



História, Ciências, Saúde - Manguinhos

ISSN: 0104-5970

hscience@coc.fiocruz.br

Fundação Oswaldo Cruz

Brasil

Zárate Campos, María Soledad; Godoy Catalán, Lorena
Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964)*
História, Ciências, Saúde - Manguinhos, vol. 18, diciembre, 2011, pp. 131-151
Fundação Oswaldo Cruz
Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=386138058008>


- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964)*

Mothers, children, and the policies of Chile's Servicio Nacional de Salud (1952-1964)

María Soledad Zárate Campos

Professora e pesquisadora do Departamento de História/Facultad de Filosofía y Humanidades/Universidad Alberto Hurtado, e do Departamento de Bioética/Universidad de Chile.
Alameda, 1869/piso 3.
834-0576 – Santiago – Chile
mzarate@uahurtado.cl

Lorena Godoy Catalán

Pesquisadora do Centro de Estudios de la Mujer; professora da Facultad de Psicología/Universidad Diego Portales, Santiago.
Purísima, 353
842-0400 – Santiago – Chile
lorena.godoycatalan@gmail.com

Recebido para publicação em abril de 2011.
Aprovado para publicação em julho de 2011.

ZÁRATE CAMPOS, María Soledad;
GODOY CATALÁN, Lorena. Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.18, supl.1, dez. 2011, p.131-151.

Resumen

El objetivo de este artículo es describir y analizar el desarrollo de los primeros años de funcionamiento del Servicio Nacional de Salud en Chile, fundado en 1952, y la importancia que cobró en este contexto el Programa de Salud Materno Infantil. Se identifican los avances y dificultades en esta etapa del Servicio, y se analiza cómo el Programa representó la continuidad de diversas políticas de protección sanitarias a madres y niños (implementadas en el país desde la década de 1920), y el mejoramiento, ampliación y creación de nuevas políticas en el marco de una medicina social. Se documentan los logros alcanzados por el Programa, pero también sus limitaciones, que expresan no solo los problemas del Servicio sino también los problemas sociales y económicos que aquejaban al país.

Palabras clave: atención profesional del parto; salud materno infantil, políticas sanitarias; Servicio Nacional de Salud; Chile.

Abstract

This description and exploration of the early years of Servicio Nacional de Salud, founded in 1952, analyzes the agency's progress and challenges, as well as the role of the Programa de Salud Materno-Infantil. The latter program lent continuity to a variety of sanitary protection policies for mothers and children dating to the 1920s, while also improving and expanding on existing policies and devising new ones within the framework of social medicine. The program recorded successes but also encountered limitations, which derived not only from agency-specific problems but also from the social and economic ills afflicting the country as a whole.

Keywords: medically assisted childbirth; mother-child health; sanitary policies; Servicio Nacional de Salud; Chile.

A mediados del siglo XX, la salud materno infantil aún era uno de los problemas más importantes de salud pública en Chile. Si bien las tasas de mortalidad materna e infantil habían experimentado un importante descenso desde la década de 1930, seguían siendo motivo de preocupación para las autoridades nacionales veinte años más tarde. En 1950, la mortalidad infantil alcanzaba los 132.2‰ y la mortalidad materna los 3.3‰ (Valenzuela et al., 1956). Tanto para las autoridades del país como para organismos internacionales, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), estas tasas eran consideradas un indicador del desarrollo socioeconómico de un país, y de los avances de la cobertura y calidad de la atención durante el embarazo y el parto.

Lo anterior permite entender el consenso existente respecto de la importancia otorgada a las políticas sanitarias dirigidas a madres y niños, que justificaron la destinación por parte del Estado de mayores recursos profesionales y materiales para financiar, entre otras, acciones específicas que disminuyeran las tasas de mortalidad materno infantil, aumentaran la atención profesional del parto e incrementaran el control médico de las embarazadas. Coherente con ello, las políticas de atención a madres y niños, reunidas en el Programa Materno Infantil (en adelante PMI), ocuparon un lugar relevante en el contexto del recién creado Servicio Nacional de Salud (en adelante SNS) en 1952. Aún cuando se trataba de acciones que contaban con importantes antecedentes desde 1924, el PMI incorporó cambios y nuevas orientaciones. Planteó la necesidad de brindar una atención más integral, planificada y racional que en el caso de las mujeres, idealmente, debía comenzar en una etapa temprana del embarazo y continuar durante todo el período del amamantamiento; y que, en el caso de los niños, debía extenderse desde la vida intrauterina hasta los 15 años de edad.

Junto con esta atención integral y racional, que era responsabilidad de los profesionales sanitarios, el programa se propuso la consideración, evaluación y, en los casos en que era posible, la intervención del componente cultural y socio-ambiental de la población atendida, elemento que a juicio de los médicos era un obstáculo relevante que amenazaba la eventual disposición de las mujeres al control prenatal pese a los esfuerzos desplegados por ampliarlo. Como lo señalaba el Boletín del SNS el año 1957, “el nivel cultural de nuestro pueblo todavía no le hace desear a la madre embarazada la supervisión médica del desarrollo de este proceso biológico” (Antecedentes..., 1957, p.558).

Este artículo aporta evidencias de la importancia de las acciones del PMI, identificadas anteriormente, en la implementación y consolidación del Servicio Nacional de Salud entre 1952 y 1964. Para esto se contextualizan históricamente algunas de las principales políticas de protección sanitaria dirigidas a madres e hijos, implementadas por la Caja del Seguro Obligatorio, principal institución antecesora del SNS. Asimismo se describen las bases doctrinarias que inspiraron la estructura y funcionamiento del Servicio Nacional de Salud, particularmente las concepciones de medicina social, y los logros y dificultades de la institución en el período estudiado.

De acuerdo con los objetivos de esta investigación, se ha privilegiado la búsqueda, revisión y análisis de fuentes primarias médico-institucionales, tales como monografías y publicaciones periódicas editadas por el SNS y por médicos que trabajaron en la institución durante el período analizado que, por tanto, contienen un importante componente prescriptivo. Si bien ello a primera vista puede constituir una limitación, también es cierto

que se trata de documentación que, en su mayoría, fue producida por los propios médicos que diseñaron e implementaron aquellas políticas materno infantiles y que incluyen una mirada profundamente auto-crítica de los diagnósticos y tareas que realizaba el SNS en general, y el PMI en particular. Se privilegió la revisión de este tipo de fuentes primarias, pues ellas permiten hacer una descripción exhaustiva de este programa – con la que no se contaba – dada la cuantiosa documentación de tipo cualitativa y cuantitativa sobre éste, lo que refleja la importancia de la salud materno infantil en el período. Dichas fuentes han sido sometidas a un exhaustivo análisis y confrontación de la información recabada con el propósito de reconstruir la historia del PMI, que hasta ahora solo es enunciada en la incipiente bibliografía relativa a la historia del SNS.

Asimismo, se ha incluido bibliografía secundaria relativa a la historia de esta institución, a los antecedentes de la asistencia sanitaria brindada a madres y niños durante la primera mitad del siglo XX en Chile y en otros países latinoamericanos, y a los debates relacionados con la trayectoria de la medicina social en Chile durante la primera mitad del siglo XX.¹

Primeras políticas de protección materno infantil: la Caja del Seguro Obligatorio

Uno de los antecedentes históricos más tempranos de la preocupación estatal con la salud de madres y niños fue la incipiente profesionalización de la asistencia del parto de las mujeres pobres en Santiago, impulsada desde mediados del siglo XIX por la comunidad médica formada en la Universidad de Chile (Zárate, 2007a). Ya en las tres primeras décadas del siglo XX, la asistencia del parto también fue el objetivo de una serie de políticas de protección sanitaria de corto alcance, discutidas en distintas reuniones (Primer Congreso de Protección a la Infancia, 1912; Primer Congreso de Beneficencia Pública, 1917; Primer Congreso Nacional de las Gotas de Leche, 1919), y emprendidas por instituciones caritativas, consultorios municipales y las primeras secciones maternas de los hospitales de la Beneficencia. En dichas reuniones se prestaba especial atención al fenómeno de la proletarianización urbana femenina, sus negativos efectos en el ‘ciclo maternal’² e incluso su relación con la mortalidad infantil. Entre las recomendaciones respecto a la asistencia obstétrica se sugería impulsar la construcción de maternidades urbanas y rurales, la educación de las embarazadas y de las madres, y el reforzamiento de la formación de las matronas. Estas últimas recibían una rudimentaria instrucción científica para asistir partos normales, formación que se extendía por dos años en la Escuela de Matronas, fundada en 1834 al alero de la Universidad de Chile y dirigida por médicos. Esta formación, que en sus orígenes tuvo como principal objetivo reemplazar paulatinamente a las ‘parteras’ – denominación que recibían las mujeres que asistían parturientas sin más formación que la observación y la tradición oral –, adquirió pleno carácter universitario a mediados del siglo XX al exigir que las postulantes cumplieran con requisitos como el contar con enseñanza secundaria completa y rendir las pruebas de bachillerato en biología. Estas reformas eran parte del proceso de homogenización de los criterios formativos de los profesionales sanitarios en la época.

La inspiración principal de las políticas estatales era la protección del binomio madre y niño (en adelante BMN), dupla inseparable que se constituyó en una ‘unidad ideológica’

que afianzaba la maternidad como una función social y biológica que excluía al padre. El BMN apelaba al vital e indisoluble lazo que unía a madres e hijos durante toda la vida, alimentado por los debates sobre puericultura, derechos del niño, concepciones sobre maternidad y aborto, y eugenesia, lo que inspiró el trabajo de juristas, profesionales sanitarios y asistenciales (Lavrin, 2005).

La irrupción de los militares en 1924, y la posterior dictadura del general Carlos Ibáñez del Campo, trajo consigo profundas reformas político-institucionales – entre ellas los proyectos relativos a contratos de trabajo, derecho a huelga y a indemnizaciones, ley de sindicalización profesional y creación de cajas previsionales – que si bien habían estado contempladas en el programa del gobierno del presidente Arturo Alessandri (1920-1924), no habían podido ser despachadas en democracia. Junto a la materialización de estas reformas, la promulgación de la Constitución de 1925 (que consagraba el mandato estatal de velar por la salud pública) y del Código del Trabajo en 1931, afianzó el papel del Estado en las políticas sociales. En este contexto, en el año 1924 se crea la Caja de Seguro Obligatorio (en adelante CSO), institución que inaugura la medicina estatal y la medicalización de la maternidad obrera.³ Presentada por el diputado conservador Ezequiel González Cortes e inspirada en sus observaciones del sistema previsional alemán, la ley que creó la CSO declaraba la afiliación obligatoria de la población obrera, hombres y mujeres menores de 65 años, a un seguro de enfermedad e invalidez. Con respecto a la maternidad, establecía la obligatoriedad de la “atención profesional de las aseguradas durante el embarazo, parto y puerperio y además un auxilio del 50% del salario durante las dos semanas que preceden y siguen al parto, y de un 25% en el período posterior prolongado hasta el destete, cuando amamantaren a su hijo” (Ferrero Matte de Luna, 1946, p.88).

A partir de esta disposición se crearon servicios de atención maternal y oficinas del niño para las trabajadoras del país, los que estuvieron bajo el control de la Beneficencia hasta 1932, fecha en que pasaron a la Jefatura Médica de la Caja. En septiembre de 1936 se creó la Jefatura de Madre y Niño de la Dirección de los Servicios Médicos y se prorrogó la atención del niño de ocho meses a dos años de edad. Desde 1937 se extendieron los beneficios de esta Jefatura a mujeres no aseguradas, esposas de los afiliados a la CSO, y en 1942 reunió a todas las organizaciones creadas para la protección de ese binomio social. El trabajo de la Jefatura, que después de 1936 comienza a ser denominada en los documentos institucionales como Sección Madre y Niño del Departamento Médico de la CSO, y la legislación sobre maternidad obrera, estimularon la extensión de la asistencia obstétrica y canalizaron la entrega de los subsidios de maternidad, lactancia y asistencia médica infantil.

Junto a la labor realizada por la CSO, las reformas al Código del Trabajo en 1931 relativas al descanso obligatorio de las ‘madres obreras’, terminaron por institucionalizar la protección de la maternidad de este segmento de la clase trabajadora. Asimismo, las inspiradoras leyes de Medicina Preventiva y de Madre y Niño⁴ dieron un fuerte respaldo a la obstetricia y al asistencialismo maternal a fines de la década de 1930, reforzando el trabajo de consultorios, centros preventivos y maternidades.

Por su parte, el Servicio Nacional de Salubridad o Dirección General de Sanidad (en adelante DGS), regido por el Código Sanitario de 1931, dispuso la creación de centros preventivos Madre y Niño que protegían a mujeres y a sus hijos hasta el sexto mes de vida.

Estas reparticiones públicas dirigieron su quehacer, mayoritariamente, a las mujeres indigentes y a los niños abandonados, complementando la cobertura sanitaria de la CSO dirigida a madres trabajadoras y esposas de trabajadores asegurados (Zárate, 2006; Zárate, 2007b).

Así, en la década de 1930, la cobertura asistencial de madres y niños más significativa era la brindaba por la Sección Madre y Niño del Departamento Médico de la CSO, que debatía sobre el lugar de la asistencia profesional del parto (en domicilio u hospital), la identificación y límites de las competencias de matronas y médicos y el combate de la mortalidad materno infantil. A medida que la cobertura materno-asistencial de la CSO se incrementaba, mayores eran los debates sobre las estrategias para asegurar el acceso a más beneficios médico-sanitarios y para favorecer la preparación de profesionales sanitarios.

Aunque modesto, este conjunto de políticas dirigidas a reducir la mortalidad neonatal y materna, flagelos que amenazaban el crecimiento demográfico y el proyecto de industrialización, había alcanzado importantes logros. A mediados del siglo XX, estudios médicos sostenían que el descenso de la mortalidad maternal y especialmente la neonatal, demostraba que el impulso de la hospitalización del parto y la difusión de la puericultura, por una parte, y el control prenatal y postnatal, por otra, estaban dando resultados positivos. Se mencionaba, particularmente, la introducción de los antibióticos como responsable por la caída de la mortalidad materna y la acción de los servicios sanitarios de la CSO y de las maternidades hospitalarias (Avendaño, Romero, Medina, 1956; Zárate, 2008). En relación a la atención de partos, pasadas casi dos décadas de su funcionamiento, en 1942 la Sección Madre y Niño cubría el 23,8% de los partos del país, concentrándose más del 25% de esta atención en la capital. En relación a la mortalidad infantil, las cifras habían disminuido de 342 muertos por cada mil nacidos vivos en el año 1900, a 263 en 1920, y a 153 el año 1950 (Dirección General..., 1900, 1920, 1950).⁵

Límites asistenciales de la Caja de Seguro Obligatorio

Junto con estos avances, en la década de 1940 se discutía sobre el funcionamiento y limitaciones del servicio de la CSO. Las evaluaciones públicas respecto a la asistencia del parto provista por la Caja y por las maternidades eran negativas, y se denunciaba la ausencia de un sistema asistencial de carácter integral dirigido a la madre, que no cubriera solo los aspectos clínicos (Ortega, Avendaño, Araya, 1943; Zárate, 2008). El sistema carecía de uniformidad, los profesionales capacitados eran escasos y existían dificultades para imponer la asistencia preventiva del embarazo. La oferta sanitaria era restrictiva pues se dirigía exclusivamente a las madres trabajadoras, esposas de trabajadores y mujeres indigentes y no ofrecía políticas específicas de contención del aborto (Del Campo, 2008).

Las evaluaciones negativas de las políticas de la CSO no se restringían a la asistencia materno infantil. Se trataba de una crítica general al diseño e implementación de las políticas sanitarias provistas por la institución, que era la de mayor envergadura y que, paradójicamente, gastaba “doce veces menos por beneficiario que las cajas de los empleados, funcionarios públicos y militares” (Molina Bustos, 2006, p.290). Junto con ello existía un cuestionamiento transversal al sistema sanitario y previsional existente. En la primera mitad de la década del cincuenta, recién creado el SNS, importantes médicos y el propio Colegio

Médico⁶, sostenían que los principales problemas del sistema de salud previo a la creación del SNS eran de orden administrativo y de orden funcional. Entre los primeros se mencionaba la duplicidad de directivas, de recursos, de equipos, etc., en suma, la dispersión de la atención en varios servicios y parcelación de las prestaciones que redundaba en una disminución del rendimiento institucional (Valenzuela, Juricic, Horwitz, 1956; Chile, 1958). Respecto a los problemas funcionales, se contaba con una contraproducente “parcelación del grupo familiar en unidades que no obedecen a criterio biológico, jurídico o administrativo alguno”, con un énfasis en el trabajo hospitalario en desmedro de la asistencia domiciliaria y en consultorios externos, “insuficiente inversión en los problemas de protección y fomento de la salud”, concentración de las acciones en el medio urbano y “falta de coordinación de los funcionarios y de las instituciones para resolver racionalmente los problemas ordenados por su importancia para el medio social” (Chile, 1958, p.6). Junto con estas deficiencias se criticaba, en un sentido más general, la ausencia de una orientación social de la medicina previa al SNS, lo que se traducía en una “disociación entre el enfermo y su calidad de ser social, con desvinculación del hombre y su medio” (p.6), y un trabajo médico “ajeno a los grupos sociales de la comunidad” que no despierta “su interés ni estimula su participación en los programas” (Valenzuela et al., 1956, p.5).

El Servicio Nacional de Salud, 1952-1964

A mediados de siglo, el país experimentaba una serie de problemas políticos y económicos. Se asistía a una crisis de las estrategias políticas asumidas por distintos gobiernos (basadas en acuerdos y negociaciones entre las cúpulas partidarias) que habían provocado la acumulación y agravamiento de los problemas sociales y económicos. De hecho, la década de 1950 se inicia con un aumento de la inflación, que expresa la agudización de dificultades estructurales de la economía. El Estado, que ya había comenzado a experimentar una serie de transformaciones, asume cada vez más un rol regulador y promotor del desarrollo económico nacional y se convierte en un actor clave en el diseño e implementación de políticas sociales que buscan responder a problemas de larga data. Se advierte un aumento del gasto social, lo que permitió una ampliación progresiva de los beneficios sociales en materia de vivienda, educación y salud.

El diagnóstico de los problemas del sistema de salud y la necesidad de reformarlo, compartido por un amplio espectro político de la época, así como la consolidación del rol activo del Estado en materia de salud y de la medicina social como fundamento doctrinario, fueron los factores centrales para que en 1952 se fundara el Servicio Nacional de Salud y el Servicio de Seguro Social (reestructuración de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, en adelante SSS), ambos pilares de las políticas de seguridad social en Chile hasta el Golpe de Estado de 1973.

Desde la creación de la Caja del Seguro Obligatorio (1924) hasta la creación del SNS, se perfilaron cuatro modelos de reforma a la salud: el proyecto conservador, el proyecto socialista, el proyecto socialdemócrata y, ya en 1950, el proyecto falangista que se inspiraba en el modelo inglés de seguridad social creado en 1948 (Labra 2000; 2004). Las tres primeras propuestas nacieron en el contexto previo a la Segunda Guerra Mundial, cuando el modelo

médico asistencial se centraba en la recuperación de la fuerza de trabajo y del capital humano, que debía ser protegido y multiplicado por el Estado (Labra, 2004). No obstante, entre estas propuestas había importantes diferencias. Mientras la conservadora y social demócrata apuntaban, en sentidos distintos, a modificar el Seguro Social (privatización, una y socialización de la asistencia médica y previsión sólo para asalariados del mercado de trabajo formal, la otra), la propuesta socialista se presentaba como parte de un cambio político mayor, la revolución socialista, y planteaba no el perfeccionamiento del Seguro Social sino su reemplazo por una nueva institucionalidad que unificara todos los organismos de salud.

En el marco de las discusiones desarrolladas por sectores de izquierda en los años treinta sobre los problemas sanitarios (a la luz de experiencias internacionales y de una nueva ola de reformismo previsional y sanitario internacional), surgió lo que Labra (2004, p.210) denomina “una actualizada doctrina en medicina social” que planteaba las estrechas relaciones entre las cuestiones médicas y sociales, el origen socio-ambiental de las enfermedades y las limitaciones de la intervención exclusivamente clínica en la superación de los problemas de salud. Desde esta doctrina se asumía que condiciones sociales como “la habitación, el saneamiento, el salario, el vestuario, la educación y la alimentación” eran “determinantes del nivel de salud” (Labra, 2004, p.210), y se formulaban una serie de principios de organización de los servicios que orientarían la estructuración del futuro SNS. Entre estos principios cabe mencionar: la integralidad de las acciones para el desarrollo a nivel individual y colectivo; la planificación como instrumento de acción política; la “concentración de los esfuerzos en el núcleo de problemas y en las fases más deficientes de la vida humana” (Labra, 2004, p.211); una dirección única de las acciones públicas y privadas; y la obligación estatal de defender a los ciudadanos diseñando y costearo esta acción en salud.

Un proyecto inspirado en estos conceptos, y que reservaba para el Estado la principal responsabilidad de valorar y proteger el capital humano, fue el Programa de Acción Médico Social presentado en 1939 por el médico y Ministro de Salubridad Salvador Allende, que proponía la unificación de todos los servicios de salud. Tempranamente, Allende había diagnosticado que “el defecto más notorio y evidente de la organización de los servicios médicos de la República es el que se deriva de su falta de coordinación. Esta trae como consecuencia obligada un menor rendimiento y un mayor gasto. La incoordinación que existe entre los servicios de la Beneficencia y los otros servicios asistenciales del país, hace que el enfermo deba ser examinado en el hospital con prescindencia absoluta de los otros reconocimientos y terapéuticas a que haya podido estar sometido en otros servicios: tal es el caso del obrero asegurado que debe hospitalizarse” (Allende, 1939, p.185). Una década después del proyecto elaborado por Allende se retomó la discusión en el Legislativo sobre los modelos de reforma social y sanitaria. En este contexto, la Falange Nacional planteaba, en el mismo proyecto de ley de modificación del Seguro que se estaba discutiendo, la creación del SNS. El proyecto falangista estaba basado en la propuesta de Francisco Pinto y del médico Benjamín Viel que, inspirado en el modelo de Seguridad Social inglés pero adecuado a la realidad chilena, contemplaba la creación del SSS y del SNS (Viel, 1961). El primero tendría a su cargo la seguridad económica (subsidios, auxilios, pensiones, asignación

familiar, indemnizaciones), en tanto el segundo sería responsable por la seguridad física o biológica; el primero tenía sus fuentes de recursos en las cotizaciones tripartitas y se dirigía a toda la población asalariada, mientras que el presupuesto del SNS sería fiscal y serviría a toda la población sin restricción (Labra, 2004).

El Servicio Nacional de Salud: estructura administrativa, funcionamiento y orientación

La creación del SNS consagró el derecho a la salud de todos los habitantes que había establecido por primera vez la Constitución de 1925. El Servicio tenía como objetivo básico proteger la salud de los ciudadanos por medio de acciones sanitarias y de asistencia social, atenciones médicas preventivas y curativas. Como lo indican Valenzuela et al. (1956, p.8), el propósito fundamental era “reducir los riesgos de enfermar y morir y contribuir, en su esfera de acción, a la promoción de la salud física, mental y social”. Propósito que se podía cumplir con la integración armónica de acciones de fomento, protección y reparación de la salud.

El SNS debía prestar atención médica completa y gratuita a los obreros imponentes en el SSS, los cónyuges e hijos de los asegurados (hasta los 15 años), los pensionados de invalidez y vejez con sus cónyuges e hijos, los imponentes de la Caja de Marina Mercante y sus familiares y la población de indigentes. Se estimaba que esta población beneficiaria representaba el 70% de la población nacional. Entretanto, para las atenciones de urgencia y acciones preventivas, se incluía a toda la población (Horwitz et al., 1995; Valenzuela et al., 1956), es decir, un total de siete millones de habitantes, de los cuales 60% vivían en las ciudades y 40% en zonas rurales.

En cuanto a la estructura del SNS, esta reunió bajo una sola dirección a las más importantes entidades médicas curativas y preventivas⁷, lo que implicó una integración formal y funcional de los servicios y acciones destinadas a cumplir tres funciones principales: la protección, el fomento y la reparación de salud. Para ello se constituyeron ocho departamentos técnico-médicos y cinco departamentos técnico-administrativos. Entre los primeros estaban: el Departamento de Epidemiología (concentrado principalmente en el control de enfermedades transmisibles); de Atención Médica (dedicado a las normas de curación y rehabilitación); de Higiene Ambiental; Odontológico; Químico Farmacéutico; y el de Atención Materno Infantil y Fomento de la Salud. Éste último estaba dividido en los subdepartamentos de Protección Materno Infantil, Alimentación, Higiene Mental y Alcoholismo (Valenzuela et. al., 1956).

Entre otros, los principios fundamentales de la organización fueron: la autonomía técnica y administrativa, la centralización del planeamiento y la descentralización en la aplicación de las normas y ejecución de los programas, concentración de los esfuerzos en acciones más productivas realizadas con base en programas sistemáticos dirigidos esencialmente a la familia (Valenzuela et al., 1956).⁸

Respecto al financiamiento, tres eran las principales fuentes de recursos para el Servicio: el aporte estatal, el aporte del SSS y la rentabilidad de los bienes raíces que detentaba el SNS. No obstante, el SNS enfrentaba serios problemas financieros pues la recepción de recursos era inferior a lo que estipulaba la ley, principalmente porque el aporte estatal no se hacía efectivo. Labra (2004) indica que el hecho de que el SNS se hubiera creado ligado

al SSS, hizo que compartiera con este último los mismos problemas presupuestarios y de cobertura. La autora afirma que el SNS no pudo contar con independencia financiera, la que sí habría tenido si se le hubiera dotado de fondos provenientes de los tributos generales. Ello también explica que se mantuviera la exclusión a la atención médica de trabajadores rurales, domésticos y por cuenta propia, de los empleados particulares y de los funcionarios públicos (Labra, 2004, p.218).

El fundamento doctrinario que guió el quehacer del SNS era la medicina social que planteaba la multicausalidad de los fenómenos biológicos, por tanto la estrecha relación que existía entre la medicina y el desarrollo social y económico del país. Es decir, los pacientes debían ser atendidos considerando sus condiciones de vida, su situación familiar, vivienda, educación, etc., y los procesos de planificación debían armonizar las metas económicas con las metas sociales y de salud (Bravo, 1961). La atención médica integral se fundamentaba en tres conceptos básicos: debía ser ‘racional’, lo que significaba tener una orientación científica y obedecer a una planificación; ‘económica’, es decir, debía ser de buena calidad evitando toda dispersión y duplicidad de esfuerzos para obtener los mejores rendimientos; y ‘humana’, lo que implicaba que la atención debía otorgarse con un “sentido profundo de la comprensión del paciente, no solo desde el punto de vista de sus relaciones orgánicas, sino con el respeto a la integridad de la persona humana” (Chile, 1958, p.11).

Logros y dificultades del funcionamiento del Servicio Nacional de Salud

Durante la primera década de funcionamiento del SNS, se realizaron diversas evaluaciones sobre los logros y dificultades.

Entre los logros del SNS en esta primera etapa se mencionaba la introducción de la planificación de las acciones en salud como uno de los componentes de la medicina social. Si bien la planificación como herramienta necesaria para lograr el desarrollo social (lo que hacía equivalente este desarrollo al crecimiento económico), alcanzó su punto álgido en los años sesenta (Quevedo et al., 1998) – expresión de lo cual fue la difusión de la planificación en salud de la OPS/OMS desde mediados de esa década –, en Chile se pueden encontrar antecedentes al respecto ya en la década de 1920. En el marco de la creación del SNS, esta idea de planificación se plasmó tanto a nivel programático (unificación de programas, definición de prioridades, etc.) como a nivel administrativo para afrontar la enorme tarea de unificar a un conjunto de instituciones muy diferentes. Se trataba, como lo expresaba el Colegio Médico (Chile, 1958, p.16), de que el SNS adoptara “sistemas de ‘organización de empresas’”, ya que, en última instancia, se le podía considerar “como una empresa productora de salud”.

Asimismo, y a juicio de los principales líderes del SNS – entre ellos el propio Director –, el Servicio había logrado influir para que los programas de formación de los médicos incorporaran una concepción social y moderna de la medicina, acorde con “una concepción del enfermo como ser social” y la consideración de “sus problemas en relación con sus condiciones normales de vida” (Valenzuela et al., 1956, p.277).

Entre los problemas, la fusión de diversas instituciones – que concentró a un grupo numeroso y heterogéneo de personal, con regímenes de salarios y de previsión social muy distintos – generó una serie de dificultades administrativas y financieras que retrasaron la

conformación de una planta única (Valenzuela, 1956, p.480). Para enfrentar estas dificultades, el Servicio estableció convenios con organismos externos para establecer procedimientos administrativos simplificados y mecanizados, y para la formación del personal (Valenzuela, 1956, p.483).

En materia de recursos materiales y humanos la situación tampoco era auspiciosa. En 1952 los hospitales eran escasos y muchos de los que existían estaban en mal estado, con poco equipamiento y reducida disponibilidad de ambulancias, especialmente en sectores rurales. Ante el aumento progresivo de la demanda asistencial, el volumen del personal técnico, paramédico y de los profesionales sanitarios era insuficiente y además mal distribuido a lo largo del país, lo que se reflejaba en su alta concentración en Santiago, Valparaíso y Aconcagua, condición que también mostraban otros profesionales sanitarios como las enfermeras y matronas (Valenzuela, 1956).

La implementación del Programa Materno Infantil en la primera etapa del Servicio Nacional de Salud

La atención obstétrica: un indicador de desarrollo social

En el balance realizado en las Primeras Jornadas Médico-Sociales organizadas por el Colegio Médico en 1957, se consignaba que las instituciones de salud anteriores al SNS habían extendido la cobertura materno infantil gracias a “acciones coordinadas” de algunas agencias, las que constituían un ejemplo de los positivos efectos que la acción técnica unificada tenía en la superación de “los factores negativos de las instituciones existentes” (Chile, 1958, p.6). No obstante, dichos esfuerzos ya no eran suficientes a mediados del siglo XX porque las demandas asistenciales habían crecido y las tasas de mortalidad materno infantil aún eran altas. Recordemos que, si bien la mortalidad infantil había descendido notoriamente, entre otros factores gracias a la asistencia médica del Departamento Madre y Niño de la CSO y el uso de antibióticos desde fines de los cuarenta, en el año 1950 era la cuarta causa de muerte (Valenzuela, 1956). Además, los problemas asociados a ella afectaban a un 40% de la población que era económicamente dependiente.

Unidos a estos indicadores que confirmaban que la salud materno infantil seguía siendo un importante problema de salud pública, las tasas de mortalidad materna y perinatal fueron consideradas, tanto a nivel nacional como internacional – por ejemplo, por la recién creada OMS (1948) –, un indicador de desarrollo económico y de desarrollo de la medicina social.

Así, una correcta y oportuna asistencia sanitaria de la madre y del hijo fue progresivamente entendida como una condición primigenia para el desarrollo económico, un indicador de los avances de la medicina social, y constituyó una orientación prioritaria para el trabajo del SNS. La principal publicación del SNS en la década de 1950, el *Boletín del SNS*, en diversos artículos sostenía que se podían establecer coincidencias entre los factores que influían en el estado sanitario de un país y el número de madres que accedían a la medicina formal durante el estado grávido-puerperal, relación que constituía de por sí un índice socio-económico que estaba ausente en los países que no tenían como prioridad la asistencia obstétrica. De este modo el SNS establecía una continuidad con el pensamiento de importantes facultativos que ya desde fines de la década de 1930 habían señalado la

importancia de la atención obstétrica. Por ejemplo, en 1938, el destacado obstetra chileno Carlos Ramírez planteaba que la atención del parto era el punto de partida y factor de medición de la asistencia sanitaria estatal entre las parturientas pobres (Ramírez, 1938).

Por su parte, para la OMS las tasas de mortalidad materna y perinatal eran un índice de la calidad de los cuidados obstétricos durante el embarazo y parto, y de la expansión de dichos cuidados primero en zonas urbanas y luego suburbanas y rurales. La insuficiente atención obstétrica, prenatal, natal y postnatal, que afectaba principalmente las zonas rurales en toda Latinoamérica, incluido Chile, eran indicativas de la aún importante influencia de la medicina empírica y de las parteras en estas zonas a mediados del siglo XX. Era en los campos donde se precisaba reforzar personal técnico que acogiera a las “madres actualmente abandonadas a la experiencia de los vecinos de buena voluntad” (La insuficiente atención..., 1964, s.p).

Logros y dificultades en la primera década de funcionamiento

La prioridad dada a la protección sanitaria de madres y niños por el SNS se expresó en la creación de un programa específico de Protección Materno Infantil (PMI). El PMI debía asumir la tarea de ampliar la limitada cobertura de la atención obstétrica continuando, pero también mejorando, la labor iniciada por la CSO. En los primeros años del SNS distintas publicaciones reportaban la escasa cobertura asistencial de la población urbana, en franco crecimiento, y de la población rural. Los datos para el año 1954 indicaban lo siguiente: la asistencia médica cubría menos del 30% de las mujeres embarazadas, proporción que variaba considerablemente según la zona del país, entre un 50% y un 6,8%; y como era de esperar, las cifras más bajas correspondían a las zonas rurales donde, en promedio, solo un 15% accedía a control prenatal. En 1955 el SNS controlaba alrededor del 40% de los partos, cifra que incluía la suma del total de los partos hospitalarios, que alcanzaban un tercio del total de partos producidos en el país (78.603), más los veinte mil atendidos por matronas del Servicio. Entretanto, los lactantes controlados por el SNS eran aproximadamente el 33% de los 196.507 nacidos vivos (Valenzuela, Juricic, Horwitz, 1956, p.12).

Para cumplir con su cometido, el PMI implementó lo que hemos identificado como cinco líneas de acción: la atención profesional del parto; el incremento del control prenatal; la implementación de programas de alimentación complementaria dirigidos a madres, nodrizas y lactantes; la implementación del plan de planificación familiar; y la asistencia médica al lactante, pre-escolar y escolar.

Aunque varias de estas líneas de acción, que tenían como propósito transversal cubrir las zonas rurales, eran en gran medida herederas del trabajo realizado por la CSO, el programa de alimentación complementaria, la asistencia médica al preescolar y escolar, y la planificación familiar fueron líneas inauguradas por el SNS. Cabe señalar, eso sí, que las dos primeras correspondieron a una extensión de algunos de los beneficios institucionalizados por la Ley de Medicina Preventiva de 1938.

Reflejo de la importancia estratégica que el SNS otorgó al PMI es el hecho de que, de acuerdo a lo que informaba el propio Servicio en el año 1961, más del 53,1% de todas las atenciones brindadas correspondían a este programa, alojado en el Departamento de Protección Materno Infantil y de Fomento de la Salud. Es decir, más de la mitad de las actividades

del SNS se concentraban en solo uno de los ocho departamentos técnico-médicos. A casi una década de la fundación del SNS, el PMI había alcanzado importantes avances en la asistencia clínica de madres y niños, en la dación de leche y en el perfeccionamiento del personal sanitario (Chile, 1961). Por ejemplo, el SNS había aumentado la cobertura de los nacimientos en el país del 40% que se registraba en 1954, al 60% en el año 1960 (Bravo, 1961).

Sin embargo, debía enfrentar serias dificultades presupuestarias y de personal. Aunque el PMI concentraba más de la mitad de las acciones del SNS, el porcentaje de gastos asignados al Departamento de Fomento de la Salud alcanzaba el 23,4% del presupuesto total en 1960 (Chile, 1961). Entre las dificultades operativas una de las más importantes fue la escasez de profesionales de la salud, común a todo el Servicio. La escasez de médicos-obstetras, enfermeras y matronas, y más tarde de pediatras, así como la falta de políticas de perfeccionamiento y de una distribución más equilibrada de estos profesionales a nivel nacional, eran demandas frecuentes en los informes de médicos y autoridades centrales y provinciales del SNS.

Hasta mediados de la década de 1960 los médicos residían y trabajaban, mayoritariamente, en las ciudades de Santiago, Valparaíso y Concepción, en una proporción de 60%, 10% y 6%, respectivamente. Según estimaciones en 1964, la proporción de seis médicos por cada diez mil habitantes era una “grave limitación para el cuidado eficiente de la salud” y constituía un problema serio considerando que poco más del 50% de la población vivía en ciudades pequeñas de menos de cinco mil habitantes. A ello se sumaba el escaso número de graduados anuales, los bajos salarios y la falta de incentivos para instalarse fuera de la capital. Estas cuestiones también afectaban al “personal de colaboración médica”, es decir, enfermeras y matronas, contribuyendo a la escasez de profesionales de este tipo que contaran con conocimientos específicos obstétricos y que estuvieran dispuestas a trabajar en postas auxiliares y centros médicos rurales. Se indicaba además que el incremento del trabajo administrativo de estas profesionales iba en desmedro de su concentración en tareas propiamente clínico-asistenciales, y se calculaba que era necesario contar con 2.300 enfermeras y 2.200 matronas (Los problemas..., 1964, p.21-22).

Pero no se trataba solo de contar con un mayor número de profesionales sino también de que estos adquirieran otras competencias. Los profesionales del PMI debían estar preparados para enfrentar el crecimiento poblacional, la migración campo ciudad y el “mejor conocimiento de los derechos que las leyes otorgan a los beneficiarios” (Bravo, 1961, p.18), factores que ejercían una fuerte presión al trabajo de estos profesionales. A mediados de los años sesenta se señalaba, además, que el Servicio requería contar con profesionales formados en economía, lo que facilitaría, a juicio de muchos, un mejor diálogo con las autoridades y justificaría la solicitud de recursos (El SNS..., 1966). En relación a las matronas, figuras fundamentales en las actividades del PMI, el SNS incrementó el número de empleadas así como su capacitación y adiestramiento (Galván, Huertas, Zapenas, 1960).⁹ Junto con ello se elaboró un plan racional y sistemático de distribución de matronas en el país a mediados de la década de 1960 que también contribuyó a delimitar las funciones entre aquellas y las enfermeras, y a mejorar los incentivos económicos para el desplazamiento de las matronas a zonas rurales (Programa..., 1966). Un paso fundamental fue

la homogenización de los protocolos asistenciales del SNS y del PMI, lo cual se tradujo en la uniformidad de normas, terapéuticas, alimenticias y administrativas aplicables a la asistencia obstétrica y pediátrica de consultorios y hospitales desde 1955 (Normas..., 1957). Esto incluía, entre otras, la atención de partos y puerperios en domicilio, la atención de la matrona domiciliaria no funcionaria, de matronas zonales, y normas de alimentación para embarazadas y nodrizas. Todo ello requirió procesos de capacitación dirigidos a matronas en zonas rurales y la creación de una nueva escuela de obstetricia que contó con la asesoría técnica de la OMS (Análisis..., 1956).

La mayor presencia de matronas en los campos chilenos potenciaba la lucha contra las parteras, no obstante, en zonas geográficas de difícil acceso, la labor de las parteras era aceptada siempre que fueran vigiladas (Illanes, 1956; Tisné, 1964).

La recolección de datos sobre natalidad y mortalidad era otro problema que enfrentaba el SNS. A una década de creado el Servicio, la certificación médica de las causas de muertes de la población en general, y la infantil en particular, era deficiente, con diferentes tabulaciones de las maternidades y con la “indiferencia de los progenitores para efectuar las inscripciones” (Adriasola, Resnik, 1963, p.801).

Dos líneas de acción del PMI: atención profesional del parto y control prenatal

Dos líneas de acción que actuaban directamente en la reducción de las tasas de mortalidad materna e infantil temprana eran la atención profesional del parto – que incluía tanto la hospitalización como la atención domiciliaria – y el control temprano del embarazo, las cuales presentaron importantes incrementos en la primera etapa del SNS.

Atención profesional del parto

A comienzos de la década de 1950 Carlos Ribbeck, jefe de la sección maternal de la Unidad Sanitaria Estación Central, sostenía que los partos que se verificaban en las casas eran aún bastante frecuentes y preocupantes por el número de niños nacidos sin control médico alguno y atendidos por parteras en aproximadamente un 85%, especialmente en “aquellas poblaciones y sectores donde la penetración de enfermería no ha dado aún sus frutos” (Ribbeck Hornickel, 1953, p.9). Ejemplos como estos estimulaban por esos años el renovado debate sobre el incremento de la atención profesional del parto. Esta línea de acción del SNS concentraba sus esfuerzos en convertir la asistencia del parto, ya fuera domiciliaria u hospitalaria, en una atención de alto estándar científico, practicada por profesionales sin la acción de empíricas (solo en casos de emergencia) y recursos ligados a la medicina popular. Las autoridades del SNS estaban convencidas de que el incremento de la tasa de hospitalización del parto era una estrategia privilegiada para controlar las variables fisiológicas de riesgo de mortalidad materno infantil, especialmente en zonas rurales.

Asistencia hospitalaria del parto

Pese a los esfuerzos realizados por la CSO, la tasa de nacidos vivos en el hospital, en 1951, solo alcanzaba el 37,3% a nivel nacional. El porcentaje restante se dividía entre los nacidos vivos en la ‘casa habitación’ (62,4%) y aquellos nacidos en *cités* y conventillos¹⁰,

en la asistencia y en la vía pública, que oscilaba entre un 0,5% y 2,5% del total de nacidos vivos. Cabe señalar que la cifra de los partos verificados en los hogares no hacía distinción entre aquellos que recibían asistencia médica profesional – de orden privado o estatal – y aquellos que no contaban con ningún tipo de auxilio profesional (Dirección General..., 1951).

Después de ocho años de la fundación del SNS, la asistencia hospitalaria del parto alcanzaba el 57% de los nacidos vivos en 1960, de los cuales 78% correspondía a atendidos en recintos hospitalarios pertenecientes al SNS, y el 22% restante, en maternidades particulares (El fomento..., 1964, p.75).¹¹

A pesar de estos importantes avances, a inicios de la década de 1960 aún se estimaba que la atención profesional del parto era insuficiente porque de los 180 mil nacidos en la ‘clase obrera’, aproximadamente 79 mil no accedían a ella, es decir, el 44% del grupo que constituía el objetivo principal del SNS no percibía los beneficios que las políticas sanitarias les aseguraban (Behm, 1963). Además, quienes llegaban a ser atendidas en hospitales enfrentaban otros problemas. Denuncias frecuentes en la época se referían al rechazo de parturientas en las puertas de hospitales, la presencia de dos mujeres a punto de dar a luz o dos puerperas en una cama, e incluso noticias públicas sobre ultrajes sufridos por parturientas.

Por ello el incremento del parto hospitalario no solo suponía convencer a las mujeres de atenderse en aquellos recintos, sino también aumentar la dotación de maternidades y de camas disponibles para dicha atención, lo que se transformó en una demanda insatisfecha y ampliamente debatida en la década de 1950 y 1960.

El creciente número de abortos también afectó la tasa de hospitalización del parto. Si bien se trataba de un fenómeno que no era nuevo para la historia asistencial femenina, el alto número de mujeres ingresadas a recintos hospitalarios por esta causa reducía riesgosamente el número de camas asignadas a partos y puerperios en las maternidades. Por ejemplo, en 1962 y a nivel nacional se contaba con 28.434 camas de hospital, de las cuales 2.729 pertenecían a maternidades. Pero de estas últimas, solo 1.919 camas acogían partos y las 810 restantes estaban destinadas a la atención de aborto. En síntesis, solo el 6,7% del total de camas del país estaban disponibles para la asistencia del parto, o sea, 0,24 camas por mil habitantes. Esa dotación era insuficiente considerándose que la tasa de natalidad era el doble que en los países desarrollados, que disponían de recursos muy superiores (Tisné, 1964).

Los estudios y propuestas para una mejor distribución de las camas en maternidades sugerían identificar las zonas hospitalarias más demandadas, los diferenciados recursos de las maternidades y los recintos donde se producía la sobredemanda asistencial que podía traer consecuencias clínicas desastrosas u obligar al médico a decidir a quién asistir primero. A mediados de la década de 1960, se estimaba que la dotación de camas de las maternidades de la zona sur y poniente de la capital eran insuficientes a diferencia de la zona oriente como, por ejemplo, la del Hospital El Salvador (Sistema de bolsas..., 1966).

La hospitalización del parto también demandaba un aumento de la regularización y fiscalización del servicio prestado por las maternidades, incluyendo medidas como sumarios administrativos y campañas frente a las denuncias de abuso o falta de atención a las parturientas. En 1966 el SNS inició una difusión de carteles informativos en los consultorios que señalaban enfáticamente que “desde el momento en que una embarazada llega a un Consultorio, queda bajo la protección del SNS, el que no puede dejarla abandonada”

(Sistema de bolsas..., 1966, p.23). Estas medidas habían ayudado a subsanar “el problema de las relaciones humanas y del mal trato y la deshumanización en las puertas de las maternidades y de parte de los practicantes y choferes de las ambulancias” (p.23).

Atención domiciliaria del parto

Junto con el impulso a la asistencia hospitalaria del parto, la atención profesional del parto a domicilio, entre 1950 y 1965, experimentó un importante impulso. Es necesario precisar que la atención en domicilio había sido impulsada por la CSO, especialmente desde la década de 1930 por médicos que la apoyaban por sobre la hospitalización, por estimar a esta última como una alternativa que encarecía los costos sanitarios, que representaba dificultades severas para las madres (pues las alejaba del medio doméstico en donde su presencia, aún en estado de parto, garantizaba el cuidado doméstico y la paz familiar), y por la mayor frecuencia de enfermedades puerperales hasta antes de la llegada de los antibióticos en la década de 1940 (Zárate, 2007b). No obstante, en el marco del SNS, el fomento a la atención profesional del parto en domicilio se concibió como una “acción de emergencia” y complementaria a la hospitalización, que constituía la prioridad (Honorarios..., 1965, p.11).

La política del servicio indicaba que la atención domiciliaria debía ser liderada principalmente por matronas no funcionarias del servicio, pero calificadas e inscritas en el Colegio de Matronas y en el consultorio prenatal, y autorizadas por los médicos que atendían en ellos. En esta modalidad asistencial, la profesional que atendía pacientes en domicilio debía informar de ello al respectivo consultorio, en caso contrario se consideraba que ejercía “sus actividades en forma clandestina” (Atención obstétrica..., 1962, p.14).

Para el éxito de la atención domiciliaria del parto, la formación científica y profesional de la matrona – ampliamente fomentada con la implementación de cursos permanentes – era un requisito que debía ir acompañado de la disponibilidad de habitaciones compatibles con la seguridad de las pacientes, de personal que contara con las horas adecuadas para una correcta atención del caso individual, de movilización para las emergencias y del pago oportuno de los partos atendidos en domicilio (Honorarios..., 1965).

Incremento del control prenatal

El Departamento Médico de la CSO otorgaba un alto valor preventivo al control prenatal, aún cuando éste no alcanzaba al 30% de la población de las embarazadas hacia fines de la década de 1940. La gradual disponibilidad de las mujeres por ingresar a maternidades para dar a luz, no era equiparable con su disponibilidad para la asistencia a los controles prenatales. El juicio médico atribuía este desinterés por la supervisión médica previa al parto al nivel cultural del pueblo chileno:

El nivel cultural de nuestro pueblo todavía no le hace desear a la madre embarazada la supervisión médica del desarrollo de este proceso biológico. Es por ello que debemos sumar una medida más para atraerla oportunamente al Consultorio Materno-Infantil cuando todas las terapéuticas aplicadas oportunamente tienen el mayor rendimiento para conquistar el más alto goce de la salud para la madre y el niño (Antecedentes..., 1957, p.558).

En consecuencia el SNS, apoyado por la sociedad científica de pediatría y de obstetricia y ginecología, difundió los múltiples beneficios del control prenatal, y buscó incrementar su cobertura y su verificación lo más precozmente posible. A diferencia de lo realizado por la CSO antes de la década de 1950, distintos profesionales sanitarios y asistentes sociales del PMI hicieron públicas sus preocupaciones respecto de las razones de la resistencia femenina a someterse al control prenatal, las que iban – a juicio de estos profesionales – desde la histórica desidia que caracterizaría a las mujeres más pobres, hasta la ignorancia y la desconfianza respecto de la verdadera utilidad del control prenatal.

La importancia del control prenatal residía en la prevención del desarrollo de patologías y en la disminución de índices de prematuridad, de mortalidad materna y neonatal. Los principales procedimientos de este control médico eran la recolección de datos que permitían establecer la historia clínica de las madres a través de periódicas entrevistas y un completo examen físico de las embarazadas; en menor medida, se incluían la toma de muestras de orina y sangre. No obstante, el control prenatal temprano no se reducía solo a beneficios clínicos dirigidos a la disminución de riesgos de mortalidad y morbilidad. También contribuía decididamente a acrecentar la intervención sanitaria y social en la población femenina en otros aspectos como el de un mayor control alimenticio y en la instrucción de las embarazadas. Asimismo, potenciaba relaciones de mayor confianza entre mujeres y profesionales sanitarios, y contribuía a la disminución de la influencia de las parteras.

Como se aprecia, el control prenatal como línea de acción tenía un carácter estratégico, pues constituía el punto de partida en donde convergían o se materializaban otras líneas del PMI. Por ejemplo, la acción educativa que contemplaba el control del embarazo estaba orientada a promover la atención profesional del parto – domiciliario u hospitalario – y la responsabilidad materna en el aseguramiento de la asistencia médica al lactante, pre-escolar y escolar; a informar sobre los peligros de recurrir a prácticas abortivas y, desde mediados de la década de 1960, a dar a conocer los requisitos para acceder al plan de planificación familiar. La distribución de leche a la embarazada permitía implementar los programas de alimentación complementaria, al mismo tiempo que estimulaba a las mujeres a asistir a los consultorios. A ello se sumó la Ley de Asignación Familiar Prenatal, en 1957, que establecía la creación de un fondo para la adquisición de leches para el PMI, “la entrega de un subsidio en dinero desde el 6º mes de embarazo por la madre imponente y la esposa de imponente de todas las Cajas de Previsión, condicionada a la certificación responsable de inscripción y mantención bajo supervisión médica prenatal desde al menos del 5º mes de embarazo” (Antecedentes..., 1957, p.557), que idealmente resolvería problemas económicos e incentivaría la inscripción en consultorios maternos a juicio de la comunidad médica.

Los resultados de estas medidas fueron positivos. Las consultas de las embarazadas crecieron en un 100% entre 1958 y 1962 (de 459.270 a 920.721 mujeres), si bien se advertía una dualidad en el registro de la atención de médicos y matronas que comenzaron a tabularse solo a partir del año 1960. Según estimación del SNS, el 50% de aquellas consultas eran atendidas por matronas. Los incrementos más significativos del control prenatal se concentraron en las provincias con mayor población urbana como Santiago, Valparaíso, Bio-Bio y Talca (El fomento..., 1964).

Entre las gestiones que contribuyeron al incremento de estas consultas estuvieron “la creación de consultorios en los sitios cercanos a las residencias de las madres”, “la priorización conjunta obstétrica-pediátrica y la formación de Unidades o Servicios de Prematuros” (Prioridad..., 1962, p.12). No obstante, durante la primera etapa del PMI, el control prenatal enfrentó desafíos comunes a otras líneas de acción: la dificultad de extender este control en el ámbito rural, dadas las importantes distancias que debían recorrer profesionales y mujeres para llegar a los consultorios, la falta de profesionales interesados en residir próximos a postas, casas de socorro y consultorios, y como se señaló, lo que indicaban los profesionales sanitarios respecto de la resistencia, desinterés e incluso temor de las mujeres por acudir a los controles.

Los alcances de la acción del Servicio Nacional de Salud y los problemas del desarrollo económico

El impulso dado a la ampliación de la atención profesional del parto y el control prenatal fueron dos de las líneas de acción del PMI que concentraron importantes recursos profesionales y materiales, y lograron avances positivos entre 1952 y 1964. No obstante, y pese al trabajo del PMI, la tasa de mortalidad infantil (MI) aún se mantenía elevada: de los 153 muertos por cada mil nacidos vivos registrados en 1950, la tasa de mortalidad solo había descendido a 119 en 1960. En el quinquenio de 1950-1955, estas cifras contrastaban con las de países con los que Chile compartía una historia política-administrativa común, como Argentina y Uruguay, que exhibían tasas de 64 y 57 muertos por cada mil nacidos vivos, respectivamente, estimadas como las más bajas de América Latina (Trifiró, 2007).

En 1962, las 33.105 defunciones registradas en el primer año de vida correspondían al 35% del total de muertes en el país. Estudios demográfico-sanitarios concluían que las causas de muerte en el primer año de vida, preferentemente, eran la distrofia y la prematuridad, es decir, patologías heredadas.

Por otra parte, la comparación de los índices de mortalidad neonatal (primeras cuatro semanas) y la infantil tardía (periodo posterior hasta el primer año) entre 1937 y 1959 reflejaban un descenso del 63% en el grupo de la mortalidad temprana y un 37% en la tardía. Esta distinción era relevante para la evaluación de las políticas sanitarias del período y para el diseño de las políticas futuras del SNS en su conjunto. Ello porque el descenso de las muertes infantiles tempranas estaba asociado al control de patologías propias del embarazo y parto, y del recién nacido, todas ‘atacables’ con una buena asistencia médica y con el compromiso de las madres en el cumplimiento de las normas, recomendaciones y disposiciones que prescribían los profesionales sanitarios. Entretanto, las muertes infantiles tardías estaban asociadas a factores medio-ambientales, como infecciones y a una alimentación deficiente, que respondían más a las condiciones socio-ambientales en que vivían madres y niños que a la atención médica que podía brindar el PMI (Behm, 1963) y a la observancia y responsabilidad de las madres.

A diez años de la fundación del SNS, el médico Hugo Behm (1963) sostenía que el 30% de la MI era consecuencia de la falta de acción médica directa y el 29%, de factores medio-ambientales.

Consideraciones finales

De acuerdo a lo señalado, el bajo descenso, o más bien el estancamiento de la tasa de mortalidad infantil general, reflejaba no solo limitaciones y deficiencias del trabajo del SNS, sino también aspectos que excedían su campo de acción: el bajo nivel de vida y la influencia de condiciones socio-económicas ambientales precarias de buena parte de la población chilena. Estas deterioradas condiciones de vida, producto de la crisis económica interna que aquejaba al país – altísima inflación y estancamiento del nivel de los ingresos – eran parte importante del diagnóstico compartido y difundido por las principales autoridades del SNS durante la década de 1960. En efecto, médicos de destacada trayectoria de instituciones aliadas al SNS, como el Departamento de Salud Pública del Colegio Médico o la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, reafirmaban la preeminencia que tenía el deficiente bienestar económico de la población en general, y de las mujeres pobres en particular – relativo a los ingresos, la vivienda, la alimentación y el analfabetismo –, en el lento descenso de los indicadores de mortalidad, especialmente la infantil, a mediados de la década de 1960 (Molina, Montoya, Jiménez, 1964).

Aquello reflejaba el claro convencimiento por parte de estos profesionales de la estrecha vinculación entre salud y desarrollo, lo cual era concordante con la doctrina que orientaba el accionar del SNS, la medicina social, la que sustentaba una concepción del enfermo como un ser social, que reconocía las relaciones entre la medicina y el desarrollo social y económico del país, y que planteaba la necesidad de planificar en forma armónica las metas sociales y de salud, con las metas económicas.

En este artículo hemos revisado cómo algunos de estos planteamientos comenzaron a materializarse en las acciones implementadas por el Programa Materno Infantil del SNS a través del análisis de dos de sus líneas de acción más importantes: el incremento de la atención profesional del parto y de la atención prenatal. Si bien ambas contaban con antecedentes en las políticas de la CSO, fue a partir de mediados de la década de 1950 que registraron un crecimiento más rápido y sostenido hasta mediados de la década siguiente.

NOTAS

* Este artículo presenta los primeros resultados de dos proyectos de investigación: “Evolución histórica del Servicio Nacional de Salud: El caso de Programa de Salud Materno Infantil. Chile, 1952-1964”, Proyecto de Investigación Vicerrectoría Académica, Universidad Alberto Hurtado (2010-2011); y el proyecto “Salud, Mujeres y Estado: Transición y modernización de las políticas sanitarias de protección materno infantil en Chile, 1952-1973”, financiado por el Fondo de Ciencia y Tecnología (Fondecyt nº 1100977), 2010-2012.

¹ Se han consultado artículos referidos a la historia de la asistencia sanitario-estatal dirigida a madres y niños en otros países latinoamericanos como por ejemplo, Argentina y Uruguay, cuyos procesos muestran, importantes similitudes con el caso chileno (Biernat, Ramacciotti, 2008; Birn, 2006, 2007).

² Usamos esta denominación para referirnos al período que cubre el embarazo, parto, puerperio y lactancia que, en promedio, podía alcanzar entre uno y dos años en la vida de una mujer.

³ La ley 4.054, que creó la CSO, también estableció el Ministerio de Higiene, Trabajo y Seguridad Social, que centralizó las agencias estatales en 1924. En los años 1925 y 1931 se implantaron reformas al Código Sanitario de 1918 y se creó la Dirección General de Sanidad que asumió las atribuciones sanitarias que hasta entonces supervisaban las municipalidades (Jiménez de la Jara, 1977; Livingsstone, Raczinsky, 1976).

⁴ Ambas leyes fueron impulsadas por Eduardo Cruz Coke, médico y ministro de Salubridad y Asistencia Social entre 1937 y 1938 (Huneeus, Lanús, 2002).

⁵ Los niños que morían antes de cumplir un año lo hacían en un 30% a causa de diarreas; un 20% por trastornos derivados del embarazo y parto; un 25% por neumonías y afecciones respiratorias no tuberculosas y un 5% por tuberculosis y otras enfermedades infecto-contagiosas (Bravo, 1961).

⁶ El Colegio Médico fue creado en 1948 mediante el decreto con fuerza de ley (DFL) n.º 9.263 que transformó la Asociación Médica de Chile. El Colegio reunía a los médicos del país, lo que le permitió tener la representación gremial, participar como interlocutor oficial ante las autoridades del Estado y, hasta 1981, velar por el control ético y profesional (Molina Bustos, 2010).

⁷ Las entidades agrupadas fueron: Servicio Nacional de Salubridad, Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, Departamento Médico de la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industrial de la Dirección del Trabajo, Instituto Bacteriológico y Servicios Médicos Sanitarios de las Municipalidades. Quedaron fuera del SNS el Servicio Médico Nacional de Empleados (Sermena) y el Servicio Médico de la Caja de Accidentes del Trabajo.

⁸ La estructura contemplaba, además la creación de una Dirección General y un Consejo Nacional, una Subdirección Normativa, encargada de elaborar y evaluar los programas y las normas de acción, y una Subdirección General, a cargo de la coordinación de las acciones y atenciones; la división del Servicio en Zonas de Salud (18), áreas geográficas definidas de acuerdo a criterios de población, economía y medios de comunicación; y la creación de los Centros de Salud (27) en cada zona, unidades ejecutivas y funcionales de base a las que les correspondía proponer programas de salud y realizar las acciones de fomento, reparación y protección de salud.

⁹ Para 1965 el SNS empleaba 698 matronas, número que se incrementa a 786 en 1966. Para el año siguiente se esperaba contar con 911 matronas (Programa..., 1966).

¹⁰ Denominaciones que recibían viviendas populares y urbanas, de factura precaria y que registraban altos niveles de hacinamiento.

¹¹ Para 1960 se ha privilegiado el uso de las cifras de las publicaciones del SNS, porque las cifras de los anuarios estadísticos son parciales y menos confiables.

REFERENCIAS

ADRIASOLA, Guillermo; RESNIK, Abraham. La mortalidad perinatal en maternidades de Santiago. *Revista Chilena de Pediatría*, Santiago, año 34, n.10, p.794-803. 1963.

ALLENDE, Salvador. *La realidad médico-social chilena: síntesis*. Santiago: Lathrop. 1939.

ANÁLISIS...
Análisis de la marcha del SNS en 1955. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, v.2, n.4, p.479-563. 1956.

ANTECEDENTES...
Antecedentes que dieron origen a la Asignación Familiar Prenatal. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, v.3, n.4, p.557-565. 1957.

ATENCIÓN OBSTÉTRICA...
Atención obstétrica particular: mayor control. *Vida Médica*, Santiago, v.14, n.10, p.14. 1962.

AVENDAÑO, Onofre; ROMERO, Hernán, MEDINA, Ernesto.
Mortalidad materna. *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Santiago, v.21, n.6, p.142-53. 1956.

BEHM, Hugo.
Demografía y salud: tendencias recientes de la

mortalidad en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, Santiago, v.4, n.1-2, p.16-25. 1963.

BIERNAT, Carolina; RAMACCIOTTI, Karina.
La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.15, n.2, p.331-351. 2008.

BIRN, Anne-Emanuelle.
Child health in Latin America: historiographic perspectives and challenges. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.677-708. 2007.

BIRN, Anne-Emanuelle.
O nexo nacional-internacional na saúde pública: o Uruguai e a circulação das políticas e ideologias de saúde infantil, 1890-1940. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p.675-708. 2006.

BRAVO, Alfredo Leonardo.
Problemas de salud pública y sus relaciones con el desarrollo económico y social de Chile. *Revista de Medicina Preventiva y Social*, Santiago, v.1, n.1, p.7-21. 1961.

CHILE.

Ministerio de Salud. Servicio Nacional de Salud. Dirección General. *Problemas y actividades del Servicio Nacional de Salud en 1960*. Santiago: Talleres de la Sección Educación para la Salud del SNS. 1961.

CHILE.

Ministerio de Salud. Servicio Nacional de Salud. Relato presentado por el Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile. In: Colegio Médico de Chile. *Primeras Jornadas Médico Sociales*. Santiago: Colegio Médico de Chile. p.3-31. 1958.

DEL CAMPO, Andrea.

La nación en peligro: el debate médico sobre el aborto en Chile en la década de 1930. In: Zárate, María Soledad (Ed.). *Por la salud del cuerpo, historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago: Alberto Hurtado. p.133-188. 2008.

DIRECCIÓN GENERAL...

Dirección General de Estadística. *Anuarios estadísticos de la República de Chile*. Santiago: La Oficina. 1900, 1920, 1931, 1950, 1951.

EL FOMENTO...

El fomento de la salud: actividades y programas – política del Servicio Nacional de Salud en la atención materno-infantil. *Revista de Medicina Preventiva y Social*, Santiago, v.4, n.1-2, p.55-98. 1964.

EL SNS...

El SNS enfrenta la crisis más grande de su historia. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, v.3, n.29, p.6-8. 1966.

FERRERO MATTE DE LUNA, María.

El problema materno-infantil ante la ley. Santiago: Talleres Gráficos El Chileno. 1946.

GALVÁN, Pilar; HUERTA, Marina; ZAPENAS, Mabel.

Estudio de las actividades en la atención de la madre y del recién nacido. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, v.6, n.1-6. 1960.

HONORARIOS...

Honorarios para matronas en atención de partos a domicilio. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, v.2, n.17, p.11. 1965.

HORWITZ, Nina et al.

Salud y Estado en Chile: organización social de la salud pública – período del Servicio Nacional de Salud. Santiago: Organización Panamericana de la Salud. 1995.

HUNEEUS, Carlos; LANAS, María Paz.

Ciencia política e historia: Eduardo Cruz Coke y el Estado de Bienestar en Chile, 1937-1938. *Historia*, Santiago, n.35, p.151-186. 2002.

ILLANES, Gustavo.

Funciones sanitarias de control del ejercicio de las profesiones médicas y paramédicas. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, v.2, n.3, p.408-410. 1956.

JIMÉNEZ DE LA JARA, Jorge (Ed.).

Medicina social en Chile. Santiago: Aconcagua. 1977.

LA INSUFICIENTE ATENCIÓN...

La insuficiente atención obstétrica, índice económico-social. *Revista de Medicina Preventiva y Social*, Santiago, v.4, n.3-4, s.p. 1964.

LABRA, María Eliana.

Medicina Social en Chile: propuestas y debates (1920-1950). *Cuadernos Médico Sociales*, Santiago, v.44, n.4, p.207-219. 2004.

LABRA, María Eliana.

Política e medicina social no Chile: narrativas sobre uma relação difícil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.7, n.1, p.23-46. 2000.

LAVRIN, Asunción.

Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay, 1890-1940. Santiago: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana. 2005.

LIVINGSTONE, Mario; RACZINSKY, Dagmar (Ed.).

Salud pública y bienestar social. Santiago: Corporación de Estudios para Latinoamérica. 1976.

LOS PROBLEMAS...

Los problemas de la salud. *Revista de Medicina Preventiva y Social*, Santiago, v.4, n.1-2, p.19-35. 1964.

MOLINA BUSTOS, Carlos.

Institucionalidad sanitaria chilena, 1889-1989. Santiago: LOM. 2010.

MOLINA BUSTOS, Carlos.

Antecedentes del Servicio Nacional de Salud: historia de debates y contradicciones (Chile, 1932-1952). *Cuadernos Médico Sociales*, Santiago, v.46, n.4, p.284-304. 2006.

MOLINA, Gustavo; MONTAÑA, Carlos;

JIMÉNEZ, Oscar.

Desarrollo económico y salud: la salud en función del desarrollo económico en América Latina. *Cuadernos Médico Sociales*, Santiago, v.5, n.2-3, p.14-27. 1964.

NORMAS...

Normas terapéuticas para la atención maternal en consultorios externos. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, v.3, n.4, p.551-556. 1957.

ORTEGA, Raúl; AVENDAÑO, Onofre; ARAYA, Pedro.

Los servicios de madre y niño de la Caja de Seguro Obligatorio durante 1942. *Boletín Médico Social de la Caja del Seguro Obligatorio*, Santiago, año 10, n.111-112, p.1-20. Separata. 1943.

PRIORIDAD...

Prioridad a la atención materno-infantil. *Vida Médica*, Santiago, v.14, n.8, p.12. 1962.

PROGRAMA...

Programa de distribución de matronas. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, v.3, n.34, p.11-14. 1966.

QUEVEDO, Emilio et al.

La salud y el desarrollo (1958-1970). *Papel Político*, Bogotá, n.7, p.37-67. 1998.

RAMÍREZ, Carlos.

Problemas de obstetricia social: proyecto de protección maternal e infantil por el Estado. *Boletín de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Santiago, v.3, n.9, p.626-41. 1938.

RIBBECK HORNICKE, Carlos.

Un año de la labor en la sección maternal de la Unidad Sanitaria Estación Central. *Vida Médica*, Santiago, año 2, n.20, p.9. 1953.

SISTEMA DE BOLSAS...

Sistema de bolsas de camas perfeccionará distribución de recursos en maternidades. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, v.3, n.33, p.23. 1966.

TISNÉ Brousse, Luis.

Protección materno-neonatal en los países en desarrollo. *Revista de Medicina Preventiva y Social*, Santiago, v.4, n.3-4, p.5-66. 1964.

TRIFIRÓ, María Cristina.

La mortalidad infantil en Argentina y Chile: comparación de su evolución desde 1950 y estado actual. Trabajo presentado en las 9. Jornadas Argentinas de Estudios de Población, oct. 2007. Córdoba. Disponible en: <http://www.estadistica.chubut.gov.ar/biblioteca-virtual/aepa/Morbi-mortalidad.pdf> Acceso en: 3 nov. 2011. 2007.

VALENZUELA L., Guillermo.

Análisis de la marcha del Servicio Nacional de Salud en 1955. *Boletín del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, v.2, p.499-565. 1956.

VALENZUELA L., Guillermo et al.

Atención médica en el Servicio Nacional de Salud: la política y sus realizaciones. *Revista del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, v.1, n.2, p.233-277. 1956.

VALENZUELA L., Guillermo; JURICIC,

Bogoslav; HORWITZ, Abraham.

Doctrina del Servicio Nacional de Salud. *Revista del Servicio Nacional de Salud*, Santiago, v.1, n.1, p.5-17. 1956.

VIEL V., Benjamín.

La medicina socializada y su aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile. Santiago: Editora de la Universidad de Chile. 1961.

ZÁRATE, María Soledad.

L'assistance clinique et sanitaire de l'accouchement: trajectoire nationale et influences internationales – Santiago du Chili, 1900-1950. *Canadian Bulletin of Medical History*, St. John's, v.25, n.1, p.193-224. 2008.

ZÁRATE, María Soledad.

Dar a luz en Chile, siglo XIX: de la 'ciencia de hembra' a la ciencia obstétrica. Santiago: Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos; Universidad Alberto Hurtado. 2007a.

ZÁRATE, María Soledad.

Parto, crianza y pobreza en Chile. In: Sagredo, Rafael; Gazmuri, Cristián (Ed.). *Historia de la vida privada en Chile*. Santiago: Taurus. t. 3. 2007b.

ZÁRATE, María Soledad.

Madres y ciudad: la red urbana de la asistencia obstétrica (Santiago, 1900-1945). In: Valenzuela, Jaime (Ed.). *Ciudad y sociedad: estudios en homenaje a Armando de Ramón*. Santiago: Editora de la Universidad Católica de Chile. p.313-336. 2006.

