Universidad de Chile
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Pregrado
Departamento de Trabajo Social
Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Trabajo Social

Raíces de la Transformación: Discusiones sobre el rol del Trabajo Social en políticas de salud infantil entre 1964 y 1973, en Santiago de Chile.

Informe de titulación para optar al título profesional de Trabajador/a Social

Carolina Castañeda R.
Ignacio Nauto V.

Director:
Dr. Víctor Orellana Bravo

Comisión Examinadora:
Dra. Gabriela Rubilar
Dra. Taly Reininger

Santiago de Chile, 2024

“Servicio Social es una actividad dinámica,
que está constantemente influida por las corrientes sociales, económicas,
políticas y culturales, sujetas a una permanente evolución,
por cuya razón, el Servicio Social sólo puede tener un real significado
sí está continuamente adaptándose a nuevas y cambiantes situaciones”
(Servicio Nacional de Salud, 1956, p. 1)

Índice

1. Planteamiento del problema. 4
2. Estado del Arte. 9
3. Marco Teórico. 12
4. Pregunta de investigación. 15
5. Objetivos. 15
6. Metodología. 15
7. Resultados y discusiones del problema. 16
PRIMER PERIODO, 1964-1968: Trabajo Social Asistencial. 17
SEGUNDO PERIODO, 1968-1971: Entre la crítica y la transformación. 22
TERCER PERIODO, 1971-1973: Raíces de cambio: el Trabajo Social como eje de transformación en la salud pública de la década de los 70's 25
8. Conclusiones. 31
Bibliografía. 35
Anexo 1: Fuentes Revisadas. 39

1. Planteamiento del problema.

La disciplina del Trabajo Social ha estado históricamente vinculada al ámbito sanitario, especialmente en sus primeras etapas, debido a su misión de abordar directamente problemáticas sociales que afectan a las clases populares. Esta cercanía con la realidad de los sectores más vulnerables permitió que el Trabajo Social se centrara en el impacto de la pobreza en la salud, interviniendo en contextos donde las condiciones de vida precarias inciden gravemente en problemas como la mortalidad infantil. En este sentido, las trabajadoras sociales se convirtieron en un puente entre los servicios de salud y las comunidades populares, canalizando necesidades urgentes y promoviendo mejoras en la atención sanitaria y las condiciones de vida. Mientras que en la primera mitad del siglo XX, la labor de las primeras visitadoras sociales estaba en la construcción del Estado Asistencial, enmarcado en una época en donde las cifras de mortalidad infantil eran preocupantes, durante 1964 y 1973, la mortalidad infantil siguió siendo una problemática que se viene arrastrando a principios de ese siglo, pero en un contexto de fortalecimiento de la salud pública y procesos de transformaciones sociales.

A modo de antecedente, es importante resaltar que la mortalidad infantil en Chile ha estado presente en el siglo XX, representando una problemática relevante en cuanto a la salud pública. De modo que la protección de la infancia en Chile fue un eje fundamental para combatir la mortalidad infantil, mediante la creación de instituciones que garantizaron la protección y atención a la niñez. Aparte de la Casa de Huérfanos creada a finales del siglo XVIII, desde el siglo XX se fundan nuevos hospitales enfocados a la salud infantil como el Hospital San Agustín en 1894 en Valparaíso, y en Santiago se crean el Hospital Roberto del Río en 1903, el Hospital Manuel Arriarán en 1918 y el Hospital Luis Calvo Mackenna en 1929 (Jiménez de la Jara, 2009). Pero una de las instituciones que fue un precedente para las políticas públicas en la lucha contra la desnutrición y mortalidad infantil es la Gota de Leche.

La leche es un elemento primordial en la política pública para combatir la desnutrición y mortalidad infantil. En el libro *Nutrición para el Desarrollo* del Ministerio de Salud [MINSAL] (2010) se menciona que, si bien la entrega de alimentos dirigidos a la infancia no era una política de Estado, sino un acto de caridad, una institución pionera en la entrega de leche a inicios del Siglo XX fue el Patronato Nacional de la Infancia, del cual se originaron las Gotas de Leche en Chile en el año 1906, cuyo objetivo era controlar de manera periódica la salud de los niños de escasos recursos. Detallando en esta institución privada, en las Gotas de

Leche se encargaban de dar atención médica y social a lactantes, enseñar concepciones de puericultura a las madres y dar alimentos a los recién nacidos (Patronato Nacional de la Infancia, 1935). En estas instituciones trabajaban en conjunto: médicos, enfermeras, matronas y señoras visitadoras, estas últimas siendo reemplazadas por las visitadoras sociales.

> El trabajo del Servicio Social consiste en tratar de mejorar, por todos los medios posibles, la situación social, moral y económica en que vive y se desarrolla el niño inscrito en la Gota de Leche y debe formarse una idea cabal sobre las condiciones del ambiente que lo rodea. (Calvo Mackenna & Baeza Goñi, 1933, p. 8)

La presencia del Estado como parte primordial en la atención a la salud infantil comienza en el año 1924, con la aprobación de la Ley del Seguro Obrero Obligatorio, la cual no sólo velaba por la protección laboral, previsional y médica de los obreros y obreras, sino que también aseguraba la atención médica para el niño.

> Atención profesional de las aseguradas durante el embarazo, parto o puerperio; y además un auxilio igual al 50 por ciento durante las dos semanas que preceden y siguen al parto y de un 25 por ciento en el período posterior prolongado hasta el destete, cuándo amamantaren a su hijo. Este período no podrá exceder de 8 meses. (BCN, 1924).

Situado en este contexto sanitario, en el año 1925 se funda la primera Escuela de Servicio Social en Chile y en Latinoamérica por parte del Dr. Alejandro del Río, la cual dependió de la Junta de Beneficencia y Asistencia Social, ante la necesidad de un nuevo tipo de profesional que colabora con la medicina, encargada de los problemas sociales que tuvieran el paciente y su familia. Cuatro años después, en el año 1929, se crea la Escuela Elvira Matte ligada a la Universidad Católica. De modo que, en sus inicios, el Trabajo Social se concibió como una disciplina feminizada, cuyos roles estaban relacionados a la investigación de variables sociales que influyen en el Estado de la salud. En el ámbito materno-infantil, realizaron labores de educación a madres en cuanto a higiene y puericultura (Zárate & del Campo, 2021).

Ya situado en la década de 1930, y a modo de continuidad de la Ley del Seguro Obrero Obligatorio, se la promulga la Ley Madre-Hijo en el año 1937, en la cual se creó el Departamento de la Madre y el Niño, en la que hacía "el examen preventivo de la embarazada, atención del parto, control del recién nacido, control periódico del niño hasta los dos años y la dación de medicamentos y alimentos que sean necesarios" (El Diario ilustrado, 1937 en Jiménez de la Jara, 2009). De modo que la entrega de alimentación complementaria se hace presente hacia los niños de hasta dos años.

Para la década de 1940, en el contexto de la ampliación de la formación del Servicio Social, la mortalidad infantil y la desnutrición infantil son problemas persistentes en los sectores populares, es en este contexto en que se crean las nuevas escuelas de Servicio Social de Santiago, Concepción y Temuco, cuyo fundador fue el Dr. Lucio Córdova y dependen del Ministerio de Educación Pública, y posteriormente fueron parte de la Universidad de Chile ocho años después (Vidal, 2019; Zárate & del Campo, 2021).

Considerando los datos presentados por, en ese entonces, el Ministro de Salubridad Salvador Allende (1939) en *La Realidad Médico-Social Chilena*, la tasa de mortalidad infantil ha tenido alzas y bajas, pero teniendo cifras preocupantes, de manera general, ha ido aumentando desde el año 1903 hasta el 1938, llegando a una tasa de mortalidad de 236 por mil del total de nacidos. Para que tengamos una idea, actualmente las cifras del año 2023, en Chile, la tasa de mortalidad infantil fue de 1.576, representando 1.3% del total de fallecidos durante el año y siendo un 9.17 muertes por cada mil nacidos vivos (INE, 2023)

En su libro, Allende explica que la mortalidad infantil está relacionada a condiciones socio-económicas, como el bajo salario que condiciona la calidad y la cantidad de los alimentos en los hogares, lo que termina afectando en la nutrición familiar, lo que trae como consecuencias en el desarrollo del niño como bajas defensas y el fallecimiento de los lactantes. Así lo confirma en la siguiente cita:

> El organismo desnutrido se convierte en presa fácil de todas las infecciones tuberculosas, tifoideas y agudas, sin contar las enfermedades directamente producidas por la mala alimentación como los trastornos intestinales de los lactantes, principal causa de mortalidad infantil, raquitismo, enfermedades nerviosas, etc. (Allende, 1939, p. 38).

Durante la segunda mitad del siglo XX y considerando los planteamientos y datos de Hugo Behm (2010), la mortalidad infantil todavía era un problema de salud pública prioritario, aunque hubo una disminución en los índices de mortalidad infantil durante el periodo 1930-1960, estos índices seguían siendo preocupantes siendo de 119,6 por cada mil niños en el año 1960. Si bien las políticas públicas contribuyeron a dicha disminución, se resalta que la mortalidad infantil es multicausal, habiendo factores que afectan a la salud infantil como la condición socioeconómica, el acceso a la atención médica y condiciones culturales.

Considerando todo lo anterior, se destacan dos procesos clave que ocurrieron en paralelo y marcaron significativamente el desarrollo del Trabajo Social en Chile. Primero, la consolidación de la profesionalización del Trabajo Social, que se inició en 1925 con la creación de la primera escuela de esta disciplina en el país y se afianzó hasta 1965, cuando se lograron mayores estándares formativos y reconocimiento institucional. Segundo, la implementación de políticas públicas esenciales para combatir la mortalidad infantil, entre las cuales destaca la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952. Este organismo estatal asumió la responsabilidad de la salud pública en Chile durante los siguientes 25 años, hasta su disolución en 1979.

Creada bajo la Ley 10.383, el SNS se encargó de proteger la salud de los ciudadanos con acciones sanitarias y asistencia social, brindando atenciones médicas preventivas y curativas,

además de que unificó diferentes organismos, entre los cuales se incluyó la Junta Central de Beneficencia y Asistencia Social, además del Servicio Nacional de Salubridad, el Servicio de Seguro Social, la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, la Sección Técnica de Higiene y Seguridad Industriales, el Instituto Bacteriológico y los Servicios Médicos y Sanitarios de las Municipalidades (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 1952). Cuando empezó a operar el SNS, se incorporaron 549 asistentes sociales para el área operacional, trabajando dentro y fuera de hospitales y centros de salud, ya sea entregando información del paciente a los médicos para determinar causas de su enfermedad y actuando en campañas de prevención de enfermedades, higiene y salubridad, acercando la institución hacia las comunidades (González, 2017).

Dos años después de la creación del SNS, se implementa el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), el cual sigue vigente hasta la actualidad y que consiste en la entrega de leche dirigido a las mujeres embarazadas y preescolares hasta los 6 años (MINSAL, 2010). Mientras que la entrega de leche estaba garantizada desde el Ministerio de Salubridad, otro organismo fue primordial en cuanto a políticas de alimentación, siendo esta la Junta Nacional de Auxilio y Becas (JUNAEB), dependiente del Ministerio de Educación. Si bien es una institución relacionada al ámbito educativo, proporcionando beneficios como vestuario, útiles escolares, transportes, becas, hogares estudiantiles y préstamos estudiantiles, también se resalta como uno de sus ejes fundamentales, la alimentación de los niños en edad escolar (BCN, 1964). La JUNAEB se estableció en 1964 durante el gobierno de Jorge Alessandri, en respuesta a los cambios sociales y económicos que transformaron el país en la década de 1960. Con la expansión de la educación básica y media, y el aumento de la matrícula, surgió la necesidad de implementar dos jornadas escolares (mañana y tarde) en los establecimientos educativos, lo que significó un desafío en términos de la alimentación de los estudiantes. En este contexto, la JUNAEB fue reestructurada y adquirió mayores atribuciones mediante la ley N° 15.720, promulgada el 1 de noviembre de 1964, convirtiéndose en una corporación autónoma. La iniciativa de su creación se atribuye a los diputados Radomiro Tomic y Alberto Jerez, quienes promovieron la Ley de Auxilio Escolar, Becas y Préstamos Universitarios en 1962, con el objetivo de garantizar el acceso a la educación primaria para los niños más vulnerables del país (JUNAEB, 2014).

Al inicio de la década de 1970, en el gobierno de la Unidad Popular, a modo de continuidad y expansión del PNAC, se implementó el Programa Nacional de Leche (PNL), también conocido como el "Medio Litro de Leche", iniciando el 4 de enero de 1971 bajo la responsabilidad del SNS, extendiendo a el beneficio a todos los niños, ya no hasta los 6, sino que hasta los 15 años (Solimano, Unda & Álvarez, 1972). Los autores resaltan como elemento positivo la participación de la comunidad de parte de Líderes y Voluntarios de Salud, en el sentido de que contribuyeron al cumplimiento del programa, de modo que este programa no sólo implicó una mayor presencia del Estado sino también la participación de personas en la promoción de la entrega de leche, esto implicó la concientización masiva a las madres y a la comunidad en general sobre esta política a través de profesionales de la salud y entrega de información por

medio de folletos. En la *Carta abierta a las madres chilenas* de la Editorial Universitaria (1971), se les habla a las madres chilenas sobre la importancia del medio litro de leche para los niños y así combatir a la desnutrición, haciendo énfasis en los beneficios del consumo de la leche:

> La leche es un "alimento completo" porque aporta todas las sustancias nutritivas requeridas por el organismo y es capaz de mantener al niño en buen estado de salud física y mental, con resistencia a las infecciones. No quiero, sin embargo, que creas que basta la leche, sino, simplemente, que además de las comidas normales no puedes dejar de darle diariamente medio litro de leche.
>
> En un litro de leche se encuentra tal cantidad de sustancias nutritivas que su consumo habitual contribuye a mantener sano a cualquier niño. Por eso es que la leche es el arma básica para combatir la desnutrición. (p. 5).

Aparte de esto, también se dio énfasis en las medidas sanitarias para preparar la leche, ya que otro problema de salud infantil que estaba en la mira eran los cuadros de diarrea, existiendo, en ese entonces, el mito de que la leche es la causa de las diarreas a los niños, lo cual resultaba en un obstáculo para la masificación de esta política.

> Muchas veces habrás oído decir y quizás creas, que la leche produce diarreas en los niños. Esto es un grave error. Lo que produce diarreas no es la leche sino la falta de higiene para prepararla: Si les das la leche sin hervir, servida en una taza mal lavada o secada con paños sucios, corres el riesgo de entregar a tus hijos un alimento contaminado que puede provocarles graves enfermedades. (Editorial Universitaria, 1971, p. 4).

Tal como lo señala la literatura, las políticas públicas enfocadas en la salud infantil y alimentación para combatir la mortalidad fueron importantes para el Trabajo Social, tanto en los orígenes de la profesión en la primera mitad del siglo XX, por medio de su labor realizada en las Gotas de Leche, el Patronato Nacional de la Infancia y en las instituciones de salud pública relacionadas a la Caja del Seguro Obrero Obligatorio, como en el fortalecimiento del Estado en la segunda mitad de este siglo, adoptando nuevas medidas para garantizar la alimentación de los niños y niñas en Chile a través del PNAC y de la JUNAEB. Lo cual va coincidir con periodo de cambios profundos, tanto a nivel nacional, como para el Trabajo Social con el Movimiento de Reconceptualización.

Para sintetizar, la primera mitad del Siglo XX, la creación de las primeras escuelas de Trabajo Social coinciden con la creación de iniciativas y políticas públicas centradas en la salud

infantil, por lo que es pertinente encontrar y mostrar cuáles fueron los aportes de las trabajadoras sociales en la política de salud infantil en la segunda mitad del siglo XX; una época de muchos cambios, en donde coinciden el Movimiento Reconceptualizador del Trabajo Social, la creación de políticas que toman como eje central la alimentación infantil como la JUNAEB o el Medio Litro de Leche y un camino hacia el socialismo.

2. Estado del Arte.

Considerando el objeto de estudio, el cual es el rol del Trabajo Social en políticas de salud infantil enfocadas en alimentación, resulta pertinente aproximarse a investigaciones relacionadas a esta temática. En este caso se consideraron publicaciones que abordan el Trabajo Social en el ámbito de la salud durante el siglo XX y estudios sobre políticas de alimentación infantil en Chile. Los estudios e investigaciones sobre el Trabajo Social dentro del área de la salud han sido explorados considerando su origen sanitario. La consolidación de la salud pública en el siglo XX va relacionada a la creación del Estado Asistencial como respuesta ante las problemáticas de desigualdad producto de la Cuestión Social. Como lo señala Illanes (2010), el desarrollo de la salud pública ha estado vinculada a los procesos históricos y sociales, estando marcado entre las demandas de las clases populares, la intervención estatal y los avances científicos. En este contexto, no sólo se encuentra el esfuerzo estatal en temas de salud, sino que también se hacen presentes otros actores como el pueblo, siendo por lo general el receptor de la política pública y también los profesionales que representan a la ciencia, encargados de intervenir directamente en la población.

Acorde a González (2017), la creación de la primera Escuela de Servicio Social en Chile tuvo una “impronta sanitaria” de parte del Dr. Alejandro del Río, lo cual fue un sello identitario para el Servicio Social del siglo XX, estando ligado al proceso de profesionalización del Trabajo Social, siendo los servicios de salud el principal campo laboral para estas profesionales. Si

bien existe como antecedente la caridad de parte de las mujeres de la aristocracia, la aparición de la Visitadora Social ocurre en un contexto de modernización de la medicina y responde a la necesidad de tener una profesional encargada de intervenir en los problemas sociales que aquejan a la población (González, 2017). Es importante destacar que según Illanes (2007), la aparición de las visitadoras sociales implicó la instalación de una nueva forma de intervenir hacia las clases populares desde la institucionalidad, lo cual se hizo a través de la introducción de las "mujeres de la asistencialidad", desde las mujeres de la caridad hasta la consolidación de la Visitadora Social como profesión feminizada, funcionando como mediadora entre Estado y Pueblo, e interviniendo en la vida de las personas.

> Especialmente relevante es su participación en Gotas de Leche y Hospitales, como una clara expresión del objetivo original del Servicio Social de conectar y conducir al pueblo hacia las instituciones asistenciales de cuidado de su cuerpo como curación y prevención, […]. (Illanes, 2007, p. 299)

Considerando este panorama, las asistentes sociales -y otras profesionales como enfermeras y matronas- fueron las intermediarias directas entre el Estado y los beneficiarios en un contexto en donde los problemas de salud como la enfermedad y la mortalidad infantil estaban entramados en las condiciones de pobreza (González & Farah, 2017; González y Zárate, 2017; González y Zárate, 2019). Respecto a la primera mitad del siglo XX, González y Zárate (2017) exploraron la importancia de profesiones sanitarias y feminizadas como enfermeras y visitadoras sociales en la consolidación del Estado Asistencial, además de la particularidad de que si bien, estuvieron subordinadas al trabajo médico y al ámbito de la caridad, pudieron contribuir con nuevos conocimientos. Ambas autoras resaltan que, si bien la consolidación de ambas profesiones puede verse como una herencia de la actividad caritativa de las mujeres aristócratas y religiosas de la época, en la práctica, la visita domiciliaria de las visitadoras sociales y enfermeras fue una intervención científica hacia la familia pobre. Lo que implicaba relacionarse de manera íntima con la familia con el fin de conocerlas, diagnosticando sus condiciones e interviniendo en sus vidas, lo cual permitió el vínculo entre el nuevo Estado Asistencial y los beneficiarios.

Considerando que las visitadoras sociales fueron una profesión complementaria al médico, realizando la labor que el médico no podía hacer: el de acercarse a la realidad social del paciente y su familia; de modo que, en sus inicios, el desempeño profesional de las visitadoras sociales fue en dependencias de la Junta de Beneficencia, en los policlínicos de la Caja del Seguro Obligatorio y en el Patronato de la Infancia, además de instituciones ligadas al tratamiento y prevención en salud de enfermos y sus familias, mujeres embarazadas, madres e hijos (González & Flores, 2020). Pero su origen sanitario no limitó el desarrollo de esta profesión, ya que lograron ampliar su campo de actuación y tener independencia profesional, lo cual va relacionado con la creación de nuevas de Servicio Social. De modo que, "en estas otras escuelas -ninguna dependiente de la medicina-, se desarrollaron nuevos campos ocupacionales, incluyendo el Servicio Social rural, intervención comunitaria, auxilio social en escuelas y otros servicios a niños y jóvenes". (González & Flores, 2020, p. 123)

En la segunda mitad del siglo XX, el Servicio Nacional de Salud (SNS) fue el organismo estatal encargado de velar por la salud de las personas en Chile, siendo las enfermeras, matronas y asistentes sociales quienes se encargaron de implementar los programas del SNS, teniendo

contacto directo con los beneficiarios y de ejecutar las disposiciones que el médico tenía para el paciente, realizando labores de instrucción y guía (González & Zárate, 2019). En el caso de la asistente social, mediante la visita domiciliaria, indagaba sobre los problemas familiares, habitacionales y económicos, pero este contacto no sólo las hizo ser intermediarias entre Estado y usuario, sino que también implicó un contacto con la vida cotidiana del usuario (González & Zárate, 2019). Además, desde el SNS se promovió la intervención comunitaria, en donde las trabajadoras sociales tuvieron un rol importante, realizando trabajo en terreno en las poblaciones desde un enfoque pedagógico (González, 2021).

Tomando en cuenta lo anterior, las asistentes sociales fueron profesionales estratégicos en la implementación de la política sanitaria, encargándose en el área operacional del SNS, mediante la atención al público, trabajo en oficina, realización de trámites, y actividades en terreno como visitas domiciliarias e intervención comunitaria (González & Farah, 2017).

> Se mantuvo una constante del trabajo de las profesionales una intervención social dirigida a mujeres pobladoras, por ser el programa de salud materno-infantil la política sanitaria más importante del SNS y dado que ellas parecían ser mejores receptoras y multiplicadoras de los hábitos y normas de salud que se inculcaban a la población. (González & Farah, 2017, p. 129).

Teniendo como antecedentes iniciativas privadas como las Gotas de Leche y la presencia del Estado en la protección de la salud materno-infantil mediante la aprobación de la Ley del Seguro Obrero en el año 1924 y la Ley Madre y el Niño en 1937, no sólo se pueden ver elementos de continuidad en el papel del Estado dentro del PNAC creado en el año 1954, sino que también hay un fortalecimiento y extensión del Estado (Goldsmith, 2017). Respecto al periodo que se enfoca este trabajo, cabe mencionar que durante el gobierno de Frei Montalva se amplía la cobertura, dirigiéndose a sectores rurales y urbanos. Para consolidar dicha expansión de cobertura, hubo un mayor foco hacia la visita domiciliaria de parte de profesionales de la salud para reclutar beneficiarios, la cual se encaminó hacia la educación sanitaria.

> Las visitas domiciliarias no se producían una sola vez, no tenían límites de tiempo estrictos, ni el contenido de las interacciones durante las mismas estaba estrictamente delimitado. En estos encuentros, los trabajadores sanitarios impartían formación sobre técnicas modernas de crianza de los hijos y creaban condiciones sanitarias en el hogar. (Goldsmith, 2017, p. 101)

Además de ampliar la cobertura a sectores rurales y urbanos populares, el PNAC fue crucial tanto para la instauración de la salud comunitaria como para la conceptualización de la alimentación como derechos garantizados por el Estado. Esto último se profundizó durante el gobierno de la Unidad Popular, ya que la política del "Medio litro de leche" no sólo implicó una expansión del PNAC, sino que también hizo que la leche adquiriera una importancia simbólica. Esto hizo que tuviesen continuidad en la actualidad a pesar de los cambios de regímenes (Goldsmith, 2019).

Bajo este contexto de implementación de políticas públicas, se va creando un vínculo entre el implementador y el beneficiado, propiciando un dispositivo de control social que regulaba la vida de las familias beneficiarias mediante instancias pedagógicas que conllevan cambios en los modos de crianza y maternidad. Acorde a Neves (2021), la implementación de políticas

públicas materno-infantiles como el Plan Nacional de Leche, implicaron la vigilancia del Estado para asegurar la buena alimentación de niños y niñas, de modo que se promovió un modelo de maternidad mediante la capacitación de la mujer en los cuidados y alimentación de sus hijos. Para la implementación del PNL, fue primordial no sólo asegurar la entrega de la leche, sino también la intervención de profesionales como las trabajadoras sociales que cumplieron roles de docencia y concientización hacia el pueblo. La lucha contra la desnutrición y mortalidad infantil fue tarea de todos, para la construcción de la nueva sociedad socialista. En políticas como el PNL, la leche adquirió un significado revolucionario, lo cual implicó la intervención del Estado en la promoción de una buena alimentación para el cuidado de los niños mediante la entrega de leche. Por lo que, tanto profesionales de la salud como profesores hicieron labores educativas en consultorios, escuelas y talleres en centros de madres, realizando labores educativas en cuanto a temas de cuidados, lactancia y preparación de alimentos (Neves & Valdés, 2024).

3. Marco Teórico.

Para poder desarrollar esta investigación y entendiendo la coyuntura histórica chilena de este periodo, se ha decidido abordar el trabajo bajo la perspectiva histórico crítica, tomando como referente a Marilda Iamamoto (1992), en donde se entiende que el Trabajo Social como una profesión inserta en el modo de producción capitalista y que está condicionado por las estructuras sociales y económicas predominantes. Por lo que, las intervenciones del Trabajo Social no sólo responden a las necesidades inmediatas de las personas, sino que también está tensionado por las relaciones de poder y las dinámicas de dominación presentes en la sociedad capitalista, las cuales superan y condicionan la voluntad individual de su actuación profesional.

Esta dinámica refleja la complejidad de la práctica del Trabajo Social, que se desarrolla en un contexto de las relaciones de poder y dominación inherentes al modo de producción capitalista. Aunque el Trabajo Social busque la liberación, de igual manera termina reproduciendo las relaciones sociales existentes. El Servicio Social se caracteriza por tener límites en su autonomía debido a que funciona bajo las órdenes del Estado, mientras que también es un puente entre los intereses del capital y las demandas de la clase trabajadora. Tal como se plantea en el texto:

> Lo que es el derecho el trabajador, reconocido por el propio capital, es manipulado de tal forma que se torna un medio de reforzar la visión paternalista del Estado, que recupera en ese proceso el *caudillismo** presente en la historia política brasileña, ahora instaurado en el propio aparato del Estado. El nuevo “caudillo” pasa a ser el Estado, y los servicios sociales transfigurados en asistencia social se tornan uno de los puentes para el establecimiento de relaciones para con los súbditos. (...) Se torna un medio no sólo para mantener a la fuerza de trabajo en condiciones para ser explotada productivamente, evitando alteraciones substanciales en la política salarial que afecten la lucratividad de los empresarios, sino y principalmente, un instrumental para controlar y prevenir posibles insubordinaciones de los trabajadores que escapen al dominio del capital. (Iamamoto, 1998, pp. 108-109).

También, dentro de todas las organizaciones institucionales que realizan el ejercicio profesional, se menciona que el Estado es el mayor empleador de Asistentes Sociales, ya que el para el Estado:

> Es necesario acentuar su importancia decisiva en la reproducción de las relaciones sociales, en su condición de legislador y de controlador de las fuerzas represivas. Éstos dos "brazos" del Estado son mutuamente complementarios en la tarea de asegurar el poder y el orden establecido según los intereses dominantes. (Iamamoto, 1992, p. 95).

Siguiendo con Iamamoto (1992), el Trabajo Social, al estar condicionado por las estructuras sociales y económicas dominantes, no es una práctica autónoma ni neutral, de modo que las intervenciones de las trabajadoras sociales responden tanto a las necesidades inmediatas de las clases populares como a los intereses del Estado y del propio capital. En este marco, el Trabajo Social tiene un doble papel:

En primer lugar, **busca aliviar las tensiones sociales** causadas por las desigualdades económicas y por otro lado **contribuye a mantener el orden social existente**. En este sentido, el trabajador social al estar ligado a instituciones estatales, su fuerza de trabajo es mercantilizada y remunerada mediante el salario, se convierte en un técnico de tecnologías sociales cuya actuación está profundamente condicionada por las políticas que implementan estas instituciones.

> Responde tanto a demandas del capital como del trabajo y sólo puede fortalecer uno u otro polo por la mediación de su opuesto. Participa tanto de los mecanismos de dominación y explotación como también, al mismo tiempo, [...] da respuesta las necesidades de sobrevivencia de las clases trabajadoras y de la reproducción del antagonismo en esos intereses sociales, reforzando las contradicciones que constituyen el móvil básico de la historia. (Iamamoto, 1992, p. 89).

Desde este marco de análisis de la profesión, observaremos el rol que jugaron en Chile las trabajadoras sociales en la implementación de las políticas de salud infantil durante los gobiernos de Eduardo Frei Montalva y Salvador Allende, en donde la desnutrición y la mortalidad infantil estaba entre los principales problemas de la salud pública. Por lo que, tanto, las políticas como: el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) y el Medio Litro de Leche, intentaban reducir la desnutrición infantil, pero también eran parte de una estrategia estatal para estabilizar el orden social en un contexto de crecientes tensiones sociales.

Iamamoto (1992) enfatiza en que el Trabajo Social está condicionado por el Estado y sus políticas, las cuales, bajo el modo de producción capitalista, responden a los intereses del capital. En este contexto, desde el referencial teórico adoptado, podemos establecer que las trabajadoras sociales vinculadas al SNS no sólo brindaban apoyo a las familias vulnerables, sino que también seguían las directrices del Estado en términos de control y vigilancia. Un ejemplo de esto, se puede observar en las visitas domiciliarias y el trabajo en terreno, donde, además de mejorar la salud infantil, se buscaba imponer ciertos estándares de cuidado y maternidad, interviniendo o regulando indirectamente en las vidas de las familias.

También, Iamamoto (1992) plantea que el Trabajo Social, al igual que otras profesiones asalariadas, no está exento de las alineaciones y condicionantes propias de su condición dentro del modo de producción capitalista. Así lo explica en la siguiente cita:

> El trabajo del Asistente Social se inserta en una relación de compra y venta de mercancías donde su fuerza de trabajo es mercantilizada. Ahí se establece una de las líneas divisorias entre la actividad asistencial voluntaria, desencadenada por motivaciones puramente personales e idealistas, y la actividad profesional que se establece mediante una relación contractual que reglamenta las condiciones de obtención de los medios de vida necesarios para la reproducción de ese trabajador especializado. (Iamamoto, 1992, p. 100).

Por lo que las trabajadoras sociales, al ser asalariadas del Estado, participan en el mercado de trabajo, y su fuerza de trabajo se convierte en "una mercancía más" dentro del modo de producción capitalista. En este contexto, sus funciones y responsabilidades están diseñadas para cumplir con los objetivos y demandas del Estado y del mercado, antes que con los intereses inmediatos de la clase popular. Así, su labor se ve condicionada por las políticas estatales y las exigencias de productividad, lo cual afecta su capacidad para responder autónomamente a las necesidades de los sectores populares.

En Chile, el rol de las trabajadoras sociales en los programas de alimentación infantil, no solo implicaba la intervención técnica de salud pública, sino que también reforzaba el lazo y la relación entre el Estado y las clases populares, garantizando que las políticas se apliquen de acuerdo con las prioridades y funciones del Estado.

Igualmente, es pertinente hablar sobre la “autonomía relativa”, concepto que es utilizado por Katia Marro (2021) para referirse a la capacidad que tienen los profesionales para resignificar y responder a los condicionamientos objetivos del contexto histórico-social en el que operan. En este sentido, se explica que la autonomía relativa:

> Se funda y se torna posible a partir del carácter contradictorio de las relaciones sociales. De esta forma, el carácter político del TS también se hace presente en la atención que existe entre el control y encuadramiento de las clases subalternas, y la lucha por los derechos de ciudadanía y el acceso a servicios/recursos fundamentales (Marro, 2021, p. 66).

Por lo tanto, se puede mencionar que la autonomía relativa se centra en la naturaleza polarizada y contradictoria de las relaciones sociales en la sociedad capitalista, en donde las prácticas profesionales están insertas en un contexto de relaciones de poder, que busca controlar y encuadrar a clases subalternas y a su vez, luchando por los derechos de ciudadanía y el acceso a servicios y recursos importantes. Este concepto permite que los trabajadores sociales actúen bajo las estructuras e instituciones que imponen ciertos límites, exista la posibilidad de interpretar y cambiar dichas prácticas en función de los intereses y necesidades de los sectores populares.

La autora destaca que la autonomía no es absoluta, sino que está condicionada por la naturaleza de la profesión, la cual interviene en la vida cotidiana de grupos sociales subalternados. La contradicción en la práctica del Trabajo Social surge al intervenir en estas formas de expresión, resistencia y creación, lo que abre la posibilidad de que los trabajadores

sociales orienten su acción hacia una dirección social alternativa. Este carácter contradictorio permite que, aunque la profesión cumpla una función en la reproducción de las relaciones sociales, pueda alinearse con las luchas sociales de su tiempo y articularse con los sectores populares a través de programas institucionales (Marro, 2021).

4. Pregunta de investigación.

En este informe de titulación, la pregunta de investigación orientadora fue: ¿Cuál fue el rol del Trabajo Social en políticas de salud de infancia, enfocado en la alimentación, durante el periodo 1964 y 1973?

Es en todo este contexto, que surge la necesidad de investigar en detalle las funciones realizadas por trabajadoras sociales en la implementación de la política pública de alimentación. Esto considerando que en sus inicios, la creación del Servicio Social como profesión en el año 1925 estuvo relacionado al ámbito sanitario, de modo que resulta fundamental recuperar no sólo información sino historias de las trabajadoras sociales que desempeñaron sus funciones en hospitales, consultorios y escuelas, siendo un elemento de continuidad de las funciones sanitarias ejercidas en sus inicios. Sobre este el rol del Trabajo Social en políticas de alimentación, al ser un tema poco explorado no se han encontrado investigaciones que aborden este tema en profundidad.

5. Objetivos.

El objetivo de este trabajo es caracterizar el rol del Trabajo Social en la ciudad de Santiago, en relación a las políticas públicas (SNS) de alimentación de infancias en los gobiernos de Eduardo Frei-Montalva y Salvador Allende.

Objetivos específicos.

a. Identificar aportes del Trabajo Social en políticas de infancia entre los años 1964-1973.
b. Caracterizar el tipo de labor hecho por los trabajadores sociales en políticas de infancia en el período 1964-1973.
c. Analizar las discusiones académicas en la tesis Trabajo Social en relación a las políticas de salud.

6. Metodología.

El presente trabajo se enmarca dentro del Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Trabajo Social de la Universidad de Chile, bajo la Línea de Estudios Historiográficos en Trabajo Social. Este proyecto, se fundamenta en la importancia de realizar una “revisión bibliográfica crítica de la disciplina, considerando el centenario del Trabajo Social chileno (1925-2025)”. (Programa NEITS, 2024, p. 1)

Durante el primer semestre, se utilizó una metodología de tipo cualitativa, llevando a cabo la revisión de material mediante el Análisis Documental, específicamente de informes ministeriales, revistas de salud y archivos como tesis de titulación de estudiantes de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Chile y de la Pontificia Universidad Católica

de Chile (PUC) que comprenden el periodo entre el año 1964 a 1973. Se accedió a las tesis de la Universidad de Chile mediante el Repositorio Académico de la Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM), estas tesis en particular toman la temática de Salud Infantil, estando relacionadas directamente con el Servicio Nacional de Salud.

De igual manera, se revisaron volúmenes disponibles de la revista *Servicio Social*, perteneciente a la Escuela Alejandro del Río. También se consideraron revistas de salud como la *Revista Chilena de Pediatría, Cuadernos Médico Sociales*, *Boletín del SNS* y la *Revista de Medicina Preventiva y Social* del SNS, donde se redactaron sobre las funciones y roles que desempeñaron las trabajadoras sociales en el SNS, además de volúmenes de la revista *Cabrochico*. En esta búsqueda, también se consultaron decretos nacionales y leyes que establecen sus responsabilidades, además de explorar libros escritos por historiadores que describen detalladamente las labores de las trabajadoras sociales durante ese periodo[1].

Respecto al instrumento utilizado, el Análisis documental es una técnica que implica la recolección de datos mediante la revisión de archivos históricos, permitiendo rescatar conocimiento para comprender el contexto de una sociedad (Mills en Valles, 1999). Este tipo de técnica cuenta con ventajas, algunas que son pertinentes mencionar como el acceso a gran cantidad de información que aborda largos periodos de tiempo, permitiendo dar a conocer información sobre acontecimientos pasados y dar una visión general sobre el contexto sociocultural de la época (D'Ancona, 1998). Por lo mismo se destaca que el Análisis de Documentos permite explorar la historicidad de un fenómeno, en el sentido de que estos documentos representan un periodo determinado, dando dimensión histórica a la investigación (Valles, 1999). Situándose en la temática a investigar, el análisis de archivos como son las tesis de titulación permitiría visibilizar no sólo la realidad y contexto en que se sitúa el rol de Trabajo Social, sino que también deja entrever las reflexiones críticas acorde al contexto trabajado.

7. Resultados y discusiones del problema.

En base a la revisión de los documentos anteriormente mencionados, se abordará el rol de las trabajadoras sociales dentro del SNS en relación con las políticas de alimentación en infancias, analizando tanto su función en el ámbito intrahospitalario como su trabajo en casos de grupo y sus incidencias dentro del SNS y las políticas, durante el periodo estudiado. Asimismo, se reflexionará sobre las discusiones académicas vinculadas a este rol y las políticas implementadas, integrando ambos aspectos en un análisis conjunto que permita comprender mejor la contribución y los retos de las profesionales en dicho contexto.

Cuando se habla o cuestiona sobre el rol del Servicio Social en el área de la salud en Chile, a menudo se asume que se formó en base a un proceso lineal que avanza con el paso del tiempo. Sin embargo, esto está lejos de ser cierto, si pensamos en la perspectiva histórico-crítica, de la cual Marilda Iamamoto (1992) es una principal referente, se puede mencionar

[1] Dentro de las fuentes primeras, son 6 tesis de Universidad de Chile, 2 tesis de P. Universidad Católica, 6 artículos de revistas de salud y 8 documentos institucionales, como memorias, reglamentos y programas. Para revisar con detalle el listado completo de las fuentes analizadas, revisar el Anexo 1 al final del documento.

que son las coyunturas históricas, las que peculiarizan el ejercicio profesional. A continuación, se podrá observar cómo esta peculiarización del ejercicio profesional permite la mutación y la transformación del ejercicio del Servicio / Trabajo Social, entre los años 1964 y 1973.

Para los propósitos de este trabajo, el análisis se enfocará en los siguientes períodos:

a. 1964 y 1968
b. 1968 y 1971
c. 1971 y 1973

¿Por qué estos períodos?. Se decidió dividir el apartado de resultado, debido a que en el análisis de estos, se evidenciaron tres puntos importantes.

Durante el primer período (1964-1968), se observan en las tesis y revistas, los roles y colaboraciones de la profesión con médicos y enfermeras dentro del SNS, lo cual estaba en línea con las directrices del Código Sanitario y el enfoque asistencialista predominante.

En el segundo período (1968-1971), surge un cuestionamiento por parte de las estudiantes de Servicio Social, principalmente en sus tesis, hacen crítica sobre los roles y funciones que se estaba desempeñando en el SNS.

Finalmente, en el último período (1971-1973), las trabajadoras sociales incrementaron significativamente su protagonismo en el ámbito de la salud. Este período marcó una ampliación de su influencia más allá del entorno hospitalario, integrándose en labores multidisciplinarias como la educación, la coordinación y la investigación.

Ahora, cada uno de estos periodos, los veremos a mayor profundidad a continuación.

PRIMER PERIODO, 1964-1968: Trabajo Social Asistencial.

En este período se destacan tres elementos centrales, el primero da cuenta del rol de colaboración médica del Trabajo Social en el SNS, el segundo está ligado al marco normativo que delimita la acción del Trabajo Social y el tercero es el asistencialismo del Trabajo Social que limita su acción en el ámbito materno-infantil mediante intervenciones paliativas.

Como contexto histórico, en 1964, Eduardo Frei Montalva comienza su cargo como Presidente de la República, en donde, con su programa de gobierno, impulsó “la extensión de los servicios de protección, conversación y recuperación de la salud, destinados a favorecer a las clases más modestas” (Partido Demócrata-Cristiano, 1967). Durante este periodo, disminuyó la mortalidad infantil, aumentó la distribución de la leche para madres y niños, además de aumentar en un 40% los cupos de camas habilitadas para 1966 y aumentar en un 31% las vacunaciones

Adicionalmente, en el contexto universitario del Servicio Social, viene con un auge arrastrándose desde 1925, en el ingreso y apertura de nuevas sedes de la Universidad de Chile para poder democratizar el ingreso a la carrera. En específico, durante la década de 1960, la Universidad de Chile aumentó en un doble sus cupos para poder estudiar Servicio Social y de igual manera, muchas estudiantes quedaron sin poder ingresar. La alta demanda, responde a una necesidad de trabajo estable, siendo el SNS, un verdadero trampolín para

consolidarse, siendo en este periodo el “contratante de casi un 30% de las asistentes, porcentaje que se mantuvo más o menos fijo hasta 1975”. (González, 2017, p. 362)

Aunque lo anterior puede sonar optimista, los hallazgos obtenidos a partir del análisis de tesis de estudiantes de Servicio Social, artículos de revistas e informes institucionales revelan una perspectiva distinta. Durante este periodo (1964-1968) en la necesidad de cumplir con las órdenes y los lineamientos del programa del gobierno de turno, se puede observar que ***el rol de las asistentes sociales durante este periodo, se centró en la colaboración interna entre médicos y enfermeras con el Servicio Social, como también en prácticas asistencialistas con los usuarios del SNS***, ya sea en visitas domiciliarias, seguimiento de casos y solucionar problemas extrahospitalarios que afecten en la recuperación del paciente.

De igual manera, abordaron los factores socioeconómicos y socioculturales que influyen en el bienestar infantil, realizando tareas como orientación a las madres sobre derechos previsionales, intervenciones comunitarias y visitas domiciliarias. Además, participaron en el seguimiento de casos de desnutrición, colaborando con equipos de enfermería y asegurando la adecuada distribución y uso de recursos como la leche suplementaria. En otros espacios, también desempeñaron funciones de supervisión y guía en la formación de nuevos profesionales, destacando su papel educativo y de liderazgo en la práctica comunitaria.

Siendo la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), en 1952, como único centro que engloba toda la atención de la salud del país, marcó un hito en el ámbito sanitario y el Trabajo Social, ya que es en este momento cuando las asistentes sociales asumen un rol más protagónico en este sector. Según se menciona en la Revista de Medicina Preventiva y Social:

> la finalidad del hospital era proporcionar al individuo al restablecimiento de su salud y, por lo tanto, se estimó que la finalidad principal del Servicio Social hospitalario era el de individualizar al paciente a fin de conocerlo, y poder ayudarle a solucionar las dificultades de índoles económica, social o jurídica que estuvieran entorpeciendo su recuperación. (Sección Servicio Social, 1961, p. 63)

En este periodo, las trabajadoras sociales en el SNS desempeñaron un rol complementario al del médico. Mientras que los primeros se encargaban de la recuperación física del paciente, las asistentes sociales se ocuparon de resolver los problemas externos que pudieran interferir en su recuperación, abordando el caso social, mediante tareas ligadas a consultas, trámites internos y externos, visitas domiciliarias e intervenciones comunitarias en clubes y comités (Servicio Nacional de Salud, 1964; 1965; 1966; 1967). Dichas acciones concordaban con el marco normativo vigente siendo uno de estos el Código Sanitario, afín a los objetivos de fomento y promoción de la salud, teniendo como uno de sus ejes primordiales la protección materno infantil, la cual va dirigida hacia las mujeres embarazadas y a sus hijos, quienes tendrán derecho a la protección por parte de instituciones del Estado (BCN, 1968).

En cuanto a los profesionales encargados de trabajar en el SNS, estos se encuentran definidos en el *Reglamento del personal del Servicio Nacional de Salud* (1956), estando clasificados en tres subgrupos: *profesionales técnicos, otros profesionales* y *profesionales de colaboración médica*.

Los profesionales pertenecientes al último subgrupo -en el que se incluyen a las asistentes sociales-, tienen como funciones la cooperación en el cumplimiento de acciones para la

protección y promoción de la salud de forma directa con los profesionales técnicos como médicos, dentistas y farmacéuticos (Ministerio de Salud Pública, 1956). Además, el reglamento vigente para Servicio Social del SNS, da cuenta de manera muy general el modo de acción en la intervención, aplicando el método más adecuado para el programa, y específicamente sobre la salud infantil, *el Servicio Social debe velar por la protección de la madre y el niño* (SNS, 1956).

En cuanto a la salud infantil, el reglamento vigente para el Equipo de Servicio Social en el Programa Materno-Infantil fue creado en el año 1962, especificando las funciones que deben realizar en hospitales y consultorios externos. La labor esperada de la asistente social estaba relacionada a la cooperación con los profesionales médicos mediante la atención a la embarazada, la orientación a la madre sobre beneficios y la atención de problemas médico sociales de la madre y el niño. Asimismo, se resalta también que deben *"Colaborar directamente en la conservación y buen aprovechamiento de la leche u otros beneficios, por parte de las madres"* y *"Organizar y hacer funcionar grupos de madres con fines educativos, que establezca el Servicio en su Programa Materno-Infantil"* (Álvarez, et al., 1966, p. 91).

Pero no sólo se esperaba que las asistentes sociales hicieran intervenciones en los problemas socioeconómicos y socioculturales que afectan el desarrollo del niño, sino que también debían trabajar en conjunto con el Equipo de Enfermería en el control hacia niños con problemas de desnutrición, atendiendo los casos más graves y en caso de ser necesario, hacer derivación a Enfermería (SNS, 1966). Esta acción de colaboración médica no sólo se quedaba en el control del niño con desnutrición, sino que también iba dirigida a los padres, mediante la educación sobre cuidados del lactante a través de intervenciones de grupo o comunidad. Del mismo modo, enseñando sobre cuidados y debiendo estar "informando del alimento y la forma de su preparación que corresponde a cada niño según su edad y desarrollo" (Michaud, 1965, p. 30)

> La atención médico social, en el campo materno infantil, exige, necesariamente, una integración de los profesionales que en él trabajan. El trabajo en equipo se hace necesario, pero para que este trabajo de buenos resultados, es indispensable que se plantee sobre una base de igualdad entre los profesionales que lo componen, que planifique en conjunto, se realice en forma integrada, en la que cada profesional cumpla su parte dentro del programa, pero en íntima relación con los otros componentes del equipo y que se evalúe también en conjunto. (Michaud, 1965, p. 27).

Aunque el SNS fue creado como un organismo estatal que garantizó la atención médica integral hacia la población, ***los reglamentos del SNS condicionaron la acción de las asistentes sociales, relegándolas a la colaboración médica***, de modo que estas acciones, aunque necesarias, sólo reproducen las relaciones de poder.

En una experiencia docente coordinada entre la cátedra de Higiene y Medicina Preventiva y Social de la Universidad de Chile con la Cátedra de Pediatría del Hospital Luis Calvo Mackenna, los estudiantes fueron guiados por una asistente social en la supervisión de la atención médica y de visitas domiciliarias; esto con el objetivo de que el alumno se familiarice con las condiciones sociales que rodean al lactante y apreciar cómo estos factores influyen en su desarrollo (Kaempffer, Gutiérrez, Radrigan & Manríquez, 1964). El hecho de que en esta experiencia docente la asistente social sea una guía para los alumnos no significa

necesariamente que tome un puesto definido dentro de la atención a los niños, sino que acentúa su acción profesional a la colaboración médica, sirviendo de complemento a las intervenciones de labor médica.

La intervención social realizada por asistentes sociales en la política materno-infantil es insuficiente para generar cambios significativos debido a que los reglamentos del SNS limitan la acción profesional, de modo que la intervención aborda parte de los problemas ligados a la mortalidad infantil pero no sus causas estructurales. Esto puede verse en esta experiencia de intervención realizada por un equipo médico conformado por un pediatra, una enfermera jefe, asistente social, matrona, dentista y cuatro alumnas de la cátedra de Puericultura de la Cruz Roja, que tomó como eje central la enseñanza sobre cuidado del lactante, cuidado de la alimentación e higiene. Esta intervención resultó exitosa, pero se resaltan algunos problemas a nivel de personal, en el caso del Servicio Social su intervención no puede lograr enfrentar la magnitud de la problemática de la mortalidad infantil, al punto de que estas profesionales se encuentran *"abatidas y en parte rutinizadas y vencidas"* (Montero & Chadwick, 1966, p. 737).

En cuanto al rol profesional del Trabajo Social, es interesante observar que en un artículo de la *Revista de Medicina Preventiva y Social* del SNS publicado en el año 1961, ya se discutía sobre el rol que debería tener el equipo de Servicio Social, demandando la integración de las asistentes sociales dentro del SNS con un rol más protagónico para dar solución a los problemas, ya que:

> El trabajo que actualmente realiza el Servicio Nacional de Salud, de acuerdo con el nuevo concepto de salud y la importancia que ha conferido al hospital como centro de operaciones, se caracteriza por el énfasis que da las tareas extrainstitucionales y preventivas. De este modo, el hospital dejó de ser la institución que desarrollaba su acción sólo a intramuros, recuperando la salud, para salir a la comunidad a prestar acciones integradas. (p. 65).

A través de lo mencionado anteriormente, se señala que el Servicio Social debe integrar los métodos de casos, grupos y organización de la comunidad, promover el trabajo en equipo, establecer con prioridad la aplicación de los métodos, dependiendo las circunstancias y necesidades de los servicios y la comunidad, estimular y orientar el trabajo de voluntarios y coordinar su acción en función de los problemas económicos del país (Sección Servicio Social, 1961). A pesar de la existencia de estas críticas, todavía se presentaron problemas y tensiones dentro del SNS, si bien se defiende que el rol del Trabajo Social debería dar mayor énfasis en la prevención y en la intervención comunitaria, en la práctica no se logró concretar de manera masiva.

Lo anterior se puede relacionar a problemas en la aplicación de conocimientos y habilidades adquiridos en su formación profesional, los cuales son *desaprovechados,* como es en el caso de las técnicas de **intervención de grupo y comunidad** que deberían hacer **las asistentes sociales.** Esto puede causar un desconocimiento de sus aportes en la atención médica, lo cual va relacionado a la incomprensión de parte de dirigentes y compañeros de equipo sobre sus funciones, ya que, en el ámbito de la salud, se encuentran ligadas a acciones menos *"visibles"* (Montoya y Videla, 1967).

Asimismo, Álvarez et al. (1966) en su investigación con la Escuela de Salubridad, resaltan las tensiones de las asistentes sociales en el SNS, si bien en la encuesta realizada a los jefes administradores del SNS dan cuenta de una imagen positiva sobre estas profesionales, destacando principalmente su labor de colaboración médica a través de acciones de recuperación de salud, funciones de educación a la población, trabajo de comunidad, fomento y protección, dichas funciones realizadas en el SNS tienen pocas proyecciones. De modo que en sus conclusiones resalta a que "a 40 años de creación del Servicio social en Chile, pese a los esfuerzos realizados tendientes a una superación profesional, los AA.SS del SNS aún no son utilizados plenamente, y se desconoce su valor profesional en un gran porcentaje" (p. 34)

Las trabajadoras sociales históricamente han realizado tareas asistencialistas como la atención y el seguimiento de casos de niños que presentaban síntomas de desnutrición, tareas que estaban limitadas por los reglamentos del SNS, en la que, si bien la intervención social se vería como un elemento primordial en la atención integral, había un mayor enfoque en la atención médica, de modo que la intervención realizada no tenía un potencial de cambio para la población sino que simplemente respondía a la política pública. Como última cosa a resaltar, todo esto sería la antesala de otros modos de intervención en el ámbito de la salud.

A modo de síntesis, durante este periodo, en el ámbito de la salud chilena, las funciones de las trabajadoras sociales se centraron en un rol de colaboración médica dentro del SNS, bajo un enfoque asistencialista y limitado por marcos normativos. En concreto, estas profesionales realizaron tareas como visitas domiciliarias, seguimiento de casos y orientación a madres, intervención en problemáticas socioeconómicas y socioculturales, los cuales tenían efecto en la salud materno-infantil.

Si bien, se lograron avances en la salud pública, ligado a la disminución de la mortalidad infantil y la mejora en la distribución de recursos esenciales como la leche; el rol del Trabajo Social estuvo restringido a acciones paliativas. Además, se enfrentaron tensiones derivadas por la falta de reconocimiento de sus funciones profesionales y la incomprensión de su aporte dentro de los equipos de salud, lo que terminó relegando su intervención a un papel secundario en un modelo centrado en la atención médica. Este período sentó las bases para debates sobre la necesidad de una mayor integración y protagonismo del Trabajo Social en el ámbito sanitario.

SEGUNDO PERIODO, 1968-1971: Entre la crítica y la transformación.

En este periodo se destacan tres elementos clave: la crítica creciente al rol asistencial tradicional de las trabajadoras sociales en el sistema de salud, la búsqueda de un enfoque más transformador y estructural en su labor, y el impacto de los cambios sociales y políticos en la redefinición de su práctica profesional.

A partir de los hallazgos encontrados en las tesis, se observa que en 1968 se produce un auge en las críticas hacia la disciplina desde los debates académicos, por ejemplo en las tesis, impulsado por el desarrollo de la formación académica. A mediados de los años sesenta, las asistentes sociales comenzaron a cuestionar su rol dentro del Servicio Nacional de Salud (SNS). Este análisis destacó cómo su labor, históricamente subordinada al ámbito médico y centrada en tareas asistenciales, les impedía abordar las causas estructurales de los problemas de salud. Tesis como las de Díaz (et. al., 1970) y Labrín (et. al., 1971) señalaron

la falta de autonomía, formación crítica y *participación en la planificación de políticas, limitando su impacto a un enfoque* ***intrahospitalario****.* Este período marcó el inicio de un cambio paradigmático que buscaba redefinir su rol hacia la transformación social y una mayor incidencia en la salud pública.

Como hecho o coyuntura histórica, durante este periodo, el gobierno de Frei Montalva, aumentó los presupuestos para el programa materno-infantil y bajo el contexto de la Promoción Popular, se aprueba el Decreto 250 en 1967, el cual crea los **Consejos Comunitarios de Salud** (CCS), haciendo que la comunidad tenga participación en la promoción y fomento de la salud.

Es por esto, que desde el año 1968 -dentro de los roles de las trabajadoras sociales- se pone más énfasis en el trabajo a terreno, aparte de realizar las actividades anteriormente mencionadas, también se realizan intervenciones en grupo con un foco pedagógico, en donde se abordan temáticas como: conocimientos generales del SNS, legislación vigente, oferta programática como el Programa Materno-Infantil, la atención médica, educación sociofamiliar y organizaciones comunitarias (SNS, 1968). Asimismo, desde el año 1970, se incorporan asistentes sociales a la planificación del Programa Infantil (SNS, 1970). En la misma línea, Díaz, Navarro, Núñez, Vargas y Zúñiga (1970), resaltan los roles de asistentes a modo de expectativas sobre su acción dentro de los lineamientos del SNS, siendo estos el *Rol Asistencial*, *Rol Educativo* y *Rol Agente de Cambio*.

En la misma línea, Díaz et al. (1970), destacan que el primer rol está ligado al apoyo a individuos, grupos y comunidades mediante la terapia social, la ayuda organizada y orientación; realizando actividades como entrevistas, visitas domiciliarias, reuniones y trámites. Pero estas funciones se han centrado principalmente en tareas rutinarias y rehabilitadoras que no abordan las causas subyacentes de los problemas de salud, limitándose a mitigar síntomas sin un enfoque integral. Mientras que el segundo rol se relaciona a la transmisión de conocimientos, ideas y experiencias para individuos, grupos y comunidades para fomentar el desarrollo social, respetando valores y tradiciones locales. Sin embargo, la falta de una formación profesional adecuada y un espíritu crítico ha restringido la efectividad de este rol, reduciendo su impacto en la transformación social.

Por último, las autoras también resaltan el tercer rol, el consiste en estimular el análisis crítico de las condiciones sociales existentes y proponer alternativas para mejorar el bienestar social. Incluye la organización y capacitación de la comunidad para participar activamente en los cambios estructurales. Aunque en la práctica, ha sido limitado por la falta de intervención en la planificación de políticas y programas del SNS, que se enfocan principalmente en la atención médica (Díaz, et al, 1970).

Detallando en la atención hacia la población infantil, las asistentes sociales en este período se desempeñaron en la atención a las familias y a los niños con desnutrición que presentan un problema social, realizando visitas domiciliarias. **Esto es en el ámbito educativo,** se espera que las asistentes sociales informen a las familias sobre los beneficios del SNS como la atención médica preventiva y curativa y la dación de leche. Considerando el objetivo de educar y capacitar, está relacionado con la participación en programas específicos de salud como pueden ser lo que abordan la desnutrición como en el Programa Infantil, al ser

intervenciones comunitarias se realizaron en Centros de Madres, Juntas de Vecinos, Jardines Infantiles, Centros de Educación Básica o Consultorios (Díaz et al, 1970).

Ante esto, si bien las tesis y algunos artículos hablan sobre el rol de las asistentes sociales, también realizaron críticas y discusiones sobre los diversos roles y ejercicios que realizaban en el SNS y las incidencias que tenían en la institucionalidad y en la política en salud. Por ejemplo, Diaz (et. al., 1970), en las conclusiones de su tesis, en relación al rol de las Asistentes Sociales en el SNS, menciona que dentro de sus labores todavía se siguen desempeñando roles mayormente rutinarios, sin ningún marco teórico que guíe su práctica. Coincide con otras colegas, sobre que la formación profesional deficiente y la ausencia en un enfoque crítico ha limitado a la capacidad de las profesionales para poder comprender y actuar sobre los problemas de salud desde una perspectiva estructural, por lo que la falta de participación de las profesionales en la elaboración de planes y programas ha restringido su trabajo a la adaptación de directrices establecidas por el SNS, orientada predominantemente hacia el ámbito médico.

En esta misma línea, Labrín, Parra, Sablah, y Zúñiga (1971) mencionan que la incorporación del Servicio Social al Servicio Nacional de Salud (SNS) desde su creación no significó una legitimación institucional de la profesión, sino más bien una continuidad administrativa y una regulación de su papel en el sistema de salud. Esto se refleja en el hecho de que las asistentes sociales fueron clasificadas como parte de una profesión paramédica, ocupando un rol secundario dentro de la estructura administrativa del SNS. Su quehacer profesional quedó subordinado a las directrices de los niveles técnicos en los que no tenían participación, limitando su influencia en la toma de decisiones respecto a los problemas de salud, incluso en aquellos programas con un enfoque social.

Dentro del SNS, el rol de las asistentes sociales se centraba en adaptarse a las necesidades de los programas de salud, quedando relegadas a un papel de ejecutoras de instrucciones sin autonomía en la planificación o implementación de acciones. Esta subordinación al personal médico, especialmente al médico tratante o jefe de sala, restringía sus funciones a la recuperación del enfermo dentro del entorno hospitalario. En este contexto, el método más utilizado era el trabajo de caso, dejando de lado actividades de protección o promoción de la salud (Labrin et. al., 1971). Siguiendo con estos autores, esta estructura marcó profundamente la práctica profesional de las asistentes sociales en el SNS, ya que no se les otorgó un espacio para especializarse en el ámbito social de la salud ni influir en los programas de salud pública. El Servicio Social quedó confinado a colaborar en la recuperación de los pacientes, sin participar en la orientación de las políticas de salud, lo que limitó su capacidad de actuación autónoma y redujo su campo de acción a un enfoque intrahospitalario.

Durante este periodo, las estudiantes de Servicio Social critican y sugieren el cambio que deben optar la profesión y que deben comenzar en la formación de las profesionales, ya que, como se ha mencionado anteriormente, la labor de las asistentes sociales dentro del SNS, se han centrado en labores rutinarias, sin un enfoque teórico sólido, que permita abordar de una manera más efectiva los problemas de salud en Chile (Díaz et. al., 1970).

En la misma línea, Parra, Muñoz, Padin, Cabrera y Gallardo (1971) comentan que se debe hacer una reorientación profesional del Servicio Social y una redefinición de los objetivos de la profesión, ya que se debe romper con los principios tradicionales de la profesión, que ha

estado a la par de la ideología burguesa. Por lo que es necesario un cambio de paradigma el cual impulse a la profesión hacia el cambio social. Adicionando, Diaz (et. al., 1970) crítica lo siguiente en relación a la formación profesional deficiente:

> La formación profesional inadecuada, unida a la inexistencia de un espíritu crítico, ha traído como consecuencia cierta falta de interés de los profesionales del Servicio Social, aspectos que han influido, en gran medida de la dificultad de definir el rol, y por ende, de darle una connotación social a la presentación de los problemas de salud.
>
> La no intervención de los asistentes sociales en la elaboración de los planes y programas del SNS, vale decir a un nivel de planificación, ha provocado el hecho que se hayan limitado a adecuar su hacer profesional a dichos planes y programas que señala la institución y que se caracterizan por su orientación principalmente de tipo médico. (p. 70)

En este sentido, es posible mencionar que estas son las bases -en cierto sentido- para ir reconceptualizando el Servicio Social en el área de la salud. La crítica que hacen estas autoras permite establecer un marco sobre las limitaciones que poseen las profesionales para poder ejercer sus labores.

Durante este periodo, en los debates académicos -tesis- se responsabilizaba al SNS, de que no existe una política clara dentro de la institución para que las asistentes sociales puedan atacar las causas profundas en los problemas de salud de los pacientes, ya que como se ha mencionado, los roles de las AS se centran en el asistencialismo en la recuperación del paciente, ya sean en los factores extrahospitalarios que les afectaba en su salud. De este modo, como se pudo observar, surge el auge de la crítica hacia el sistema y el rol que se encuentran desempeñando las colegas, acompañado y potenciado por la formación académica de las estudiantes de SS, sugiriendo un mayor involucramiento de las AS en la formulación de planes en materia de salud (Parra, et. al., 1971; Díaz et. al., 1970).

Concluyendo este periodo, a finales de la década de 1960, las trabajadoras sociales en Chile comenzaron a cuestionar su rol en el SNS, el cual estaba limitado a tareas asistenciales bajo una estructura médica rígida. Desde las tesis, las estudiantes señalaron que la falta de formación crítica y la escasa autonomía, dificultaron el abordaje de las causas profundas y estructurales de los problemas de salud. Aunque se realizaron esfuerzos pedagógicos y comunitarios, como la atención infantil y el trabajo con grupos, el enfoque seguía siendo rutinario y adaptado a las directrices médicas. Las críticas de la época sentaron las bases para un cambio que buscaba posicionar el trabajo social como una herramienta de transformación social, con mayor incidencia en la planificación de políticas públicas y un rol más integral en la salud comunitaria.

TERCER PERIODO, 1971-1973: Raíces de cambio: el Trabajo Social como eje de transformación en la salud pública de la década de los 70’s

En este periodo en particular se destacan tres elementos centrales: el rol del Trabajo Social en la promoción de la salud mediante actividades formativas o educativas, el énfasis en la intervención comunitaria como otra forma de intervención social sanitaria y la participación activa de pobladores en la promoción de la salud.

Con la llegada del Gobierno de Salvador Allende en 1970 y de la mano con su programa básico de gobierno, transforman la política en salud. En dicho programa, menciona que “un alto número de chilenos están mal alimentados. Según estadísticas oficiales, el 50% de niños menores de 15 años de edad están desnutridos. La desnutrición afecta su crecimiento y limita su capacidad de aprender, de instruirse” (Unidad Popular, 1969, p. 9). Por lo que es esencial asegurar las atenciones médicas, preventivas y curativas, financiadas por el Estado, los empleadores e instituciones de previsión. Además, se planea la incorporación activa de la población en la labor de proteger la salud pública (Unidad Popular, 1969).

Por lo tanto, como ya se ha mencionado previamente, se implementaron las medidas del medio litro de leche, extensión de programas de alimentación para todos las niñas y niños de Chile, la ampliación de la cobertura de salud -a través de la ampliación de consultorios y el fomento de los Consejos Locales de Salud- más accesible para la clase popular, acompañado de campañas sanitarias que promovieron la participación activa de la población en la prevención de enfermedades infecto-contagiosas (Molina, 2010, citado en Vallejos, 2023).

Si bien, en el gobierno de Frei Montalva se crean los Consejos Comunitarios de Salud (CCS), bajo el contexto de Promoción Popular, es durante el gobierno de la Unidad Popular en donde se daría más énfasis, ya que uno de los ejes en el ámbito de la salud era la *democratización* del SNS, por lo que la intervención comunitaria en salud toma mayor importancia en la política sanitaria de la Unidad Popular. Para ello se promulga el Decreto 602 que crea los **Consejos Locales de Salud**, mejorando los CCS, lo que permite el fomento de “la participación activa de comunidad en la recolección de la información básica, la detección de sus problemas y necesidades, la colaboración en la determinación de prioridades y en la ejecución de los programas de salud mediante trabajos voluntarios” (BCN, 1971).

En el marco de este decreto y ante los problemas de acceso a la salud, desde los pobladores surgen los Comités de Salud, participando de manera conjunta en Centros de Madres y Juntas de Vecinos, junto con instituciones del SNS. Esto es con el objetivo de abordar problemáticas de medicina preventiva y curativa.

Una de las primeras actividades que emprende el comité de salud es obtener una sede, que es el lugar donde se atenderán las tareas curativas (inyecciones, curaciones) y donde se efectuará el control de niño sano y el reparto del medio litro de leche para cada niño de la población. (SNS, 1971, p. 19).

Aunque en el periodo anterior surgieron cuestionamientos, críticas y reflexiones dentro de la propia profesión, es a principios de la década de 1970, principalmente, después del año 1971, se puede observar en diversas fuentes, que las trabajadoras sociales comenzaron a asumir un papel aún más relevante en el área de salud, expandiendo su influencia más allá del entorno hospitalario, empezaron a tener labores multidisciplinares, ya sea

en educación, coordinación e investigación, dentro del área de salud. Fomentando aún más la incidencia y la relevancia del Trabajo Social en el SNS y en las políticas de Salud, todo esto acompañado e impulsado por la coyuntura histórica sobre la nueva visión y enfoque de los sistemas de salud durante el gobierno de la Unidad Popular.

Un elemento de continuidad durante este periodo es la colaboración médica de la asistente social, pero en el contexto de la Unidad Popular, la intervención comunitaria en salud permite visualizar otro modo de intervención que no sólo sean acciones rutinizadas ante la problemática de la mortalidad infantil y desnutrición. Tal como sucede en la experiencia en el consultorio San Rafael en la comuna de La Granja, en donde estudiantes de medicina realizaron visitas domiciliarias en compañía de la enfermera, auxiliar de enfermería y asistente social, además de acompañar a la asistente social en la implementación de intervenciones comunitarias a través de los Consejos Locales de Salud. De modo que la asistente social es vista como una profesión indispensable para “capacitar el futuro médico en la evaluación de problemas sociales" (Lagomarisino, Del Valle, Soto & Barrios, 1973, p. 180).

En cuanto al rol del Trabajo Social ya no va ligado solamente a la implementación de políticas de salud pública sino a la organización de la comunidad, mediante la creación de intervenciones comunitarias, cumpliendo con una función pedagógica y promocionando la participación de la comunidad. En este mismo hilo, la tesis de Araya, Barker, Luna, Nallar, Rojas, Valdivia, & Valencia (1972) toma como antecedente una experiencia implementada por el SNS, en donde se realizó una movilización de la comunidad con el objetivo de bajar la mortalidad infantil por diarreas debido a la magnitud del problema materno infantil. De modo que la comunidad se convierte en *sujeto de acción de salud*, al compartir responsabilidades con el equipo de salud. Adentrándose en el ámbito institucional, es el Consejo Local de Salud quien permite la comunicación entre la comunidad, el equipo de salud y las instituciones, promoviendo un abordaje integral de las problemáticas de salud, dando importancia a la discusión con la comunidad en la búsqueda de soluciones.

Estas alumnas, junto a un equipo de salud conformado por un médico, una enfermera, una asistente social, una matrona, un psicólogo, un auxiliar de enfermería, un dentista, un practicante, etcétera; realizaron acciones de creación de objetivos, planificación de actividades y coordinación del trabajo en los componentes del equipo. De este modo, la tesis explica que la participación es un elemento decisivo para ir mejorando la salud dentro de las comunidades. Es por esto que, desde el Trabajo Social, se apoya en la salud infantil mediante la realización de capacitaciones y talleres en los diversos campamentos de las unidades vecinales (Unidad Vecinal N°19, Villa Lo Arrieta; Unidad Vecinal N°20 Villa Tobalaba, Unidad Vecinal N°46-A Población Lo Hermida). Esos talleres abordaron temáticas como conocimientos básicos de medicina y problemas de salud como diarreas, tuberculosis y alcoholismo; y en cuanto a salud infantil se enseñó obstetricia, puericultura e información sobre el Plan de Leche.

Del mismo modo, en el seminario de título realizado por Caballero, Castillo, Gómez, González, Levrini, Lobos y Torres (1972) se presenta la planificación y ejecución de un programa con fines pedagógicos, para la enseñanza de conocimientos de salud hacia la comunidad. El curso de *Capacitación de Líderes de Salud* se realizó en la población de Lo Hermida y se hicieron clases que abordaron distintos temas ligados a la salud, siendo algunos relacionados al contexto general de la realidad chilena, a la atención médica integral, primeros

auxilios, planificación familiar, enfermedades, vacunación y alcoholismo. También se da énfasis a la salud infantil por medio de sesiones que abordaron temas de puericultura y alimentación; dando énfasis en los cuidados del recién nacido, en las enfermedades que afectan en gran parte a la infancia como diarreas, neumonía y enfermedades respiratorias, en el control de niños en consultorios, el problema de la desnutrición y la *concientización* del Programa de la Leche.

> [...] el rol que nos cabría como Asistentes Sociales estaría apuntando más bien a Fomento y Prevención que a la de curación, realizando preferentemente acciones dirigidas a la educación de la comunidad en salud, creando así una conciencia social para promover el interés de esta hacia los problemas de salud y lograr que participe activamente, en forma integrada con el equipo en todas aquellas acciones que se realicen con el fin de elevar el nivel de salud de esa comunidad. (p. 15)

Experiencias similares se mencionan en otras tesis, como en el trabajo de Bascuñán, Crispi, Middleton y Portales (1973), realizando cuatro talleres, los cuales uno fue realizado en el Consultorio Gabriela Mistral, ubicado en el área Oriente de Santiago. En particular, se comprendió en dos ejes, el primero, en conjunto con el Programa de Voluntarias de Salud se realizó un taller que aborda temáticas ligadas a la política del servicio, creación de botiquín, campañas de concientización de enfermedades, diarreas, desnutrición, higiene, puericultura, etc. Mientras que el segundo se hizo en el Programa Escuelas, el cual va dirigido a profesores, apoderados y alumnos, en el que se abordaron temáticas de higiene, desarrollo físico y mental de niño, alimentación general, preescolar y escolar, preparación y utilización de la leche, higiene dental, primeros auxilios, educación sexual y planificación familiar y programas del SNS. En este sentido, en las tesis se destaca la participación del Trabajo Social en la implementación del programa de Desarrollo Socio-Cultural, a través de prácticas de talleres pedagógicos para que la comunidad tenga conocimientos de salud.

Además, se destaca una experiencia de práctica profesional e interdisciplinaria con poblaciones, específicamente en la población Villa O'Higgins de la comuna de La Florida, específicamente en Centros de Madres, de parte del Programa de Salud del Departamento Poblacional de la Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile (1972). Al igual que otras experiencias, se centró en la capacitación de líderes de salud, quienes no sólo deben realizar acciones ligadas a la prevención y fomento de la salud como la concientización del Medio Litro de Leche, sino que el Trabajador Social tiene un rol primordial en la capacitación de estos líderes para que puedan cumplir con tareas relacionadas a organización y participación activa, de modo que la intervención comunitaria tiene un potencial *movilizador*.

En relación con el rol de las asistentes sociales en la alimentación infantil, éstas participaron activamente en varios planes pilotos destinados a combatir la desnutrición. Por ejemplo, en 1969, formaron parte de un equipo multidisciplinario en la provincia de Curicó, que incluía a médicos pediatras, nutricionistas, enfermeras sanitarias y auxiliares de terreno. Esta región, conocida por su elevado índice de desnutrición, fue el escenario para un plan destinado a mejorar la salud infantil a través del control nutricional de los niños. En este marco, se experimentó con la harina de pescado como fuente proteica para preescolares, con el objetivo de evaluar su aceptabilidad y eficacia (Bustos, 1974). Además, en 1972, se llevó a cabo un estudio sobre la aceptabilidad del alimento "FORTESAN", dirigido a mejorar la alimentación

infantil. Como parte de este esfuerzo, las madres también recibieron formación en nutrición, reforzando así el componente educativo de los programas de salud (Bustos, 1974).

En cuanto a la alimentación en los colegios, Bustos (1974) señala que el rol de las asistentes sociales fue más limitado en cuanto a la toma de decisiones. No participaron directamente en la selección de los beneficiarios de los programas alimentarios, sino que, esa tarea recae en los directores y profesores, quienes identificaban a los alumnos más vulnerables para recibir la alimentación proporcionada por JUNAEB. Esto sucedía generalmente, porque existían diferencias económicas de las Juntas Locales, lo que se traduce en que las que tienen "pocos ingresos, falta de recursos materiales y humanos (falta de camiones, falta de personal especializado como manipuladores y otros)" (Bustos, 1974, p. 122), lo que termina condicionando el cumplimiento de las pautas nutricionales entregadas por el SNS.

Si bien, las asistentes sociales cumplían una función clave al realizar estudios en los CESFAM y colegios para evaluar los índices de nutrición y monitorear a los escolares desnutridos según las pautas nutricionales del SNS, su trabajo se veía limitado por el sistema administrativo de JUNAEB. Por lo que, en la tesis, se menciona que en este sistema, las asistentes sociales del SNS no tenían injerencia en decisiones como la selección de beneficiarios, lo cual recaía en directores y profesores. Esta falta de participación, sumada a las limitaciones de recursos de las Juntas Locales, dificultó que las pautas nutricionales pudieran ser implementadas adecuadamente.

Por lo tanto, durante este periodo, las asistentes sociales desempeñaron un papel esencial en el SNS en relación con la desnutrición infantil. Su labor se centró en los estudios sobre la alimentación como también en las funciones investigativas, educativas y de coordinación entre instituciones. Según Bustos (1974) estas funciones y actividades del asistente social en el campo de la salud, se centraba en:

- **Investigación**: Indagar y recopilar antecedentes en forma sistemática para conocer una realidad o problemática social en la que se va a actuar (p. 113).
- **Educación**: Transmitir, intercambiar conocimiento y experiencias a través de la participación activa y consciente del sujeto de atención con el objeto de orientar y capacitar a individuos, grupo y/o comunidades a fin de lograr actividades, conductas, normas y valores deseables en salud (p. 114).
- **Coordinación**: Sumar y complementar esfuerzos a través de la relación metodológica de personas, comunidades y/o instituciones utilizando adecuadamente los recursos para lograr unidad en las acciones de salud (p. 115).

También, en materia nutricional, el labor de la asistente social, el principal rol es dar atención preferencial a las necesidades a las necesidades del niño desnutrido, trabajando en dos niveles sociales: (1) a nivel comunitario, se debe integrar la comunidad al equipo de salud, por lo que las asistentes sociales deben servir de nexo entre el SNS y el grupo familiar; y (2) a nivel nacional, se debe educar sobre este tema de manera masiva, aprovechando los medios de comunicación de masas, que laboran junto a los equipos profesionales que atiendan al problema. Ya por último, se sugiere que a nivel macrosocial, deben elaborar políticas sobre educación nutricional (Bustos, 1974).

En este contexto, es relevante mencionar que se aborda el concepto de agente de cambio desde la perspectiva del Trabajo Social. En otra tesis, se destaca como las profesionales comienzan a ser reconocidas por su capacidad de influir en las comunidades y ejercer un grado de autonomía relativa en su intervención. La idea de que las trabajadoras sociales poseen un rol activo en la transformación social está en el centro de esta discusión.

Por ejemplo, Gardella y Molina en su tesis del año 1971, menciona que los trabajadores sociales son agentes de cambio, con la responsabilidad de identificar y abordar los problemas que afectan a la población, lo cual implica que debe estar bien preparado tanto en conocimientos teóricos como en habilidades prácticas. Así lo dice la siguiente cita:

> El asistente social por su condición de agente de cambio y su posición de nexo entre la comunidad y las autoridades han asumido a la responsabilidad de detectar y resolver los problemas que enfrenta el pueblo, debe poseer una preparación teórica y práctica que le permita desarrollar actitudes tendientes a crear en las fuerzas sociales conciencia de las obligaciones y derechos y del gran esfuerzo que deben realizar para avanzar hacia el progreso y el bienestar creando y realizando actividades que posibilitan la participación efectiva de la comunidad en el proceso de planificación que contribuirá a un desarrollo racionalmente programado (p. 5).

También, se hace énfasis en la planificación en salud, en el sentido de que se establece una política pública que es coherente con el gobierno, poniendo en manifiesto los principios que guiarán las acciones a realizar durante un periodo de tiempo. A nivel disciplinar, se resalta el rol planificador del Trabajo Social, siendo estos el contacto directo con las personas, siendo un intermediario con el equipo planificador para fomentar la creación de metas desde las comunidades. También se destaca la experiencia del Trabajo Social en el uso de técnicas de investigación para la formulación de objetivos y selección de prioridades, formulación de diagnóstico, pronóstico de la realidad social y elaboración de programas. En general, en el SNS la labor del Trabajo Social en salud se orienta en tres etapas: Fomento, Recuperación y Protección, pero en el ámbito de la planificación en salud, su rol suele estar limitado a la ejecución de programas. Esto se debe a que hay limitaciones en conocimientos sobre la planificación que pueden dificultar la ejecución de acciones acordes a la política de salud, siendo estas limitaciones relacionadas a la falta de conocimientos sobre metodologías de planificación que no se pudieron aprender en la formación profesional y también el desconocimiento de las líneas de acción.

Finalmente, en este periodo, la salud pública dejó de ser solo una atención curativa y pasó a ser una labor colectiva con fuerte énfasis en la prevención. Se impulsaron programas nutricionales, como el medio litro de leche, para enfrentar la desnutrición infantil, mientras los Consejos Locales de Salud permitieron que las comunidades se integraron activamente en la solución de sus problemas. Las trabajadoras sociales asumieron un rol esencial, no solo como agentes de cambio, sino también como educadoras, coordinadoras y organizadoras, promoviendo talleres, capacitaciones y una visión integral de la salud. Aunque enfrentaron limitaciones administrativas, lograron movilizar comunidades y fortalecer el vínculo entre el Estado y las personas, marcando un hito en la historia del sistema de salud chileno.

Cuadro Síntesis

Periodos	Principales Elementos	
PRIMER PERIODO, 1964-1968: Trabajo Social Asistencial.	Rol Profesional	Dentro de los Centro de Salud: colaboración con médicos y enfermeras, visitas domiciliarias, seguimiento de casos y resolución de problemas sociales que afectaron la recuperación de los pacientes. En las comunidades: desempeñaron funciones educativas, orientando a madres en derechos previsionales y cuidados infantiles, e involucrándose en actividades grupales y comunitarias.
	Discusiones Académicas	Funciones limitadas y restringidas por el SNS Exigencia sobre la necesidad de roles más protagónicos e integrados en el trabajo comunitario y preventivo Poco reconocimiento y proyección profesional en el SNS, limitando el impacto de sus intervenciones en las políticas de salud pública.
SEGUNDO PERIODO, 1968-1971: Entre la crítica y la transformación.	Rol Profesional	Se mantienen vigentes los roles del periodo anterior, pero existe un mayor énfasis en el trabajo en terreno, realizando intervenciones de carácter educativas. Intervenciones en los territorios con temáticas como la promoción de salud, educación sociofamiliar y organización comunitaria, intentando responder a los desafíos de la época
	Discusiones Académicas	Críticas a limitaciones todavía existentes en los programas y políticas del SNS, enfocado a lo médico, convierte su rol en algo rutinario y solo de ejecutor, sin autonomía en la planificación o implementación de acciones Críticas a la formación académica deficiente, sin enfoque crítico, que limita al profesional.
TERCER PERIODO, 1971-1973: Raíces de cambio: el Trabajo Social como eje de transformación en la salud pública de la década de los 70's	Rol Profesional	Su labor trascendió del ámbito hospitalario para involucrarse en tareas multidisciplinarias que incluían la educación, la investigación y la coordinación en las comunidades, fomentando la participación activa de la población. Desempeñaron roles esenciales, tales como pedagógica y su capacidad de incidir en la promoción de la salud mediante talleres, capacitaciones y la implementación de estrategias innovadoras que integraban las necesidades de las comunidades

	Discusiones Académicas	Se discute que su participación en las planificaciones macro de las políticas, sigue siendo limitada, destacándose más en la ejecución de los programas, que en las tomas de decisiones estratégicas. En las tesis, debido a la mayor participación de las trabajadoras sociales, se les conceptualiza como **agentes de cambio**, promoviendo la movilización comunitaria a través de Consejos Locales de Salud y Comités de Salud

8. Conclusiones.

Finalizado el proceso de investigación y análisis, en estas conclusiones quisiéramos detenernos en los siguientes cuatro puntos:

Primero, hay que destacar el papel transformador del Trabajo Social en el ámbito de la salud infantil entre 1964 y 1973, especialmente en la implementación de políticas nutricionales y programas educativos. Su enfoque integral y su capacidad para articular las necesidades de las comunidades con las políticas públicas sentaron las bases para la democratización de la salud.

Segundo, se debe subrayar que el rol de las trabajadoras sociales no se limitó a ser un puente entre las familias y las instituciones, sino que mutó y se transformó gracias a las coyunturas históricas, lo que permitió una mayor autonomía y una contribución significativa en la formulación e implementación de políticas públicas.

Tercero, poner en evidencia cómo las trabajadoras sociales lograron integrar el **enfoque biopsicosocial** dentro de un sistema de salud predominantemente biomédico y jerárquico, enfrentando limitaciones estructurales y cuestionando los marcos normativos de la época para priorizar las necesidades reales de las comunidades más vulnerables.

Finalmente, reflexionar sobre los desafíos actuales para la disciplina, considerando la exclusión del Trabajo Social en el Código Sanitario chileno, lo que implica un retroceso en el reconocimiento de su rol histórico y su contribución a la salud pública. Este contexto nos invita a revalorizar su impacto y a fortalecer su presencia en la planificación y ejecución de políticas sociales y de salud en el futuro.

1. El impacto transformador del Trabajo Social en la salud infantil (1964-1973)

A lo largo de esta monografía, se ha explorado el rol esencial que desempeñaron las trabajadoras sociales en la política de salud infantil en Chile durante la segunda mitad del siglo XX, con especial énfasis en las políticas de salud infantil y alimentación entre 1964 y 1973. Desde una perspectiva histórico-crítica, se ha analizado cómo estas profesionales intervinieron en contextos de pobreza y desigualdad, haciendo frente a limitaciones estructurales y, a la vez, potenciando la participación activa de la comunidad en sus propios procesos de salud. Las trabajadoras sociales no solo actuaron como intermediarias en la distribución de recursos y programas de alimentación, sino que contribuyeron a consolidar una visión de salud pública más integral, en la que el contexto social de las familias chilenas era reconocido y abordado.

2. Más que un puente, un rol que ha ido mutando

En relación con la pregunta de investigación y los hallazgos obtenidos, *¿se puede decir que el rol de las trabajadoras sociales fue solo un puente entre las necesidades de la clase trabajadora y los intereses del modo de producción capitalista?* En vista de los resultados, no se puede hablar de solo un rol del Trabajo Social, sino que se tiene que hablar sobre sus diversas mutaciones a lo largo del tiempo. Se destaca que el rol del Trabajo Social entre 1964 y 1973 en la ciudad de Santiago, particularmente en el ámbito de las políticas de salud infantil, específicamente en alimentación, estuvo cambiando ante los procesos y coyunturas históricas.

Esto fue posible gracias a la autonomía relativa de las trabajadoras sociales, quienes cuestionaron los marcos normativos vigentes, y a la formación académica que les permitió desarrollar un enfoque crítico y científico. Este enfoque no solo les facilitó analizar y participar en las políticas internas de salud y del Servicio Nacional de Salud (SNS), sino también les otorgó mayores capacidades y metodologías para trabajar con las comunidades. Ejercieron roles diversos, como el educativo, el de coordinación e incluso el investigativo, consolidándose como agentes clave en el desarrollo de dichas políticas. Por ejemplo, estas profesionales asumieron una función fundamental en la implementación de programas nutricionales, entre ellos la incorporación de alimentos como la harina de pescado y el estudio de la aceptabilidad del 'FORTESAN'.

3. Integración del enfoque biopsicosocial en un sistema biomédico.

Este rol iba más allá de la distribución de alimentos y la atención al niño con desnutrición; implicaba, además, la educación nutricional y la sensibilización de la comunidad. Su trabajo en consultorios y en instituciones escolares fue clave para identificar índices de nutrición y necesidades específicas, permitiendo que las políticas públicas se adaptaran mejor a la realidad local. A través de sus funciones en investigación, educación y coordinación, las trabajadoras sociales aportaron al desarrollo de un enfoque biopsicosocial que aún sigue siendo un referente en las intervenciones sociales de salud.

La inmersión en las comunidades, principalmente poblaciones o tomas, para reducir la mortalidad infantil es un ejemplo destacado de cómo las trabajadoras sociales pudieron ir más allá del enfoque asistencialista. En este caso, el énfasis en la educación y la capacitación de las madres en temas nutricionales y de cuidado infantil, junto con el equipo de salud, muestra cómo el Trabajo Social se alineó con los principios de educación y coordinación. De modo que la comunidad no solo fue receptora de servicios, sino que se convirtió en un actor activo en las acciones de salud,

Este enfoque no solo les facilitó analizar y participar en las políticas internas de salud y del SNS, sino que les permitió integrar mayores capacidades y metodologías para trabajar con las comunidades. Como fue mencionado, ejercieron diversos roles dentro del SNS, por lo que se consolidaron como agentes clave para el desarrollo de las políticas de salud. Ahora, pensando en Iamamoto (1992), se puede considerar que las trabajadoras sociales fueron, y siguen siendo, técnicas de tecnologías sociales, cuya actuación está profundamente influenciada por las políticas sociales implementadas por las instituciones. No obstante, al desarrollar sus funciones, cuentan con una autonomía relativa, que les ha permitido superar

los marcos institucionales y las limitaciones de la política pública, como el modelo biomédico y jerárquico del SNS.

Sin embargo, esta labor, que surgió de la comprensión de que la salud infantil, no puede separarse de las condiciones de vida de las familias y del contexto social. De hecho, se encuentra actualmente desafiada y, en cierto modo, en retroceso. Esto se menciona por la reciente exclusión del Trabajo Social en el Código Sanitario chileno, lo que pone de manifiesto una disonancia entre los avances logrados en las últimas décadas y las políticas actuales, subestimando su contribución esencial en la promoción y prevención de la salud. Este suceso no solo ignora el enfoque biopsicosocial y ecológico que el propio sistema de salud busca promover, sino que también el rol clave del Trabajo Social en la democratización del acceso a la salud, en especial en los sectores populares.

4. Desafíos Actuales del Trabajo Social.

Además, la exclusión del Trabajo social dentro del Código Sanitario es una omisión de su historia como profesión creada al alero de la salud pública. Esto se debe a que, en sus inicios, cuando los ideales de la Medicina Social comenzaban a manifestarse y la Salud Pública en Chile se estaba consolidando, las visitadoras sociales representaron lo *social* de la atención médica, en tanto que garantizar una salud integral no sólo depende de los profesionales médicos que realizan labores curativas, ya que no se puede entender la desnutrición, la mortalidad infantil y otros problemas de salud como un simple diagnóstico, sino como problemáticas con un origen estructural desde el modo de producción capitalista, el cual reproduce las desigualdades.

Basta con recordar su participación en los Consejos Locales de Salud, que sentaron las bases de los actuales Centros de Desarrollo Local (CDL) y su papel como puente entre las necesidades de la comunidad y los servicios de los CESFAM. Desde antes de formalizarse estas instancias, el Trabajo Social fomentó la organización comunitaria, promoviendo la salud popular y garantizando un acceso más equitativo a los servicios, especialmente para niñas, niños y la clase trabajadora. En este sentido, durante el período analizado, el Trabajo Social no solo contribuyó a articular redes en los territorios, sino que también sentó las bases para las políticas de salud de la Unidad Popular, marcando un hito en la construcción de un enfoque más democrático e inclusivo en la atención sanitaria. Por lo que, su exclusión planteó un retroceso en el reconocimiento institucional, desestimando la importancia de una disciplina que históricamente ha sido fundamental en el desarrollo y articulación de las políticas de salud y social.

4.1. Trabajo Social y salud integral como eje primordial para la construcción de la salud pública.

Es por esto, que los hallazgos de esta investigación presentan desafíos urgentes para nuestra práctica profesional y disciplinar. Por un lado, es fundamental reforzar el diálogo entre Trabajo Social y políticas públicas, destacando los aportes históricos de la profesión y su relevancia en la actualidad. También, es necesario reflexionar sobre cómo integrar nuevas estrategias para posicionar la perspectiva social en los equipos interdisciplinarios de salud. A nivel disciplinar, estos hallazgos invitan a revalorar el enfoque biopsicosocial, no solo como una herramienta teórica, sino como un compromiso práctico que debe ser defendido y actualizado en el contexto de las demandas sociales contemporáneas.

Entonces, surge una pregunta crucial: *¿es posible avanzar en la mejora de la salud pública en Chile sin considerar la dimensión social que abordan las trabajadoras sociales?* La historia ha demostrado que los logros en salud infantil y comunitaria no pueden ser sostenibles sin una mirada integral, que abarque no sólo la dimensión médica, sino también el contexto social, económico y cultural de cada individuo y comunidad. La exclusión de estas profesionales no solo pone en riesgo la efectividad de las intervenciones de salud, sino que desafía el compromiso del sistema sanitario chileno con una salud inclusiva y accesible para todos. Ahora, para avanzar hacia un Trabajo Social transformador, se requeriría una mayor integración de las trabajadoras sociales en la planificación de las políticas y una reorientación de la salud pública, que mire y tenga como objetivo abordar las problemáticas sociales de la salud.

En este contexto, resulta fundamental hacer una invitación a reflexionar sobre la importancia y relevancia del Trabajo Social dentro de las políticas de salud y en la institucionalidad chilena. Esta reflexión adquiere mayor sentido al considerar que el próximo año se conmemoran cien años desde la creación de la primera escuela de Trabajo Social en Chile, un siglo en el que la disciplina ha realizado aportes significativos, principalmente en el ámbito de la salud. Este centenario no solo invita a celebrar los logros alcanzados, sino también a proyectar el rol de la profesión en la construcción de un sistema sanitario más justo y equitativo.

Bibliografía.

Allende, S. (1939). *La realidad médico-social chilena*. Memoria Chilena, Biblioteca Nacional de Chile. https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-7737.html

Álvarez, O. (1966). *Trayectoria y proyecciones del Servicio Social en el Servicio Nacional de Salud*. Escuela de Salubridad. Universidad de Chile

Araya, A.M., Barker, P., Luna, G,. Nallar, M., Rojas, M. C., Valdivia, M. C., & Valencia, A. (1972). *Capacitación de voluntarios de salud*. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Chile.

Bascuñán, E., Crispi, A., Middleton, A. & Portales, T. (1973). *Informe Final del Taller Salud*. Escuela de Trabajo Social. Universidad Católica.

Behm, H. (2010). *Mortalidad infantil y nivel de vida* (2a. ed.). MINSAL.

Biblioteca Nacional del Congreso (1924). *Ley 4054*. Recuperado de https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=24431

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (1952). *Ley 10383. Modifica la ley 4054 relacionada con el Seguro Obligatorio.* Recuperado de https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=26387

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. (1964). *Ley 15720. Crea una corporación autónoma con personalidad jurídica y derecho público y domicilio en Santiago, denominada Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.* Recuperado de https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=28281

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile (1968). *Decreto 725*. Código sanitario. Recuperado de https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=5595

Bustos, M. (1974). *Estudio sobre desnutrición escolar y sus factores condicionantes detectados en una Escuela Básica de Santiago*. Escuela de Trabajo Social. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Caballero, C., Castillo, D., Gómez, A., González, E., Levrini, S., Lobos, E., & Torres, E. (1972). *Capacitación de líderes en salud*. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Chile.

Calvo Mackenna, L. & Baeza Goñi, A. (1933). Principios básicos para la organización y funcionamiento de las Gotas de Leche. *Asociación Chilena de Asistencia Social.*

D'Ancona, C. (1998). *Metodología Cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social*. Síntesis Sociología.

Departamento Poblacional, Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile. (1972). El trabajador social como agente de movilización: Programa de Salud. *Revista de Trabajo Social.* 25-29.

Editorial Universitaria. (1971). *Por qué el medio litro de leche; Carta abierta a las madres chilenas*. Biblioteca Nacional de Chile. https://www.bibliotecanacionaldigital.gob.cl/visor/BND:9368

Goldsmith, J. (2017). Milk Makes State: The Extension and Implementation of Chile's State Milk Programs, 1901-1971. *Historia (Santiago), 50(1)*, 79-104.

Goldsmith, J. (2019). Ciudadanas de leche. Una primera línea del Estado social chileno, 1954-2019. *Economía y Política, 6(2),* 101-132.

González, M. (2017). Asistentes sociales y salud pública en Chile: identidad profesional y lucha gremial, 1925-1973. *Dynamis, 37(2).*

González, M. (2021). Energizar y transformar el territorio. Presencia y aportes de las asistentes sociales en la intervención comunitaria del Servicio Nacional de Salud. Chile, 1952-1973. En Camino *al ejercicio profesional: Trabajo y género en Argentina y Chile (Siglos XIX y XX)*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado. https://www.digitaliapublishing.com/a/104017

González, M., & Farah, J. (2017). Asistentes sociales en el SNS. Burocracia, Estado y políticas sociales en Chile, 1952 –1973. *História Unisinos, 21*(1), 122-135.

González, M., & Flores, C. (2020). De “Preciosa Auxiliar” a “Moderna Asistente”. La relación entre médicos y Visitadoras sociales en el campo de la salud pública. Santiago de Chile, 1925-1940. *Historia 369, 10*(3), 97-128.

González, M., & Zárate, M. (2018). Profesionales, modernas y carismáticas: enfermeras y visitadoras sociales en la construcción del Estado Asistencial en Chile, 1900-1930. *Tempo, 24*(2), 369-387. https://doi.org/10.1590/TEM-1980-542X2018v240210

González, M., & Zárate, M. (2019).Trabajo, miserias y recompensas: Asistentes sociales, enfermeras y matronas en la construcción de la política sanitaria chilena a mediados del siglo XX. *Salud Colectiva, 15.* http://dx.doi.org/10.18294/sc.2019.2214

Iamamoto, M (1992). El Servicio Social en la división del trabajo. En *Servicio Social y división del trabajo*. Cortez Editora.

Illanes, M. (2007). *Cuerpo y sangre de la política : la construcción histórica de las visitadoras sociales, Chile, 1887-1940*. LOM

Illanes, M. (2010). *“En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia, (…)”. Historia social de la salud pública. Chile, 1880-1973. (Hacia una historia social del siglo XX).* Ministerio de Salud.

INE. (2023). *Boletín demográfico anual provisional de estadísticas vitales 2023*. Departamento de Estadísticas Demográficas y Sociales. https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/nacimientos-matrimonios-y-defunciones/publicaciones-y-anuarios/anuarios-de-estad%C3%ADsticas-vitales/estad%C3%ADsticas-vitales-cifras-provisionales-2023.pdf?sfvrsn=806c0479_9

Jiménez de la Jara, J. (2009). *Angelitos salvados : un recuento de las políticas de salud infantil en Chile en el siglo XX*. Uqbar.

Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. (2014). *50 años apoyando la inclusión*. Informe de gestión 2014. Ministerio de Educación.

Kaempffer, A., Gutiérrez, C., Radrigan, E., & Manríquez, M. (1964). El control del niño sano como experiencia docente. *Revista Chilena de Pediatría, 35*(1).

Labrín, C., Parra, M., Sablah, V., & Zúñiga, O. (1971). A*nálisis crítico del rol del Asistente Social en el Servicio Nacional de Salud*. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Universidad de Chile.

Lagomarsino, E., Del Valle, J., Soto, Y., & Barrios, R., (1973). Docencia pediátrica en un Consultorio Distrital del Área Sur Oriente. *Revista Chilena de Pediatría, 44*(2).

Marro, K. (2021). *Hacia la Construcción de un Trabajo Social Crítico Latinoamericano: Algunos Elementos para su Problematización*. Cátedra Paralela, (2), 59–75. https://doi.org/10.35305/cp.vi2.83

Michaud, A. (1965). *El Servicio Social en el campo materno-infantil*. *Servicio Social, 39*(1-2)

Ministerio de Salud (2010). *Nutrición Para El Desarrollo: Claves del Éxito Del Modelo Chileno*.

Ministerio de Salud Pública. (1956). *Aprueba Reglamento del Personal del Servicio Nacional de Salud.*

Montero, R. & Chadwick, T. (1966) Experiencia de lucha contra la desnutrición infantil en consultorio periférico y en terreno. *Revista Chilena de Pediatría, 37*(8-9).

Montoya A. & Videla, I. (1967). Roles profesionales en el equipo de atención de la salud. *Cuadernos Médico Sociales*, *8*(2), 13–19.

Neves, C. (2021). *El Estado intervencionista y el control social a través de la participación popular en el Programa Nacional de Leche durante el gobierno de la Unidad Popular, 1970-1973*. *Tiempo histórico*, (22), 77-101. https://dx.doi.org/10.25074/th.v0i22.1949

Neves, C. & Valdés, M. (2024). La leche como expresión del humanismo revolucionario en el Plan Nacional de Leche del gobierno de la Unidad Popular (Chile, 1970-1973*). e-l@tina. Revista electrónica de estudios latinoamericanos*, 22(8), 1-17.

Núcleo de Estudios Interdisciplinarios en Trabajo Social. (2024). *UN SECRETO COMPROMISO DE ENCUENTRO. Recorriendo historias del Trabajo Social Chileno*. Programa de curso. https://drive.google.com/file/d/1ijEaxQDQgvPkauGoVpZ2_0PDOMieaE-a/view

Partido Demócrata-Cristiano. (1967). Cómo avanza la revolución en libertad : un programa que se cumple y no se transa. Biblioteca Nacional de Chile. https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-9082.html

Patronato de la Infancia. (1935). *Reglamento de Las Gotas de Leche del Patronato Nacional de la Infancia*.

Parra, M., Muñoz, P., Padin, B., Cabrera, M. & Gallardo, V. (1971). El asistente social como agente de clase. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.

Sección Servicio Social. (1961). Consideraciones sobre Servicio Social. *Revista de medicina preventiva y social, 2 (3), 61-65.*

Servicio Nacional de Salud. (1956). Normas para el Servicio Social. *Boletín del Servicio Nacional de Salud, 2(3).* 358-369.

Servicio Nacional de Salud. (1964). Memoria Anual.

Servicio Nacional de Salud. (1965). Memoria Anual.

Servicio Nacional de Salud. (1966). Memoria Anual.

Servicio Nacional de Salud. (1966). Programa general Consultorio distrital Quinta Bella: 1966-1967.

Servicio Nacional de Salud. (1967). Memoria Anual.

Servicio Nacional de Salud. (1968). Memoria Anual.

Servicio Nacional de Salud. (1970). Memoria Anual.

Servicio Nacional de Salud. (1971). La democratización del SNS ¿Medida saludable? *Cabrochico, 1(28),* 18-19.

Solimano, G., Unda, H. & Álvarez, A. (1972). Programa Nacional de Leche. *Cuadernos Médico Sociales*, *13*(4), 10-23.

Unidad Popular. (1970). Programa básico de gobierno de la Unidad Popular: candidatura presidencial de Salvador Allende. Biblioteca Nacional de Chile. https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-7738.html

Vallejos, V. (2023). Salud durante la UP: participación democrática y sistema universal. CiperChile. https://www.ciperchile.cl/2023/09/05/salud-durante-la-up-participacion-democratica-y-sistema-universal

Valles, M. (1999). Técnicas cualitativas de investigación social. Síntesis Sociología.

Vidal, P. (2019). Educación del Trabajo Social en Chile: 90 años de Historia. *Revista Em Pauta. 44(17).*

Zárate, M., & del Campo, A. (2021). Mujeres en Profesiones Sanitarias: fotografías e historia de la salud en Chile del siglo XX. Cuadernillo FONDART.

Anexo 1: Fuentes Revisadas.

Institución	Autores, Año, Título.
Boletín del Servicio Nacional de Salud.	Normas para el Servicio Social. (1956).
Cabrochico	La democratización del SNS ¿Medida saludable?. (1971).
Cuadernos Médico Sociales	Montoya A. & Videla, I. (1967). Roles profesionales en el equipo de atención de la salud.
Ministerio de Salud Pública.	Aprueba Reglamento del Personal del Servicio Nacional de Salud. (1956). Código sanitario. (1968).
Revista Chilena de Pediatría	Kaempffer, A., Gutiérrez, C., Radrigan, E., & Manríquez, M. (1964). El control del niño sano como experiencia docente. Lagomarsino, E., Del Valle, J., Soto, Y., & Barrios, R., (1973). Docencia pediátrica en un Consultorio Distrital del Área Sur Oriente. Montero, R., Chadwick, T. (1966) Experiencia de lucha contra la desnutrición infantil en consultorio periférico y en terreno.
Revista de medicina social y preventiva	Sección Servicio Social. (1961). Consideraciones sobre Servicio Social.
Revista de Trabajo Social	Departamento Poblacional, Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile. (1972). El trabajador social como agente de movilización: Programa de Salud.
Servicio Nacional de Salud	Memoria Anual. (1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1970). Programa general Consultorio distrital Quinta Bella: 1966-1967. (1966).
Servicio Social	Michaud, A. (1965). El Servicio Social en el campo materno-infantil.
Pontificia Universidad Católica	Bascuñán, E., Crispi, A., Middleton, A. & Portales, T. (1973). Informe Final del Taller Salud. Escuela de Trabajo Social. Bustos, M. (1974). Estudio sobre desnutrición escolar y sus factores condicionantes detectados en una Escuela Básica de Santiago.

Universidad de Chile	Álvarez, O. (1966). Trayectoria y proyecciones del Servicio Social en el Servicio Nacional de Salud. Escuela de Salubridad. Gardella, E. & Molina, W. (1971). Planificación en Salud y Participación del Asistente Social a través del SNS. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Labrín, C., Parra, M., Sablah, V., & Zúñiga, O. (1971). Análisis crítico del rol del Asistente Social en el Servicio Nacional de Salud. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Parra, M., Muñoz, P., Padin, B., Cabrera, M. & Gallardo, V. (1971). El asistente social como agente de clase. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Araya, A.M., Barker, P., Luna, G,. Nallar, M., Rojas, M. C., Valdivia, M. C., & Valencia, A. (1972). Capacitación de voluntarios de salud. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Caballero, C., Castillo, D., Gómez, A., González, E., Levrini, S., Lobos, E., & Torres, E. (1972). Capacitación de líderes en salud. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.