

El Centro de Atención Integral Ismael Valdés Valdés (1967 a 1973). Modelo de Atención Integral Materno Infantil en tiempos de cambio

The Ismael Valdés Valdés Comprehensive Care Center (1967 to 1973).
A model of comprehensive maternal and child care in times of change

Jorge Lastra Torres¹
Jossette Iribarne – Wiff²

RESUMEN

El Centro de Atención Materno Infantil Integral, Ismael Valdés Valdés, se puso en marcha el año 1967 y se mantuvo en operaciones hasta 1973 en que, como muchas otras iniciativas similares por la represión directa o de sus integrantes bajo la dictadura, debió cerrar sus puertas. Dejando atrás una experiencia modelo en medicina social y comunitaria, que fue forjándose en forma progresiva desde los primeros años el siglo veinte y que encontró en ella una de sus mejores expresiones. De esta forma, pasó a ser un aporte a la salud pública del país, como ejemplo del ejercicio de la medicina integral, en especial a la salud de la población más pobre que fue la que allí se atendió y, en la formación de quienes tuvieron la oportunidad de hacer su práctica en ese centro.

Revisitar su historia en los registros escritos y el relato de algunos de sus participantes, permite el re-encuentro con su formación, aproximarse a la tradición que representa e investigar sobre lo que puede aportar en los tiempos actuales.

El artículo está dividido en tres partes. En primer lugar, se analiza el contexto en el que éste ocurre durante la segunda mitad del siglo pasado y el desarrollo de las unidades sanitarias, de las cuales se interpreta el Centro Ismael Valdés Valdés, como parte de su evolución,

Posteriormente, se describen las características particulares del Centro y se destacan sus principales logros.

Como conclusión, se sugiere que el Centro de Atención Integral Materno Infantil Ismael Valdés Valdés, es el resultado de la convergencia de la tradición de las Unidades Sanitarias con la coyuntura creada por el desarrollo del Servicio Nacional de Salud y el empuje particular alcanzado por el equipo que llevó a cabo la experiencia del Centro de Demostración Médico Integral de la Quinta normal, del cual se desprende para dar cobertura específica al área materno infantil a parte del mismo territorio, que de acuerdo con el diagnóstico llevado a cabo por uno de sus integrantes, revelaba necesidades sanitarias y de salubridad urgentes de abordar.

Palabras clave: Salud Pública, Medicina Social, Atención Integral

ABSTRACT

The Ismael Valdés Valdés Comprehensive Maternal and Child Care Center operated between 1967 and 1973 and, like many other initiatives of the time, was forced to close due to direct repression or repression

Recibido el 22 de abril de 2025. Aceptado el 2 de junio de 2025.

1 Médico. Especialista en Salud Pública. Historiador y Profesor de Salud Pública Universidad Andrés Bello. Correspondencia a: dr.lastra.unab@gmail.com

2 Ingeniera Comercial, Programa de Doctorado Interuniversitario en Ciencias de la Salud de la Universidad de Sevilla, Universidad de Jaén y Escuela Andaluza de Salud Pública. España. Ministerio de Salud de Chile. Santiago de Chile, Chile.

against its members during the dictatorship. This pioneering experience represented a model in social and community medicine, progressively built since the early years of the 20th century, and consolidated as a significant contribution to the country's public health, especially for the poorest population and for the training of professionals who practiced there.

Revisiting history, through written records and testimonies from participants, allows us to reconnect with its origins, understand the tradition represented, and explore the relevance and lessons for the present.

The article is organized into three parts. First, it analyzes the historical context of the second half of the last century and the development of Health Units, interpreting the Ismael Valdés Valdés Center as part of that evolution. It then describes the main characteristics and achievements, highlighting the comprehensive care model, community participation, teaching, research, multidisciplinary and intersectoral work, and, as a central achievement, the reduction of child malnutrition. Finally, the third part presents the conclusions, highlighting that the Center was the result of the convergence of the tradition of Health Units, the situation generated by the development of the National Health Service, and the drive of the team that carried out the experience of the Quinta Normal Comprehensive Medical Demonstration Center, from which it was spun off to respond to urgent maternal and child needs. Not only did it anticipate elements of the current comprehensive and community-based model, but it also validated it in practice, showing that it is possible to significantly improve health indicators and equity in innovative ways and in partnership with the community. This model remains a benchmark for addressing the current health challenges and needs of people and their communities.

Keywords: Public Health, Comprehensive Care.

INTRODUCCIÓN

El modelo de atención en salud corresponde a la forma en que se organizan los recursos asistenciales para dar respuesta a las necesidades de salud de la población a la que sirve. Implica la disposición de los centros de atención sanitaria dentro de un territorio determinado, la importancia relativa o no de alguno de ellos y, sobre todo, el concepto de salud del que se desprende, pudiendo ser este de predominio biomédico, centrado en el tratamiento de la enfermedad

o en la salud de manera integral. Es decir, incorporando los aspectos biopsicosociales, culturales y otros propios del ser humano. Asimismo, es parte del modelo de atención el rol de las personas en su proceso de salud-enfermedad, pudiendo este ser pasivo o activo. En síntesis, el Modelo de Atención es un diseño teórico que guía la asistencia sanitaria, que define cómo se organizan y se prestan los servicios de salud desde la planificación, la ejecución hasta la evaluación.

En este marco, desde la Organización Panamericana de la Salud y del Ministerio de Salud chileno, en las últimas décadas se ha promovido como modelo de atención, uno que se ha denominado “Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario”, que se define como: “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”. Este modelo se caracteriza por poner en el centro a las personas, dar atención integral y continuidad en los cuidados de salud. Además considera dentro de sus elementos clave: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención a la salud propiamente tal, la participación comunitaria y el trabajo interdisciplinario. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, 2025).

Este modelo, que hoy se identifica con las orientaciones de la autoridad sanitaria nacional, resulta ser producto de una larga evolución, que a juicio de quienes escriben este artículo, arranca a comienzos del siglo pasado, cuando se da inicio a las primeras acciones de salud de carácter preventivo, que se desarrollaron en centros de atención ambulatoria, con participación de la población y trabajo intersectorial, en las Unidades Sanitarias. También se plantea que el Centro Ismael Valdés Valdés, forma parte de esta misma evolución, pero se inscribe en un contexto particular, de los años sesenta y setenta, un período especialmente rico en posibilidades para el desarrollo de un modelo que contiene aspectos que anticiparon la perspectiva que hoy propone el Ministerio de Salud.

Para dar fundamento a estos planteamientos, se revisa la historia del Centro Ismael Valdés Valdés, a partir de fuentes primarias, como el relato de algunos de sus protagonistas, documentos

de la época sobre el propio Centro, el Centro de Demostración Médico Integral y las Unidades Sanitarias, y fuentes secundarias que analizan las experiencias, incluyendo recuentos y análisis posteriores al cierre del centro realizados por protagonistas o investigadores.

Las Unidades Sanitarias y el Servicios Nacional de Salud en los años sesenta y setenta

Las Unidades Sanitarias, según afirma Nacienceno Romero (1952, p.11), fueron propuestas en una conferencia internacional de Higiene celebrada en Ginebra en 1931, donde fueron definidas como una institución que: "... tiene por objeto mejorar la salud y el bienestar de la población de una región determinada, desarrolla las actividades locales de higiene, ... reúne los organismos de protección y asistencia social cuyas funciones pueden relacionarse con la higiene pública general". Hernán Urzua, por su parte, señala que una de las primeras Unidades Sanitarias de Chile fue la de la Quinta Normal, creada en 1942 y definida como campo experimental dependiente de la Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile, que posteriormente acogería en sus dependencias al Centro de Demostración de Medicina Integral (CDMI) en 1958. El inicio de la cooperación internacional auspiciada por el Instituto de Asuntos Interamericano y la Fundación Rockefeller en 1944, aportó ayuda técnica y económica que fortaleció su implementación y permitió en una primera etapa la edificación y organización de otras Unidades Sanitarias, además de la de Quinta Normal, en Antofagasta, Cerro Barón y Temuco. (Romero O., 1952)

Desde sus primeros años, la experiencia chilena se diferenció al esbozar un modelo de medicina integral que no hacía distinción entre medicina curativa y preventiva. (Viel, 1961; Molina, 1952)

Estas Unidades tuvieron como características una infraestructura de atención ambulatoria, instaladas en poblaciones populares, desarrollaron actividades de promoción y prevención de la salud, como controles, educación y de vacunación; programas de higiene y saneamiento básico y, también, de atención médica con predominio en la salud materno infantil, control de enfermedades infecto contagiosas -tuberculosis y sífilis- y atención de problemas como el alcoholismo y otros. (Salomón, 1946)

Su comienzo se da en el contexto de un debate dentro del sector salud, que contiene al menos tres aspectos. El primero surge a partir de la

propuesta del ministro de Salud del presidente Pedro Aguirre Cerda, el Dr. Salvador Allende, que presentó un proyecto de integración de los distintos servicios de la salubridad chilenos, donde el foco era la unificación de ellos bajo una dirección única pública, llevando a la práctica la idea de medicina social en términos de la responsabilidad del Estado en la protección de la salud y el desarrollo de servicios de asistencia sanitaria.

El segundo aspecto, relacionado con la resolución de la división entre lo preventivo y lo terapéutico, donde lo que se buscó fue su integración y la argumentación acerca de lo incorrecto de tal separación. Al respecto, Abraham Horwitz, expone que esa separación: "Es artificial, ... la segregación de las funciones curativas y preventivas. La enfermedad es un fenómeno ecológico, que, se interpreta a través de su historia natural, como la interacción de agente, huésped y ambiente." (Horwitz, 1956).

El tercer aspecto en controversia en la década, se refería al rol de la comunidad en la resolución de sus problemas de salud. Frente a esto, se propuso que ella fuera participe a través del concurso de jóvenes profesionales, bien formadas y comprometidas, como las enfermeras sanitarias y las "visitadoras sociales", cumpliendo el papel de intermediarias entre la familia y las instituciones estatales de protección, beneficencia y previsión (Zarate & González, 2019).

En síntesis, la creación de las Unidades Sanitarias resume en parte esta discusión, en la medida que integra distintas organizaciones públicas asistenciales. Como se señaló antes, reúne iniciativas de saneamiento básico, prevención y terapéuticas, suma recursos profesionales diversos y busca la cercanía con el territorio y la comunidad. Con este perfil comenzó su puesta en marcha, que ya el año 51 sumaban el número de diecinueve de ellas en distintos lugares del país. (Romero O., 1952)

Además, la creación y expansión de las Unidades Sanitarias impulsó un giro en la práctica y en el reconocimiento de la enfermería. Esta experiencia permitió a las enfermeras asumir un rol en la prevención, la educación y el trabajo comunitario, más allá del ámbito hospitalario. Así lo expresan las propias protagonistas: "La creación de la Unidad Sanitaria Quinta normal da un empuje inusitado a esta profesión; podríamos decir con orgullo, que la hace renacer". (Dogoy, et al., 1961)

Por otra parte, otras profesiones vivieron una experiencia transformadora, como lo señalan Patricia Castañeda y Ana María Salame en su revisión sobre el desarrollo profesional del Servicio

Social: “En el marco de los procesos de cambios estructurales en los que participaba activamente la profesión, e impulsado por la búsqueda de una nueva definición que superara la mirada asistencialista, Trabajo Social comienza a tensar las fronteras tradicionales de su quehacer, avanzando desde el concepto de ‘profesionales de la caridad y el apoyo oportuno’ hacia agentes de cambio social”. (Castañeda & Salomé, 2014) De igual forma como sucedió desde la enfermería, donde se reconoció que, la propia experiencia fue provocadora de un giro, tal como ellas mismas relatan: “La creación de la Unidad Sanitaria Quinta normal da un empuje inusitado a esta profesión; podríamos decir con orgullo, que la hace renacer.” (Godoy, et al., 1961)³.

Se agrega a todo lo anterior, una perspectiva de las mujeres, que sin ser explícita subyace, puesto que, desde el equipo de salud, son las mujeres profesionales y auxiliares desde donde se practica la relación con la comunidad, potenciando más allá de su rol de cuidadoras de la salud y el cuerpo en la familia, en agentes de cambio de su realidad, tal como lo reconoce Patricia Grau⁴, esta vez, hablando de su experiencia en el Centro Ismael Valdés Valdés: “Mira. En el Ismael a mí me llamó la atención, pero. O sea, yo encontré que eran tremendas mujeres. Las escuchaba y eran unas lideresas de tomo y lomo, o sea, pero impresionante, o sea, lo que sabían, cómo lo planteaban, o sea, era otro nivel. Pero llegan ahí. Pero seguramente yo no alcanzaba a dimensionar, ¿no?”.

Es interesante explorar con mayor profundidad como estas experiencias que brindaron unas oportunidades de crear, de generar cambios, en que son mujeres las que toman un rol protagónico, impactan en su participación y protagonismos en movimientos posteriores del sector salud. (Kirkwood, 1990)

En efecto, todo este gran desarrollo, solo se puede comprender, más allá de sus características y del impulso específico de quienes se desempeñaron en ese Centro, dando cuenta del contexto en el que se experimentó. Puesto que la mayor parte de sus actividades, ya sea, se identificaron con las políticas implementadas en ese período, o bien, son antecesoras de iniciativas que fueron recogidas por los gobiernos de Eduardo Frei (1964 – 1970) y Salvador Allende (1970 – 1973).

Ese período se trató de una década que estuvo marcada por grandes acontecimientos y

movimientos sociales prácticamente en todo el mundo; que revolucionaron significativamente la vida cotidiana y pusieron en cuestión las características del equilibrio de la Guerra Fría dejada por la segunda guerra mundial.

En Chile, el triunfo de Eduardo Frei Montalva en la elección presidencial del año 1964 con el 56% de los votos contabilizados, se produjo bajo la consigna de una “Revolución en Libertad.” Que promovió entre otras cosas, cambios en la propiedad del campo, la minería del Cobre, la sindicalización obrera y campesina, la organización comunitaria y una importante inversión pública en políticas sociales. Pero, más allá de quién resultó triunfante, como señala Isabel Torres, la campaña electoral instaló “la utopía como proyecto político” y “la revolución como voluntad.” (Torres, 1990). Cuestión que igualmente remeció las universidades, donde la juventud, por su parte, fue otro actor conmovido por el ambiente social, político y cultural de la época. Produjo cambios en la comprensión de las tareas de los profesionales en formación, como se dio entre los y las estudiantes de las carreras de la salud; las y los médicos, asistentes sociales, enfermeras entre otros, que reclamaron acercarse a la realidad de los más pobres y abandonados del país, como ya se comentó antes.

El año 1970, las elecciones presidenciales llevaron al triunfo de Salvador Allende, candidato de una coalición de izquierda y su gobierno fue recibido satisfactoriamente por gran parte de las organizaciones sindicales, de pobladores, profesionales progresistas y estudiantes.

En ambos gobiernos el sector salud, alcanzó un logro mayor de la medicina social y de la salud comunitaria, que se caracterizó por buscar mecanismos a través de los cuales reducir las desigualdades, redistribuir el ingreso y ampliar el acceso de los sectores más pobres de la población a las políticas sociales.

En el gobierno de Salvador Allende (1970 – 1973), dentro de su programa, se profundizó en experiencias de participación comunitaria y de desarrollo social, sin duda inspiradas en parte por las experiencias de distintas Unidades Sanitarias y por el Centro de Demostración de Medicina Integral de la Quinta Normal, tal como los señala el Dr. Gustavo Molina, en su exposición al Colegio Médico el año 1971, donde indicó, que se promovería la: “Participación del pueblo en la gestión y ejecución de los programas y acciones

3 Trabajo presentado en las Primeras Jornadas de la Sociedad Chilena de Salubridad y Medicina Pública realizadas en Santiago, en julio de 1950.

4 Enfermera. Alumna en práctica en el Centro Ismael Valdés Valdés, Carrera de Enfermería, Universidad de Chile.

de salud, cuyo enorme respaldo al trabajo médico ha sido probado anticipadamente, en unos pocos servicios locales chilenos” (Molina, 1971), refiriendo en forma específica a esa Unidad Sanitaria, que el mismo dirigió en su momento y fue de donde se desprendió el modelo implementado por el Centro Ismael Valdés Valdés, que aquí se relata.

El Centro de Atención Integral Ismael Valdés Valdés

El Centro de Atención Integral Ismael Valdés Valdés, abrió sus puertas el día 16 de mayo del año 1967, como lo documenta la Dra. Gilda Gnecco, directora del Centro, con los registros de la atención de ese primer día (Gnecco, s/f).

Sobre su puesta en marcha, diversos relatos⁵ refieren que su creación representa; en primer lugar, la continuidad con otro establecimiento asistencial previo, el Centro de Demostración de Medicina Integral (CDMI), formado en la Unidad Sanitaria de la Quinta Normal. (Montoya, 1961; Montoya, 2007; Medina & y Toro, 2007; y Ramacciotti, 2017), que como se comentó antes, se creó como un laboratorio social de la Cátedra B de Higiene y Medicina Preventiva, para ensayar la aplicación integral de la doctrina de la atención del Servicio Nacional de Salud en un sector específico. En él se desarrollaron actividades de asistencia médica ambulatoria, docencia e investigación en medicina preventiva y social con un equipo multidisciplinario. (Ipinza, 1961)

En el CDMI se inició un trabajo docente innovador, que buscaba comprender los principios de la salud pública en la realidad, además de realizar funciones de promoción, protección, y reparación de la salud en sus vertientes psíquica, somática y social. Así lo refiere Lucía Sepúlveda, la Asistente Social de dicho centro:

“En el semestre que duraba el curso de Medicina Preventiva y Social, a cada estudiante se le asignaba tres familias, y debían preparar informes acerca de su salud y condiciones de vida, y servir de enlace entre ellas y el equipo de la cátedra. Fue una experiencia tremendamente innovadora. ¿Cuándo se había visto que los estudiantes se vincularan con familias de pobladores en sus propios hábitats? ... para luego realizar, de manera colectiva, un esfuerzo por conocer las circunstancias que permitirían o impedirían mejorar las condiciones de vida de dicho colectivo. «No es lo mismo leerlo que verlo», concluyeron.” (Sepúlveda, 2020)

En la medida que el CDMI, según uno de sus protagonistas probó que una atención integral y coordinada era efectiva, eficiente y más oportuno en el tratamiento, habría permitido la profundización del modelo en el Centro Materno Infantil Ismael Valdés Valdés, con un nuevo equipo y con recursos propios. (Montoya, 1961; Ipinza, 2007)

Por otra parte, también existe evidencia que su diseño comenzó a partir del estudio realizado por uno de los médicos que trabajaba el CDMI y que mostró la precaria realidad de sus habitantes. Se trata del Censo de Población y de Vivienda para la Organización de un Centro de Atención Materno Infantil, Tesis para optar al Grado de Profesor Auxiliar de Medicina Preventiva y Social, del Dr. Manuel Ipinza, que posteriormente sería parte del equipo que llevó a cabo el desarrollo del Centro Ismael Valdés Valdés. En dicho estudio, que fue ejecutado con personas de la propia comunidad formadas como Auxiliares de Enfermería para trabajar también en el Centro, se revelaron datos que fueron fundamentales para el programa que se puso en marcha una vez que éste comenzó su funcionamiento. El estudio se hizo sobre el total de los habitantes del sector, 12.500 personas, de los cuales un 17 % correspondió al grupo de 0 a 5 años, y cerca de 40 % a menores de 15 años. Muy propio del perfil demográfico de la época, más aún en la población más pobre, con un elevado índice de menores de quince años, alta mortalidad infantil y materna, problemas infectocontagiosos y desnutrición. Alto porcentaje de analfabetismo paterno y materno (7,6% y 13,5% respectivamente), pobres condiciones de vivienda y saneamiento, gran hacinamiento y promiscuidad (27% de las viviendas tenían más de 4 personas por habitación). (Ipinza, 1966; 2007)⁶

El centro también expresó una profundización en la participación activa de la comunidad, ya que además de la educación sanitaria, desde un inicio contó con un Consejo Consultivo y trabajaba en forma estrecha con las Juntas de Vecinos, Comités de Salud, Centros de Madres, y otras organizaciones. La comunidad participó en los diagnósticos y en la gestión del centro, las madres o cuidadoras en la atención ambulatoria de los niños. (Ipinza, 2007)⁷

Por último, la experiencia también fue una propuesta crítica al modelo de atención de los consultorios periféricos del Servicio Nacional de Salud;

5 Gnecco, s/f; Ipinza, 1966; Ipinza, 2007 y entrevista personal al Dr. Ipinza.

6 Entrevista Dr. Manuel Ipinza.

7 Entrevista Dr. Manuel Ipinza.



Fotografía del Centro, presentada por Gilda Gnecco. (s/f)

caracterizados por atender a volúmenes muy elevados de población -40.000 o 60.000 habitantes por centro-, ausencia de sectorización, sin población a cargo, horarios disfuncionales para la vida de la población circundante. Y con restricciones de personal médico y de otras profesiones. El modelo de organización y atención propuesto para el nuevo centro de salud se basa en datos epidemiológicos nacionales y es una apuesta a disminuir las tasas de mortalidad infantil en el sector, abordando las falencias diagnosticadas en el SNS. (Ipinza, 2007)⁸

La construcción de la sede del Centro se logró gracias a un trabajo coordinado con la Municipalidad de Quinta Normal, que cedió el terreno, como muestra de la intensificación del trabajo intersectorial de este periodo, que incluyó gestiones de servicios básicos para la comunidad y los aportes del Patronato Nacional de la Infancia y la Josiah Macy Jr. Foundation de los Estados Unidos. Estas alianzas permitieron contar con más recursos para su funcionamiento. El trabajo de diseño y los recursos humanos fueron cubiertos desde la Cátedra B de Higiene y Medicina Preventiva de la Escuela de Salubridad, de la Universidad de Chile y del Área Occidente de la V Zona del Servicio Nacional de Salud. (Viel, 1968)

Con el propósito de otorgar a esta población una “Atención Materno Infantil Integral de Salud”, el Centro se dotó del siguiente personal, expresado en horas diarias: 8 horas de pediatría; 1

hora de gineco-obstetricia; 6 horas de enfermería; 4 horas de matrona; 6 horas de asistente social; 56 horas de auxiliar de enfermería; 12 horas de secretaria; 16 horas de auxiliar de servicio; y 8 horas de chofer. Todo este equipo, además contó en forma permanente con el apoyo de internos, becados/as de las carreras de la salud y/o estudiantes en práctica, que cumplían labores de asistencia y apoyo al trabajo territorial; puesto que, esta dotación de profesionales y técnicos, además de su labor asistencial integral, incluyó el fomento de la salud y el trabajo comunitario e intersectorial, ejerció funciones de docencia universitaria de pre y de post grado, así como realizó investigación clínica, epidemiológica y operacional. (Gnecco, s/f; Ipinza, 2007). La atención de consultas y controles médicos y de las otras profesionales, incluyendo visitas domiciliarias, se realizó entregando a los y las integrantes del equipo población a cargo sectorizada, incluyendo visitas domiciliarias. Con un número de 3000 habitantes de por cada uno de ellos.

Las actividades del centro consistieron en atención de morbilidad, según demanda espontánea y controles diferidos, de acuerdo a protocolos específicos. Estos incluyeron el Control de Niño Sano, el control de embarazadas y de algunas patologías específicas, como el alcoholismo, además del tratamiento de casos a través de un equipo integral que incluía médico, enfermera, asistente social, educadora de párvulo, psicólogo y auxiliares de enfermería.

Asimismo, se desarrollaron programas de

⁸ Entrevista Dr. Manuel Ipinza.

vacunación, con un gran apoyo de la comunidad organizada de juntas de vecinos, centros de madres y grupos de salud, entre otros. Todo esto se realizó en horario extendido, hasta los sábados por la mañana.

El valor de estas actividades estaba dado por su enmarque en programas integrales y pioneros, como el trabajo con la población infantil con déficit nutricional. En el caso especial de los y las lactantes y preescolares desnutridos se desarrolló un programa especial con el propósito explícito de tratar y recuperar ambulatoriamente al mayor porcentaje de menores con diferentes grados de desnutrición, absolutamente pionero. Se creó como anexo al Consultorio una Sala Cuna y/o un Jardín Infantil para seguimiento diario diurno de esos infantes. El fin de semana los niños llevaban a su casa la ración de alimento correspondiente. Por primera vez, al equipo de salud clásico, se agregaron educadoras y auxiliares de educación parvularia (Gnecco, s/f; Ipinza, 2007). Este programa fue clave en el desarrollo posterior de los programas de la Corporación Nacional de Infancia (CONIN) que lo replicó de manera similar en todo el país. Así lo comenta el Dr. Fernando Monckeber años más tarde: “Después de un programa piloto exitoso, en un centro piloto, con lactantes desnutridos graves, menores de dos años de edad, se decidió extenderlo a todo el país.” (Mönckeberg, 2014)

Otra iniciativa importante fue el trabajo de planificación familiar en cuanto a promoción y educación, que fue respaldado por estudios⁹, y por el impulso de la primera etapa de implementación del Programa de Planificación Familiar como política nacional¹⁰. En forma paralela, se enfrentó el trabajo contra el alcoholismo y la violencia intrafamiliar, del que se publicó su primer trabajo en la Revista Chilena de Pediatría, que implicaron una estrecha relación con el trabajo comunitario. Pues, el trabajo comunitario tuvo un especial desarrollo, asociado principalmente a las asistentes sociales en la organización y asesoría de la comunidad, estimulando una mayor participación y autogestión comunitaria, en conjunto con el trabajo intersectorial. Dejando un legado hasta la actualidad, que por un lado mostró el impacto en los resultados sanitarios, incluso sin cambios significativos en la situación socioeconómica de la población del sector, como ocurrió con la mortalidad materna e infantil y por otro,

produjo cambios en higiene comunitaria. La directora del Centro, junto con la Asistente Social eran las responsables de la coordinación y la colaboración con organizaciones como las juntas de vecinos, centros de madres, clubes deportivos y los grupos de salud, que fueron directamente impulsados por el equipo del Centro con voluntarias de la población, quienes participaban de la educación en salud a madres y dirigentes, y también en campañas educacionales como “«Mate una mosca, antes de que la mosca lo mate a usted””. (Sepúlveda, 2020)

El enfoque familiar tuvo un abordaje metodológico especial con el uso de la encuesta social inicial y las fichas sociales de cada niño y familia, donde registraba toda la información y evolución de los casos, incluyendo las intervenciones realizadas y que servían para las reuniones clínicas donde se analizaba con todos los miembros de equipo, con los aportes de los distintos enfoques disciplinares, se tomaban las decisiones en conjunto (Sepúlveda, 2020)¹¹.

En síntesis, de acuerdo con el Dr. Manuel Ipinza, médico pediatra del Centro, el trabajo desarrollado se enmarcó en algunos principios fundamentales: Atención planificada y programada de acuerdo a políticas, planes, normas y estrategias nacionales, debidamente adaptadas a cada realidad local; atención de cobertura universal según necesidades, continua en el espacio y en el tiempo y a lo largo de todo el ciclo vital; integración en todo momento de lo somático y lo psíquico; la familia como sujeto básico de acción; preocupación físico, psicosocial y cultural y con acciones intersectoriales; promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad; uso de ficha familiar; centrada en la población y sectorizada (Ipinza, 2007)¹².

En sus años de realización, el Centro pudo demostrar distintos logros, en términos de resultados sanitarios directos en la población atendida, en la formación de estudiantes de pre y postgrado y en el desarrollo del modelo de medicina integral.

En el ámbito de los resultados sanitarios, ya al primer año de implementación del Centro, se pudo observar un importante incremento de la cobertura población bajo control, tanto en niños y niñas como en las mujeres en planificación familiar y durante el embarazo, parto y puerperio. Una evidencia de esto es la cobertura de 92 % de los

9 Referidos a los estudios de Armijo, Monreal y Requena, citados por el Dr. Carlos Montoya (1961).

10 Entrevista al Dr. Manuel Ipinza para este artículo.

11 Entrevista a Patricia Grau.

12 Entrevista al Dr. Manuel Ipinza para este artículo.

menores de dos años en el Centro Ismael Valdés Valdés, que contrastó con el 49,8 % que presentó a fines del mismo año el Consultorio Andes, que atendía a población de similares características (Viel, 1968). El impacto también se pudo apreciar en los resultados del programa nutricional, que logró reducir la desnutrición en menores de dos años del 25,3% en 1967, a 11,6% en 1968 y a 6,7 % en 1971. (Ipinza, 2007)

En el caso de la mortalidad materna, a pesar de que no existen datos propios del Centro, los trabajos de Molina y colaboradores, son concluyentes para suponer, que lo que ocurrió allí también fue positivo, fruto de la implementación del Programa de Planificación Familiar que tuvo en ese establecimiento un espacio para su desarrollo en plenitud. (Molina, et al., 1978).

En materia de docencia, el Centro tuvo tal alcance que, a partir del segundo año, se transformó en un área de formación para personal de salud de toda Latinoamérica en medicina social, especialmente en pediatría. Para el pre y posgrado, fue además campo de desarrollo para estudiantes en práctica de medicina, en la cátedra de Pediatría y Medicina Preventiva. Las trabajadoras sociales, educadoras de párvulo, psicólogos/as, enfermeras y matronas, igualmente vivieron la experiencia de atención integral y comunitaria, transformándose no solo en colaboradores/as fundamentales para el equipo del Centro, sino que también en líderes en sus nuevos espacios laborales, movilizando cambios importantes en sus respectivos campos profesionales (Viel, 1968). Esta dimensión sin duda trata de uno de los resultados más importantes del trabajo emprendido por el Centro, por cuanto fue un ejemplo reconocido nacional e internacionalmente, como lo destaca una de las estudiantes en práctica de esa época en entrevista para este artículo: “Lo que pasa es que había mucha gente que venía a mirar lo que estaba pasando en Chile entonces”¹³, y el reconocimiento por parte de la comunidad internacional, como se comenta en publicaciones extranjeras sobre el tema. (Molina, 1979; Waitzkin et al., 2001)

CONCLUSIÓN

La mirada histórica del Centro de Atención Integral Materno Infantil, Ismael Valdés Valdés, permite apreciar en primer lugar, que representó

la culminación de un proceso progresivo en el marco de una experiencia modelo, puesta en marcha por la Catedra de Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Chile, en convenio con el Servicio Nacional y que encuentra raíces en la evolución de las unidades sanitarias de la primera mitad del siglo veinte.

Por su parte, al hacer la revisión de las características y las orientaciones de sus actividades, es posible destacar aspectos que vistos a la luz del modelo de salud integral, familiar y comunitario fomentado en la actualidad, resulta inevitable destacar sus similitudes, respecto de la perspectiva poblacional en la mirada sanitaria, la integralidad de su enfoque en cuanto a incorporar el ciclo de vida y la orientación preventiva y promocional, el rol activo de la comunidad organizada y el trabajo intersectorial. Así como, su foco en la persona, la familia y la comunidad, dentro de su realidad social y cultural.

Desde otro punto de vista, igualmente se puede destacar la gran importancia en su rol de modelo experimental, como centro de formación, lo que se cumplió con creces al conocer el gran número de estudiantes de pre y posgrado, chilenos y extranjeros que hicieron en él su práctica y también, como área donde se produjo investigación de salud pública, del tipo de lo que hoy podría llamarse investigación participante; mostrando resultados notables como se pudo conocer en los informes que ellos entregan en el relato de su quehacer. En este mismo sentido, es especialmente valioso puesto que, si bien se trata de un programa implementado en un terreno fértil por las condiciones políticas y sociales del período, bajo gobiernos proclives al modelo, también es efectivo que los esfuerzos puestos al interior del Servicio Nacional de Salud, no habían logrado plasmarse en forma masiva. Por lo mismo que el propio impulsor del centro reconoce la necesidad de luchar contra la tradición asistencialista y hospital céntrica, que critica en su libro sobre la Medicina Socializada (Viel, 1964) y que igualmente alerta el Profesor C. Frazen Brockinton, en su informe a la visita realizada al SNS, el año 1960, donde llama la atención sobre experiencias como esta y otras, pero revela su escepticismo, acerca de la capacidad del sistema de replicarlas más allá de ellas como experiencia piloto.

Por lo mismo, es que es recomendable identificar cuáles fueron los elementos que permitieron,

13 Entrevista de Patricia Grau.

a partir del Centro de Demostración Integral de la Quinta Normal, la creación de este nuevo centro donde se da estructura de manera más consolidada a la propuesta médico social e integral. Identificar cuáles fueron las condiciones que lo hicieron posible, lo que por cierto cobra relevancia en la actualidad, cuando la evidencia muestra dificultades mayores para avanzar en el Modelo. Sin duda, el liderazgo del Dr. Benjamín Viel Vicuña, la formación del equipo que trabajó allí, el compromiso y las competencias de ellos fueron factores que el mismo Dr. Viel, destaca al recibir el homenaje de la Universidad de Chile y el Colegio Médico, en su discurso de incorporación al Instituto de Chile, al señalar: “Me di cuenta de que no podía enseñar mi materia solo en forma teórica, sin la posibilidad de ejercer en la práctica la medicina preventiva.” Y agrega más adelante, al referirse al Centro Ismael Valdés Valdés y destacar la colaboración de parte del equipo: “Recuerdo con extraordinario cariño -dice- la colaboración de los ayudantes de mi cátedra que sirvieron más que eficientemente en ese centro. Entre ellos estaban los doctores Carlos Montoya y Mariano Requena, y muy especialmente la pediatra Gilda Gneco.” Aunque no la menciona, el papel de Lucía Sepúlveda, la asistente social, es de los más trascendentes, ya que es la principal responsable de la apertura a la mirada multidisciplinaria (Oses, 1990).

Es resumen, el Centro de Atención Integral Materno Infantil Ismael Valdés Valdés, recoge una tradición, la reestructura en un período particular de la historia de la salud pública y la política de salud chilena, anticipa como experiencia el modelo de salud integral familiar y comunitario y enseña aspectos claves para lograr una implementación exitosa, que es preciso adaptar a la actualidad, pero entrega orientaciones que se podría rescatar en la actualidad, en términos de liderazgo, trabajo en equipo y asociación profesional, académica y del sistema de salud.

Agradecimientos:

Este trabajo reconoce y agradece a todas las personas que, con convicción, esperanza y espíritu colectivo, formaron parte del Centro de Atención Materno Infantil Integral Ismael Valdés Valdés. Su entrega y compromiso hicieron posible una experiencia transformadora para la salud pública chilena, cuyo legado sigue inspirando hasta el día de hoy.

REFERENCIAS

- Castañeda P., Salamé A. M. (2014). Trabajo Social chileno y dictadura militar. Memoria Profesional predictatorial período 1960-1973, *Rumbos TS*, 9 (9): 8 – 25.
- Gneco, G. (s/f). Presentación con motivo del Homenaje al Dr. Benjamín Viel, Comunicación Personal.
- Godoy M., Ortiz Y., Falabella N. (1961). Desarrollo y perspectiva de la enfermería sanitaria en Chile. *Boletín de la Oficina Sanitaria*, 51 (2), Agosto.
- Horwitz, A. (1956). Medicina en Chile. Editorial, *Revista del Servicio Nacional de Salud*, 1(1): 3-4.
- Ipinza Riveros M. (1961). Benjamín Viel, 1984, Discurso de Incorporación a la Academia de Medicina, del Instituto de Chile, citado por Gilda Gneco.
- Ipinza, Riveros M. (1966). Censo de Población y de Vivienda para la Organización de un Centro de Atención Materno Infantil, Tesis para optar al Grado de Profesor Auxiliar de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Ipinza Riveros, M. . (2007). Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables. *Cuadernos Médico Sociales*, 47(1), 5–17. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/661>
- Kirkwood, J. (1990). Ser política en Chile. Los nudos de la sabiduría feminista. Editorial Cuarto Propio.
- Molina, G. (1952). Relato Unidad Sanitaria Quinta Normal, *Actas de la Primera Jornada de la Sociedad Chilena de Salubridad*, 20 – 21.
- Molina, G. (1971). El gobierno de Allende y los médicos, *Vida Médica* 22 (?): 12-14.
- Molina, R., López, J., Orellana, M. ., Orlandi, E. ., & Alarcón, J. . (1978). Características del Aborto en Chile. *Cuadernos Médico Sociales*, 19(1), 5–18. Recuperado a partir de <https://cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/1711>
- Molina-Guzman G. (1979). Third World Experiences in Health Planning. *International Journal of Health Services*. 9(1):139-150. doi:10.2190/KM06-JY3Y-KACE-008X
- Mönckeberg B, Fernando. (2014). Prevención del daño: impacto económico y social. *Revista chilena de nutrición*, 41(2), 181-190. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182014000200009>

- Montoya, C. . (1961). Una experiencia en medicina integral: Informe preliminar. *Cuadernos Médico Sociales*, 2(2), 10–13. Recuperado a partir de <https://www.cuadernosms.cl/index.php/cms/article/view/2299>
- Montoya C., Medina E., Toro J. (2007). Sinopsis sanitaria chilena, *Anales chilenos de historia de la Medicina*, 17: 77- 93
- Oses, D. (1990). Doctor Benjamín Viel Vicuña. *Revista Vida Médica*, 42 (3): 164-166.
- Ramacciotti K. (2017). La Fundación Rockefeller y la división internacional de salud en el Río de la Plata y la región andina. Ideas, concreciones y obstáculos (1941-1949), *Redes*, 23 (45): 97-121.
- Romero O., Nacienceno (1952). Unidades Sanitarias en Chile, *Boletín de la Oficina Panamericana de Salud*, 33 (1): 11 – 17 (11)
- Salomón Rex, C. (1946). Organización y funcionamiento de una unidad sanitaria [Tesis de grado, Universidad de Chile]. Imprenta Universitaria.
- Sepúlveda L. (2020), *Trabajando lo Social, una trayectoria de compromiso*, Ediciones Universidad Academia de Humanismo Cristiano.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud (2025). Orientaciones para la Planificación y Programación en Red.
- Torres, Isabel (1990). “La década de los sesenta en Chile: La utopía como proyecto”, *Historia Actual on Line* (HAOL), 19: 139-149.
- Viel, B. (1961). La medicina socializada: y su aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile, Ediciones Universidad de Chile.
- Viel , B. y cols. (1968). Resultados de los primeros 7 meses de funcionamiento del “Centro de Atención Pediátrica Integral, Ismael Valdés Valdés”, Apartado de la *Revista Chilena de Pediatría*, 29 (4).
- Waitzkin, H., Iriart, C., Estrada, A., & Lamadrid, S. (2001). Social medicine then and now: lessons from Latin America. *American journal of public health*, 91(10), 1592–1601. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.10.1592>
- Zárate M. S. , González, M. (2019). Trabajo, miserias y recompensas. Asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política sanitaria chilena a mediados del siglo XX. *Revista Salud Colectiva*, 15 (-), 1-14.