas por la prensa de oposición sobre atención médica en la dictadura fuera con una mujer: Tegualda Monreal. El historiador Marcus Thulin documenta que periodistas de la revista APSI la entrevistaron en abril de 1981, y la preguntaron sobre el estado actual del sistema de salud. Monreal era miembro de la junta directiva del Colegio Médico, pero se la presentaba principalmente como una “especialista en salud pública” y miembro del Círculo de Salud de la Academia de Humanismo Cristiano, la universidad que estaba conectada con el espectro político de izquierda de la Iglesia católica. A diferencia de otros médicos, Monreal abordó con tono drástico la catastrófica situación de los hospitales de Santiago.¹⁵ Esta realidad también provocó escasez de servicios específicos y comprometió el acceso de las mujeres a la planificación familiar.

Tras su breve regreso a la capital chilena, se abrieron otros caminos: “Me fui a Mozambique contratada por una agencia de la ONU en 1981 y estuve allá por casi 10 años, ayudando a crear una política de planificación familiar para ese país. Antes de venirme hice una investigación sobre fecundidad en las familias mozambicanas, que –según me han dicho– todavía tiene vigencia”

15 Aumentan las enfermedades infecto-contagiosas, in: APSI, No. 95, 24.03.–06.04.1981, p. 8–9 citado en Thulin, Markus, p.220 disertación; Thulin, Markus, and Ricardo A. Ayala. "Nursing in Times of State Reforms (1980–1982)." In *Nursing, Policy, and Politics in Twentieth-century Chile: Reforming Health, 1920s–1990s* (Cham: Springer International Publishing, 2023),167–220.

Thulin también escribe que Monreal fue la primera profesional femenina cuya crítica a la política de salud se publicó en la dictadura. Desde su punto de vista, “Las profesionales femeninas no parecían dignas de ser nombradas, citadas, entrevistadas, consultadas o retratadas como lobbistas.” Nota que el artículo “Mujeres, vamos y conquistamos la dignidad”, publicado en *Solidaridad* en 1980, es una excepción. En el informe sobre el trabajo social en Santiago, por primera vez, miembros de una profesión del sector salud y social, ejercida mayoritariamente por mujeres, criticaron las políticas que las afectan. Aunque ninguna de ellas fue entrevistada ni mencionada por su nombre (como fue el caso de Monreal que hablaba en nombre de una asociación profesional dominada por hombres) este artículo trataba opiniones, observaciones y críticas de las mujeres. Contrariamente a lo que sugiere el título, se trataba de un informe sobre su labor, *Mujeres: conquistar la dignidad*, in: *Solidaridad*, 105 (15.–31.11.1980): 1–2.

(BBC Mundo, 2006). Así comenzó su residencia de una década en Mozambique. Ayudó a formar equipos de atención de salud pública, ya que no había nada de eso en la joven nación. Apoyaba un sistema de salud pública y un programa de planificación familiar y trabajaba junto con un equipo de enfermeras chilenas y preparaban matronas (Molina Bustos & Reynolds Neira, 2009). En una entrevista con el médico Carlos Molina Bustos contó “Hicimos un programa y resultó. Enseguida comenzamos a trabajar con ese programa. Y en ese programa también nosotras teníamos que hacer visitas todos los años para ver cómo estaba el programa en el país, porque eso era para el país...” (Molina Bustos & Reynolds Neira, 2009). Es evidente que en sus actividades continuó cruzando fronteras, confirmando su papel como epidemióloga dedicada a hacer que la atención sanitaria esté disponible para todos.

Su viaje a Mozambique fue a la vez una continuidad de sus viajes del pasado, siempre con intereses en aprender de los sistemas de salud en diferentes partes del mundo –y también una experiencia de viaje diferente que le permitió compartir su experiencia con profesionales de la salud de un país que acaba de alcanzar la independencia política.

Cooperante en una Nueva Nación

Monreal ni fue la primera ni la única ciudadana chilena que pasó años de exilio en Mozambique; varios cientos de exiliados llegaron a la recién independizada nación africana (Ayala & Haristoy 2023). Mozambique parecía ser un destino lógico, que apreció a los recién llegados. Algunos exiliados, invitados a Mozambique, vieron sus nuevas vidas también como una oportunidad extraordinaria para participar en la construcción de una nueva estructura política, comparable, en algún nivel, al experimento chileno bajo el gobierno de la Unidad Popular (Basulto del Campo, Contreras & Glisser, 2013). El país acababa de obtener su independencia de Portugal en junio de 1975 y buscó implementar nuevas estrategias políticas. El Frente para la Liberación de Mozambique (FRELIMO) centró sus esfuerzos en una estrategia de desarrollo para allanar el camino hacia una sociedad socialista. La falta inicial de líderes experimentados preparados para construir un Estado funcional, incluso la nueva economía estatal, inspiró la aceptación de la cooperación internacional y el apoyo del exterior. Samora Moises Machel, el primer presidente de Mozambique fue apoyado por FRELIMO. Se convirtió en el líder de un país que enfrentó una larga lista de problemas: falta de infraestructura, pobreza, falta de profesionales y una población sin educación, en su mayoría analfabeta y predominantemente rural (Ayala & Haristoy 2023).

Monreal experimentó que los problemas de Mozambique seguían siendo comparables a los de otras naciones recién independizadas en el continente africano, pero también que el nuevo liderazgo prestó una atención excepcional a la salud pública. Los médicos cooperantes se beneficiaron de la atención del presidente a la salud y al sistema público de salud. Esta prioridad se inspiró en su propia formación profesional como enfermero. El nuevo presidente era consciente de que se enfrentaba a una realidad difícil: Mozambique tenía solo un puñado de médicos para atender a una población de doce millones, y el proyecto clave para los médicos cooperantes era formar enfermeras y médicos en la Escuela de Medicina de Maputo (Epstein & Ferber, 2011). Los médicos internacionales ayudaron a desarrollar un sistema de atención médica que integraba diferentes niveles de servicios de salud y ayudaron a abrir clínicas de salud en los vecindarios en todo el país, lo que llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a reconocer el sistema de salud de Mozambique como un modelo ejemplar (Epstein & Ferber, 2011). Es importante señalar que los médicos extranjeros, incluido Monreal, también arriesgaron sus vidas mientras trabajaban para mejorar la salud pública del país. Ella insistió en que la atención de salud debe ser accesible y asequible para todas las personas, y así viajó a las diez provincias de Mozambique, arriesgándo-

se a cruzarse con el Movimiento Nacional de Resistencia de Mozambique (RENAMO), el principal grupo armado de oposición de Mozambique, fundado en 1976. Si bien no logró desarrollar una identidad política coherente y acorde con su fuerza militar, RENAMO siguió siendo decididamente anticomunista y hostil a los servicios sociales (Hall,1990).

Completando el círculo: epidemiología y medicina social

El trabajo de Monreal en Mozambique le recordó su primera experiencia profesional como joven médica en Chile. En ambos países trabajó con médicos cuya perspectiva profesional estaba marcada por la medicina social y el objetivo de la justicia social, vinculado a un sentido de solidaridad. Asimismo, los problemas de salud de ambos países exigían atención a la salud materna, y Monreal hizo hincapié en los programas de salud de la mujer y la maternidad voluntaria. Con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, comenzó a construir una red de clínicas de salud materna, así como un programa de planificación familiar. Observó que el uso de anticonceptivos y el acceso de las mujeres a opciones reproductivas seguían siendo limitados, también porque el primer programa de planificación familiar se había adoptado recientemente, dos años después de la independencia del país. Incluso con los programas existentes, los centros de salud tenían un personal limitado y estaban comprometidos por el impacto duradero de 16 años de guerra civil antes de la independencia. Además, las expectativas de género y los temores de conductas sexuales inmorales de infidelidad comprometieron las decisiones de las mujeres sobre los anticonceptivos. A los maridos les preocupaba que la planificación familiar alentara el adulterio femenino (Monreal, 1991).

Impactos que perduran

No cabe duda de que el trabajo de campo y las publicaciones de Tegualda Monreal en torno al tema del aborto y la salud reproductiva salvaron vidas. Apoyaron el desarrollo de las políticas de planificación familiar de la década de los años sesenta en Chile –y en otros países, como Mozambique, en décadas posteriores. Aportaron evidencia importante para nuevas prácticas de salud y derechos reproductivos. Trágicamente, en Chile el sistema de planificación familiar y las mejoras en la salud y los derechos reproductivos sufrieron un golpe mortal durante la dictadura. En 1989, la reestructuración jurídica impuesta por la dictadura culminó con una ley en que eliminó el aborto terapéutico del código sanitario chileno. Mandaba la prohibición de abortos bajo cualquier circunstancia. Los cambios legales tuvieron un impacto duradero, con la ampliación de derechos solo recién en 2017 cuando se votó a favor de una nueva legislación sobre el aborto, la ley de tres causales (Eguiguren, 2018).

Así es que el trabajo de Tegualda Monreal sigue siendo relevante. El médico salubrista Aníbal Faúndez resume acertadamente su importancia en un mundo en el que la salud y los derechos reproductivos siguen siendo frágiles.

“... es un rayo de esperanza recordar la investigación ejemplar de Tegualda y el impacto provocado por su publicación. Infelizmente, las consecuencias del aborto provocado continúan afectando exclusivamente a las más marginalizadas por ser pobres y por ser mujeres, como en la época de Monreal y Armijo. Infelizmente, ellas no tienen poder político para cambiar la situación, en un ambiente social y político en que cada uno busca apenas, su propia ventaja” (Molina Bustos & Reynolds Neira, 2009).

La Salud Pública sin Fronteras practicada por Tegalda Monreal no es sólo una realidad de su vida personal, sino también un recordatorio de las características colectivas de la salud pública.

La trayectoria de Tegalda Monreal demuestra su contribución decisiva a la epidemiología crítica y a la construcción de una salud pública sin fronteras. En su abordaje del tema del aborto, consideró las condiciones de las mujeres, integrándolas en un proceso de medidas de salud pública. Su enfoque innovador para tratar el aborto inducido y la mortalidad materna ofreció nuevas perspectivas al definir el problema como una “epidemia” social. Además, impulsó intervenciones que incorporaron dimensiones sociales, económicas y culturales en las políticas de salud. Su labor, tanto en Chile como durante su exilio en lugares como Mozambique, evidencia la capacidad de una médica comprometida para trabajar en contextos adversos y promover la salud y la atención sanitaria en condiciones complejas.

Referencias bibliográficas

- Armijo, R., & Monreal, T. (1964). Epidemiología del aborto provocado en Santiago. *Revista Medica de Chile*, 92, 548-57.
- Armijo, R., & Monreal, T. (1965). Epidemiology of provoked abortion in Santiago, Chile. *Journal of Sex Research*, 1(2), 143-159.
- Ayala, M., & Haristoy, R. P. (2023). South America's Transnational Solidarity with Southern Africa: Chilean and Argentine Exiles as Cooperators in Mozambique, 1976-1986. *Journal of Global South Studies*, 40(2), 418-440.
- Basulto del Campo, S., Contreras, D., & Glisser, M. (Eds.). (2013). *Chilenos en Mozambique: experiencia de solidaridad y amistad entre dos pueblos*. Ceibo Ediciones.
- BBC Mundo, "Tegualda, la pionera," martes, 28 de marzo de 2006 http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/specials/2006/historias_de_mujeres2/newsid_4771000/4771186.stm
- Eguiguren, P. (2018). Impacto de las desigualdades de género en el goce del derecho a la salud sin discriminación. *Anales de la Universidad de Chile* 14(7), 51-66. <https://doi.org/10.5354/0717-8883.2018.51135>
- Epstein, P. R., & Ferber, D. (2011). *Changing planet, changing health: how the climate crisis threatens our health and what we can do about it*. Univ of California Press.
- Gaete, J. (2013). Tegualda Monreal Porcile (1917-2012) y el aborto en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17(1), 78-80.
- Hall, M. (1990). The Mozambican National Resistance Movement (Renamo): A study in the destruction of an African country. *Africa*, 60(1), 39-68.
- Kiser, C. V. (1965). Components of Population Change in Latin America: Proceedings of the 60th Anniversary Conference of the Milbank Memorial Fund, Held at the Savoy Plaza Hotel, New York City, April 5 to 7, 1965. Milbank Memorial Fund.
- Molina Bustos, C. A., & Reynolds Neira, M. (2009). *Historia de vida Tegualda Monreal: un acervo multimedia de testimonios orales*. Unidad Patrimonio Cultural de la Salud. División de Planificación Sanitarios. Subsecretaría de Salud Pública. Ministerio de Salud. Editorial Ministerio de Salud. Impreso Gráfica Puerto Madero. Santiago, Chile.
- Monreal, T. (1961). El aborto provocado: síntesis bibliográfica reciente. *Cuadernos Médicos Sociales*, 22(2), 22-28.
- Monreal, T. (1991). *Inquérito Comportamiento Reproductivo da Mulher Moçambicana 1987*. Maputo: Ministerio da Saude, Universidade Eduardo Mondlane and United Nations Fund for Population Activities.

Es aquí donde cobra relevancia y actualidad el aporte de Mónica Weisner Horowitz, pionera de la antropología médica en Chile, quien desde un enfoque sociocultural abordó la salud reproductiva, y específicamente el aborto clandestinizado, como un fenómeno complejo que debe ser analizado más allá de las estadísticas epidemiológicas y la sanción moral.



Mónica Weisner Horowitz

Patricia Junge Cerda

Mónica Weisner Horowitz, antropóloga médica. Visibilizando el aborto en tiempos de represión.

Resumen

La salud reproductiva en general, y el aborto en particular, son temas complejos y extremadamente sensibles en la sociedad chilena. El aborto terapéutico estuvo permitido en Chile durante el siglo XX, hasta que en 1989 fue prohibido y penalizado de forma absoluta. Entre 1989 y 2017, cuando se promulgó la ley que repuso el derecho a interrumpir el embarazo en tres causales específicas, permaneció así: en clandestinidad, silenciado y penalizado. No obstante, las mujeres seguían interrumpiendo sus embarazos por diversos motivos. Durante este período, la antropóloga médica Mónica Weisner Horowitz realizó sistemáticas investigaciones sobre el aborto inducido entre mujeres de bajo nivel socioeconómico, generando matrices de análisis sociocultural sobre el fenómeno, y difundiendo sus resultados en espacios de análisis, discusión y toma de decisiones. Con ello aportó a la comprensión de la complejidad multifactorial y multidimensional del aborto inducido, desde una mirada transdisciplinaria en salud pública. Los resultados cuantitativos y cualitativos de sus investigaciones constituyeron por décadas uno de los pocos datos disponibles sobre este fenómeno, ya que no se contaba con estadísticas oficiales ni espacios abiertos de visibilización. Desde su experiencia aportó, también, a la formación de una generación de antropólogas médicas, que hoy contribuyen desde diversos espacios a un enfoque sociocultural de la salud pública.

Abstract

Reproductive health in general, and abortion in particular, are complex and extremely sensitive issues in Chilean society. Therapeutic abortion was allowed in Chile during the 20th century, until in 1989 it was banned and criminalized absolutely. Between 1989 and 2017, when the law that restored the right to terminate pregnancy on three specific grounds was enacted, it remained that way: clandestine, silenced and penalized. However, women continued to interrupt their pregnancies for diverse reasons. During this period, medical anthropologist Mónica Weisner Horowitz carried out systematic research on induced abortion among low-income women, creating a matrix for sociocultural analysis of the phenomenon, and spreading the results of her work in various spaces of analysis, discussion and decision-making. Thereby, she contributed to the understanding of the multifactorial and multidimensional complexity of induced abortion, from a transdisciplinary perspective in public health. The quantitative and qualitative results of her research constituted for decades part of the few data available on this phenomenon, since there were no official statistics or open spaces for visibility. Additionally, from her experience, she trained a generation of medical anthropologists, who today contribute from various spaces to a sociocultural approach to public health.

Introducción

“Se desconoce que lo que se acalla por un lado va a gritar por otro, y más fuerte.”

Weisner 1995

Mientras se comenzó a escribir este artículo el Consejo Constitucional elegido para redactar una nueva constitución para Chile, se encontraba revisando y votando los contenidos de la propuesta de texto elaborada por un comité de expertos a inicios de 2023.¹ Uno de los debates más acalorados y mediatizados fue la discusión de un inciso al artículo 1 que versaría “todo ser humano es *persona*”, y el artículo 16.1 que afirma “la ley protege la vida de *quien* está por nacer”, pues estos darían pie a declarar inconstitucional el aborto terapéutico, repuesto en Chile para tres causales recién en 2017. Estos incisos se inspiran en un debate ontológico sobre la condición humana, que se pregunta si la *persona*, con derechos fundamentales – y en consecuencia constitucionales– es un estado al que se llega por el proceso de desarrollo de la conciencia, la autorreflexión y el sentido moral de los seres humanos, o es una condición inherente a la especie humana, independiente de su estado o momento de desarrollo, y por lo tanto atribuible también a un embrión o feto^{1,2}. Así, filosofía, política, salud pública y corporalidad entran al ruedo debatiendo en torno a un par de palabras.

En efecto, la salud reproductiva en general, y el aborto en particular, son temas complejos y extremadamente sensibles en la sociedad chilena. Persiste un debate que mezcla, contrapone y, muy a menudo, enreda antecedentes médicos y políticos, civiles y religiosos, subjetivos y sociales. En cualquiera de estos argumentos el punto de consenso es que el aborto dista de ser un tema simple y placentero; no obstante, en los debates públicos se prescinde de esta línea base en común, para caer en defensas binaristas acérrimas de una u otra aproximación al problema. ¿Es el aborto una cuestión valórica y moral, o se trata de un problema sociocultural y de salud pública? ¿Las mujeres que abortan buscan mejor adaptarse a las exigencias estructurales de una sociedad que espera que trabajen, críen y consuman al ritmo de un individuo autosuficiente, o

1 Cabe mencionar que el citado texto constitucional fue rechazado por plebiscito constitucional en diciembre de 2023.

son homicidas que deben pagar con pena de cárcel su actuar antisocial, si no, anticonstitucional? ¿Los cuerpos gestantes encarnan un curso de vida subjetivo o son un objeto de debate público e intervención moral? Etcétera. Ya sea por opción o por ignorancia, en este debate polarizado se pierde de perspectiva algo fundamental: la complejidad multifactorial y multidimensional del fenómeno del aborto intencional o inducido.

En septiembre de 2017, con la Ley N° 21.030, en Chile se despenalizó la interrupción del embarazo para tres causales específicas, tal como indica el MINSAL en su página web: “cuando la mujer se encuentre en riesgo vital, de modo que la interrupción del embarazo evite un peligro para su vida; cuando el feto padezca una patología congénita adquirida o genética, incompatible con la vida extrauterina independiente; o cuando el embarazo es resultado de una violación, siempre que no hayan transcurrido más de doce semanas de gestación”, o catorce si la embarazada es menor de 14 años. Esta ley repuso el derecho a interrumpir terapéuticamente el embarazo, el cual existía en el Código Sanitario desde 1931 en caso de riesgo vital de la madre, y desde 1967 en caso de riesgo para su salud. La interrupción de embarazos producto de una violación o incesto, no eximían a la gestante de las sanciones impuestas por el código penal, que desde 1874 castigaba este *delito* con penas de cárcel tanto para la persona que practicaba el aborto como para la mujer que se auto inducía o consentía en un aborto, con ciertas atenuantes si éste se efectuaba con el propósito de esconder el deshonor³. El 15 de septiembre de 1989, con la Ley 18.826 -también conocida como “Ley Merino”, se volvió a la situación previa a 1931 y se penalizó toda forma de interrupción voluntaria del embarazo⁴. El hecho que en 2023 un grupo de convencionales intentara reponer esta restricción total no hace más que dar cuenta de lo complejo y necesario de un debate transdisciplinario continuo en torno a este fenómeno.

Es aquí donde cobra relevancia y actualidad el aporte de Mónica Weisner Horowitz, pionera de la antropología médica en Chile, quien desde un enfoque sociocultural abordó la salud reproductiva, y específicamente el aborto clandestinizado, como un fenómeno complejo que debe ser analizado más allá de las estadísticas epidemiológicas y la sanción moral. Llevó a cabo sus trabajos de campo en plena dictadura de Pinochet (1973-1989), cuando el silenciamiento y la represión de los derechos reproductivos se filtraba en los sistemas médicos, educativos y punitivos. Siendo una joven antropóloga se insertó en equipos interdisciplinarios de hospitales públicos, tomando la medicina y el sistema de salud como su campo de investigación. Hubo de rastrear datos incompletos y registros velados; recurrió a diversas fuentes para reconstruir el contexto epidemiológico de un fenómeno no registrado por las estadísticas gubernamentales de la época; y con paciencia supo ganarse la confianza de las mujeres hospitalizadas por las complicaciones de sus abortos inducidos, de sus compañeros y familias, para conocer sus historias de primera mano y enriquecer con experiencias, motivos y circunstancias las estimaciones epidemiológicas. Así, mostró con datos científicamente obtenidos la complejidad de la salud reproductiva como fenómeno sociocultural, y abrió la mirada al correlato subjetivo y vivencial del *proceso del aborto*, como lo llamó ella, donde los valores y la ética del ser humano se encarnan en vidas con existencia política, económica, social, histórica, simbólica, y no sólo ontológica.

El aporte de Mónica Weisner a la salud pública se despliega en tres trayectorias. En primer lugar, aportó modelos de análisis para la comprensión compleja de la salud reproductiva y la interrupción voluntaria del embarazo como fenómenos socioculturales; además, visibilizó la envergadura y complejidad del aborto clandestinizado desde las experiencias de las mujeres gestantes, en una época de silenciamiento y castigo; por último, abrió en el país el camino de la antropología médica, una subdisciplina de la antropología social que toma la medicina y el sistema de salud

como objeto de estudio complejo y situado.

En lo que sigue, después de una necesaria reseña biográfica, elaboraré en torno a estos tres ámbitos, sin pretensión de agotar con ello la magnitud del aporte de la profesora Weisner. Cabe señalar que ella se centró en difundir y visibilizar el fenómeno del aborto y poner intensivamente su trabajo investigativo en conversación en diversos espacios, como una forma de contestar el silenciamiento, probablemente. Por ello gran parte de sus publicaciones se encuentran en actas de congresos, cátedras, presentaciones y registros de su archivo personal, que fue lento rastrear. Así, este artículo integra material de acceso digital, material guardado en repositorios físicos públicos y privados, y material inédito.

Genealogía de una mirada

Hija de antropóloga y hermana de arqueólogo, Mónica Weisner Horowitz inició sus estudios de antropología en el Trinity College de Dublín, para concluirlos en 1982 en la Universidad de Chile, donde obtuvo el título de Antropóloga y el grado de Licenciada en antropología social, con una tesis sobre el proceso de aborto inducido entre mujeres urbanas de bajo nivel socioeconómico (3), con el patrocinio del profesor Carlos Munizaga Aguirre.

El interés de la profesora Weisner en la antropología médica, en general, y en la comprensión compleja del aborto, en particular, venían desarrollándose desde antes de este hito académico. Desde mediados de la década de 1970 fue investigadora del Departamento de Antropología de la Universidad de Chile y comenzó a involucrarse en equipos multidisciplinarios en las Unidades Sépticas de Maternidades de hospitales públicos de Santiago y Valparaíso, para conocer el quehacer médico y las experiencias de mujeres hospitalizadas por complicaciones de abortos inducidos⁵. La profesora Weisner combinó estudios cuantitativos extensivos –con un máximo número posible de mujeres que llegó a las 400–, con cuidadosas indagaciones vivenciales a través de entrevistas en profundidad logradas luego de procesos de vínculo y confianza con las entrevistadas^{3,5}. Cabe recordar que en este período el aborto era penalizado, por lo que las mujeres daban direcciones falsas al ingresar a los hospitales, lo que hizo más grande el desafío de acceder a ellas y sus testimonios^{3,5,6}. A partir de estas investigaciones iniciales, durante más de tres décadas la profesora Weisner dio sistemática continuidad a una consistente línea de investigación sobre el aborto clandestino en Chile y Latinoamérica, cuyos resultados difundió en múltiples canales académicos y políticos. Elaboró modelos de análisis capaces de abordar la multidimensionalidad sociocultural del aborto y entregó sólidos datos sobre un fenómeno silenciado, permitiendo explorar aquello que quedaba fuera del alcance de los análisis epidemiológicos y las discusiones morales. Desde la década de 1980, comunicó su trabajo en destacadas participaciones en los primeros Congresos Chilenos de Antropología, en congresos a nivel internacional y exponiendo como experta ante diversos organismos nacionales e internacionales.

En su rol como profesora de la carrera de antropología de la Universidad de Chile, Mónica Weisner creó la primera Cátedra de Antropología Médica en el país, a la cual se dedicó ininterrumpidamente desde 1985 hasta 2006. Como nos consta a las varias generaciones de antropólogas médicas formadas por ella, en su cátedra procuró entregar una sólida formación profesional e investigativa, combinando una acuciosa genealogía de la disciplina y sus derroteros, con un fuerte énfasis en la realización de trabajos de campo. En su quehacer académico desarrolló la perspectiva de la Antropología Médica Crítica (AMC)^{3,7}, enfoque desconocido hasta entonces en el país, y que pone particular énfasis en las relaciones de poder y patrones sociales hegemónicos que permean los sistemas de salud y médicos, “entendiendo los problemas de salud dentro del

contexto de fuerzas políticas y económicas que les circundan, incluyendo las escalas institucional, nacional y global, que estructuran las relaciones humanas, moldean los comportamientos sociales, condicionan las experiencias colectivas, reordenan las ecologías locales y sitúan los significados culturales”⁸. Por ello el enfoque de la AMC asume la necesidad de incorporar la experiencia de los sujetos de salud y enfermedad en los procesos y decisiones médicas, desde un enfoque de derecho, y dando relevancia de la observación crítica y contextualizada sobre la complejidad fenomenológica que están en juego en los sistemas médicos⁹.

Como reseñan la antología *Antropologías Hechas en Chile*⁷, durante su carrera la profesora Weisner se desempeñó en diversos ámbitos e instituciones nacionales e internacionales, tales como FAO y el Gobierno de la India, que le encargan diagnósticos en seguridad alimentaria; el Freudian Research Center en Nueva York, desde donde realiza investigación con minorías hispánica. Junto a esto, el desarrollo de investigación de campo en localidades maoríes en Nueva Zelanda, en comunidades maya quichés en Guatemala, en Rapa Nui y diversas localidades de Chile, impregnan su trabajo de una mirada crítica y contextualizante, tanto en lo local como lo global, y un ejercicio antropológico que combina la mirada profunda con el enfoque comparativo y transcultural.

Este enfoque crítico, contextual y consciente de la complejidad y diversidad de formas en que se significan y practican los procesos de salud/enfermedad/atención/prevenición, como los llama Menéndez¹⁰, marca sin duda otro de sus trabajos fundamentales. Con apoyo del Instituto Alan Guttmacher participa entre 1992 y 1994 de una investigación sobre aborto clandestino en México, República Dominicana, Colombia, Brasil, Perú y Chile⁶. Ella, a cargo de la investigación en Chile, tuvo que rastrear y proyectar las cifras chilenas a partir de datos no oficiales, pues éstos eran inexistentes. Se estimó que en la década de 1990 en Chile se provocaban 160.000 abortos clandestinos al año, siendo la tasa más elevada de la muestra de este estudio, y también por encima de países como Canadá y Estados Unidos, donde la interrupción voluntaria del embarazo no se penalizaba. Gracias al enfoque cualitativo/cuantitativo, el trabajo de la profesora Weisner permitió actualizar los datos sobre la magnitud y características de las mujeres que abortaban en Chile, lo cual era desconocido, pues se utilizaban datos de la década de 1960. Además, dibujó el panorama sociocultural que explicaba multifactorialmente estas cifras en el Chile de mediados de 1990. Estos antecedentes sirvieron de argumento antes las comisiones del Congreso Nacional que la llamaron a exponer en su calidad de experta, con lo que contribuyó a frenar las iniciativas que buscaban en ese período erradicar el aborto en Chile a través de leyes aún más punitivas, elevando a 15 años de presidio el castigo a las mujeres que abortaban⁸.

A continuación, describiré someramente la matriz analítica y algunos resultados con que la profesora Weisner contribuyó a una comprensión multifactorial de este contencioso problema en la salud pública chilena.

Modelos explicativos para de la salud reproductiva

El año 2007 Mónica Weisner presentó en el VI Congreso Chileno de Antropología. Era una época en que todavía se vivía bajo la herencia de la dictadura que en 1989 prohibió todas formas de interrupción de embarazo. La profesora partía preguntándonos a principios del siglo XXI por qué seguir silenciando el aborto y ocultándolo tras el debate de “píldora del día después”, cuando se trataba de un fenómeno universal, presente en toda cultura en cualquier momento; multicausal, que incluye factores personales, sociales, culturales, políticos, económicos, entre muchos otros; y multifacético, que requiere de un abordaje transdisciplinario para poder ser comprendido y atendido en consistencia con su complejidad^{5,11}.

En efecto, el trabajo de la profesora Weisner no sólo entregó estadísticas sobre el aborto clandestinizado en las décadas de 1980 y 1990, sino que también demostró la necesidad y utilidad de abordar este fenómeno de forma transdisciplinaria. La envergadura del fenómeno fue estimada a partir de proyecciones estadísticas en una época de oscurantismo y silenciamiento debido a la falta de registros epidemiológicos oficiales y al temor de equipos de salud y pacientes de proporcionar información al respecto. Uno de los resultados del estudio que realizó a inicios de la década de 1990 para el Instituto Alan Guttmacher mostraba que del total de 56% de embarazos no deseados, 35% terminaban en aborto y 21% llegaban a término, pero no deseados...concluyéndose además que sólo 44% de los embarazos en Chile eran deseados⁶. Y entonces, ¿por qué se embarazan las mujeres si no querían, habiendo métodos anticonceptivos disponibles en los programas nacionales de planificación familiar?

Para responder a estas interrogantes, la profesora Weisner elaboró una matriz de análisis que permite abordar los factores biológicos junto con los socioculturales, a través de un modelo de alcance medio desde el enfoque de la antropología médica crítica^{3,5}. Como punto de partida, nos dice, habría que considerar dos aspectos complementarios: las *Metas* de fecundidad, que corresponden a la orientación hacia el número de hijos y tamaño de la familia deseada, y los *Medios* para lograr esas metas, relacionados con el acceso oportuno y correcto a recursos para regular la fecundidad¹¹. La profesora Weisner nos explica que, para una correcta gestión de la salud reproductiva tanto a nivel personal como social, debe haber correspondencia entre ambos aspectos. Los datos chilenos de fines del siglo XX demostraron incongruencias importantes. En general, las metas de las mujeres chilenas estarían orientadas a tener menos embarazos, tal como lo mostró el hecho que el 56% de las mujeres usaban anticonceptivos, el más alto porcentaje del estudio citado⁶. El problema de la alta tasa de embarazos no deseados estaría en los medios para lograr dicha meta, es decir en el cómo se accede y utilizan los diversos recursos y métodos anticonceptivos disponibles. Aquí es donde se necesita el análisis sociocultural.

Las metas deben comprenderse asociadas a la inserción de la familia en la macroestructura económica, laboral, tributaria y de seguridad social del país en estudio, pues ello condicionará, en gran medida, la orientación hacia una familia grande o pequeña. Concurren también "Factores Culturales Generales, aquellos que permean a la cultura en su conjunto, y Factores Culturales Específicos, relacionados con las actitudes, normas y representaciones sociales con respecto al tamaño de la familia, los roles y funciones que cumplen sus miembros, la valorización del sexo de los hijos, etc."¹¹. La mayoría de las mujeres que abortaban en las décadas de 1980 y 1990 eran mujeres entre 16 y 30 años, solteras, con educación media, sin hijos la mayoría y que en un 70% vivían sin sus parejas. El problema detectado por Weisner es que este perfil era totalmente distinto a aquel al cual estaban orientados los programas de planificación familiar, insertos en unidades de maternidad, los que cubrían a mujeres sobre los 30 años, con bajo nivel educacional, casadas y con hijos, pues ellas eran quienes abortaban con mayor frecuencia en la década de 1960¹¹. Veinte años después, las mujeres jóvenes que tenían por meta no embarazarse, no tenían cómo acceder a los métodos anticonceptivos que ofrecía el sistema de salud. Los datos levantados por Weisner grafican una transición epidemiológica del aborto entre 1960 y 1980-90, que sugieren una estrategia adaptativa de las metas reproductivas de las mujeres jóvenes y con mayor educación al contexto macroeconómico y sociocultural del Chile neoliberal de fines del siglo XX, que las instaba a ser individuos autónomos y productivos, algo incompatible con la crianza como madre soltera en un país con seguridad social restringida. No obstante, el sistema de salud no les facilitaba los medios para gestionar sus metas reproductivas pues, ante la prohibición táctica de abortar, el tema durante más de dos décadas seguía enfocado en una planificación familiar para

mujeres casadas, de baja escolaridad y dedicadas a la crianza de hijos.

En el modelo de Weisner, los Medios para regular la fecundidad estarían determinados por tres factores principales: factores de Motivación, que incluyen las cogniciones y actitudes culturalmente moldeadas que condicionan la actitud activa o pasiva, de aceptación o rechazo, ante los métodos anticonceptivos y el aborto; los factores de Capacitación, relacionados con la información existente sobre anticoncepción, los métodos de educación y las aptitudes de las personas para su uso; y los factores de Facilitación, relacionados con el desarrollo de tecnologías de anticoncepción y aborto, la disponibilidad y acceso a ellas, siendo de competencia de organismos e instituciones públicas y privadas, y vinculados con las políticas de población de los gobiernos^{3,11}. Los datos cualitativos de Weisner mostraron severas dificultades en los tres niveles, las barreras culturales basadas en creencias erróneas se fundaban en la falta de educación sobre el ciclo reproductivo, la sexualidad y los métodos de control de natalidad, y se potenciaban con las dificultades de acceso determinadas por un diseño de políticas de control de la natalidad basado en datos epidemiológicos obsoletos, como vimos en el párrafo anterior.

Visibilización del proceso desde las voces y experiencias de sus protagonistas

A partir de las entrevistas cualitativas realizadas por la profesora Weisner, fue posible caracterizar el comportamiento anticonceptivo de las mujeres que abortan. En primer lugar, las investigaciones mostraron que se daba una “penosamente eficiente” combinación de variables que llevaban a embarazos no deseados que terminaban en abortos intencionales. La fórmula incluía 1) una elevada motivación para no tener hijos, 2) necesidades y acceso a contracepción insatisfechas, expresadas en uso insuficiente de métodos modernos efectivos de anticoncepción y 3) desconocimiento del propio ciclo reproductivo, que lleva a un uso incorrecto de métodos naturales. Weisner concluye: “si las mujeres no usaran los métodos modernos de anticoncepción, pero conocieran correctamente su ciclo fértil, los embarazos no serían tan frecuentes. Y si no conocieran su ciclo reproductivo pero usarán en forma constante la anticoncepción moderna, no se producirían embarazos.”¹¹. Queda en evidencia que, antes al igual que hoy, para que las mujeres puedan gestionar de forma correcta la meta de no tener hijos, se necesita de adecuada educación y cobertura de salud preventiva¹².

Más aún, Weisner describió cabalmente la etnociencia del aborto, correspondiente al sistema de ideas que forma un modelo explicativo internamente coherente y que orienta el comportamiento de sus entrevistadas en relación a la sexualidad, la reproducción y el aborto. Recordemos que las metas de fecundidad están enmarcadas en el contexto macroestructural del país, lo que explica que dentro de los motivos para abortar, los testimonios adujeron principalmente factores económicos y de precariedad social y familiar³. La meta se gestiona desde los medios y conocimientos de las mujeres sobre su ciclo fértil, sobre el proceso de fecundación, sobre el desarrollo fetal y, en consecuencia, sobre las conductas más o menos facilitadoras de embarazo, y aquellas más o menos calificables como aborto^{3,11}. Por ejemplo, la idea generalizada en los resultados de 1982 era que antes del tercer mes de embarazo lo que hay en el vientre es solo “un huevo o pelota de sangre” sin vida, esto explica que para las entrevistadas eliminarlo no atentaría contra una vida humana, pues todavía no se formaba una *guagua* con latidos y movimiento³. Dado que vivían en una sociedad sin programas de educación sexual ni reproductiva, estas ideas eran la etnociencia que sustentaban las conductas reproductivas de las mujeres.

Otro hallazgo importante es lo que Weisner llamó el “proceso de aborto” en mujeres de escasos recursos^{5,6}. Entre ellas primaba la creencia de que el proceso del aborto es irreversible. Es decir,

una vez iniciada la intención de abortar, con acciones abortivas menores como la ingesta de decocciones o medicamentos tóxicos para inducir un aborto espontáneo, para las mujeres entrevistadas no había vuelta atrás, pues se creía que estos químicos provocarían malformaciones y deficiencias congénitas en el feto. Debido a esto, era inevitablemente necesario seguir escalando en procedimientos abortivos mayores, principalmente acciones mecánicas violentas auto infrin-gidas o con participación de terceros. Finalmente, en la mayoría de los casos de mujeres de nivel socioeconómico bajo, el proceso terminaban en hemorragias, infecciones y el ingreso a la unidad de infecciosas de la maternidad de hospitales públicos^{5,11}. Adicionalmente, Weisner detectó una gradiente social en este proceso de aborto, donde las mujeres de mayores recursos, que al decidir abortar contaban con el apoyo de sus parejas y/o familiares, y accedían a procedimiento en buenas condiciones, tenían vivencias menos negativas y hacían un duelo menor. No obstante, “de una u otra forma el aborto siempre ha significado ser un suceso doloroso y conflictivo en la vida de las mujeres, que hubieran deseado que nunca se produjera.”⁵. Se muestra así que la meta de reducir o retardar los embarazos nada tenía que ver con considerar el aborto como un método anticonceptivo deseable.

Hoy en día, a seis años de promulgada la ley 21.030 contamos con algunas cifras oficiales sobre las causales de aborto. Desde 2018 a la fecha, 2.080 mujeres se han acogido a la ley por inviabilidad fetal; 1.296 lo han hecho por riesgo vital de la madre y 896 niñas y adolescente lo han solicitado por causal de violación.¹³ Si bien la profesora Weisner no hizo la distinción de aborto por violación –sólo distinguía una causal relacionada al alcoholismo del cónyuge–, los motivos para abortar se mantienen constantes a los descritos en sus estudios de hace cuarenta años atrás, siendo la inviabilidad fetal la principal causa –ya sea científicamente confirmada o supuesta desde la etnociencia de las mujeres–, seguida del riesgo para la vida de la mujer gestante. Más allá de las estadísticas, el trabajo de Weisner nos invita a preguntarnos por los factores que explican la conducta de las mujeres que abortan, dándoles voz y contextualizando su proceder en determinantes estructurales, sociales y culturales, así como en un sistema de ideas y conocimientos desde las cuales, ante la escasa educación sexual y reproductiva, y el limitado acceso a métodos anticonceptivos, las mujeres reflexionan y llegan a tomar una decisión radical e irreversible que no les resulta ni fácil ni frívola³.

Así, las investigaciones de la profesora Weisner dan cuenta no sólo de la complejidad del proceso que lleva a una mujer a decidir interrumpir su embarazo, sino también de la relevancia de la educación sexual y reproductiva, del conocimiento cabal del fenómeno por parte de la autoridad sanitaria, y del acceso suficiente y oportuno tanto a información como a medios anticonceptivos efectivos y seguros.

El desarrollo de la antropología médica y su aporte a la salud pública

Como nos recuerda Fajreldin¹⁴, como subdisciplina de la antropología, la antropología médica entiende la salud como parte de la cultura, comprendiendo el trinomio salud/enfermedad/atención como un fenómeno universal para el cual cada comunidad humana ha desarrollado respuestas interpretativas y acciones específicas e históricas; en este enfoque es que se acerca y establece sinergias con la epidemiología sociocultural o crítica. En efecto, se trata de una subdisciplina que ha evolucionado desde mediados del siglo XX, con antecedentes en los estudios de etnomedicina, psicoanálisis y modelos ecológicos sobre la salud y la enfermedad, y que finalmente perfila su identidad y nombre en la década de 1960 en el norte global³.

Fue Mónica Weisner quien en 1985 creó la primera cátedra de antropología médica en el país,

donde formó a una vasta generación de antropólogas médicas que hoy se encuentran aportando una mirada sociocultural a los fenómenos de salud/enfermedad/atención/prevención y cuidados desde una diversidad de lugares. Con esta perspectiva, Weisner hace un giro en el aporte de la antropología a los temas de salud, toda vez que sale del territorio clásico de los estudios de etnomedicina para adentrarse en la biomedicina propiamente tal¹⁵, aportando un enfoque transdisciplinario a la salud pública. Es por ello que hasta el día de hoy, en la distinción entre antropología médica, centrada en el sistema biomédico hegemónico, y antropología de la salud, enfocada en los procesos de salud, enfermedad y atención concomitantes al quehacer biomédico¹⁶, Mónica Weisner se declara *antropóloga médica*.

No puedo terminar sin atreverme a decir que Mónica Weisner Horowitz aportó a la salud de las mujeres y las personas de Chile a través de la formación de antropólogas médicas, a quienes dejó por herencia una mirada y escucha empática y crítica, hacia un ámbito de la experiencia donde lo político y lo íntimo se funden en el proceso del vivir en común.

Dejo, como epílogo, las palabras de algunas colegas que reconocen a Mónica como su mentora.

“Conocí a la profesora Mónica Weisner el año 1995. Ella era la docente a cargo del ramo optativo de Antropología Médica. Descubrir esta rama de la antropología, que se imbuye en el estudio de los sistemas de salud/enfermedad y atención de los diversos grupos humanos, fue un estallido en mi mente y mi corazón que cambió mi visión de la antropología. El enfoque que Mónica le dio a esta disciplina, desde el rescate de los ámbitos más socialmente invisibilizados en aquel entonces, como salud sexual y reproductiva, aborto y sistemas médicos de pueblos originarios, marcaron mi entrenamiento profesional. Desde entonces dedico mi quehacer como investigadora a estos temas, los que me han llevado a explorar en el campo de la salud sexual y reproductiva en adolescentes y jóvenes, en pueblos originarios, en la salud sexual con enfoque de masculinidades, la salud de migrantes internacionales, la investigación en cáncer, entre otros. Gracias profesora por cimentar el camino, y compartirlo con sus estudiantes de manera tan generosa y genuina.” Alexandra Obach K, PhD. Directora Ejecutiva Centro de Salud Global Intercultural CeSGI. ICIM, Facultad de Medicina Clínica Alemana. Universidad del Desarrollo.

“Conocí a Mónica como estudiante de antropología en los 80’s en la Universidad de Chile. Más tarde trabajé con ella como ayudante y asistente para la misma cátedra de antropología médica de la que fui alumna. Hubo una experiencia de formación intensa, iluminadora. Fue en el hospital psiquiátrico en calle La Paz [hospital psiquiátrico José Horwitz Barak], bajo el programa de institución de puertas abiertas que dirigía el doctor Stein. Era una propuesta revolucionaria y visionaria, inspirada en el movimiento de la antipsiquiatría. Se permitía a los internos salir a la calle y relacionarse con su entorno, se realizaban asambleas donde se abordaban los problemas de la vida en comunidad y se encontraban soluciones; era una comunidad que intentaba devolverles el ser personas. Mónica nos propuso –con la venia del Dr. Stein– hacer un trabajo de campo de esa experiencia en el hospital. Entramos asustados al encuentro de los internos que circulaban y se acercaban a nosotros (en vez de nosotros a ellos). Cada día era un desafío. Soportar esa normalidad en la que subyacía el potencial disruptor de lo que se denomina locura, era quizás lo más difícil. Mónica nos observaba y escuchaba sonriendo, cuando relatábamos nuestras experiencias. Confiaba

en nosotros y en el proceso. Salimos más grandes, más fuertes, más llenos de preguntas de esa experiencia. Mónica me invitaste junto a mis compañeros a vivir la experiencia formativa quizás más intensa de todas, y a acercarme a una disciplina que es hoy mía. Gracias por tanto.” Lorena Núñez Carrasco, PhD. Associate Professor, School of Sociology, University of the Witwatersrand, Johannesburg.

“Mónica Weisner fue mi profesora en el curso optativo de antropología médica, el cual dictaba desde una actitud de voluntariado voluntarioso en favor de la subdisciplina. Voluntariado porque su gentileza incluía cafés, una amplia sonrisa acogedora, sus libros puestos a disposición de los estudiantes, reuniones en su casa cosmopolita. Voluntarioso porque entendía a la disciplina como necesaria materia de enseñanza y formación en ese privilegiado escenario de la Universidad de Chile. Cómo podía ser que no estuviera en la malla este ámbito vanguardista y aplicado? Bien, como no podía ser, entonces Mónica estaba ahí, dictándole. La experiencia del curso permitió abrir una amplia ventana –ese era el objetivo no confesado de Mónica–, que me llevó a pedirle su tutela para mi investigación de grado. Me dio la idea de investigar la medicina tradicional de Rapa Nui y su relación con la medicina oficial (del entonces hospital), con lo que abrió la puerta a 24 años de relacionamiento investigativo y humano con Rapa Nui. La tesis que le siguió –bajo su exigente y amorosa guía–, me abrió al mundo laboral que derivó en el ámbito de la salud pública, me enrolé en las filas de la subdisciplina y me convertí en gran parte de lo que hoy reconozco como mis rasgos particularizantes en tanto antropóloga (y en tanto persona también). La reconocemos por todo ello, como la fundadora de la antropología médica en el país. Mónica Weisner es una luz en el camino, una bella persona, una preciosa mujer, un alma generosa.” Valentina Fajreldin Chuaqui, PhD. Directora del Laboratorio de Ciencias Sociales, Bioética y Comunicación aplicadas a la Odontología. Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Académica Programa Políticas, Sistemas y Gestión de Salud, Instituto de Salud Poblacional Dr. S. Allende, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

“El trabajo de Mónica Weisner sobre el aborto clandestino entre mujeres de sectores populares fue un aporte muy significativo para la antropología en general y la antropología médica en particular. Bajo la tutela de Carlos Munizaga, se vinculó con equipos biomédicos, en los hospitales, para abordar la salud sexual y reproductiva desde la antropología. Con su trabajo abre un espacio de antropología médica en hospitales, en contextos urbanos, que la diferencian de los estudios de etnomedicina desarrollados por otros antropólogos socio-culturales hasta ese entonces. Además, fue osada al involucrarse en la investigación de un tema complejo e invisibilizado, en plena dictadura. En lo personal, me integré como tesista en sus proyectos de investigación en Rapa Nui a comienzos del 2000. Fue clave para mi formación, conocí la antropología médica por ella, y me permitió pensar en temas que en Chile no estaban trabajados, tales como antropología de la salud y del cuerpo. Fomentó la apertura de nuevos temas y espacios, generando una suerte de escuela de la cual muchas nos reconocemos heredera.” Daniela Leyton Legües. Profesora Asistente Carrera de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción. Investigadora ANID y miembro del GT de CLACSO Estudios Críticos en Materpaternidades.

“En los inicios de mi trabajo de tesis, Mónica me presentó a otros antropólogos médicos, me entregó esas fotocopias de libros inaccesibles en Chile que todas tenemos gracias a ella, me conectó con antropólogas formadas por ella que ya estaban trabajando en hospitales, como por ejemplo Michelle Sadler en el hospital Roberto del Río. Creo que su aporte más destacable es que desde inicios de 1980, cuando hace su investigación de título bajo la tutela Carlos Munizaga, hace un giro radical desde la antropología dedicada a la salud étnica que se hacía hasta esa fecha, hacia la interface que mira el género y los temas reproductivo en el quehacer biomédico. Yo le reconozco ese aporte pionero: pone los sistemas biomédicos en contexto social y los observa como sistemas culturales.” Alejandra Carreño, Doctora en Antropología. Investigadora del Centro de Salud Global Intercultural ICIM, Universidad del Desarrollo.

Agradecimientos

Mi profunda gratitud va primero a la profesora Mónica Weisner Horowitz, por su mentoría y formación, las que reconozco constantemente en diversos momentos de mi quehacer como docente, investigadora, antropóloga y mujer. Como siempre, generosamente respondió a mi solicitud de referencias para llevar a cabo este artículo, entregándome material de su archivo personal, inédito en forma digital. Rastrear su trabajo no fue fácil, y para ello estoy en deuda con las colegas Alejandra Carreño, Alexandra Obach, Daniela Leyton y Valentina Fajreldin, quienes me apoyaron facilitándome referencias, material inédito e incluso desempolvando de sus archivos personales registros no digitalizados, ¡del siglo pasado! Por último, agradezco a la Revista Chilena de Salud Pública por darnos la posibilidad de narrar y visibilizar el aporte de una investigadora y formadora, cuyo norte fue aportar a la salud y la justicia reproductiva en nuestro país y más allá.

Referencias Bibliográficas

1. Cabrera Caro L. Personas y Seres Humanos ¿Distinción o Identidad? IES. 2017;3(1):114–24.
2. Burgos JM. ¿Todos los seres humanos son personas? Acerca de la distinción en bioética entre persona y ser humano» [Internet]. 2009 [consultado 25 Sep 2023]. Disponible en: <https://www.personalismo.org/recursos/articulos-recursos/burgos-j-m-todos-los-seres-humanos-son-personas-acerca-de-la-distincion-en-bioetica-entre-persona-y-ser-humano/>
3. Weisner M. Aborto Inducido. Estudio antropológico en mujeres urbanas de bajo nivel socioeconómico [Thesis]. [Santiago de Chile]: Universidad de Chile; 1982.
4. Weisner M. Entrevista de las Integrantes del Programa Inclusión Social y Género de FLACSO Chile a la antropóloga Mónica Weisner. Archivo personal de la autora.
5. Weisner M. Aborto Clandestino Ayer, Hoy y... Mañana. VI Congreso Chileno de Antropología Colegio de Antropólogos de Chile A G. 2007;97–111.
6. Weisner M. Aprendiendo de la Experiencia. Continuidad y Cambio en Salud Reproductiva y en Aborto Clandestino. II Congreso Chileno de Antropología Colegio de Antropólogos de Chile A G. 1995;395–408.
7. Díaz Crovetto G, Espinoza Araya C, De La Maza Cabrera F, Rojas Roncagliolo G. Antropologías Hechas en Chile. Vol 3. 2023.
8. Weisner H. M. La Antropología Médica, Lo Uno-Lo Múltiple. In: Actas del Tercer Congreso Chileno de Antropología [Internet]. Temuco: Colegio de Antropólogos de Chile A.G.; 1998 [consultado 25 Sep 2023]. p. 71–80. Disponible en: <https://www.aacademica.org/iii.congreso.chileno.de.antropologia/10>
9. Junge Cerda PH. Nuevos Paradigmas en Antropología Médica. In: Colegio de Antropólogos de Chile, editor. Santiago de Chile: Actas del Cuarto Congreso Chileno de Antropología.; 2001.
10. Menéndez EL. Antropología de la salud en las Américas: contextualizaciones y sugerencias. Salud Colectiva. 2017;13:353–7.
11. Weisner M. La dimensión intercultural en la Antropología aplicada a la salud. In: Mesa de Comunicaciones: Saludo Reproductiva y Orientación de Género. Rosario: unpublished; 2005.
12. Rodríguez Vignoli J. Anticoncepción entre adolescentes en Chile en 2018: la importancia del inicio sexual protegido y de una gama de métodos anticonceptivos amplia y diversa. Nota de Población [Internet]. 2021 [consultado 26 Sep 2023]; 113 Disponible en: <https://www.ine.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/nacimientos-matrimonios-y-defunciones>
13. Carvalho J. A seis años de la Ley de Aborto: niñas y adolescentes son quienes más acceden a la causal por violación. Diario UChile [Internet]. 2023 [consultado itado 20 de enero de 2025]; Disponible en: <https://radio.uchile.cl/2023/09/14/a-seis-anos-de-la-ley-de-aborto-ninas-y-adolescentes-son-quienes-mas-acceden-a-la-causal-por-violacion/>
14. Fajreldin Chuaqui V. Antropología médica para una epidemiología con enfoque sociocultural. Elementos para la Interdisciplina. Cienc. Trab [Internet]. 2006 Jun [consultado Jun 2023];8(20): 95–102. Disponible en: www.cienciaytrabajo.cl/95/102
15. Carreño A, Leyton D, Sadler M, Obach A. Trenzando las Antropologías de la salud en Chile: Temas, Diálogos y Desafíos. Revista Antropologías del Sur [Internet]. 2023 [consultado en Jun 2023];10(20):103–132. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-55322023000200103
16. Junge Cerda P, Martínez-Pérez AM, Quiroga AF, Rivas Toledo A. Introducción: La salud, primero, es social. Cuad Méd Soc [Internet]. 2021 [consultado el 22 de agosto 2023];61(3): 3–7. Disponible en: <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/81/82>

En suma, ese día supe lo que era la “salud pública”, un lugar donde se materializa el cuerpo colectivo y donde se ejerce un cuidado social que busca indagar e intervenir los cuerpos donde habita nuestra existencia, nuestra alma y nuestra igual condición humana.



María Angélica Illanes

Antonio Infante Barros y Rodrigo Contreras Soto

Entre la historia y la salud pública: La trayectoria crítica de María Angélica Illanes Oliva

Nacida en una familia conservadora, con su padre médico, observa desde muy temprano las inconsistencias entre lo que se predica y lo que se practica en su entorno social. Se educa en un colegio privado de “señoritas” y entra a estudiar Pedagogía en Historia y Geografía en la Universidad Católica de Chile. La motiva “la inquietud por buscar las raíces ocultas de lo que vivía y observaba en el presente colectivo de fines de la década de 1960”. Hasta ahí una trayectoria tradicional, sin embargo su ingreso a Historia de la UC en 1968 en plena ebullición del proceso de reforma universitaria le aporta una visión de la realidad diferente.

En Historia de la UC participa en un departamento que propone nuevas categorías de análisis para los procesos históricos, aportando una interpretación marxista de los procesos sociales. A esta formación teórica se suma su participación en Parroquia Universitaria donde se encuentra con la Teología de la Liberación y el llamado a los católicos para incorporarse en los procesos sociales que busquen justicia social. Un tercer elemento que contribuye a su formación es la cercanía en la Universidad de las Escuelas de Historia y de Sociología, que en ese momento cobija a los fundadores del MAPU. Este triángulo entre formación teórica, espiritual y política determina su quehacer profesional, orientado a un modo de análisis de los procesos sociales a partir de la visión de sus protagonistas.

En 1973 este espacio de formación se ve interrumpido por el golpe de Estado y la consecuente persecución ideológica que se dio en el país y particularmente en la UC. Es expulsada de la Universidad, negándosele su titulación a pesar de tener rendidos todos sus cursos y la tesis final. Algo que nunca ha reparado esta casa de estudios.

En la búsqueda por continuar y concluir su formación profesional ingresa al Departamento de Estudios Humanísticos (DEH) de la Universidad de Chile. Un grupo de intelectuales de izquierda escindidos del Instituto Pedagógico por proponer, en ciencias sociales como literatura e historia, categorías de análisis complementarias a la teoría marxista clásica. Están allí por ejemplo Nicanor Parra, Enrique Lihn y Jorge Guzmán. Su formación allí la vincula con autores como Foucault, Gramsci, Hegel y Heidegger y principalmente a espacios de conversación y discusión en un foro universitario de excelencia.

Ya titulada, inicia una carrera académica como profesora dentro del DEH hasta el año 2000. Durante ese período hace docencia e investigación y cursa un doctorado en historia en la PUC, único plantel donde entonces se ofrecía un doctorado en esa disciplina. Después del cierre del Departamento de Estudios Humanísticos por “problemas presupuestarios”¹, dictó clases como profesora a honorarios en varias universidades de la plaza, para finalmente ganar un concurso para desempeñarse como académica jornada completa en el Instituto de Historia y Ciencias Sociales de la Universidad Austral de Chile.

El vínculo con la Salud Pública

Angélica Illanes en la introducción a la segunda edición de su historia de la salud pública (Illanes, 2010) cuenta una anécdota que la marcó en su relación con salud. Todavía niña, acompañada por su padre, tenía hora con un especialista en el JJ Aguirre por una lesión de piel. Como es habitual tuvo que vivir una sala de espera que se fue llenando; “el calor humano en la sala de espera fue generando conversaciones sobre la vida y los quebrantos... aprendí que a todas nos unía algo en común: nuestro cuerpo” y posteriormente durante la atención, el especialista “me hizo pasar a una sala llena de estudiantes y comenzó a disertar sobre los distintos tipos de papilomas, luego los alumnos pasaron en fila a observar los lunares de mi rostro”. De ahí concluye “En suma, ese día supe lo que era la “salud pública”, un lugar donde se materializa el cuerpo colectivo y donde se ejerce un cuidado social que busca indagar e intervenir los cuerpos donde habita nuestra existencia, nuestra alma y nuestra igual condición humana”.

Por su participación en múltiples instancias de la lucha antidictatorial toma contacto con el Colectivo de Atención Primaria, una ONG surgida al alero del Departamento de Salud Pública del Colegio Médico, que en ese momento buscaba un o una profesional historiadora que encontrara en la historia de Chile un momento semejante al que se vivía en ese momento, de gran cercanía y horizontalidad en la relación entre profesionales de la salud y organizaciones populares preocupadas del tema, ya sea para llevar atenciones a gente marginada del sistema o apoyar con primeros auxilios a los pobladores que participaban en las protestas o distintas instancias de la lucha contra la dictadura.

Surge ahí lo que será “En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia... historia social de la Salud Pública 1880–1973. Hacia una historia social del siglo XX”. Usando como fuente los registros de las intervenciones parlamentarias como reflejo de las inquietudes y necesidades de la población y por otra parte los registros de la prensa de la época, testigo de las principales noticias y

1 La mayoría de los académicos se debieron acoger a jubilación.

preocupaciones de la población chilena durante ese período, una metodología característica de la Historia Social, se logra un relato detallado del camino tortuoso que siguen las reivindicaciones sociales para conseguir que el Estado asuma una responsabilidad principal en el cuidado de la salud y bienestar de la población, particularmente de la más necesitada.

“Aquí narramos la construcción de un sistema de salud social/institucional que, desde las manos auto-responsables del pueblo organizado en sociedades de socorros mutuos, así como desde un sistema de cuidado de los cuerpos de pobres basado en la caridad, pasa a ser principalmente responsabilidad y expresión del Estado”.

Como consecuencia de ese estudio original y por su importancia, la obra es reconocida con el Premio de la Sociedad Chilena de Salubridad. De este estudio surgen dos líneas de investigación, publicadas en sendos libros:

“La revolución solidaria: las sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840–1910”. En este texto “el re-conocimiento de las Sociedades Obreras de Socorros Mutuos me permitió visualizar una figura, comprender una forma, de lo que se ha llamado la “via chilena”, cuya historia se comienza a dibujar en el desencantado rostro del artesano chileno desde la década de 1840, bajo los nublados cielos de una república aristocrática” (Illanes, 2003) .

La segunda línea investigativa surge a partir del papel que juegan las mujeres en todas las organizaciones, dedicando particular atención a aquellas preocupadas de los más necesitados. Allí nace “Cuerpo y sangre de la política, la construcción histórica de las visitadoras sociales (1887–1940)” (2006). Este libro constituyó su tesis de doctorado (distinción máxima) y ha contribuido a la formación de las y los trabajadores sociales hasta la actualidad.

“El interés por este tema de estudio es fruto de otro trabajo realizado anteriormente y que estudia la construcción del Estado Asistencial en Chile.... En el curso de la investigación saltaba a la luz el hecho de que el aparato político-institucional requirió del concurso de ciertas mujeres, cuyo protagonismo me parecía que quedaba bastante velado.... Se trataba justamente de las “visitadoras a domicilio” (las tradicionales señoras caritativas y luego visitadoras sociales profesionales), las que, con un enorme esfuerzo, se llevaban el trabajo más pesado en el campo de la intervención popular, caminando por el barro, en un interminable circuito de ida y vuelta, desde las instituciones hacia los barrios populares (y viceversa), desde la fábrica hasta la casa del obrero (y viceversa), desde la parroquia de fundo hasta el rancho del inquilino (y viceversa).” (Illanes, 2006)

Esta línea de trabajo fue profundizada con “Nuestra historia Violeta: feminismo social y vida de mujeres en el siglo XX: una revolución permanente” (2012). “...presenta las historias de un grupo de mujeres ausentes de cualquier cargo o rol público y “rebeldes” a su condición social, a su destino y a la manera que el país en general tenía de ver al género femenino chileno. Encadena estos testimonios con sucesos históricos ocurridos de manera paralela a las vidas de las protagonistas y los une a una serie de escritos líricos de Violeta Parra, como una manera de poner a la cabeza de todas ellas a esta destacada artista nacional, la que indudablemente, al ser mujer, proletaria y rural adquirió y mantiene hasta el día de hoy una imagen que representa la esencia de las mujeres del pueblo chileno.” (Gaete, 2013). En 2018, la Red de Historiadoras Feministas reconoció su obra con el premio Olga Poblete.

Otro estudio que complementa bien la historia de la salud pública es “Ausente señorita” (Illanes, 1991) donde la autora recorre la realidad de la infancia a lo largo del siglo XX, con énfasis en la muy difícil escolarización en un entorno de gran pobreza, mendicidad y necesidad de trabajo

infantil que concluía en la inevitable deserción. En esta investigación aparece como protagonista otra mujer notable, la Doctora Eloísa Díaz quien, en 1910, como jefa del Servicio Médico-Escolar de las escuelas primarias de la república de Chile crea el Servicio Médico y Dental en todas las escuelas.

Además de estas investigaciones sobre la realidad médico social, Angélica Illanes aborda diferentes temáticas, desde la historia social, que siempre tienen como protagonistas a dirigentes sociales, actores populares y políticos, muchas veces en posiciones antagónicas pero mostrando como a través de esta dinámica los sectores populares van ganando espacios de participación y poder democratizando con altos y bajos a la sociedad chilena.

Angélica Illanes ha recibido importantes premios además de los ya nombrados. En 2019 recibió el premio Jorge Millas de la Universidad Austral de Chile “por su abordaje de la historia chilena desde perspectivas críticas poco habituales –enfocando, por ejemplo, las historias de vida de mujeres anónimas, la figura de las visitadoras sociales, el peonaje minero o las escuelas de pobres– ha contribuido a ensanchar los ámbitos de la historiografía chilena de una manera excepcional”².

En 2020 fue distinguida con el Premio Atenea a la mejor obra científica en Ciencias Sociales o Humanidades, por su libro “Movimiento en la tierra. Luchas campesinas, resistencia patronal y política social agraria. Chile, 1927-1947” (LOM Ediciones). Es un importante reconocimiento académico otorgado desde 1929 por la Universidad de Concepción, cuya última versión convocó como postulantes a 37 investigadores en áreas como estudios literarios, filosofía, historia, antropología, ciencias políticas, educación, arquitectura, urbanismo e investigación.

El tema que actualmente investiga –en calidad de co-investigadora del proyecto Fondecyt de Karen Alfaro como responsable – es la realidad de los niños en condiciones de abandono, durante la dictadura militar, y el rol que jugaron el estado y las distintas fundaciones en su Institucionalización.

En síntesis, se puede decir que a diferencia de la historia narrada desde las instituciones o desde “los protagonistas”, Angélica Illanes cuenta la historia poniendo su mirada en los movimientos sociales y en los protagonistas “en off”. Así por ejemplo, nos cuenta el nacimiento del Servicio Nacional de Salud no desde los médicos salubristas que le dieron origen, sino desde los movimientos sociales que llevan a éstos y a los actores políticos a tomar decisiones de política pública. Mediante este modo de narrar es posible comprender que este desarrollo no fue una idea abstracta de pensadores iluminados, sino que constituyó una respuesta política a las deterioradas condiciones de vida y salud del pueblo, denunciados persistentemente por las organizaciones populares.

Para ello Angélica Illanes se nutre de diversas fuentes de información, en especial de archivos de prensa, no sólo de la prensa oficial, sino especialmente de aquella surgida desde quienes padecen las situaciones que debiesen mejorar, fuentes menos numerosas y a veces difícilmente accesibles, donde la denuncia y la demanda son muy claras.

A través de sus historias Angélica Illanes muestra la organización y participación social de los excluidos, en especial de las mujeres que han sufrido la doble discriminación de ser pobres y mujeres.

Referencias bibliográficas

- Gaete, Jorge. (2013). María Angélica Illanes O., Nuestra historia violeta. Feminismo social y vidas de mujeres en el siglo XX: una revolución permanente, LOM Ediciones, Santiago, Chile, 2012, 163p. Polis. Revista Latinoamericana, 35, Article 35. <https://journals.openedition.org/polis/9098>.
- Illanes, María Angélica. (1991). Ausente, señorita. El niño-chileno, la escuela-para-pobres y el auxilio. 1890-1990. Santiago: JUNAEB.
- Illanes, María Angélica. (2003). La revolución solidaria: las sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1910". 1ª ed. Santiago de Chile: LOM Eds. 499 p.
- Illanes, María Angélica. (2007). Cuerpo y sangre de la política: la construcción histórica de las visitadoras sociales, Chile, 1887-1940. 1a. ed. Santiago: LOM Eds.
- Illanes, María Angélica. (2010). En nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia... historia social de la Salud Pública 1880-1973. Hacia una historia social del siglo XX. 2ª ed. MINSAL.

Salud dice relación, y así lo definiríamos, con una forma o modo de construcción de orden de sociedad desde una determinada política social del cuidado de los cuerpos en la modernidad contemporánea.



María Angélica Illanes

Karen Alfaro Monsalve

Historia social de la salud pública en la obra de María Angélica Illanes. Una historiografía que reclama derechos

Resumen

El siguiente artículo busca destacar la obra de María Angélica Illanes como una referente fundamental de la historiografía chilena, destacando sus contribuciones en el pensamiento y en el conocimiento histórico sobre la salud pública en Chile. Su trayectoria de investigación da cuenta del abordaje de la historia de la salud pública, como la búsqueda de la construcción del cuerpo social del país.

Nos interesa destacar en este trabajo en primer lugar, las características de su narración histórica y la relevancia que tiene en sus obras la perspectiva de los derechos sociales. Junto con ello, abordamos las principales claves de análisis que permiten ubicar a su libro “En el Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia social de la salud pública. Chile, 1880–1973”, como un texto que restituye el problema de la salud pública como un campo privilegiado para comprender la construcción de la modernidad, del estado y del orden social.

Introducción

Uno de los desafíos fundamentales en la construcción de una cultura que valora la democracia –en el proceso de la postdictadura en Chile– fue conocer nuestro pasado y comprender el profundo impacto social de 17 años de dictadura en la sociedad chilena. En esta labor de generación de una conciencia histórica ha jugado un rol fundamental la producción historiográfica, en especial la expansión de la llamada Nueva Historia Social chilena, fundada en la década de los '80, fundamentalmente a partir de la articulación en el exilio de historiadores chilenos en torno a una publicación.

La nueva historia social chilena, corriente historiográfica de la cual la Dra. María Angélica es una de sus principales referentes, es una escuela de pensamiento que ha posicionado una comprensión teórica y metodológica de viejos y nuevos problemas de la disciplina histórica, otorgando visibilidad a los sujetos colectivos, excluidos de la narración histórica oficial; dando voz y cuerpo a los marginados, a la clase trabajadora, los pueblos originarios, la infancia, los movimientos sociales, la historia de las mujeres, dotando de complejidad y diversidad territorial la comprensión de los procesos históricos en Chile.

Una generación de historiadores protagonistas de los tiempos de cambio social en el país, con un fuerte compromiso político, que les significó a muchos experimentar el horror de la represión bajo la dictadura civil y militar chilena. La persecución política en las universidades impactó las trayectorias estudiantiles y académicas de muchos de sus exponentes. La profesora Illanes vio su proyecto de vida interrumpido cuando en la Pontificia Universidad Católica le niegan la posibilidad de titularse en el año 1974; la misma casa de estudios donde décadas más tarde obtendría el grado de Doctora en Historia.

Bajo la dictadura militar y mientras la historiografía conservadora escribía el libro blanco y se esforzaba en narrar la derrota de la Unidad Popular, la nueva historia social chilena, centró su preocupación en desmontar las miradas cortoplacistas y comprender en la larga duración la construcción del movimiento social-popular chileno, que había conocido de derrotas, pero también de importantes conquistas a lo largo de los siglos XIX y XX. Esta agenda de investigación permitió tensionar la imagen de la estabilidad institucional en el país, en especial contribuyendo a visibilizar los conflictos, quiebres y cambios en la historia.

“creo que hay que entender la historia social como una vía de entrada privilegiada para hacer buena historia. (...) En mi concepto, es una historia que toma en cuenta una gran variedad de elementos en el devenir de las sociedades humanas: factores económicos, políticos, culturales, ideológicos, mentales, etc. Una historia que, sin negar el rol de las personalidades (porque ellas existen, y muchas son descollantes), pone el énfasis en las fuerzas y sujetos colectivos. De este modo, encontraríamos la mejor entrada para avanzar hacia un proyecto que, en mi concepto, es irrenunciable: el proyecto de historia total” (Grez , 2004, p.8)

Desde esta tarea historiográfica común, se despliegan enfoques diferentes, destacando la obra de la Dra. Illanes por una comprensión compleja del poder, una mirada descentrada y una propuesta historicista/dialéctica, que reconoce la relevancia de la memoria y su estrecha relación con la historia. En uno de sus textos fundamentales en los debates de la postdictadura Illanes señala que la “batalla de la memoria”, que consiste

“en reconstruir –a través de la re-escritura crítica de la memoria– nuestra pertenencia a algún proyecto histórico capaz de reunir las piezas de nuestra fracturada tribu, reagrupando nuestras fuerzas para tantas otras batallas que habrán de seguir. Sólo de este modo los jóvenes que cayeron –soñadores de un mundo mejor– cobrarán vida, al paso que retomaremos la hebra perdida de nuestra historicidad” (Illanes, 2002, p. 16).

Recuperar la “hebra de la historicidad”, en el sentido de recuperar los proyectos sociales que encarnan los sujetos históricos, que nos permite comprender en la larga duración los procesos de recuperación y profundización de las luchas sociales. La obra de Illanes permite aproximarnos desde un enfoque dialéctico a la construcción del estado desde los diversos dispositivos desplegados en el cuerpo social, reconociendo las resistencias, asimilaciones y construcción de la política de los sectores populares. Esta aproximación ha permitido visibilizar la política desde otro lugar, encarnado en las vidas y tramas de diversos sujetos históricos, destacando la contribución de la Dra. Illanes en posicionar la historia desde la perspectiva de los derechos sociales.

Una historiografía que reclama derechos

La obra de Illanes se ha manifestado en textos cruciales para la comprensión de la historia del país, tales como “Ausente, señorita. El niño chileno, la escuela para pobres y auxilio 1890–1990” (1992), “En el nombre del Pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la salud pública. Chile, 1880–1973”, “La batalla de la memoria” (2002), “Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las Visitadoras Sociales. Chile 1880–1940” (2007), “Nuestra historia violeta. Feminismo social y vidas de mujeres en el siglo XX” (2012), “Movimiento en la tierra. Luchas campesinas, resistencia patronal y política social agraria. Chile 1927–1947” (2019), “Lecturas conmemorativas. Y otros ensayos históricos del nuevo siglo” (2024) y tantos otros, que se constituyen en obras centrales para la comprensión de la historia nacional. Textos anclas que han permitido abordar los problemas desde una perspectiva que ha renovado la comprensión histórica. La perspectiva de análisis de su obra centra el interés en la conquista de derechos que han forjado la profundización de los procesos democráticos. Con una atención preferente por la política social en el seno de los procesos modernizadores, destacando las prácticas y discursos de los sujetos disciplinadores y educadores, que buscaban modelar los cuerpos/mentes para el nuevo orden productivo e institucional desarrollado bajo el capitalismo. Junto con ello, reconociendo que la política también opera en las rebeldías, resistencias y espacios de autonomía construido por los sujetos populares.

Reconocemos en su obra una ruptura con el canon historiográfico tradicional, que se expresa en el reconocimiento de la historicidad en la operación historiográfica, en el valor otorgado a la memoria para una mejor comprensión de la historia y en particular en una escritura que autoriza lo femenino como lugar de enunciación. El tono de la palabra historiadora de María Angélica Illanes, ha sido disonante al de muchos historiadores, en el sentido que su narrativa hila la trama de la historia, desde su cuerpo-saber-alma, contribuyendo con una mirada compleja de los procesos históricos. En palabras de Illanes, el trabajo con fuentes históricas permite a través de recuperar la palabra de los actores ausentes, presentificar a este actor-testigo de los acontecimientos históricos.

“Las fuentes históricas –que son inscripciones o grabaciones de la palabra y/o existencialidad de protagonistas y/o testigos que viven en cuerpo/alma una experiencia determinada–, son cruciales para nuestro quehacer y ellas definen el género historiográfico propiamente tal, en tanto narrativa no-ficcional. Las fuentes, especialmente las escritas, son grabaciones en el papel de la palabra viva. Para el/la historiadora entrar en relación con ellas nos abre a una experiencia especial, una relación directa e inmediata con esa palabra, lo que podríamos identificar como un acto de re-suscitación o presentificación del actor-testigo disolviendo, en ese acto, el tiempo. Aunque esto puede ser algo muy subjetivo, esta ha sido mi forma de percibir las fuentes documentales y mi experiencia al trabajar con fuentes escritas en historia social”. (Neves & González, 2022)

La presentificación del actor-testigo de los acontecimientos del pasado permite otorgar entidad a voces-sujetos-alma-cuerpo, cuyas vidas nos permiten comprender de manera compleja los procesos históricos. En el sentido expuesto, la historia social así planteada, busca dejar en evidencia los objetivos y la subjetividad de quien narra la historia, reconociendo que, desde la construcción de los problemas de investigación, existe una motivación cruzada por la historicidad. “La reflexión sobre el presente como categoría cardinal de la experiencia temporal y de la operación historiográfica está en verdad, desde el comienzo, en el centro del trabajo de la elaboración de la noción de régimen de historicidad” (Delacroix at al, 2009, p38). La historicidad como lugar que nos constituye y que nos permite reconocernos con otros sujetos que habitaron el pasado y con los cuales empatizamos en sus dolencias y deseos.

En esta aproximación a las fuentes históricas, la presentificación de los sujetos históricos ha permitido comprender como la conquista de derechos ha sido una lucha fundamental de los movimientos sociales y reformadores, que ha permitido impulsar cambios históricos profundos. En este sentido, la obra de la Dra. Illanes articula una narrativa que reclama derechos, que reconoce que la historiografía se constituye en un arma central para los pueblos. Junto con ello, la historia social al historizar las luchas sociales, busca comprender las transformaciones y conquistas desarrolladas a lo largo de la historia.

La preocupación preferente en sus trabajos por la historia de los procesos fundamentales en la construcción de conquistas sociales se encuentra de manera relevante motivada por un presente neoliberal construido bajo la dictadura civil y militar basado un “principio de desigualdad”, “que opera en su máxima eficacia: como referente de valoración o desvalorización de los cuerpos donde habita la existencia humana” (Illanes, 2010, p.20).

El cuerpo social de Chile es comprendido desde la historia social, como el cuerpo-pueblo que ha sido históricamente objeto de diversos mecanismos de opresión desde el poder, en especial a partir de la construcción del capitalismo, siendo el estado el actor que media entre las relaciones capital-sociedad civil.

Historia social de la salud pública en la obra de María Angélica Illanes

El cuerpo social de Chile y los cuerpos de pobres se constituyen en una preocupación privilegiada de la escritura de Illanes, que se profundiza en un texto central para la comprensión de la historia de salud en Chile, el libro “En el Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia. Historia social de la salud pública. Chile, 1880–1973”, obra que contó con la colaboración del Colectivo de Atención Primaria. Dicha investigación iniciada por la Dra. Illanes, a finales de la década de los '80, nace con un contexto de esperanza frente al fin de la dictadura y frente a un escenario

en el que se buscaba volver a construir una sociedad justa y democrática. Esta aproximación es motivada desde su historicidad, cuando a la edad de 14 años acompañaba a su padre médico al hospital J.J Aguirre en Santiago, donde en una sala de hospital vio como se llenaba de hombres, mujeres y niños que asistían “con sus dolencias y sus esperanzas”, eran tiempos donde “la historia se desarrollaba a tajo abierto.”, en palabras de Illanes en uno de sus trabajos fundamentales sobre la historia social de la salud pública.

“Cuando hablamos de salud en la modernidad no sólo nos referimos a un determinado estado físico, ni a una determinada práctica o a un servicio profesional específico. Salud dice relación, y así lo definiríamos, con una forma o modo de construcción de orden de sociedad desde una determinada política social del cuidado de los cuerpos en la modernidad contemporánea” (Illanes, 2024, p.133)

En la obra de Illanes, se reconoce la salud pública como un campo que permite abordar la construcción del estado en Chile, entendiendo el carácter que adquieren los actores sociales en este proceso, por tanto, no desde una perspectiva únicamente vertical en la que opera el poder, sino también dando cuenta de cómo de las capas y tramas del poder de los sectores populares. Desde esta perspectiva Illanes aborda lo que denomina una “Revolución pasiva” (p16), comprendida como la dinámica histórica que posibilitó la construcción de un estado con compromiso social en el siglo XX. Esta nueva figura de estado devino luego de la crisis del modelo de Estado Asistencial, basado en la caridad y filantropía, y la imposibilidad de este de contener la conflictividad social. La *revolución pasiva* reconoce el carácter del estado como agente en las transformaciones, encarnado fundamentalmente en el rol de reformadores, luchadores y movimientos sociales en el impulso de políticas públicas que permitieron la transformación del modelo estatal.

Desde la perspectiva planteada, se comprende que el problema de la salud de pública, es parte constitutiva de la definición de la sociedad, y no sólo como parte del pacto social, es decir, se reconoce en la salud la raíz moderna del estado social. Frente a la “libertad anárquica del capitalismo”, la salud pública y su fortalecimiento responde a la necesidad de superar una de las principales contradicciones del capital que es el trabajo-muerte.

Para el análisis de la historia social de la salud el primer nudo problemático que aborda la obra de Illanes es el proceso de crisis experimentado producto de la profundización capitalista en el último tercio del siglo XIX. La expansión de la clase trabajadora puso en la esfera pública las principales contradicciones del capitalismo, logrando progresivamente mayor organización para enfrentar las problemáticas sociales originadas por el sistema. “Hambre, cesantía, prostitución, hacinamiento, insalubridad, explotación, abandono, criminalidad, eran los signos de una sociedad agudamente desintegrada” (Illanes, 2010, p. 23). La migración campo-ciudad movilizaba como consecuencia de los procesos de urbanización e impulso industrial desarrollados desde 1870 (Grez, 1995.p 211) configuraron un escenario de encuentro con los sectores populares, que llevaron a las élites a generar estrategias de control, regulación y distanciamiento.

La muerte extendida en los sectores populares, afectando a trabajadores en los espacios de la producción y a la infancia en el habitar popular, como consecuencia del hacinamiento y malas condiciones higiénicas, trajo consigo una discusión pública respecto a la Cuestión Social. Frente a este contexto, el pueblo enfrenta la enfermedad y el desamparo a partir de estrategias de organización que venían gestándose previamente desde 1840, a partir de las Sociedades de Socorros Mutuos. El crecimiento del mutualismo hacia fines del siglo XIX se vio fuertemente impactado por el espíritu nacionalista tras la Guerra del Pacífico (Venegas, 2024).

Este proceso analizado por Illanes resulta fundamental para problematizar la concepción de lo público que se forja en este proceso, entendiendo la salud social como una construcción colectiva desde el mutualismo, para el cuidado del cuerpo social del pueblo. Experiencia histórica marcada por un aprendizaje político que permitiría a lo largo del siglo XX, la construcción de un ideario social que impulsaría la construcción de un estado con políticas sociales.

El rol del mutualismo para Illanes, sería fundamental para “arrancar al pueblo de los brazos de la caridad”, recuperando con ello el carácter salud como cuestión pública desde el concepto de “salud social” acuñado por las Sociedades de Socorro Mutuo. El mutualismo permitió la organización, autonomía y expansión de estrategia de cuidados colectivos, a partir de fomentar del ahorro y de la solidaridad. La expansión de las organizaciones de trabajadores a nivel nacional, el fortalecimiento de los sindicatos y la expansión de las huelgas como formas de lucha, permitieron el crecimiento de las Sociedades de Socorros Mutuos a nivel nacional. No obstante este crecimiento, las crisis de inicios de siglo XX y en especial el impacto de la guerras, sobrepasó los esfuerzos del mutualismo en la protección de la salud y bienestar del pueblo (Illanes, 2010, p149).

En la construcción del Estado Asistencial el rol de la ciencia es fundamental como recurso moderno para el fortalecimiento del poder centralizador del estado. El pensamiento biomédico de las primeras décadas del siglo XX, estableció la frontera entre civilización y barbarie, a partir del objetivo de mejorar la raza se habilitó la expansión de diversos mecanismos de intervención sobre los sectores populares. La relación entre ciencia y política, permitió normar y regular la sociedad en la búsqueda de establecer la ansiada paz social. No obstante, los conflictos sociales no lograron ser contenido, tampoco las disputas al interior de las élites. Con todo, la crisis del Estado Asistencial se funda en dos contradicciones centrales destacadas por la autora, (Illanes, 2010); a) la imposibilidad de construir una hegemonía asistencial con impacto en la libertad de la clase capitalista, acompañado de la dificultad de separar intereses de la intelectualidad médica de los de la clase propietaria, y b) la política asistencial descansaba en la ausencia de un proyecto democrático, ubicando al pueblo como beneficiario de la políticas y no implicado en una relación democrática pueblo-Estado (p. 315).

Entre los dos terremotos más grandes del país en el siglo XX (1939 y 1960) se construyó, nos indica Illanes, el Estado de Seguridad Social, caracterizado por un escenario de politización y de emergencia de reformas sociales que buscaban aliviar las condiciones del pueblo. Con el impulso del frente popular el pueblo se constituye en sujeto con entidad política. El paradigma que se busca construir se basa en el reconocimiento que el “resguardo de la vida era responsabilidad de la sociedad y principalmente de la nueva voluntad política en el poder (p. 313). Es a partir de ello, que la obra de Illanes aborda la salud pública en una perspectiva amplia en relación con las principales políticas sociales, en especial aquellas vinculadas con el habitar popular, entre otras, que recogían la perspectiva del desarrollo en el establecimiento de políticas de carácter integrales desde el estado. Este despliegue del estado por medio de políticas públicas enraizadas en los territorios estuvo acompañada de una transformación de la ciencia médica y su formación. La medicina social como salud pública, posibilitó deslocalizar la atención en salud, no sólo en el “claustro hospitalario”, sino desplegarse en las poblaciones en atención en los consultorios y diversas modalidades ambulatorias.

Una clave analítica fundamental del trabajo de Illanes, desde un enfoque dialéctico es aproximarse a la construcción del estado desde el rol de un sujeto fundamental en la construcción de las políticas públicas, que son las visitadoras sociales. La visitación social, desarrollada fundamentalmente por mujeres, jugó un rol fundamental en la mediación entre el estado y el pueblo.

Los debates de la época tensionaron dos paradigmas en torno al rol de las visitadoras sociales “el caritativo-asistencial y el de derechos”. El proceso de expansión de la formación de visitadoras sociales a lo largo del país, posibilitó que esta técnica logrará importantes avances en el fortalecimiento de las políticas públicas. En este sentido, destacamos que en este rol de mediación ejercido por las visitadoras, la política no sólo operaba de manera vertical sobre las mujeres y los sectores populares. Sino la autora destaca el rol de estas mujeres como inteligencia-social-técnica del estado, en la lucha por mejorar la situación y las dolencias de los sectores populares.

La década de los '60 se caracterizaría por el auge del Estado Asistencial, en especial en materia de salud y educación. Proceso generado a partir de las profundas reformas sociales y del auge de la politización y movilización social, que ejercerán presión para acelerar las transformaciones en el país. La autora señala que las capacidades institucionales, en especial en materia de infraestructura y recursos, no permitieron avanzar en los tiempos que las urgencias sociales demandaban.

En este proceso la configuración de un Estado-Pueblo la participación social será fundamental para dotar de sentido a la categoría de democracia, disputada en las décadas de los 60' y 70', desde la Promoción Popular hasta su profundización bajo los ideales de igualdad y justicia social con el ascenso del Presidente Salvador Allende en la Unidad Popular. Al respecto, la autora destaca como desde la salud pública se logra construir un modelo de “democracia social activa y ampliada”, que permite anteponerse a la reducida dimensión de la democracia electoral. Aquí se despliega la comprensión de la salud pública imbricada con el orden social.

La democracia social activa y ampliada tiene en las juntas de vecinos, centros de madres, clubes deportivos y diversas organizaciones de base su desarrollo fundamental en este periodo. Tejiendo la trama del poder popular en el establecimiento de un cuerpo social que impulsa el cuidado colectivo de la vida. Realización democrática forjada en la larga duración, que vería en los años de la Unidad Popular sus frutos y avances fundamentales.

La dictadura civil y militar instaurada tras el Golpe de Estado en Chile, establece el “mercado del cuidado del cuerpo”, privatizando la salud y disolviendo con ello el vínculo social entre el pueblo y el estado, destruyendo la noción de lo público como búsqueda colectiva del bienestar. El estado subsidiario que instala la dictadura institucionaliza un principio de “desigualdad social” que la autora releva para la comprensión de neoliberalismo no sólo como parte de la estructura económica, sino como una forma de organización social y cultural que se enraizará en nuestro país.

Reflexiones Finales

La obra de la historiadora María Angélica Illanes, se constituye en una referencia fundamental para historiadores, científicos sociales y la ciudadanía, cruzando fronteras disciplinares y generando gran interés tanto por los problemas que aborda, como por su estilo en la narración. Su escritura ha marcado una ruptura con el canon historiográfico, no sólo de la historiografía tradicional, sino también al interior de la nueva historia, con una escritura que trama los procesos históricos comprendidos desde el cuerpo/alma de los sujetos, siendo la historiografía la narrativa de los pueblos que recuerda el camino recorrido.

La trayectoria de los pueblos y de los movimientos sociales en la búsqueda de conquistar derechos sociales, se constituyen en sus preocupaciones centrales, visibilizando las luchas y resistencias a lo largo de la historia. La salud pública se constituye en una perspectiva que permite comprender la historia desde el nervio del cuerpo social, es decir, su obra no sólo visibiliza la

salud pública como un espacio de saber-poder, sino como constitutiva de un determinado orden social, en cuya disputa histórica sea pugnado por la vida o la muerte del pueblo.

Es por lo señalado, que Illanes se constituye en una historiadora que abre un campo expresivo para la comprensión histórica, abriendo puentes entre las disciplinas y que habilita la reflexión desde otros lenguajes históricos, situando un tratamiento de las fuentes que permite la escucha de una polifonía de voces de sujetos de los pueblos.

Referencias bibliográficas

- Grez, Sergio (2004), Debates en Torno a la Historia social, una aproximación desde los historiadores. Primera sesión, realizada el miércoles 2 de junio de 2004, en el Auditorio N° 1 de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile.
- (1995). La «cuestión social» en Chile: ideas y debates precursores (1804-1902). DIBAM, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana.
- Neves Guzmán, Camila, & González Alarcón, Javier. (2022). Entrevista a María Angélica Illanes: la Historia Social como forma de hacer justicia. *Revista de historia (Concepción)*, 29(2), 692-711. <https://dx.doi.org/10.29393/rh29-39iwng20039>
- Venegas Espinoza, F. (2024). Mutualismo en Chile, 1848-1990: seguridad social, movimiento sociopolítico y espacio de sociabilidad de la clase trabajadora. *Autoctonía Revista de Ciencias Sociales Historia*, 8(1), 436-492. <https://doi.org/10.23854/autoc.v8i1.356>
- Zárate Campos, M. S., & Godoy Catalán, L (2011). Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964). *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 18, 131-151. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500008>
- Illanes, María Angélica. (2024) *Lecturas Conmemorativas y otros ensayos históricos del nuevo siglo*, Santiago de Chile, Editorial Planeta Chilena, S.A
- (2019) *Movimiento en la tierra. Luchas campesinas, resistencia patronal y política social agraria*. Chile, 1927-1947, Santiago de Chile, LOM.
- (2012) *Nuestra Historia Violeta, Feminismo social y vidas de mujeres en el siglo XX: una revolución permanente*. Santiago de Chile, LOM.
- (2010). «*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)* (2a. ed.). Ministerio de Salud
- (2006) *Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las visitadoras sociales Chile, 1887-1940*, Santiago de Chile: LOM

RC | REVISTA
SP | CHILENA
DE SALUD
PÚBLICA

www.revistasaludpublica.uchile.cl
www.saludpublica.uchile.cl/publicaciones
www.facebook.com/rcsaludpublica/