

# Las brigadas de liberación obrera (Concepción, Chile 1968 - 1973)

## Ejemplo de participación popular en salud (consumo excesivo de alcohol)

The workers' liberation brigades (Concepción, Chile 1968 - 1973)  
Example of popular participation in health (excessive alcohol consumption)

Horacio Riquelme<sup>1</sup>

### RESUMEN

---

El consumo excesivo de alcohol es problema central de salud pública en Chile. Su trato ha seguido criterios biomédicos/administrativos (Programa Nacional, 1957), sin mayor impacto en la población, mas también promoviendo la participación popular en salud, en especial en el período 1968-1973, en un nuevo concepto de interacción con los afectados y la comunidad. El artículo enuncia el contexto social de entonces y las perspectivas que surgen de esta visión del problema.

*Palabras clave: Participación en salud, consumo excesivo de alcohol, afectados como agentes culturales.*

### ABSTRACT

---

Excessive alcohol consumption is a central public health problem in Chile. Its treatment has followed biomedical / administrative criteria (National Program, 1957), without major impact on the population, but also promoting popular participation in health, especially in the period 1968-1973, in a new concept of interaction with those affected and the community. The article states the social context of that time and the perspectives that emerge from this vision of the problem.

*Keywords: Participation in health, excessive alcohol consumption, affected as cultural agents.*

Desde hace más de cincuenta años, el consumo excesivo de alcohol constituye uno de los mayores problemas de salud pública en Chile, y se han desarrollado ingentes programas y actividades médico-sociales para enfrentarlo.

Ejemplar fue el llamado “Programa Nacional para el Control del Alcoholismo y de los Problemas del Alcohol” en 1957, durante el gobierno de Alessandri. Este programa manifiesta el habitual tratamiento del problema en salud pública. Fue coordinado por expertos del Servicio Nacional de Salud (SNS) de Chile y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Definía propósitos y metas de acción para reducir la incidencia del alcoholismo como enfermedad en la población, en base a criterios estrictamente biomédicos y administrativos. Nuevo era el propósito de abordar el alcoholismo a nivel comunal, para ello

---

<sup>1</sup> Profesor asociado de Psiquiatría Social – Universidad de Hamburgo. Doctor en medicina (Hamburgo), Doctor en filosofía (Bremen). Áreas de investigación: Antropología médico-cultural, Migración y Salud mental, Ética profesional, Derechos Humanos, Psiquiatría transcultural. Correspondencia a: transhumante51@t-online.de  
Associate Professor of Social Psychiatry – Hamburg University. Doctor of Medicine (Hamburg), Doctor of Philosophy (Bremen). Research areas: Medical-cultural Anthropology, Migration and Mental Health, Professional Ethics, Human Rights, Cross-cultural Psychiatry.

debía organizarse un centro de atención médica especializada por cada 100.000 habitantes y, una vez en funcionamiento, integrar a los pacientes ya tratados a un “Club de Alcohólicos Recuperados” (SNS,1965).

Como medios de propaganda para incentivar la participación de la población en el programa se utilizaba material fotográfico e impresos, exhibiendo los efectos fisiopatológicos del consumo excesivo de alcohol en el organismo humano. Así, por ejemplo, se mostraban fotos de hígado cirrótico en perspectivas macro y microscópica, descripción de síntomas en la psicosis alcohólica, etc. Con esto se trataba de crear conciencia sobre el peligro del alcoholismo y mostrar la patología final que provoca en el individuo. No parece muy errada la comparación conceptual de esta estrategia con las medidas que se toman habitualmente para erradicar una epidemia de origen infeccioso.

---

Hernán San Martín (1970) resume las expresiones en los últimos tres siglos en lenguaje cotidiano y presenta la actitud popular frente al vino y a la chicha de la siguiente forma:

*“El vino y la chicha sirven para curar enfermedades. Esto se sabe desde muy antiguo, desde que la inventó Noé. Hay gente que no toma chicha porque cree que produce gastritis. El pueblo sabe que la chicha “limpia la sangre y lava el estómago”:*

*En tiempos de chicha  
pierden los médicos y las boticas.*

*¿Sabía usted que el dolor de cabeza se pasa comiendo pan caliente mojado en vino y que el resfrío se acorta mucho bebiendo vino tinto hervido con limón, azúcar quemada y un poco de canela, pero en vaso grande? ¿Y que para las anemias no hay cosa mejor que beber todos los días medio litro de vino, de preferencia añejo, mezclado con tres terrones de azúcar y medio litro de sangre caliente de novillo?*

*Ahora, si su enfermedad es el vino, es decir, si usted es alcohólico crónico y quiere sanarse, haga lo siguiente: beba vino mezclado con excremento de cerdo, o bien que alguien le coloque secretamente a sus bebidas polvos de verrugas de caballo o agua en la que se haya cocido un ratón pelado y descuerado, pero con uñas. Si ninguno de estos remedios lo*

*sana, entonces lo definitivo es darle a beber al alcohólico, sin que él sepa, un litro de vino en el que se haya sumergido por 24 horas la mano de un “angelito” recién muerto; después de ese trago no volverá nunca a beber alcohol.”*

---

La percepción divergente del consumo de alcohol y de sus consecuencias entre los expertos sanitarios y la población explica por qué este programa encontró tan poco arraigo pues, a pesar de que en el transcurso de diez años se crearon veinticinco Centros de Alcohólicos Recuperados y los alcohólicos tratados se organizaron en una confederación, no consiguió romper con la dura costra del desinterés —evidente en la mayoría de la población— hacia una percepción biologicista del problema.

En el enfoque mismo, los participantes en el programa se aislaron del “ciudadano común” y el tratamiento médico mantuvo habitualmente un carácter individual; por otra parte, el grado de interés de los pacientes alcohólicos participantes fluctuaba mucho. En el programa estaban ausentes tanto la integración socio-cultural como una vía participativa de los afectados. En conjunto, el programa no pudo ofrecer perspectivas relevantes para una solución integral del problema.

Sólo a fines de los años sesenta empezó a gestarse una nueva percepción del problema del alcohol entre una parte del personal de los servicios de salud y algunos estudiantes de profesiones afines.

Considerando que la situación precaria en que vive la mayoría de los chilenos sólo puede ser superada sobre la base de una política social y de salud dirigida a la satisfacción de las necesidades básicas, hubo un planteamiento explícito de distintos problemas de salud en el programa de la Unidad Popular<sup>2</sup>. Este programa se proponía delimitar y establecer las condiciones políticas, sociales y económicas elementales para construir una sociedad de mayor justicia y democracia. De las cuarenta primeras medidas del Programa de Gobierno de la Unidad Popular bajo el presidente Salvador Allende, siete se referían a salud pública<sup>3</sup>.

En lo relativo al consumo excesivo de alcohol<sup>4</sup>, el programa de la Unidad Popular en forma

---

2 En el área de la salud se mejoró el equipamiento de los hospitales y se estableció un programa de distribución de medio litro de leche diaria a cada niño. En educación se impulsó la enseñanza preescolar, básica e industrial, además de ampliarse el acceso a la universidad.

3 En especial las medidas 25.- ASISTENCIA MÉDICA Y SIN BUROCRACIA: Eliminaremos todas las trabas burocráticas y administrativas que impiden o dificultan la atención médica de imponentes y cesantes; 26.- MEDICINA GRATUITA EN LOS HOSPITALES: Suprimiremos el pago de todos los medicamentos y exámenes en los hospitales y 27.- NO MAS ESTAFA EN LOS PRECIOS DE LOS REMEDIOS: Rebajaremos drásticamente los precios de los medicamentos, reduciendo los derechos e impuestos de internación de las materias primas.

4 La medida 18.- CONTROL DEL ALCOHOLISMO: Combatiremos el alcoholismo no por los medios represivos, sino por una vida mejor y erradicaremos el clandestinaje.

general manifestaba en detalle que, para superarlo, debían impulsarse programas atentos a la realidad local y promoverse iniciativas desde la población misma, superando así las debilidades organizativas de un aparato institucional amplio y superficial. Objetivo central era superar las dificultades de comunicación entre institución sanitaria y comunidad que hemos descrito anteriormente en relación con el programa de 1957 (Riquelme, 1980).

En este contexto conceptual y con el apoyo de miembros de la Universidad de Concepción y del SNS se desarrolló en poblaciones “marginales” de la provincia penquista una campaña contra el alcoholismo: “Brigadas de Liberación Obrera contra el Alcoholismo” (Barudy, J./Vásquez, G., 1972). Empezada en 1968, ella fue interrumpida por el golpe militar en 1973.

A casi medio siglo de esta experiencia de participación popular en salud, las gestiones de entonces aún hoy tienen evidente vigencia en tanto que promovieron la interacción solidaria entre pobladores, personal sanitario y estudiantes del sector salud, cooperación basada en la comprensión mutua y un espíritu de desarrollo común.

Los estudiantes del área salud participantes se definían como agentes culturales en acción comunitaria y tenían como premisa conceptual y actitud social que la pobreza, la alienación social y el fatalismo popular favorecen y proporcionan la base experiencial del consumo excesivo de alcohol y, en su consecuencia última, de la enfermedad alcoholismo.

Así, esta problemática sólo puede ser enfrentada en el marco de un proceso global de cambios sociales y la educación, en la acepción de Paulo Freire (1969), no debe constituir una práctica para la domesticación sino, por el contrario, para la liberación de los participantes. Actores de esta iniciativa eran:

- la **comunidad**, como cogestora de la cultura (percepción del consumo de alcohol) y participante activa en el devenir social;
- los **servicios de salud**, en cuanto instituciones “descongeladas” de burocratismo y administración abstracta y
- la **universidad**, y los **estudiantes** concebidos como referencia educativa y agentes culturales.

Propósito explícito de este proyecto era reivindicar la creatividad del diálogo social, promoviendo la superación del desconocimiento y el recelo mutuo entre población e instituciones académicas y sanitarias, lo que exigía que las tres entidades antes mencionadas debían propender a la ruptura paulatina de la comunicación asimétrica existente hasta entonces entre ellas y crear las bases de una nueva participación integral.

La actividad conjunta de pobladores y estudiantes en policlínicos periféricos<sup>5</sup> de Concepción hasta 1973 puede ser considerada como una realización concreta de este nuevo concepto de atención sanitaria. Además de la actividad sobre consumo de alcohol, se realizaban regularmente en los policlínicos labores conjuntas con la población en prevención primaria y secundaria.

En esta campaña, el enfermo alcohólico se transformó en una figura central en la interacción de su comunidad con el sistema sanitario. Él discutía con los miembros académicos y técnicos del programa sobre las condiciones de origen cultural y social del consumo excesivo de alcohol entre sus amigos, así como sobre formas adecuadas de tratamiento ambulante y, específicamente, sobre los criterios para decidir cuándo se hacía necesario enviar a un paciente alcohólico a un examen médico profesional o bien considerar cuándo el paciente podía atenerse a la ayuda de la comunidad. De esta manera, él, como líder en alcoholismo, disponía de información básica para las actividades solidarias de educación sanitaria en su comunidad, labor en la cual su comunidad lo aceptaba pues sus experiencias, sus formas de percepción y expresión culturales y sus condiciones económicas eran similares a las de sus vecinos y de los enfermos alcohólicos a tratar. En tanto que él compartía un lenguaje común, el nuevo maestro popular en la materia “consumo de alcohol” estaba enraizado en la misma realidad vital de los enfermos alcohólicos y podía, por lo tanto, seguir y motivar el tratamiento de una manera que para un agente sanitario ajeno a la comunidad no hubiera sido posible, aunque llegase a ella con las mejores intenciones.

Así, el programa no sólo consiguió desarrollar condiciones estructurales de mayor equidad para la atención en salud sino, además, redefinir el papel de

5 Los policlínicos periféricos funcionaron en zonas con población marginalizada del campo y la ciudad. En espacios físicos tales como centros de vecinos, capillas religiosas y otras iniciaban estudiantes de la Universidad de Concepción labores de apoyo a la comunidad. En salud: actividades de promoción (estudiantes de primeros años) y de tratamiento médico general (estudiantes de cursos avanzados). Con la participación de la comunidad se construía luego un lugar propio para estas actividades. Este proyecto contó con el apoyo del Servicio de Salud (vacunas, medicamentos y utensilios sanitarios) y de la Universidad (logística de transporte, impresión de materiales sanitarios, etc.). Una actividad paralela fue la alfabetización de adultos.

la comunidad —como participante activo— y los roles profesionales del personal sanitario, en tanto educadores y coordinadores en salud de la comunidad. En pocas palabras, esta manera de abordar el problema del alcohol se mostró para todos los participantes como una posibilidad de influir sobre las condiciones que propician el alcoholismo.

Para el poblador enfermo alcohólico tuvo lugar una actividad solidaria en la cual podía realizar, por sí mismo y en un contexto social aceptable, una reflexión crítica sobre el problema del alcohol, en su propio lenguaje y forma de pensar, acompañado por el apoyo activo de su comunidad y por la solidaridad de los estudiantes del área de salud.

Esta campaña se apoyaba en la siguiente concepción del problema:

a. el alcoholismo, como tal, no puede ser abordado con un espíritu idealista moralizante ni haciendo abstracción ideológica y anonimizando a los afectados directos;

b. el lugar de acción para el tratamiento no debe ser el hospital sino la comunidad, y

c. la campaña se debe sustentar en una actitud de diálogo entre comunidad, SNS y universidad, para que así los afectados sean partícipes de su propio tratamiento y los colaboradores académicos o funcionarios de salud lleguen a conocer “en directo” la realidad local específica como su principal área de actividad.

Como es de conocimiento general, estas experiencias en el proceso comunitario de salud/enfermedad fueron interrumpidas por el golpe militar. Consideramos importante reactivar su recuerdo en nuestra memoria social y propender a recrear las bases de esfuerzo común con la población.

## REFERENCIAS

1. Alcalde, A. (1972) Comidas y bebidas en Chile, en *Nosotros los chilenos*.
2. Auersperg, A.P. et al.: Beitrag zur vergleichenden Psychiatrie exogener Psychosen vom soziokulturellen Standpunkt. En: *Der Nervenarzt*, XXXIII, 1: 22, Bundesrepublik Deutschland, 1980.
3. Barudy, J./Vásquez, G. (1972) La brigada de liberación obrera, en: *Medicina*, Vol. I, pp. 123-31, Concepción, Chile.
4. Costa-Casaretto, C. (1991) El alcoholismo en Chile hace cien años, en: *Revista Médica de Chile*, 119:361-366, Santiago.
5. El gobierno de la Unidad Popular (1970-1973). En: [www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-31433.html](http://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-31433.html)
6. Freire, P. (1969) *Pedagogía del oprimido*, Santiago de Chile.
7. Gissi, J. (1989) Familia, machismo y pobreza, en: Gissi B., J.: *Identidad latinoamericana: psicología y sociedad*. Santiago de Chile.
8. Hamel, P./Asun, D. (1978) Los clandestinos: venta ilegal de alcohol en poblaciones obreras, en: *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 24, pp. 49-57.
9. Horwitz, J. et al. (1958) Investigaciones epidemiológicas acerca de la morbilidad mental en Chile, en: *Revista Servicio Nacional de Salud*, 3, p. 277, Santiago de Chile.
10. Jarke, J. Jarke-Penkova, L./Riquelme, H. (1980) Arbeitsbericht und Fortsetzungsantrag zum Forschungsprojekt “Gesundheitsversorgung und Self Reliance in Mexiko”, Universität Heidelberg.
11. Kirschbaum, A. et al. (1990) El alcohol como causa de muerte en Chile, en: *Revista de Psiquiatría VII*: 559-569. Chile.
12. Marconi, J. (1969) Barreras culturales en la comunicación que afectan el desarrollo de programas de control y prevención del alcoholismo: manuscrito para la VII Conferencia Internacional sobre la Salud y la Educación Sanitaria, Buenos Aires.
13. Medina, E./Kaempfer, A. M. (1974) Epidemiología de la cirrosis hepática en Chile, en: *Revista Médica de Chile*, 102, pp. 466-76, Santiago de Chile.
14. Riquelme, H. (1978) Alkoholismus. Sackgasse in der Unterentwicklung? en: *Medizinpolitische Mitteilungen Heft 1-2*, pp. 66-73.
15. Riquelme, H. (1980) Entstehungsbedingungen und Folgen übermäßigen Alkoholkonsums in Chile. Beispiele einer Kampagne gegen den Alkoholismus im Armutsgürtel einer Großstadt, Inaugural-Dissertation, Hamburg.
16. Riquelme, H. (1981) Übermäßiger Alkoholkonsum in Chile. Entstehungsbedingungen und sozialmedizinische Bewältigungsansätze, en: *Jahrbuch für Kritische Medizin*, Band 7, pp. 146-58, Berlín: Argument-Sonderband.
17. Riquelme, H. (1982) Soziokulturelle Aspekte des Alkoholkonsum in der chilenischen Bevölkerung, en: *Curare*, vol. V, Band 3, pp. 143-52.
18. Riquelme, H. (1986) II processo psicoculturale dell'alcolismo in Cile, en: *Fogli di*

- informazione*, Nr. 116: 35-50. Firenze.
19. Riquelme, H, (1986) O álcool e a sociedade no Chile, en *Cadernos de Psicologia-UFMG*, 1, 1: 55-76, Belo Horizonte.
  20. Riquelme, H. (1987) El proceso psicocultural de alcoholización en Chile, en: *Ensayos psicoculturales*, Buenos Aires.
  21. Riquelme, H. (1992) Consumo de alcohol y cultura cotidiana en la población chilena. En: Riquelme, H. (editor): *Otras realidades, otras vías de acceso. Psicología y psiquiatría transcultural en América Latina*. Editorial Nueva Sociedad, Caracas.
  22. Rojas Mc., R. (1990) La salud psicosocial en América Latina: un enfoque epidemiológico, en: Riquelme, H. (editor): *Buscando América Latina. Identidad y participación psicosocial*, Editorial Nueva Sociedad, Caracas.
  23. San Martín, H. (1970) Medicina popular en Chile en: *Nosotros los chilenos: tres ensayos antropológicos de interpretación*, Santiago de Chile.
  24. Servicio Nacional de Salud - SNS (1965) Programa Nacional de control del alcoholismo en Chile, en: *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 11: 86-92, Buenos Aires.
  25. Servicio Social. Compañía carbonífera Lota-Schwager S.A.; Departamento de Relaciones Industriales; Servicio Social (1972): Trabajo de investigación sobre alcoholismo en la carbonífera Lota-Schwager, Chile.