

# Planes y Programas de Salud en Chile

(con especial consideración de los de salud materno infantil y nutrición)

## Health plans and programmes in Chile

(with particular reference to mother and child health and nutrition)

**Dr. Francisco Mardones Restat<sup>1</sup>**

***Si no se paga el precio de la salud, se deberá enfrentar los costos de la enfermedad, que son mayores y menos eficaces. C. Winslow, 1950 (1)***

### Resumen

---

En una breve historia de los logros de Salud en el siglo pasado, en Chile, se reconoce el descenso de las tasas de mortalidades infantil, materna, como también por las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunas, y el incremento de la esperanza de vida al nacer. Se señala además la participación de los líderes del cuerpo médico en las innovaciones favorables al sistema; ellos pertenecían a la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, a las Sociedades Médicas, al Parlamento, al Servicio Nacional de Salud o al Colegio Médico (por medio de su Departamento de Salud Pública).

Se afirma que han sido requisitos sociales fundamentales para tales logros, los siguientes:

1) la conciencia de un pueblo de su derecho al bien máspreciado que es la salud; 2) la decidida voluntad política de los gobernantes de otorgar la prioridad que se merece al desarrollo de las condiciones para que este derecho se otorgue en forma satisfactoria, y 3) la lucidez y capacidad de los profesionales del sector para proponer, en cada momento, las soluciones necesarias para satisfacer las expectativas en salud de la comunidad nacional y cumplir las metas de los planes destinados a controlar los problemas emergentes.

---

**Palabras clave:** *historia de la salud pública; liderazgo médico; conciencia colectiva de la importancia de la salud; voluntad política a favor de la salud; atención materno infantil; nutrición.*

---

### Abstract

---

A brief account of the health achievements in Chile, in the past century, includes the descent of infant and maternal mortality, of vaccine preventable infectious diseases, and a significant increase of life expectancy at birth. The role of the medical profession, through its leaders, in bringing about such progress, is emphasized; they belonged to the Faculty of Medicine of the University of Chile; to the Medical Societies, to Parliament, to the National Health Service and to the Medical Association (Colegio Médico, through its Public Health Department).

---

<sup>1</sup> *Director Escuela de Medicina Universidad de Santiago de Chile (USACH); ex Decano Facultad de Ciencias Médicas USACH; ex Director del Servicio Nacional de Salud; ex Director del Hospital de Niños Manuel Arriarán.*

I believe that the main prerequisites for those achievements have been: 1) a people conscious of its right to the most valued good – health; 2) governmental political will to assign the right priority to the required conditions for the exercise of that right; and 3) the insight and capability of the health professionals for setting forth at the right times, the proposals aimed at the fulfilment of the health expectations of the community and of the targets set in the health plans.

---

*Key words: history of public health; medical leadership; people's conscience of the importance of health; political will in favour of health; mother and child health; nutrition.*

---

## INTRODUCCIÓN

Desde principios del siglo XX, con la iniciativa del Patronato Nacional de la Infancia, orientado por su Director Médico el Prof. Dr. Luis Calvo Mackenna, se reconoce en el país el valor del control del niño sano y de la complementación alimentaria como los fundamentos del éxito de las políticas de cuidado materno infantil.

El mencionado ejemplo marca una tradición para el cuerpo médico, como conciencia de grupo, tanto en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en la Asociación Médica, precursora del Colegio de la orden, así como en las sociedades científicas, de alerta en la vigilancia de la salud de la población y en consecuencia, saber proponer, adoptar y defender las soluciones integrales necesarias para lograr la mayor eficacia y eficiencia en el trabajo del equipo de salud, con medidas que orienten, no sólo las acciones del sector, sino que también comprometan a aquellos programas sociales y económicos que puedan fortalecer el desarrollo de las capacidades de autocuidado del individuo, su familia y la comunidad.

### Hechos y progresos

La crisis de la primera postguerra provocó daños sociales en el mundo entero y también en Chile, y con ello el fortalecimiento de la conciencia de los obreros afectados por la cesantía, de los políticos y de los estudiantes universitarios, quienes, con los líderes propios de cada estamento, combatieron por la adopción de medidas para enfrentar tales emergencias.

El León de Tarapacá, como fue llamado el parlamentario y luego Presidente de la República, Arturo Alessandri, tomó esa causa y presentó al Congreso Nacional, en 1924, un conjunto de proyectos de leyes sociales, entre los cuales el del Seguro Obrero Obligatorio, con su Departamento Médico.

El despacho de tal legislación necesitó del bien conocido exilio transitorio del Presidente y de la intervención de la oficialidad joven del Ejército.

Participó en la elaboración de ese cuerpo legal el Profesor de Medicina Interna y senador, Dr. Exequiel González Cortés.

En 1937, durante el segundo gobierno del presidente Arturo Alessandri, su Ministro de Salud, el Profesor. de Química Fisiológica y Patológica, Dr. Eduardo Cruz-Coke, creó el Consejo Nacional de Alimentación y, basado en los resultados de los estudios que él le encomendó, propuso al Congreso las leyes de Madre y Niño (6236) y de Medicina Preventiva (6740).

La primera de esas leyes contribuyó a financiar el desarrollo del cuidado materno infantil, e incorporó la entrega de leche desde la suspensión de la lactancia materna hasta los dos años de edad del niño. Con ello se reemplazó la harina tostada de trigo, carente en aminoácidos esenciales y por ello generadora de alta morbi-mortalidad infantil. Como parte esencial de esta estrategia, se estimuló la producción de leche en conserva (condensada o deshidratada), para superar

las limitantes estacional y regional de la producción de leche fresca. La distribución de esta leche en los Consultorios del Seguro Obrero se financió con una cotización adicional del 0,5% del salario.

La Ley de Medicina Preventiva se basó en los estudios que Cruz-Coke encargó a sus colaboradores con el objetivo de identificar las patologías que comprometían más la capacidad de producción del obrero. La tuberculosis, la hipertensión arterial y la sífilis resultaron ser las condiciones que generaban la más alta proporción de los días no trabajados por el obrero asegurado. Al decir de Cruz-Coke, el obrero enfermo compraba reposo para recuperar su salud, limitando así los ingresos que le habrían permitido elevar la calidad de vida del grupo familiar.

El requisito de un examen anual de medicina preventiva, permitió la búsqueda temprana de estas patologías para el inicio oportuno de su tratamiento y rehabilitación. La elevación, en estos casos, del monto del subsidio por enfermedad al cien por ciento del salario del cotizante permitía al grupo familiar mantener su capacidad de consumo.

En esa época el Instituto Bacteriológico del Ministerio de Salud inició la producción de arsenicales para el tratamiento de la sífilis y más tarde, en la década del 50, pudo fabricar penicilina gracias a la donación de la planta respectiva por UNICEF.

El obrero tuberculoso bacilífero debía ser aislado de su grupo familiar. Con este objeto, y para otorgarle las condiciones higiénicas y alimentarias que facilitarían su recuperación, reforzando la eficacia de los tratamientos médico-quirúrgicos, se inició la construcción de Sanatorios. La Ley de Medicina Preventiva permitió financiar la creación de casi cinco mil camas, las que posteriormente se han dedicado a otros programas, particularmente cuando, años más tarde, se incorporó la estreptomycinina al tratamiento de la tuberculosis.

Otros adelantos de esa etapa fueron producto de una desgracia. El terremoto de Chillán, en 1939, con más de 25 mil víctimas fatales, generó un

sentimiento de solidaridad que permitió al presidente Aguirre Cerda obtener del Congreso la creación de la Corporación de Reconstrucción y Auxilio, con fines precisos de la atención integral de los damnificados, incluyendo la atención de su salud. Con gran sabiduría aprovechó la ocasión para que se creara también la Corporación de Fomento de la Producción, organismo que constituyó un recurso fundamental en la potenciación de los programas de gobierno.

Al mismo tiempo, el Ministro de Salud, Dr. Salvador Allende, presentó el proyecto de creación de un Servicio Único de Salud. Esta propuesta se basaba en los buenos resultados obtenidos por la coordinación regional de las diversas instituciones del sector en el control de esa emergencia y en la ejecución de varios programas. La iniciativa no tuvo la misma suerte que las otras, pues la oposición política logró hacer dormir este proyecto por más de diez años, hasta que un cambio en la composición partidaria del Gobierno, con participación del Senador Cruz-Coke, llevó a la aprobación de un programa de acción. Este programa incluía otorgar urgencia al proyecto de creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) y de un Servicio de Seguro Social (SSS). El Ministro de Salud de la época, el Profesor de Farmacología Dr. Jorge Mardones Restat, logró el eficaz respaldo del Colegio Médico y obtuvo de éste una estrecha colaboración para la aprobación de las leyes del Colegio Médico (ley 9662 de 1948), del Estatuto del Médico Funcionario (ley 10223 de 1950) y del SNS y SSS (ley 10383, del 8 de agosto de 1952).

Paralelamente continuaban los avances en el terreno programático. Se aprobó la vacunación BCG de los recién nacidos y el enriquecimiento de la harina de panificación con hierro y vitaminas del complejo B. Esta última iniciativa logró un significativo apoyo de la Sociedad Chilena de Nutrición y Bromatología y el de las Cátedras de Nutrición de las Facultades de Medicina y de Farmacia. También se consiguió el apoyo a la sustitución, en el Seguro Obrero, de la leche condensada azucarada por leche en polvo semidescremada, la que al mismo costo entrega el doble de la ración de proteínas y calcio, conservando el aporte total de grasas.

En 1954 se amplió el apoyo alimentario a otros miembros de la familia: a las madres embarazadas, a los preescolares y a los enfermos de tuberculosis, por el Servicio Nacional de Salud, y a los escolares desde el Ministerio de Educación. El impulso inicial provino de una donación de leche descremada por la UNICEF. Posteriormente se dispuso de leche de producción nacional, gracias a la donación por ese mismo organismo de dos plantas para la deshidratación de leche.

Aprobada la ley 10.383, el nuevo gobierno elegido en septiembre de 1952 designó como Director, el Dr. Hernán Urzúa Merino. De acuerdo a la ley, su nominación debió ser aprobada por el Senado, al igual que la de los cargos de Director del Registro Electoral y de Contralor General de la República. La estructura del SNS y su reglamentación, aseguraron una centralización normativa y una significativa descentralización ejecutiva en manos de los 13 directores zonales. Estos se relacionaban con el Director a través de la subdirección ejecutiva ejercida por el Dr. Bogoslav Juricic. La subdirección normativa se encomendó al Profesor Dr. Abraham Horwitz, apoyado por el Consejo Técnico, integrado por los jefes de los departamentos centrales, y en el cual participaban en calidad de invitados los grupos de expertos consultados en la elaboración de las normas (2).

La autoridad central del Servicio se completaba con un Consejo General co-administrador presidido por el Ministro de Salud. Lo integraron representantes de las Federaciones de Obreros, de Asociaciones Patronales, del Colegio Médico de Chile, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y tres delegados del Presidente de la República, además de los Directores del propio SNS y del SSS, y del Superintendente de Seguridad Social.

El importante programa nutricional estuvo asignado a un Subdepartamento dirigido por el Dr. Alfredo Riquelme, y que dependía del Departamento de Fomento de la Salud.

La asistencia materno infantil se fortaleció con la extensión de la asignación familiar al periodo prenatal

desde 1956, y con la prolongación del reposo maternal postnatal de 45 a 90 días, derecho que nace de la ley 13350, de 1959. Por un criterio de equidad, dicha ley otorgó este beneficio sólo a las madres obreras. Sin embargo, por iniciativa parlamentaria, en 1961 se incorporó a las empleadas.

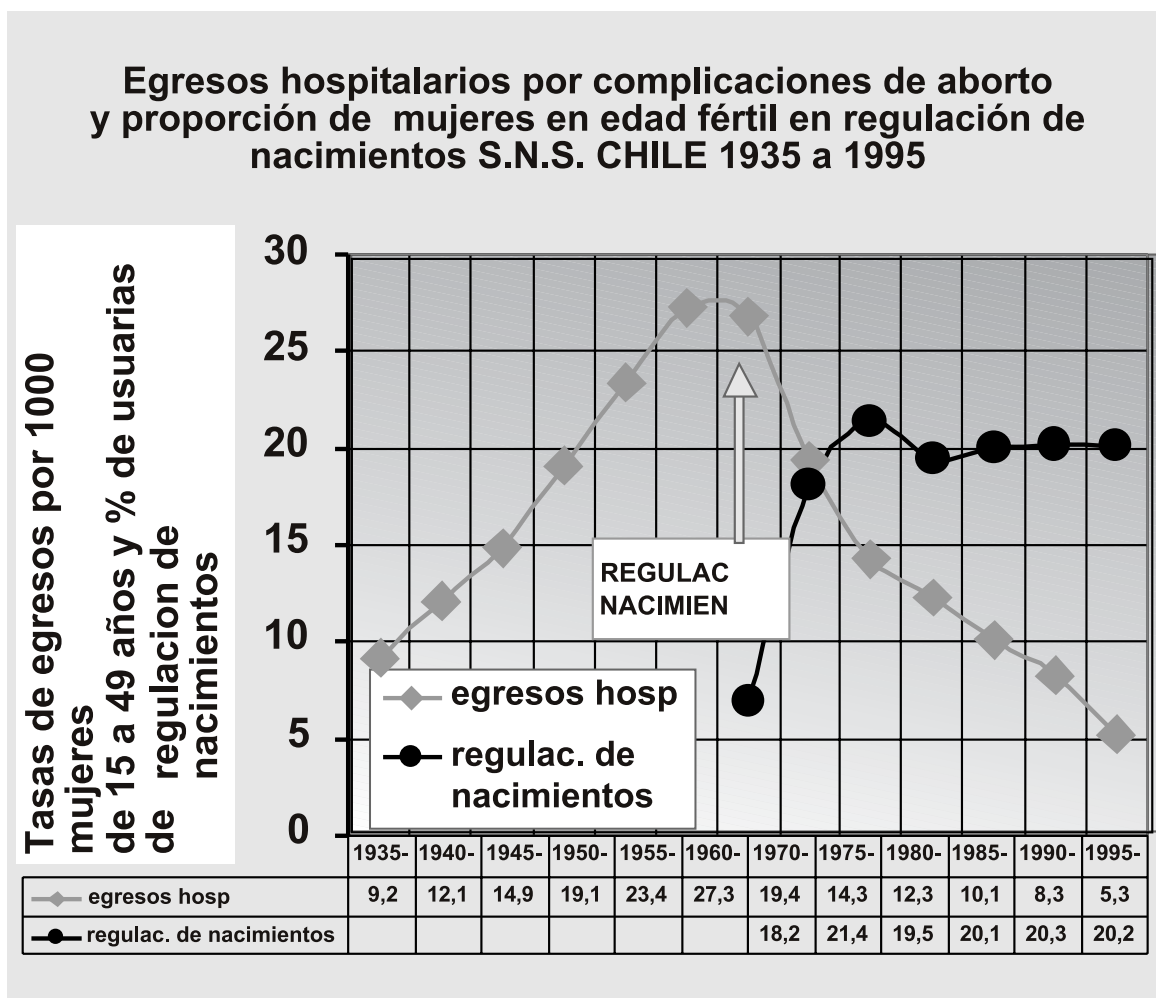
Debido a la creación de numerosas escuelas de enfermeras y de matronas hubo una mayor disponibilidad de profesionales, la cual permitió perfeccionar y descentralizar la asistencia sanitaria. La descentralización se fortaleció con la ley del Médico General de Zona, de 1957, la cual creó los incentivos de: complemento del salario, derecho a especialización y a puntajes adicionales para la carrera funcionaria.

Ese mismo año se incrementaron nuevamente de recursos para el plan de leche, financiados esta vez con el 5% de la asignación familiar obrera. Ello significó una disponibilidad anual de más de 70 millones de dólares de la época, lo que permitió al SNS estimular a una decena de cooperativas lecheras a incorporarse a la producción de leche en polvo. Estas empresas recibieron la asesoría de las instituciones nacionales y del Centro Tecnológico de la Leche, donado por el gobierno de Dinamarca e instalado en la Universidad Austral, donde se capacitaron quienes manejaban estas plantas deshidratadoras de leche, no sólo de Chile, sino de toda América, con docentes que contrataba la FAO.

En el año 1966 la autoridad del SNS asumió la responsabilidad de incorporar al conjunto de medidas del cuidado materno infantil, la educación y asistencia de la pareja en las medidas más seguras para el control del aborto provocado, por medio del espaciamiento de los embarazos. Un 20% las madres estaba sujeta a un alto riesgo de someterse a tales intervenciones, que causaban una alta morbilidad y mortalidad. El Servicio dispuso de un estudio acucioso de este problema elaborado con la participación de expertos de las Escuelas de Medicina y de Salubridad y de las cátedras de Obstetricia, con representantes de otras instituciones, convocados por el departamento de Salud Materno Infantil del SNS, a

cargo del Dr. Jorge Rosselot . Este grupo entregó la documentación irrefutable para tomar la responsabilidad mencionada. Como era de esperar, se produjo una espectacular reducción de la mortalidad materna y de las hospitalizaciones por complicaciones de aborto (**Figura 1**). No sólo se liberó un alto porcentaje de las camas de obstetricia, sino que también disminuyó de manera importante la necesidad de antibióticos y la demanda sobre los bancos de sangre (3).

**Figura 1. Egresos hospitalarios por complicaciones de aborto y proporción de mujeres en edad fértil en el programa de regulación de nacimientos.**



Todos los antecedentes recolectados permitieron el desarrollo, desde la década del 70, durante la presidencia del Dr. Salvador Allende, del proyecto de Educación en Salud Materno Infantil (PESMIB), con la cooperación internacional de UNICEF, OPS/OMS y UNFPA, el que utilizando el enfoque de riesgo seleccionó áreas que se priorizaron de acuerdo a la intensidad de sus problemas de salud materno infantil. Este proyecto entregó también recursos para

la actualización y perfeccionamiento del personal del equipo de salud, factor significativo en los logros alcanzados.

La reforma del sector de la salud, iniciada por el gobierno militar en 1979, significó la ruptura de la unidad del sistema en los niveles de prevención y curación, entregando a los alcaldes la responsabilidad de la atención primaria, lo que produjo un incremento

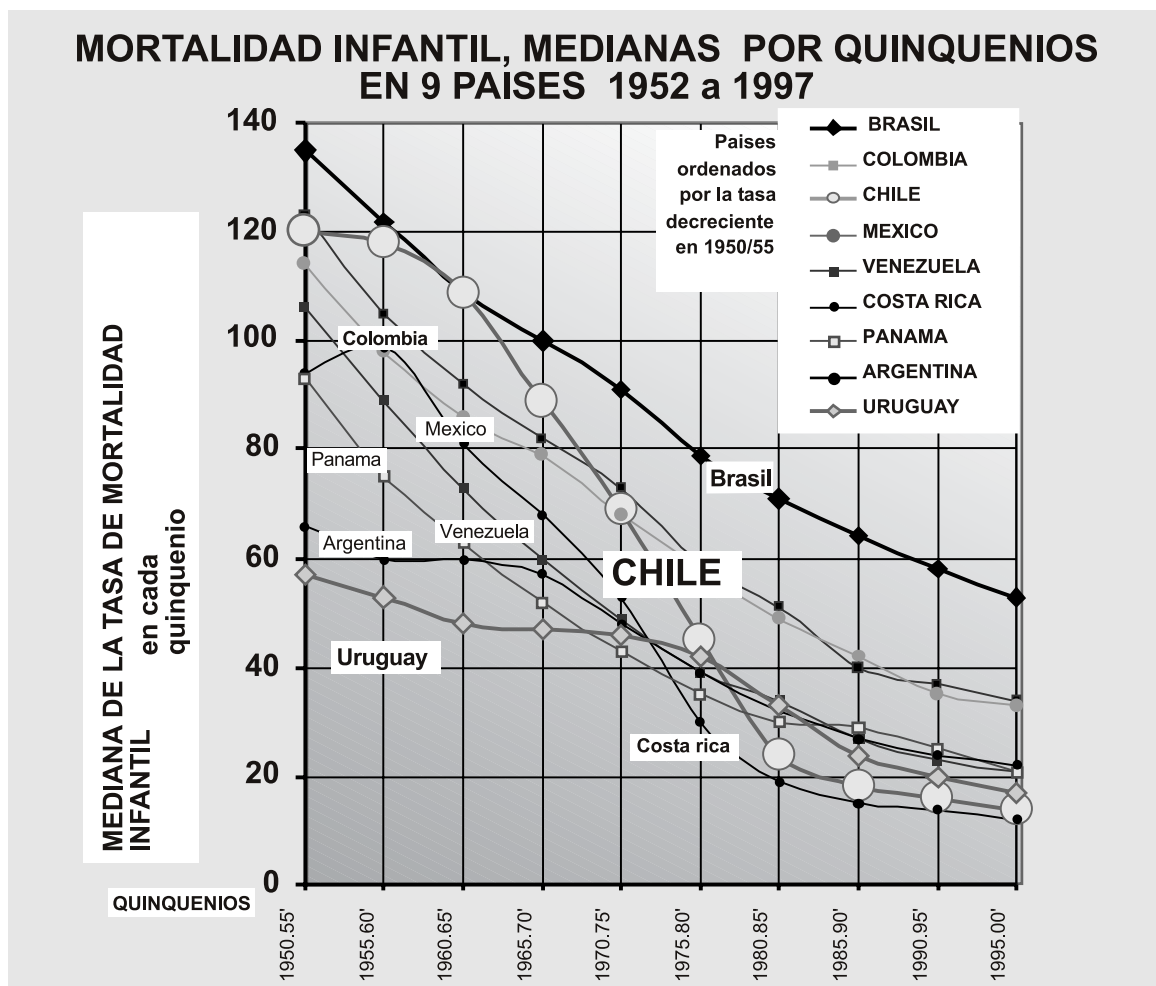
desproporcionado de la atención de urgencia en los hospitales. También se crearon las ISAPRES, seguros individuales de salud con financiamiento social y administración privada, en paralelo con el deterioro de los hospitales del sistema público de salud por más de una década de desfinanciamiento.

Es de lamentar que en la década del 80 se suspendieran las disposiciones legales que obligaban a destinar recursos exclusivamente a la compra de leche, las que garantizaban el financiamiento de los programas de alimentación complementaria, quedando ellos expuestos, desde entonces, a la discusión anual del presupuesto del Ministerio, con el notorio deterioro correspondiente. Tal medida ha estimulado la reducción de la cobertura de los programas. A ello contribuyeron sucesivas

reducciones de la sensibilidad de los indicadores destinados a identificar a los beneficiarios de los programas. Tales medidas han despertado oportunas y fundamentadas críticas (4).

Vuelta la democracia, a comienzos de los años 90, se suceden nuevas medidas de efecto positivo sobre la salud materno infantil (**Figura 2**). La atención primaria se reforzó con la creación de los servicios de urgencia (SAPU), que significó prolongar el horario de atención y formar equipos de profesionales capacitados para resolver problemas de mayor complejidad. Muy importante ha sido el desarrollo del programa de infecciones respiratorias agudas (IRA), que ha logrado un evidente impacto en el control de la morbi-mortalidad por las enfermedades respiratorias en la infancia (5).

**Figura 2. Mortalidad infantil, medianas por quinquenios en 9 países, 1952 a 97.**





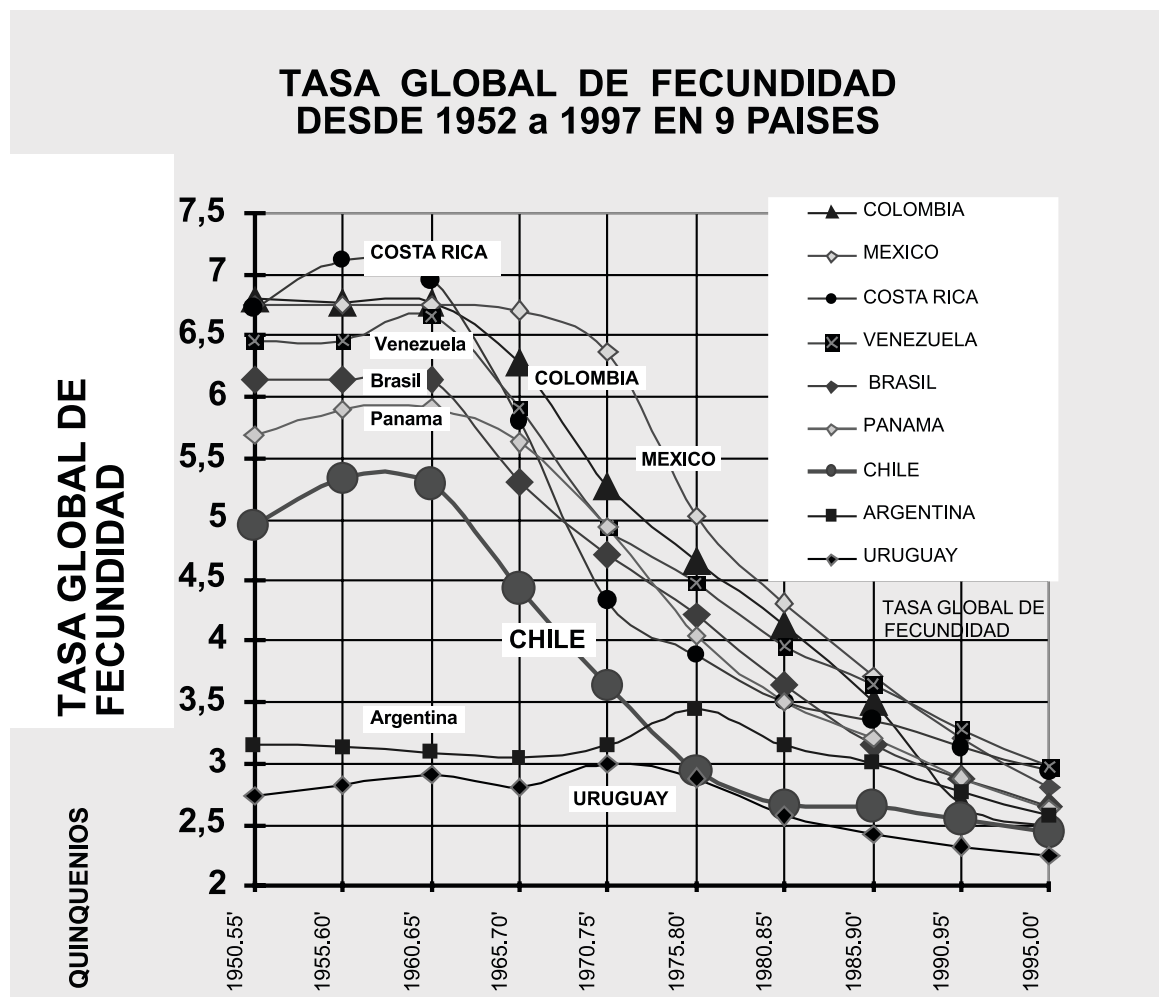
Monckeberg ha sido además un líder intelectual que ha permitido el desarrollo de numerosos académicos en el Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA), de la Universidad de Chile.

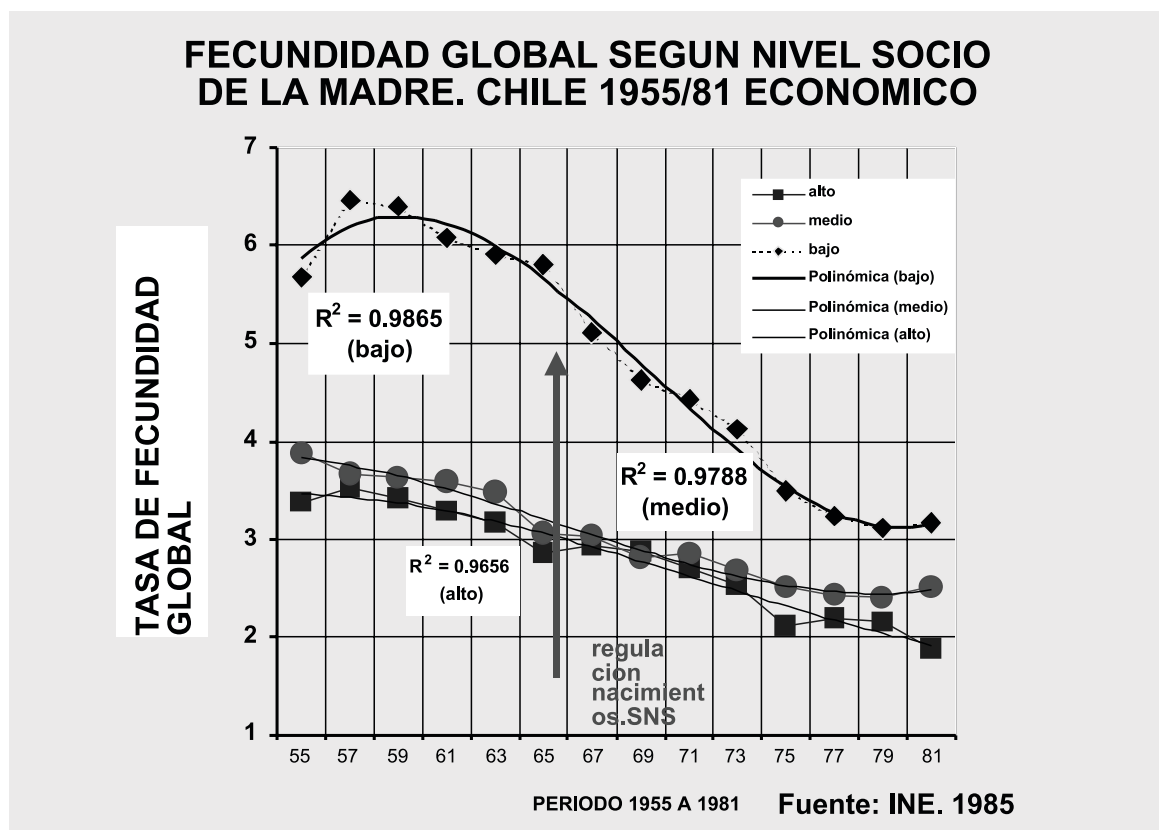
Las tasas de mortalidad materna y de mortalidad infantil se han reducido a menos de un décimo desde la década del 50 al inicio del siglo veintiuno. En forma simultánea con los logros señalados, la esperanza de vida de la mujer ha aumentado en Chile de 57 a 78 años, en relación con la reducción de la morbi-mortalidad por el aborto clandestino como también al descenso de la fecundidad global (Figuras 3 y 4).

Por otra parte, el apoyo nutricional a los escolares como grupo vulnerable, se ha ido perfeccionando, desde las disposiciones de las leyes municipales, de los años 30, que obligaban a destinar a ese objetivo el 1% de sus presupuestos, hasta la dictación de la ley de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), de la década del 60, que enfatizó el propósito de controlar la deserción y estimular la regularidad de la asistencia escolar.

La profesionalización de las tareas de esta institución ha significado el perfeccionamiento de las dietas, el mejoramiento de la administración, la participación de empresas proveedoras locales, además del desarrollo de modelos estadísticos

**Figura 3. Tasa global de fecundidad desde 1952 a 1997 en 9 países**



**Figura 4. Fecundidad global según nivel socioeconómico de la madre. Chile 1955-81.**

para la asignación con equidad de los recursos disponibles, reconociendo la homogeneidad de los grupos al interior de cada escuela (6). La cooperación de profesionales del INTA en diversas áreas ha permitido la incorporación de innovaciones exitosas al interior de la JUNAEB. Se han incorporado a esta institución programas de salud, incluyendo odontología preventiva.

Entre los programas sociales del Gobierno, el de JUNAEB ha sido calificado con el mayor índice de equidad. Le sigue el Plan Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) del SNS.

## Referencias

1. Winslow C, 1951. El Precio de la salud y el costo de la enfermedad. OMS/OPS, Publicación Científica N°7.

2. Cuadernos Médico Sociales (Chile), Evolución de la Salud Pública, Doctrina del Servicio Nacional de Salud, Cuad Med Soc (Chile) 2005; 45 (2): 163-70.

3. Mardones-Restat F, Planificación familiar en el Servicio Nacional de Salud, Rev. Médica de Chile, 1966; 740-746.

4. Mardones-Restat F, Jones G, Mardones F, Dachs N, Diaz V M, Habicht J P, Growth failure prediction in Chile, Int J Epidemiology 1989; 901-906.

5. Meneghello J, Rosselot J, Mardones-Restat F., Contribución de la Pediatría en los logros de la salud infantil en Chile, Rev.Chil. Pediatría 1995; 11:223-23.

6. Mardones-Restat F, Modelos estadísticos en la estimación de los escenarios para la planificación y en la clasificación de poblaciones según probabilidad de daños en salud, nutrición y rendimiento escolar, Cuad Med Soc (Chile) 1993; 34 (1): 55-68.