

CUADERNOS DE HISTORIA 19

DEPARTAMENTO DE CIENCIAS HISTÓRICAS
UNIVERSIDAD DE CHILE DICIEMBRE 1999



SALUD PÚBLICA. ESTRATEGIAS, POLÍTICAS FISCALES Y CAMBIO CULTURAL EN LA REDUCCIÓN DE LA MORTALIDAD. VALPARAÍSO, 1920 - 1960*

Eduardo Cavieres F.
Universidad de Chile
Universidad Católica de Valparaíso

El problema

La conocida relación malthusiana entre fluctuaciones económicas y movimientos de población, alcanza por cierto a la situación particular de la mortalidad. Evidentemente, es de toda lógica suponer, y las evidencias históricas así lo confirman, que frente a la muerte, los sectores más desposeídos de la sociedad están mucho más expuestos a todo tipo de enfermedades y, en forma muy especial, a los efectos colectivos de pestes y epidemias. Las condiciones de vida tienen fuertes incidencias sobre los niveles de supervivencia y cuando estos últimos están en el borde mínimo de la subsistencia no hay duda de que la existencia humana se convierte en una tragedia cuyas víctimas favoritas son

* Este artículo es resultado parcial del proyecto Fondecyt N° 198.0310

precisamente los pobres en toda época y en toda condición. No obstante, con excepción de situaciones como las guerras u otras calamidades que periódicamente se hacen presentes en la historia, quizás uno de los límites máximos de esos niveles de supervivencia corresponde a las crisis de subsistencia, tan presentes en el pasado en sociedades como la europea preindustrial o en la colonial latinoamericana, especialmente en algunos de sus espacios de los siglos XVI y XVII, o todavía persistentes en el presente en algunas regiones del continente africano o del tercer mundo.

En algunas situaciones, como en el caso de la sociedad preindustrial, se ha pensado que los permanentes niveles altos de mortalidad se derivaron de un tipo de crecimiento de la población en desajuste con las posibilidades que se tenían para satisfacer sus necesidades. A consecuencia de ello, según el propio Malthus, “resultó que los individuos que componían la masa del pueblo tuvieron que vivir con menos comodidades, servirse de peores alimentos y hacinarse en reducidas habitaciones. Estas causas acarrearón naturalmente enfermedades y su efecto debió ser muy manifiesto, aunque por otra parte el país no fuese populoso y quedase mucho sitio inhabitado”¹. Seguramente que estas imágenes se pueden trasladar a la América Latina contemporánea, pero felizmente cada vez menos al nivel de las crisis de subsistencia. Es la situación, por ejemplo, de Argentina o de Chile del siglo XX, en donde junto con darse y mantenerse serios y dramáticos problemas de carácter social, algunos pequeños avances en las calidades de vida lograron debilitar fuertemente los efectos mortales de algunas enfermedades de enorme impacto en las primeras décadas de dicho siglo. Es cierto, en todo caso, que ello es producto igualmente de la acción conjunta del desarrollo médico y de las políticas de higiene y sanidad pública desarrollada por entes privados y por organismos estatales, pero lo que importa es que, en términos de resultados, la relación niveles de vida-niveles de mortalidad ha perdido parte de la proporcionalidad directa que le fue tan común en el pasado.

En estudios específicos sobre el tema, a partir de modelos matemáticos y demográficos, y observando la relación entre bienestar económico y mortalidad en tiempos difíciles según índices económicos como los correspondientes a producción interna y a niveles de precios (inflación) y sus efectos sobre las condiciones de vida, el estatus nutricional y la vulnerabilidad ante las enfermedades, se ha llegado a la conclusión que tanto en Argentina como en Chile,

¹ Malthus, *Ensayo sobre el principio de la población*, libro II, cap. XII, Edic. Akal, Madrid 1990, p.364.

durante la mayor parte del siglo XX, los niveles de mortalidad fueron más bien moderados, e incluso bajos, y que los niveles de vida estuvieron por encima de los mínimos de subsistencia. En consecuencia, en el mismo tiempo, el vínculo entre las fluctuaciones económicas y la mortalidad fue siendo cada vez más débil, situación influida por los efectos de variables intermedias como las mejoras en la salud pública o una mejor educación de los padres, lo cual, en conjunto, disminuyó ostensiblemente los efectos de las enfermedades más comunes².

En el presente trabajo, considerando dichos estudios como marco general, especialmente en aquello que concierne a Chile, se estudia la ciudad de Valparaíso en particular. Se asume, en primer lugar, que efectivamente a través del siglo XX, los efectos económicos en los niveles de mortalidad de la población no desaparecen, pero van disminuyendo, y que esto no es necesariamente consecuencia de grandes logros en las calidades de vida de sectores importantes de la población, sino más bien pequeñas, pero claras ganancias sociales a partir de la acción institucional de organismos públicos y del desarrollo médico propiamente tal. Como lo veremos en el caso de Valparaíso, a lo largo del siglo, la tendencia de sus condiciones económicas generales corresponde a un debilitamiento de sus potencialidades, pero ello no tiene una correlación directa con los niveles de mortalidad cuyos movimientos siguen la tendencia general a la baja propia del país y de sociedades de un nivel de desarrollo semejante. Ante ello, nos interesa particularmente observar el tipo de mortalidad y los cambios que se producen en el tiempo, deteniéndonos en dos momentos puntuales, los años 1919 y 1949.

El análisis no está basado en la aplicación de una metodología de carácter demográfico o con base matemática o de desarrollos estadísticos complejos, situación que define el trabajo anteriormente aludido, el cual nos ha permitido, como ya está dicho, utilizar sus conclusiones como marco general ya que, en definitiva, los resultados obtenidos por sus autores son similares a los observados a través de nuestro propio estudio. En este caso, se trata mucho más de la utilización de una perspectiva historiográfica propiamente tal, en la que nos interesa detenernos en la observación detallada de las muertes ocurridas y registradas en los años recién indicados; en las enfermedades más importantes y en cómo ellas, especialmente las que hemos definido como de carácter social, van alterando su incidencia en el tiempo por efectos de la acción de instituciones oficiales y privadas interesadas en la salud pública; y por los

² Ver, por ej., José Antonio Ortega O. y David S. Reher, "Nivel de vida, reproducción y salud en América del Sur durante el s. XX: Un análisis de series temporales", *European Review of Latin American and Caribbean Studies*, vol. 60, June 1996, pp. 31-70.

cambios experimentados en la sociedad porteña respecto a sus comportamientos frente a la salud y a sus condiciones ambientales.

El espacio

La historia de Valparaíso, ciudad de significación y puerto principal de Chile, contiene ritmos de desarrollos económicos y demográficos de fuertes contrastes, pero, al mismo tiempo, y mirados en la larga perspectiva, de tendencias decrecientes.

De alguna manera, la historia de Valparaíso adquiere su fisonomía particular a través del siglo XIX, particularmente en la segunda mitad de dicho siglo, cuando no solo era considerado un puerto de muy fuerte presencia portuaria y cosmopolita en el Pacífico Sur, la *Perla del Pacífico*, sino que, además, era centro comercial y financiero de una economía chilena en expansión y con un fuerte crecimiento de sus índices económicos. Por entonces, la población de la ciudad crecía a un ritmo aún más fuerte que la del propio Santiago y era foco de atracción no solamente para inmigrantes extranjeros, marineros de todas nacionalidades o desertores, sino también para poblaciones campesinas del interior de la misma provincia o para gentes provenientes de todo el resto del país. Lógicamente, esta situación, a pesar de los elementos de modernidad que la ciudad iba adquiriendo y de la fuerte actividad en los ramos del comercio, servicios y producción, trajo consigo sus propios problemas de marginalidad e incluso un encarecimiento de los costos de vida que tendieron a aumentar todo tipo de problemas sociales y sanitarios.

No obstante lo anterior, y a pesar de soportar el peso negativo de una serie de crisis económicas nacionales e internacionales, de los efectos de la Guerra del Pacífico, y de los cambios producidos a partir de ésta, especialmente en lo referente a nuevas orientaciones de la economía nacional y al desplazamiento hacia Santiago de las oficinas principales de la banca y de las más importantes instituciones de su centro financiero, Valparaíso pudo seguir manteniendo gran parte de su dinamismo y atravesar el cambio de siglo soportando y superando los trágicos efectos del terremoto de 1906 y las cíclicas contracciones de la economía del salitre en la década de 1910. Esta nueva situación, por sobre las consecuencias sociales de corto y mediano plazo de la gran crisis de los años 1929-1931, le permitió, por lo demás, sumar a sus actividades tradicionales una importante actividad industrial, que se mantuvo hasta los años 1960 y que estuvo representada no solo por una variedad de talleres artesanales de mediana envergadura, sino también por establecimientos modernos y de

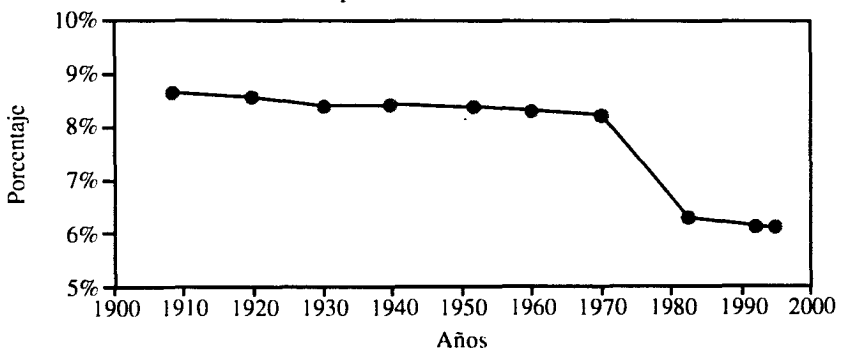
gran capacidad de producción. En este contexto, a lo largo del siglo XX, la población de Valparaíso mantuvo un ritmo de crecimiento con algunas fluctuaciones en sus ritmos anuales, pero decididamente con una tendencia a la baja.

Crecimiento población ciudad de Valparaíso según datos censales (Índice promedio anual de crecimiento lineal: $\text{Pop.2} - \text{Pop.1} \text{ div. por Pop.1 y mult. por N}^\circ \text{ años entre censos}$).

Años	Población	Índice Promedio de Crecimiento	
1875	97.737		
1885	104.952	0,071	7,2 por mil
1895	122.447	0,017	16,6 por mil
1907	162.447	0.032	39,2 por mil
1920	182.422	0,122	15,9 por mil
1930	193.205	0,059	5,9 por mil
1940	209.945	0,086	8,6 por mil
1952	223.598	0,042	5,0 por mil

Fuente: *XII Censo General de Población y Vivienda* (24 abril 1952), Tomo III, Núcleo Central I, p. XVIII.

Población de la Provincia de Valparaíso con Respecto a la Población del País

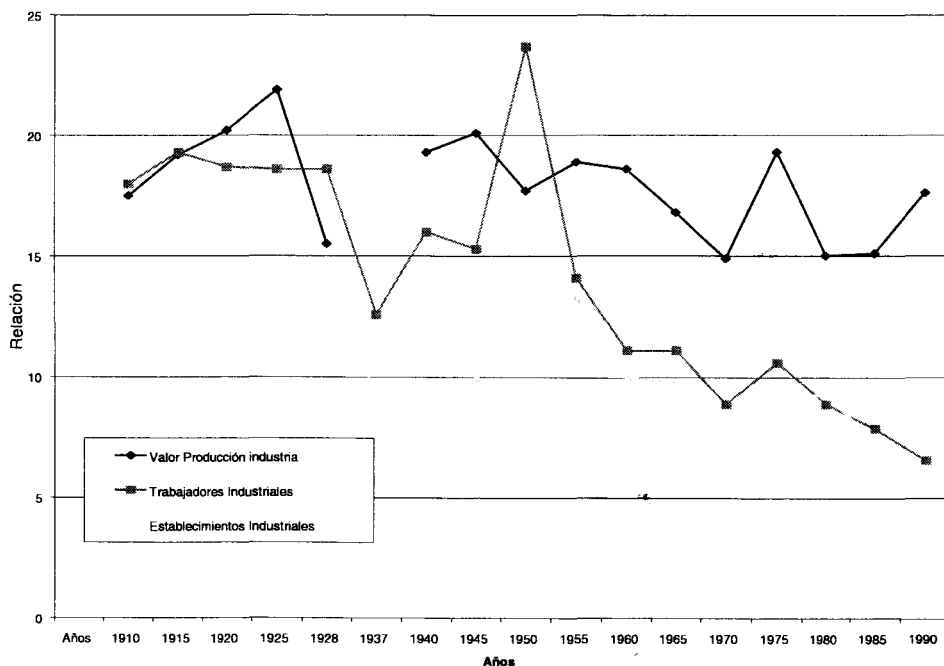


Fuentes: Dirección de Estadísticas y Censos. XI Censo de Población, 1940 y recopilación cifras anteriores; XII Censo General; 1952; Censo de Población, 1960; XIV y XV Censos de 1970 y 1982, respectivamente y Resultados Generales del Censo de Población publicados en 1992. Para 1995, se han utilizado las "Estimaciones y proyecciones de población..." de la misma Dirección.

¿Por qué una ciudad como Valparaíso detuvo el dinamismo de su ritmo de crecimiento demográfico? No solo por las nuevas orientaciones en los comportamientos básicos de la población que comienzan a insinuarse con claridad a mediados del siglo XX, situación que por lo demás estuvo precedida por el llamado boom de la natalidad de la década de 1950, sino más bien por una serie combinada de factores de carácter espacial, económico y social. La situación física de Valparaíso, con una estrecha superficie plana rodeada de angostas y sinuosas quebradas entregó a la ciudad su fisonomía particular y, al mismo tiempo, siempre actuó como un precario límite a traspasar en la medida que el vecindario fue escalando por los cerros y formando su anfiteatro. En la época que nos ocupa, a mediados del siglo XX, parte importante del espacio disponible no solo estaba ocupado, sino requería de mayores y más fuertes inversiones para proyectos inmobiliarios colectivos, fuesen de origen y financiamiento fiscal o particular. En consecuencia, se inició un fuerte movimiento migratorio que benefició en primer lugar a la vecina Viña del Mar, pero que se extendió hacia el interior a través de un rápido proceso de conurbación formando el llamado Gran Valparaíso. Sin embargo, en paralelo con dicha situación, hubo también factores de políticas económicas nacionales y falta de respuestas eficientes comunales que igualmente jugaron un rol importante. Si bien es cierto la desindustrialización de la economía chilena se puede advertir con claridad a partir de la década de 1970 con la imposición del modelo neoliberal, al comienzo pregonado como economía social de mercado, en Valparaíso el fenómeno fue más temprano y consistente y se inició con el traslado de empresas de la ciudad o de sus oficinas principales en el caso de establecimientos que producían en localidades cercanas o en Santiago. En comunas vecinas se dieron experiencias de barrios industriales, pero, en el caso de Valparaíso, estas tentativas no fueron más que proyectos que no pudieron superar el nivel de simples discusiones. En consecuencia, vivir en Valparaíso, desde mediados del siglo XX, ofreció complicaciones de diversa índole que aunque no incidieron en los índices vegetativos naturales de su crecimiento, sí fueron causantes de bajas importantes en el contingente de su población debido a deserción o a la disminución de su influjo de atracción sobre poblaciones vecinas.

En todo caso, también a nivel provincial, los índices de la actividad económica, medida por ejemplo a través de la producción industrial y del número de trabajadores de dicho sector, fueron decreciendo paulatinamente a través de las décadas del siglo XX, proceso en el cual la ciudad de Valparaíso resultó particularmente afectada. En este contexto, nos interesa referirnos a la particular situación de la mortalidad. Previo a ello, es necesario considerar el problema de la construcción de una serie larga anual de datos y el análisis de la presentación de la estadística demográfica oficial.

Participación del Gran Valparaíso en producción, empleo industrial y número de establecimientos 1910-1990.



Fuentes: Dirección Nacional de Estadísticas y Censos. Censos correspondientes a los años indicados. Se han considerado los años 1928 y 1937 al no haber datos correspondientes a los años 1930 y 1935.

Las fuentes

El estudio está basado en la recopilación de la información estadística existente a partir de los registros de nacimientos, matrimonios y defunciones acaecidos entre 1909 y 1960, tanto para el espacio particular de la ciudad de Valparaíso como para la división política-administrativa en que ella se inserta y que corresponden al Departamento y a la Provincia de Valparaíso. Esta información se obtiene de los volúmenes sobre demografía y/o población que fueron publicados anualmente dentro del Anuario Estadístico (en forma continua desde 1909). Estos Anuarios fueron recogiendo las estadísticas vitales obtenidas a través del simple recuento realizado en las Oficinas del Servicio del Registro Civil, oficinas catalogadas como circunscripciones, las que, a cargo de un Oficial del Registro, debían enviar mensualmente a la Dirección de estadística central, en formularios individuales, la transcripción resumida

de las inscripciones efectuadas en su oficina en el curso del mes correspondiente. Debe considerarse, por tanto, cierto rango de falta de precisión de dichos recuentos y, más importante, que ellos se refieren solo a los actos vitales registrados en la oficina y no necesariamente a todos los actos verdaderamente acaecidos dentro de cada circunscripción. Este hecho provocó fuertes distorsiones en las diferencias entre números efectivos del período y números registrados a partir de sus inscripciones, a veces ocurridas en tiempos bastantes diferentes al momento en que ellos efectivamente ocurrieron.

De acuerdo con lo anterior, en el caso de los nacimientos, por ejemplo, se consideraba como nacidos en un año civil a los inscritos en ese mismo año que tenían menos de dos años de edad al momento de la inscripción, permitiendo, además, todo tipo de inscripciones atrasadas que, en su conjunto, según los mismos encargados oficiales, bien podían estimarse en alrededor de un 5 a un 10% de los realmente nacidos en el año. Si bien es cierto estas anomalías se mantuvieron en el tiempo, la situación fue especialmente válida para las primeras décadas del siglo XX, cuando todavía se presentan una serie de resistencias de la población para someterse a la legalidad que el Registro Civil les imponía y cuando la cobertura territorial de las circunscripciones del Registro no alcanzaban aún una cobertura lo suficientemente amplia como para abarcar efectivamente todo el territorio nacional. Ilustrando esta situación, se puede hacer notar que el propio Anuario Estadístico de 1913, comparando la baja tasa de matrimonios que presentaba el país en relación con otras naciones extranjeras (situación calificada como desventajosa), atribuía la poca propensión de la población local a suscribir oficialmente la vinculación matrimonial debido a diversos factores socioeconómicos, pero, en particular, al estado de desconocimiento e ignorancia en que se encontraban los sujetos con respecto a los propios fines y alcances de la ley de matrimonio civil.

En todo caso, y a pesar de estas limitaciones, si bien el Registro no permite establecer con toda precisión la magnitud de estos hechos demográficos, sí posibilita conocer las tendencias que esos hechos fueron presentando a lo largo del período aquí considerado, situación que por lo demás es mucho más sostenible en la medida en que la legislación fue adoptando las medidas pertinentes para alcanzar a la mayoría de los sectores de la población nacional; que la Oficina del Registro fue alcanzando mayor eficiencia en sus tareas; y que la estadística, como técnica, se fue perfeccionando al punto de permitir a los encargados de llevarla disminuir notablemente el grado de errores u omisiones tan comunes en el pasado. La Dirección General de Estadística, creada por D.F.L. en 1930, vigente con esa denominación hasta 1952, es prueba de ello. Por lo demás, superando los problemas creados por los cambios en el sistema político-administrativo del país (lo que incide en la pertenencia de los

actos demográficos a una territorialidad determinada), y la mantención de criterios estadísticos tradicionales, el mayor cambio en los sistemas de recolección, conteo y transcripción de los datos se produjo en 1952 en los sistemas de empadronamiento utilizados que comenzaron a tabular las inscripciones según la fecha de ocurrencia y la designación de la circunscripción de residencia habitual. En todo caso, se siguió manteniendo la fecha de inscripción en los índices de estimación de niveles de mortalidad y nupcialidad por el hecho que, en esas situaciones, se da una diferencia de fechas muy breve entre el acto y la inscripción del mismo. Para ello, además, fue menester coordinar más eficientemente la acción pertinente de los servicios nacionales de Salud, Registro Civil y Servicios de Estadísticas y Censos, todos ellos relacionados con el movimiento de la población.

De este modo, habiendo visualizado los movimientos demográficos generales de la población estudiada, la parte más importante de nuestro trabajo está basada específicamente en las inscripciones de defunciones conservadas en los libros correspondientes del Registro Civil, Oficina de Valparaíso, sector *El Puerto*. Aquí también se nos presentan problemas y no tanto en términos del número de inscritos con relación al verdadero número de fallecidos, situación que entendemos fue cada vez debilitando más y más el porcentaje de omisiones, sino más bien, con respecto a la causa de enfermedad, dato de especial importancia en el análisis por realizar. Por una parte, como es bien sabido, la nomenclatura de enfermedades varía en el tiempo, y por ello establecer criterios para definir grupos de enfermedades, aunque ellas tengan sintomatologías similares, siempre es una situación complicada, máximo por la amplia variedad de enfermedades especificadas en los registros. Por otra parte, y quizás más importante, se trata de años en que la causa de muerte, a pesar de las preocupaciones de las autoridades, se establecía poco profesionalmente. En 1927, por ejemplo, ante la reorganización de los servicios sanitarios del país, el Director General de Sanidad refrendaba las preocupaciones de los Oficiales del Registro Civil de Santiago que solicitaban el mantenimiento de un servicio de comprobación de defunciones y para ello manifestaba que,

la Ley de Registro Civil, prescribía solamente la comparecencia de dos testigos que certificaran la efectividad y la causa del fallecimiento para que éste fuera inscrito en los Registros correspondientes. Como generalmente, tanto los testigos como el personal de las Oficinas del Registro Civil carecen de los conocimientos médicos indispensables para apreciar en forma exacta las causas verdaderas de defunción, apreciación que únicamente los médicos pueden efectuar en forma correcta, resultaba de ello que las cifras estadísticas no traducían con fidelidad lo que a ellas correspondía en realidad.

El Código Sanitario, en el Art. 201, trata de corregir estas deficiencias y para dar cumplimiento a estas disposiciones, la Dirección General de Sanidad implantó el servicio de comprobación de defunciones³.

La propia autoridad aducía que, solo en Santiago, fallecían diariamente entre 12 y 16 personas que carecían del certificado médico de defunción por falta de medios económicos para conseguir el facultativo que pudiese hacer la comprobación en domicilio, pero, además, que siendo las mayores causas de muerte las correspondientes a tuberculosis, sífilis y otras de carácter infecto-contagiosas, se deducía claramente la necesidad de diagnosticar correctamente la causa de la enfermedad en pro de la salud pública y de la profilaxis, por cuanto estas situaciones hacían estragos en las clases sociales más pobres que, de ordinario, vivían en condiciones anti-higiénicas, en las mismas habitaciones en que los fallecidos vivieron sus últimos días. Una tercera preocupación se refería a tratar de evitar los engaños que se hacían a los Oficiales Civiles induciéndoles a expedir pases de sepultación fraudulentos y destinados a suplantar personas, encubrir crímenes (abortos, infanticidios, suicidios, etc.), o a sorprender con estos pases a instituciones con el fin de obtener dineros.

El problema no fue resuelto en los años siguientes. El Código Sanitario, promulgado por el DFL 226 del 15 de mayo de 1931, se refería a esta situación en el Art. 86, estableciendo que el Oficial Civil estaría obligado a dar aviso al médico sanitario de la localidad, de las defunciones causadas por peste bubónica, cólera, fiebre amarilla, viruela, tifus exantemático, meningitis cerebro-espinal, encefalitis letárgica epidémica, poliomiелitis aguda epidémica, fiebre tifoidea y paratifoidea, escarlatina, difteria, septicemia puerperal, sarampión o alfombrilla y disentería. Por otra parte, en el Art. 232, se señalaba que, en caso de que no hubiese en la localidad un facultativo encargado de comprobar las defunciones, y si el difunto hubiese carecido de atención médica en su última enfermedad, la verificación debía acreditarse con la declaración de dos o más testigos ante la autoridad correspondiente⁴. Todavía, en 1939, el propio Director General de Sanidad proponía al Ministro correspondiente un proyecto de ley destinado a obtener mejoras en la certificación de las causas de muertes evitando, en lo posible, la intervención de simples testigos a falta de médicos sanitarios, cuyo resultado era el hecho que, en promedio,

³ “Reorganización servicios sanitarios de la República”; *Ministerio Bienestar Social. Providencias*. N°s 5201-5500, año 1927.

⁴ “Código Sanitario”. Decreto con Fuerza de Ley, DFL, N°226, 15 de mayo de 1931. *Boletín de Leyes y Decretos del Gobierno*, Santiago 1931.

alrededor de un 55% de los fallecimientos inscritos en las Oficinas del Registro Civil a lo largo del país fuesen realizados por personas incapacitadas por falta de conocimientos técnicos para determinar con precisión la causa de muerte. Como consecuencia de ello, en las estadísticas oficiales aparecían la gripe, los ataques y otras denominaciones “como responsables de muertes que, en realidad, son debidas a sífilis, tuberculosis y otras afecciones que exigen una atención preferente de parte del Estado”⁵. Se proponía que, para efectos estadísticos y sanitarios, y a petición expresa del médico sanitario de la localidad, podría rectificarse la causa de muerte registrada. De todas maneras, el problema siguió manteniéndose. En 1958, a nivel nacional, el 41.1% de todas las inscripciones de defunciones se certificaba por testigos. En Santiago, la capital del país, el porcentaje era solo de un 18.8%. Valparaíso estaba en un nivel bastante similar, 20.6%, pero todavía en las provincias del sur los porcentajes se movían entre un 60 y un 70%⁶.

Es evidente que lo anterior puede repercutir en la precisión de los análisis que se realizan a continuación. Como se observará en el desarrollo de los problemas pertinentes, considerando estas situaciones y el tipo de enfermedades que se establecen como causal del fallecimiento, hemos decidido establecer criterios propios de agrupamientos de las diferentes enfermedades que aparecen en los registros utilizados y de aquellas que poseen similares sintomatologías (ver Anexos), opción que permite hacer más comprensible la distinción de las mismas y minimizar las alteraciones estadísticas, sin distorsionar las realidades propiamente tales ni la significación de la mayoría de los testimonios de la época cuando se trata de definir las enfermedades de mayor impacto social.

Los desarrollos

Con los datos ingresados desde las inscripciones del Registro Civil al Anuario Estadístico, hemos considerado en primer lugar los movimientos de la población correspondientes a la ciudad de Valparaíso (matrimonios, nacimientos y defunciones), periodificados en cuatrienios. Hasta el año que alcanzan

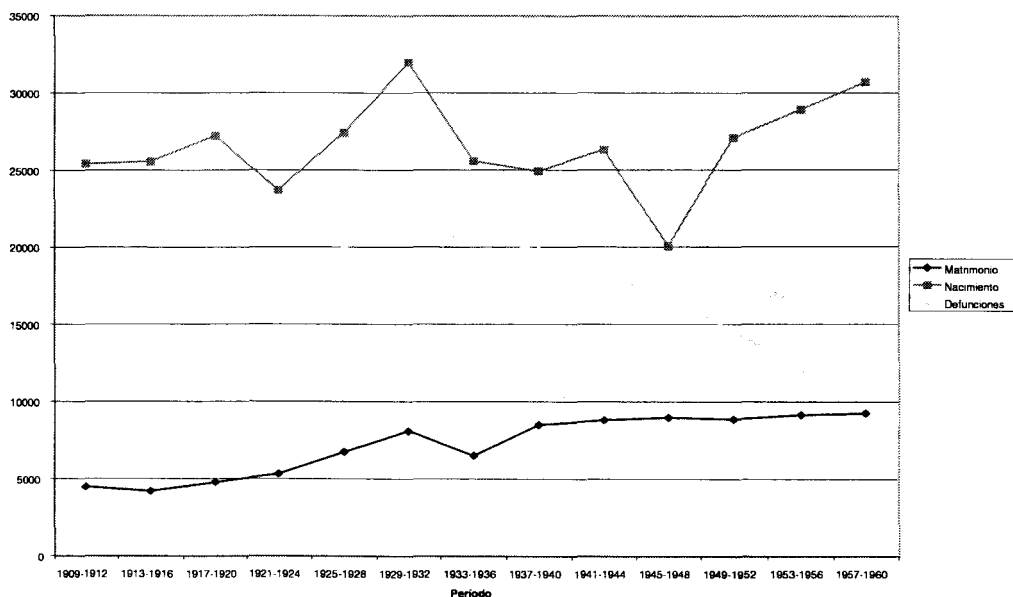
⁵ *Sobre modificación Ley Registro Civil para inscripción de defunciones*; Ministerio de Salubridad. Antecedentes de Oficios. N°s 1001-1150. Año 1939.

⁶ *El Servicio Nacional de Salud. Primera Etapa, 1952-1958*, Santiago, Impr. Central 1959, Tabla N°8, p.17.

los límites cronológicos del presente estudio, podemos observar la normalidad de las curvas que surgen del tratamiento de esas cifras. En el caso de los nacimientos, luego de una baja a comienzos de la década de 1930 (situación que explicamos en otro estudio), la curva se recupera y muestra una interesante línea de incremento que perdura hasta el año 1960. Una situación similar ocurre en el caso de los matrimonios, aun cuando en las últimas décadas aquí consideradas, la tendencia prácticamente termina estabilizándose. Por último, la curva de mortalidades es absolutamente clara: independientemente de ciertas fluctuaciones coyunturales que explicamos más adelante, se muestra una ostensible tendencia a la baja en todo el período, situación que no debe extrañar, pero que en todo caso siempre conviene explicar.

Movimientos demográficos en Valparaíso. Inscripciones vitales Registro Civil. 1909-1960. En cuatrienios

Períodos	Matrimonio	Nacimiento	Defunciones
1909-1912	4469	25406	24140
1913-1916	4197	25552	21537
1917-1920	4772	27235	23573
1921-1924	5316	23704	20952
1925-1928	6740	27417	20111
1929-1932	8105	31978	20654
1933-1936	6509	25586	20615
1937-1940	8511	24925	19842
1941-1944	8823	26303	18104
1945-1948	8971	20043	16856
1949-1952	8866	27104	14580
1953-1956	9137	28912	12198
1957-1960	9266	30720	11950

Inscripciones vitales. Registro Civil Valparaíso. 1909-1980 (en cuatrienios)

Nos interesa fundamentalmente detenernos en el análisis de defunciones. Lo hacemos, en primer lugar, comparando la situación de la ciudad de Valparaíso con la del Departamento del mismo nombre. La razón es simple. En el segundo caso, además de algunas ciudades pequeñas, parte de ellas todavía con poco significativas actividades urbanas, se cuenta con una fuerte proporción de población rural, lo cual explica las diferencias en las proporciones y ritmos con las cuales se van transformando los actos vitales. Especialmente en el caso de las defunciones, es bien conocido el carácter diferencial entre las mortalidades urbana y rural. Todavía en los últimos años, aun con poblaciones rurales cada vez más urbanizadas, ciertas diferencias persisten, pero ahora lo hacen especialmente por la mayor exposición a factores de riesgo propios de formas de vida más modernas. A nivel del país, según datos cercanos a 1990, la población rural en Chile alcanzaba a un 15% del total y en ese sector, tanto en varones como en mujeres, la mortalidad seguía siendo fuerte hasta la edad 54, edad a partir de la cual la mortalidad urbana comenzaba a exceder a la rural. Junto a ello, como la proporción de muerte entre sexos sigue siendo diferente, la situación incide también en las diferentes experiencias vitales de ambos sectores de la población⁷. En términos retrospectivos,

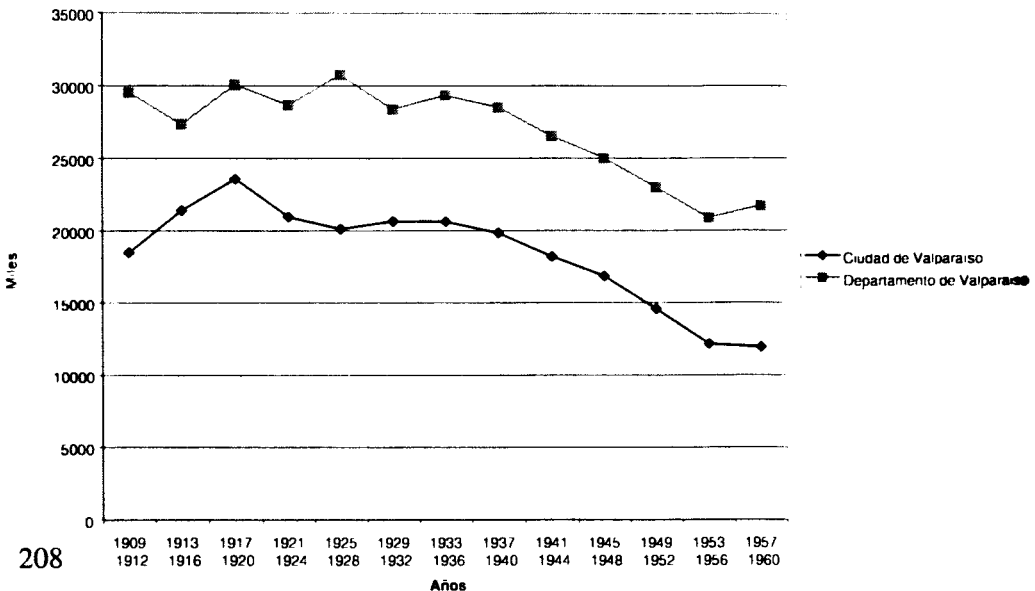
⁷ Erica Taucher, Cecilia Albala, Gloria Icaza, "Adult Mortality from Chronic Diseases in Chile, 1968-90", en Ian M. Timacus, Juan Chackiel y Lado Ruzicka (ed.), *Adult Mortality in Latin America*, Claredon Press, Oxford 1996, pp.256 y 266-268.

para el período 1909-1960, a pesar de que en lo general y en líneas gruesas, las tendencias siguen el mismo camino, se puede observar igualmente diferencias en términos de los acontecimientos registrados anualmente, situación que esconde, precisamente, y con mayor fuerza, los fenómenos de diferenciación recién comentados.

Mortalidad según número de defunciones inscritas Departamento y ciudad de Valparaíso, 1909-1960

Años	Ciudad de Valparaíso	Departamento de Valparaíso
1909-1912	18489	29547
1913-1916	21394	27359
1917-1920	23573	30076
1921-1924	20952	28660
1925-1928	20111	30741
1929-1932	20654	28388
1933-1936	20615	29343
1937-1940	19842	28525
1941-1944	18194	26541
1945-1948	16856	25012
1949-1952	14580	22976
1953-1956	12168	20855
1957-1960	11950	21694

Número de defunciones en el Departamento de Valparaíso y ciudad de Valparaíso. 1909-1930

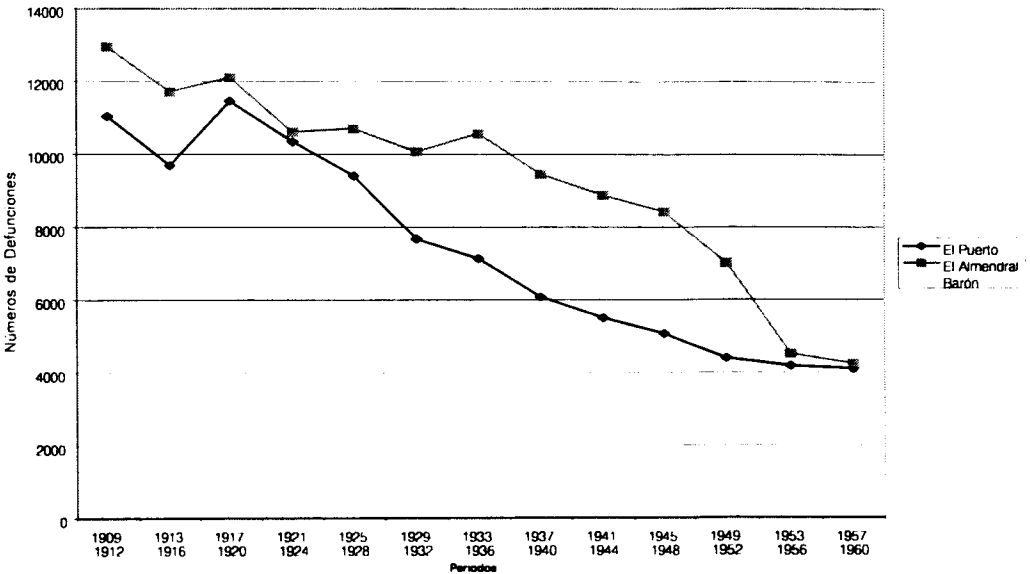


Todavía podemos focalizar aún más nuestra atención. Quedémonos ahora solo con la ciudad de Valparaíso. De acuerdo con las divisiones administrativas correspondientes, la oficina comunal de Registro Civil se subdivide en circunscripciones. Hasta 1929, las dos circunscripciones originales fueron las de *El Almendral* y *El Puerto*, ocupando cada una de ellas, respectivamente, las partes E y W del radio urbano, desde el plan que les correspondía y hasta la cumbre de los cerros poblados existentes a su alrededor. Desde ese año, se agregó la circunscripción de *El Barón* a partir de cuya existencia se segregan barrios hasta entonces pertenecientes a *El Almendral* o nuevas poblaciones que habían quedado en una situación indefinida. Es muy interesante observar las formas de las curvas que resultan de aplicar las inscripciones de defunciones en cada una de las circunscripciones. Como se puede advertir en los cuadros y gráficos siguientes, especialmente en lo que se refiere a las circunscripciones de *El Almendral* y *El Puerto*, existe una muy clara diferenciación en la evolución de la mortalidad de cada una de ellas. Aquí no se trata solo de un problema de número de población total en cada circunscripción, porque en ese caso, y de acuerdo a ello, las curvas deberían seguir la misma forma y sólo distinguirse por alcanzar el nivel más alto o el más bajo. En un análisis más detenido, la relación población-número de muertes anuales debería también contabilizarse, pero, por el momento no cabrían más explicaciones que aquellas de carácter socioeconómicas. La circunscripción de *El Puerto* contenía un plan que concentraba la mayoría del comercio de más importancia, el sector bancario, el político administrativo y prácticamente todas las oficinas de profesiones liberales. Además, no olvidando los sectores populares, una parte de sus cerros correspondían, aunque no exclusivamente, a barrios de clase media o superior. Por su parte, el sector Almendral se muestra bastante menos desarrollado, especialmente por la concentración en su área de conventillos o por las mayores dificultades de la vida cotidiana de la población ubicada en sus cerros, todo lo cual significaba condiciones de vida y estados de salubridad poco favorables para hacer frente a las enfermedades sociales más frecuentes de la época, y grafica con mayor exactitud el verdadero estado sanitario de la ciudad. Por cierto, es también interesante advertir que, en todos los casos, las curvas se encuentran, a partir de los años 1950, en un mismo nivel, demostrando que las tendencias decrecientes de los índices de mortalidad estuvieron asociadas a situaciones extralocales y extranacionales de todos conocidos.

Mortalidad en la ciudad de Valparaíso. Circunscripciones Registro Civil. 1909-1960. Cuatrienios

Períodos	El Puerto	El Almendral	Barón
1909-1912	11037	12947	
1913-1916	9678	11716	
1917-1920	11461	12112	
1921-1924	10340	10612	
1925-1928	9406	10705	
1929-1932	7678	10072	2904
1933-1936	7138	10570	2867
1937-1940	6086	9457	4299
1941-1944	5505	8872	3797
1945-1948	5078	8425	3353
1949-1952	4394	7015	3171
1953-1956	4182	4523	3463
1957-1960	4107	4244	3599

Defunciones Valparaíso por circunscripciones Registro Civil. Cuatrienios 1909-1960



Desde los anteriores contextos generales, podemos todavía centrar aún más nuestro análisis. Lo hacemos estudiando en particular la circunscripción *El Puerto*. Aun cuando en el gráfico anterior la agrupación en cuatrienios de

los datos anuales no permite advertir claramente los movimientos de defunciones de corto tiempo, lo cierto es que, observando las cifras propiamente tales, año tras año, a pesar de la tendencia central orientada hacia la baja en el largo tiempo, podemos apreciar permanentes fluctuaciones en los totales de fallecimientos anuales, lo que nos permite realizar un análisis más profundo de esa experiencia vital, especialmente en aquellos años que aparecen como momentos coyunturales que muestran aumentos en la mortalidad con respecto a los años anteriores. Curiosamente, a través de todo el período, se puede advertir una clara existencia de ciclos decenales, al final de los cuales siempre ocurre un movimiento de alza de las defunciones. Aprovechando dicha situación, hemos seleccionado una muestra que toma los registros de muertes de los meses de enero a mayo de los años 1919 y 1949.

En estos casos, hemos acudido directamente a las mismas inscripciones del Registro Civil. Una por una. Esta nos entrega una serie de variables. Por cada inscripción, para cada persona fallecida podemos ubicar el nombre (que para nosotros no es importante), fecha de inscripción, edad al fallecimiento, domicilio, estado civil, profesión (desde mediados de siglo más asiduamente para los hombres), causa de muerte. Cada uno de estos datos o la combinación de algunos de ellos, permite una aproximación bastante detenida de las realidades que intentamos estudiar. Observando solo estas utilizaciones preliminares del material (debe insistirse en que aquí se trata solo de un estudio preliminar), los primeros resultados son de suyo interesantes. Por de pronto, algunas situaciones muy conocidas, pero que no dejan de sorprender. En primer lugar, el altísimo porcentaje de fallecimientos antes del primer año de vida (todavía hasta el 5° año de vida), porcentaje que todavía sigue siendo muy alto en 1949. En segundo lugar, la relación entre sexo y grupo de edad. Después de 1969 y hasta 1989, todos los grupos de edad, independientemente del sexo, fueron reduciendo su mortalidad más rápidamente que en períodos anteriores, especialmente a partir de la edad de 15 años y hasta aproximadamente los 44 años de vida, lo cual se debió, principalmente, al mejor manejo médico y sanitario respecto a enfermedades como la tuberculosis y la neumonía. Desde esa edad en adelante, la disminución de la mortalidad se hace más ostensible en las mujeres que en los hombres, entre otras razones, debido a enfermedades cardiovasculares mucho más presentes en estos últimos. En consecuencia, desde los 44 años, la tasa anual de mortalidad masculina se incrementa con respecto a la de las mujeres⁸. Como se verá enseguida, los comportamientos

⁸ *Ibidem.*, pp.256-257.

referidos a la mortalidad en el período aquí estudiado corresponden a un régimen demográfico más tradicional que muestra otro tipo de correlaciones entre sus variables de mayor incidencia. Finalmente, y en tercer lugar, en el período 1909-1960, se observará también un diferente régimen de transición demográfica (en términos del componente mortalidad) entre hombres y mujeres. En lo general, debemos considerar que en el período en que se encuentran los años seleccionados de 1919 y 1949, la tasa bruta de mortalidad en la ciudad bajó abruptamente, lo que se indica en las siguientes cifras obtenidas a partir de la ecuación respectiva de medición demográfica que considera la cifra de población según los censos correspondientes y el número total de defunciones que en nuestro caso lo recogemos del Anuario Estadístico, el cual, como ya está dicho, obtenía sus datos desde las inscripciones de las oficinas del Registro Civil:

Tasa bruta de mortalidad ciudad de Valparaíso y comparación con los niveles nacionales, 1920-1952

Año	Poblac.	NºDefunc.	Tasa	Tasa Nac.
1920	182.422	6.290	34.48	30.5
1930	193.205	4.859	25.14	24.0
1940	209.945	4.626	22.03	21.2
1952	223.598	2.870	12.83	13.0

Fuentes: Calculado a partir de datos de los *Censos de Población* correspondiente (población) y *Anuario Estadístico* (defunciones). En el caso de la columna Tasa Nacional, *El Servicio Nacional de Salud, 1952-1958*, Santiago 1959, Tabla 1, p.14.

Problema fundamental en el análisis particular de la mortalidad es el referido a las causas de muerte. Como se ha indicado anteriormente, al menos en el período aquí estudiado, una de las preocupaciones más importantes de las autoridades sanitarias y de las encargadas de la estadística oficial se refería a la inexistencia de criterios médicos para definir con precisión la verdadera causal de muerte de los fallecidos inscritos en la Oficina del Registro Civil. Tratando de caracterizar la muerte en Valparaíso, en el análisis general de las causales de muerte indicadas, nos encontramos en el año 1919 con 89 diferentes tipos de fallecimientos y en el año 1949 con 51. Algunas de las causales se podrían agrupar sin grandes dificultades ya que corresponden a similares situaciones (por ejemplo, afección cardíaca y cardíaca); en otros casos hay denominaciones que desaparecen entre esos años (atrepsia o barcolema de pelvis), u otras que aparecen (alcoholismo, diabetes). Ciertas causales son más bien generalizaciones en base a razones médicas indefinidas. Ello ocurre especialmente en lo que respecta a la mortalidad infantil, y en particular, a los

decesos ocurridos antes del año de edad. En 1919 aparecen muchos casos de *asfixia* y bastantes otras situaciones registrados simplemente como *cerebro*, lo que hace difícil, si no imposible, tratar de precisar los alcances concretos de tales enfermedades. En ese año, esas causales, junto a los llamados faltos de desarrollo o nacidos prematuramente, alcanzaban alrededor de un 20% del total de fallecidos inscritos. Todavía aparecen en 1949, pero en forma mucho más restringida, lo que hace que, en este último año, solo se representaran en un porcentaje cercano al 5.5% del total.

Como se ha explicado anteriormente, y a objeto de poder trazar en forma más comprensiva los caracteres de la mortalidad en la ciudad en el año de 1919 y las modificaciones experimentadas hacia el año 1949, hemos clasificado las enfermedades en los grupos especificados en el Anexo. Según ello, las causas de muerte de mayor significación, correspondían a enfermedades infecciosas de las cuales, muy marcadamente, las más importantes estuvieron asociadas a la tuberculosis y al tifus. Según nuestros datos, globalmente, entre los años 1919 y 1940, la mortalidad causada por estas enfermedades infecciosas disminuyó en alrededor de un 10%, con una leve baja de la mortalidad por tifus, pero también con una leve alza en los casos de la tuberculosis o similares. En términos muy generales, esta situación corresponde a lo que acontecía a nivel nacional en donde, reiteradamente, tanto la fiebre tifoidea (exceptuando algunas verdaderas epidemias de tifus exentemático), como la tuberculosis, aparecen como las enfermedades de mayor incidencia en la mortalidad de la población. También a nivel nacional, y para el mismo período, se registra una tendencia a la baja en los índices de morbilidad de dichas enfermedades. Ello se puede apreciar en los siguientes datos que fueron calculados a partir de índices no especificados por la autoridad sanitaria en un documento de 1950. Si volvemos a nuestros registros y a los años 1919 y 1940, las enfermedades del corazón alcanzaban significaciones de alrededor de un 10% del total de las defunciones (subieron en 2% en el segundo año).

Tasas de mortalidad fiebre tifoidea, tifus exentemático y tuberculosis, 1919-1949

Años	Fiebre tifoidea y Paratifoidea	Tifus Exentemático	Tuberculosis
1919	80.1	70.5	260.7
1924	46.2	16.7	221.8
1929	15.3	1.0	251.5
1934	7.6	69.6	238.4

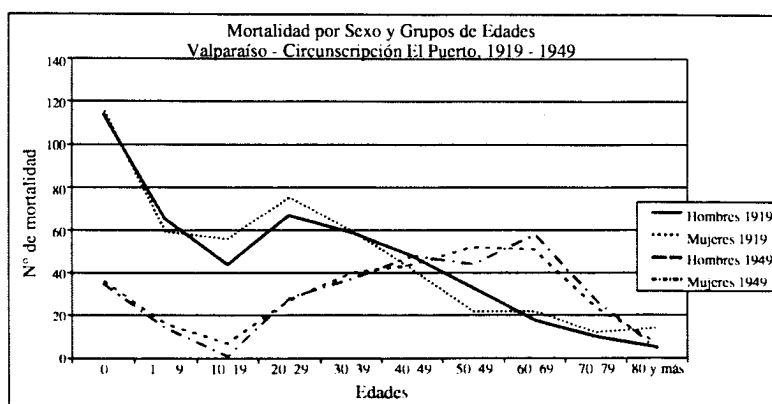
1939	12.6	6.2	228.2
1944	10.8	1.4	229.5
1949	8.7	0.6	195.1

Fuente: *Enfermedades infecciosas de declaración obligatoria, tuberculosis y cáncer, 1950*. Servicio Nacional de Salud, *Ministerio de Salud, Providencias*, N°s 1543-1865, Año 1954. Tasas por cada 1.000 habitantes, excepto en el caso de la tuberculosis, por cada 100.000 habitantes.

Mortalidad por sexo en Valparaíso según inscripciones en Registro Civil. Circunscripción El Puerto. Muestra 1919 y 1949

1919					
Edades	Hombres	%	Mujeres	%	
0	114	25.1	116	24.4	
1 9	65	14.1	59	12.5	
10 19	44	9.5	56	11.7	
20 29	67	14.5	75	15.6	
30 39	59	12.7	60	12.5	
40 49	48	10.3	42	8.7	
50 59	32	6.9	22	4.6	
60 69	18	3.8	22	4.6	
70 79	10	2.1	12	2.5	
80 y más	5	1.0	14	2.9	
Total	462	100.0	478	100.0	

1949					
Edades	Hombres	%	Mujeres	%	
0	36	11.8	35	11.8	
1 9	16	5.5	14	4.9	
10 19	7	2.3	1	0.3	
20 29	27	8.8	28	9.4	
30 39	40	13.1	37	12.4	
40 49	44	14.4	48	16.2	
50 59	52	17.3	44	14.8	
60 69	51	16.7	58	19.8	
70 79	24	7.8	27	9.1	
80 y más	7	2.3	4	1.3	
Total	304	100.0	296	100.0	



Nuestra próxima focalización en el estudio corresponde al análisis de variables sociales que influyen directamente en los rangos y carácter de la mortalidad. Utilizando la misma muestra correspondiente a los meses de enero a mayo de los años 1919 y 1949 y comparando la distribución de muertes por grupos de edad, tenemos que, efectivamente el porcentaje de fallecimientos

antes del primer año de vida, o del quinto año de vida, tanto en el caso de los hombres como de las mujeres, disminuyó apreciablemente en el período que media entre esos años. Igualmente importante de apreciar, para edades adultas, es el cómo se desplazan los ejes de años de mayor frecuencia de muerte. Mientras que en 1919 esos años se concentraban, en ambos sexos, entre los 15 y los 44 años, en 1949 el eje se había desplazado hacia los 35 y 64 años. El estudio completo de las inscripciones para todos los meses de esos años muestra en forma más precisa el desarrollo de este desplazamiento, desplazamiento acorde con el aumento de las expectativas de vida y, como ya se ha indicado anteriormente, con el consiguiente decrecimiento de las tasas de mortalidad en los años más jóvenes.

La misma situación se puede observar en el análisis de la enfermedad de mayor incidencia que, como ya lo hemos visto, corresponde a la tisis, tuberculosis u otras similares. En el caso de los hombres, se puede ver una mayor uniformidad en la distribución de los fallecimientos en edades superiores a los 20 años que en el caso de las mujeres en donde, notoriamente, en 1919 la muerte les alcanzaba fundamentalmente entre los 20 y los 40 años; no obstante, para ambos sexos, igualmente se puede ver como la estructura general de las edades al fallecimiento del año 1919 se ha desplazado muy ostensible hacia edades mayores en el año 1949.

También es importante hacer notar las diferencias que se producen en los registros de hombres y mujeres al considerar condiciones sociolaborales. En el caso de los hombres, tanto las ocupaciones como las enfermedades causales de muerte aparecen bastante más diversificadas que en el caso de las mujeres. No obstante, especialmente tratándose de los males de salud más comunes de la época, fundamentalmente de carácter infeccioso, también asoma con fuerza la relación enfermedad-ocupación. En 1919, en el caso de las afecciones relacionadas con la tuberculosis y la tisis, las muertes más frecuentes ocurrían en individuos calificados como jornaleros, pero no pasaba inadvertido el hecho que empleados y comerciantes alcanzaran igualmente una gran proporción de los fallecidos por esa causa. En el año 1949, aunque se mantuvo la diversificación anterior, los jornaleros y los que comienzan a ser registrados como obreros duplicaron a comerciantes y empleados juntos, pero, además, observando edades mayores, de acuerdo con el aumento de las expectativas de vida, comenzó a ser frecuente la denominación de jubilados. En todo caso, y en toda edad y condición social, se hace presente la mayor vulnerabilidad de los hombres que las mujeres frente a este tipo de enfermedades.

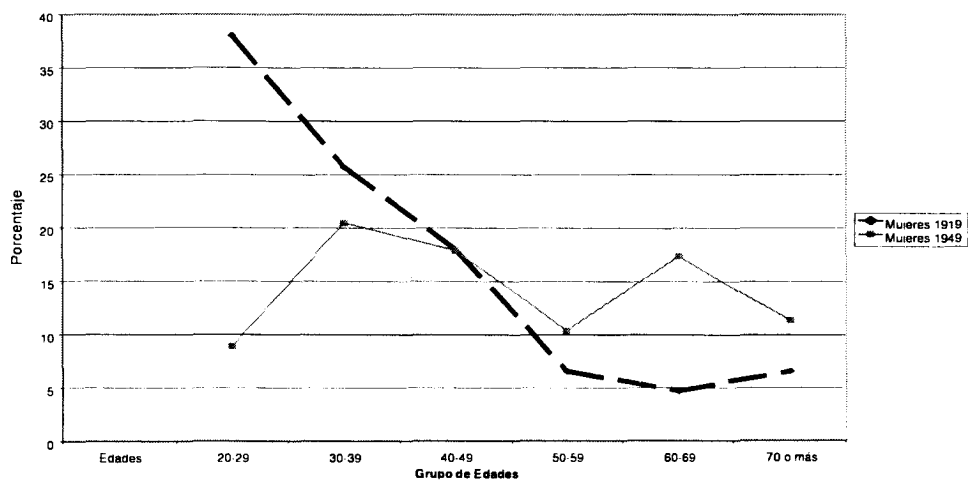
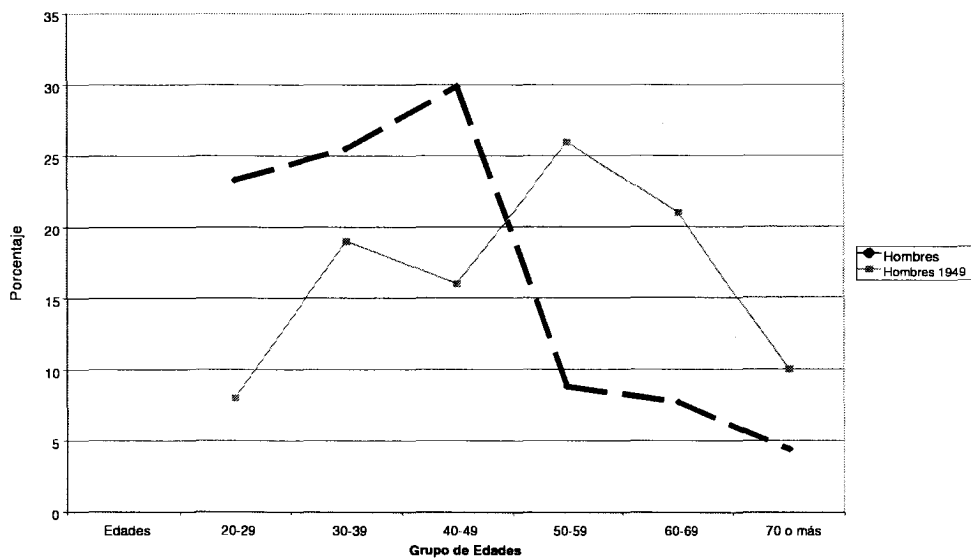
En el caso de las mujeres, la situación es bastante diferente. En 1919 nos encontramos con un cuadro de mortalidades tremendamente relacionado con situaciones socio-ocupacionales. Particularmente en el caso del tramo indicado

como el de mayor frecuencia de muertes en edad adulta, esto es, el tramo 20-40 años, encontramos que ellas correspondían, en su mayoría, a mujeres cuya ocupación era definida como *labores del sexo*, pero un número importante (sobre un 30%), eran costureras, lavanderas, sirvientas y aplanchadoras que murieron en su gran mayoría atacadas por el tifus y la tisis, pulmonía o tuberculosis. Un número poco significativo de mujeres aparecen como empleadas, una de ellas falleció de un cáncer uterino, otras de bronquitis o enfermedades al estómago. Independientemente de ocupación, la mayoría de las fallecidas tenían su domicilio en algunos de los cerros más populares de la ciudad. Por entonces, Valparaíso se nos aparece con un cuadro social coincidente con la llamada cuestión social: mujeres trabajadoras en precarias condiciones de vida, salarios de muy bajo nivel, habitaciones sin los básicos requerimientos sanitarios o de espacio, alto nivel de alcoholismo y promiscuidad, etc.

La situación cambia en 1949. Desgraciadamente, respecto a la ocupación laboral de las mujeres, las inscripciones generalizan el concepto tan ambiguo de *labores del sexo*, de modo que, como criterio de pertenencia social, nos queda más bien el dato referido a domicilio. Del número de mujeres que fallecieron en el tramo de mayor ocurrencia, ahora las edades entre los 36 y los 55 años, podemos sacar del análisis a un reducido número de ellas que pudieron tener mejores condiciones sociales. Estas últimas fallecieron de enfermedades de úlcera duodenal, insuficiencia cardíaca, meningitis. En los otros casos, la tuberculosis, bronconeumonía, tisis, siguieron siendo causantes de un alto porcentaje de decesos, pero la mortalidad comenzaba a ser mucho más variada. Efectivamente, junto a estas verdaderas enfermedades sociales, aparecen otras como cirrosis, ictericia, cáncer gástrico, arterioesclerosis, angina de pecho, etc. Así como cambiaban los factores relacionados con la edad, así también comenzaba a variar el mapa de enfermedades.

Enfermedades infecciosas: tuberculosis, tisis. Desplazamiento de las edades, hombres y mujeres en años indicados. Porcentajes, Valparaíso-El Puerto 1919 y 1949

	Hombres		Mujeres	
	1919	1949	1919	1949
Edades				
20-29	23,3	8	38	8,9
30-39	25,5	19	25,7	20,5
40-49	29,9	16	18	17,9
50-59	8,8	26	6,6	10,4
60-69	7,7	21	4,7	17,4
70 o más	4,4	10	6,6	11,4



Las significaciones

El análisis particular realizado en el presente estudio no escapa de contextos generales. La mortalidad, en principio y básicamente, corresponde a un hecho demográfico y natural. El cómo se va exteriorizando se ve influido por cuestiones culturales, socioeconómicas y políticas. Como se ha advertido, es ampliamente conocido el hecho que uno de los grandes logros del siglo XX se

obtuvo en forma conjunta en los campos de la medicina social, de la industria farmacéutica, y de las políticas sociales lo cual, combinadamente, posibilitó no solo una disminución de los índices de mortalidad a través de los diferentes grupos de edades, sino también el a veces espectacular aumento de las expectativas de vida al nacer. Es evidente, igualmente, que estos avances no se han desarrollado en forma paralela para todos los sectores que conforman una sociedad determinada y que, en ello, sigue siendo de primera importancia la pertenencia de los individuos a sectores socioeconómicos específicos. Aun así, debe reconocerse positivamente que, en este aspecto, los beneficios médico-sanitarios han alcanzado a la población con mucha mayor fuerza que lo que ha ocurrido con tantos otros avances o ganancias que no logran cambiar radicalmente las estructuras sociales de base, provocando, a su vez, sus propios frenos a las mayores posibilidades existentes en la actualidad para postergar la muerte y alargar la vida.

Siendo por lo tanto un problema fuertemente relacionado con las condiciones sociales, Valparaíso es un excelente espacio urbano para adentrarse en el estudio pormenorizado de este tipo de comportamiento demográfico, lo cual no solo permite desagregar cifras o volúmenes generales que son aplicables a grandes unidades territoriales sino que, además, posibilita el llegar a las propias personas que conformaron la población en estudio.

No obstante lo anterior, el problema de la mortalidad tiene que ver, además, con condiciones culturales. Con las respuestas que los diferentes sectores sociales entregan a las instituciones, privadas u oficiales, a objeto de recibir y poder utilizar convenientemente los proyectos y programas orientados a combatir con más eficiencia aquellas enfermedades que se supone tienen que ver, fundamentalmente, con las condiciones sociales indicadas anteriormente. Cuando se observan los altísimos porcentajes de fallecimientos de niños en sus primeros meses de vida, debe considerarse que, frecuentemente, una parte importante de esas muertes tiene sus causas en el medio ambiente en donde esos niños debieron desarrollar sus cortas vidas y, en ello, lo cultural es de suma importancia. Como hemos observado, después de 30 años, entre 1919 y 1949, se produjeron variados cambios en la estructura de fallecimientos de los porteños, pero todavía aparecían como difíciles de doblegar tanto la mortalidad infantil como los fallecimientos causados por las llamadas enfermedades sociales. Es en las complicadas fronteras de lo cultural, en donde se han entrecruzado los diferentes roles jugados tanto por la iniciativa privada como por la autoridad civil. La historia es larga y de muy diferentes alcances.

En Valparaíso, como en el resto del país, la medicina de comienzos de siglo, más bien, los servicios hospitalarios y algunas prestaciones referidas a aliviar condiciones económicas y sociales fueron dirigidas a través de

individuos, grupos o instituciones privadas de fuerte carácter altruista; cumplieron un importante papel, pero no estaban destinadas a cambiar más profundamente esas condiciones. Todavía inmersas en los conceptos de la caridad tradicional o instalándose para cubrir necesidades de sectores que podían asumir parte o la totalidad de los costos de los beneficios que recibían, fueron sí importantes en asumir funciones sociales antes que el Estado. A comienzos de siglo, en 1914, en el perímetro urbano de Valparaíso se contabilizaban cinco grandes centros hospitalarios: San Juan de Dios, Británico, San Agustín, Alemán, Playa Ancha. No obstante, se requería de miradas y de proyectos que complementaran la asistencialidad propiamente tal con políticas sociales más globales. Aunque esta situación fue desarrollándose muy lentamente, y con muchas limitaciones, el Estado comenzó a jugar un papel de primera importancia. La documentación oficial de las instituciones predecesoras del Ministerio de Salud, desde el Bienestar Social, pasando por el Ministerio de Salubridad Pública, la Caja de Seguridad o la Medicina Preventiva, dan cuenta de esta historia tanto a nivel nacional como comunal. Valparaíso tiene sus propios antecedentes que se unen, además, con toda la evolución urbana de la ciudad, principalmente con las condiciones de higiene y salubridad en los sectores de habitación más pobres o en los cerros cuyas laderas se siguieron poblando independientemente de todo trazado y proyecto previo. En todos estos factores, y en la evolución económica de la ciudad y de sus moradores, actuando interrelacionadamente, están las explicaciones más profundas de una experiencia vital, tan tremendamente determinante, como lo ha sido y lo es el de la mortalidad.

El período en estudio está caracterizado por una serie de condicionantes económicas, políticas y socioculturales. En el primer caso, como ya se ha indicado en el texto, la tendencia cada vez más creciente a la pérdida del antiguo dinamismo económico de la ciudad y hacia una progresiva desindustrialización ya claramente ostensible a partir de los años 1960⁹, no incidió en forma directa en las curvas de mortalidad, las cuales decrecieron en beneficio de la población en forma independiente a los desarrollos económicos urbanos y nacionales. Indudablemente que ello no significa desconocer la fuerte incidencia de las condiciones sociales de sectores importantes de la población que se ven siempre afectados por un grupo de enfermedades, especialmente de carácter infeccioso que sigue haciendo estragos en esos sectores, impidiendo

⁹ Ver Eduardo Cavieres, "Análisis Histórico", en *Identificación de los factores que determinan la inversión privada en el Gran Valparaíso*, Estudio Corfo 1996, Valparaíso 1996, pp.07-22.

avances más notables en términos de las estadísticas globales del país. En este último contexto, más importantes y con mayor incidencia en la salud pública son las consideraciones de carácter político y sociocultural.

En las primeras décadas del siglo XX se asiste a los comienzos de una lenta transformación de un sistema asistencial fuertemente caritativo y desarrollado por iniciativas privadas por otro en que el Estado por sí y a través de sus organismos intermedios va asumiendo con mayor énfasis las tareas correspondientes a la antigua beneficencia pública. No solo los hospicios y casas de huérfanos de carácter religioso distribuidas a lo largo del país, sino también iniciativas laicas de carácter social como las llamadas “Gotas de Leche” que buscan mejorar la alimentación de los lactantes u otras de carácter intelectual como las ligas de higiene social, ven como el aumento de las necesidades superan sus esfuerzos y posibilidades. La caridad se convierte en justicia social y, a pesar de sus limitaciones, los sectores educación y salud resultan ser los más beneficiados por el Estado. El perfeccionamiento del Código Sanitario, los permanentes programas de higiene pública, la organización de los sistemas estatales de salud a través de los servicios de seguro social y del Servicio Médico Nacional de Empleados se van imponiendo sobre las anteriormente limitadas funciones municipales de salubridad. Junto a ello, el incremento y expansión de la educación fiscal primaria con una rápida y acelerada reducción de las tasas de analfabetismo, permiten una mayor educación sanitaria de la población que por cierto se caracteriza por una fuerte correlación socioeconómica que sigue focalizando los mayores efectos de las enfermedades infecciosas en los sectores más desposeídos y en la población infantil. El análisis de este segmento de la población, por ser mucho más vulnerable y afecto a las condiciones higiénicas ambientales, merece un análisis particular aquí no considerado.

En consecuencia, el estudio de la mortalidad en Valparaíso y de su positiva evolución a través de la primera mitad del siglo XX está cruzado por una serie de variables en las cuales, en el balance final del período, el Estado benefactor se va transformando en el gran actor de cambio y transformación. Por cierto, para alcanzar sus logros, el Estado se vio profundamente auxiliado y beneficiado con los avances médicos y con sus nuevos medios y métodos de profilaxis, pero el recorrido fue largo. Sus inicios, a comienzos de siglo, partieron en 1907 con la transformación de la posta de primeros auxilios en la Asistencia Pública de Valparaíso. En ese año,

meses después del terremoto (de 1906), los hospitales de San Juan de Dios y de San Agustín eran montones de ruinas. Sus pocos enfermos se guarecían bajo galpones de calamina.

Por esta trágica circunstancia, el médico que ideó la organización de la Asistencia Pública Municipal de Valparaíso fue obligado a instalar los primeros auxilios en esa Casa Central y no en los mismos hospitales¹⁰.

Se debió también atravesar los difíciles tiempos de epidemias de viruela y tifus exentemático de los años 1921-1922 y 1923, que agotaron a la población al “azotar la ciudad con más crueldad que en todo el resto de la República”. En 1927, con el Código Sanitario y su nuevo plan sanitario, surge el concepto de salubridad pública tendiente a una atención más completa del progreso y desarrollo material de la población¹¹.

La labor pública, en infraestructura sanitaria, en campañas de educación higiénica y sobre enfermedades venéreas, siguió acompañada de la beneficencia privada subvencionada por el Estado. En 1942, en la ciudad de Valparaíso funcionaba el Asilo del Salvador, el Asilo de San José del Buen Pastor, la Asociación de Señoras de la Cruz Roja, la Casa de Huérfanos de las Hermanas de la Providencia, la Casa del Buen Pastor del Cerro Los Placeres, la Enfermería Blas Cuevas, la Escuela de Puericultura, la Gota de Leche, el Hogar Taller José Santos Ossa, el Hospital de Niños, la Sociedad Protectora de la Infancia¹².

En las décadas de 1930, 1940 y 1950, los mayores esfuerzos de las instituciones comprometidas en la salud e higiene pública se orientaron fundamentalmente hacia el control de las enfermedades venéreas, la lucha contra el alcoholismo, el mejorar las condiciones ambientales de vida de los sectores populares, la atención madre-hijos y la educación y asistencia preferencial en el caso de enfermedades infecciosas. Los resultados son conocidos. Así como en tiempos anteriores se pudo combatir con mayor eficiencia las antiguas pes-tes y epidemias, ahora, a partir de los años 1960, la tuberculosis y el tifus exentemático se presentaban como los nuevos derrotados.

¹⁰ Dirección General de Asistencia Social. 13 de abril de 1927. Ministerio de Bienestar Social. *Providencias*. N°s 2192 -2600, Año 1927.

¹¹ *Providencias*, Ministerio de Previsión Social, N°s 1901-2170, Año 1927.

¹² Dirección Médica Zonal de Valparaíso, *Cuenta labor realizada 1942*, Ministerio de Salud, Antecedentes y Oficios, N°s 251-360, Año 1942.

Causas de muerte según inscripción defunciones en Oficina Registro Civil, El Puerto-Valparaíso, Años 1919 y 1949

	1919		1949	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<i>1. Enfermedades infecciosas</i>				
Tos convulsiva, bronquitis, neumonía, pulmonía, tuberculosis, tisis, bronconeumonía	648	675	209	182
Septicopiohemia, septicemia	2	2	3	1
Meningitis, encefalitis	23	21	10	19
Difteria, angina	14	5	22	22
Fiebre	24	13	-	-
Gastroenteritis, enterocolitis, enteritis, catarro intestinal, disentería, fiebre gástrica	198	143	19	18
Fiebre tifoidea, tifus, tifus exentemático				
Gripe	38	43	-	-
Alfombrilla	5	4	-	-
<i>2. Enfermedades respiratorias no infecciosas</i>				
Asma, enfisema, branquectasia	1	-	13	19
<i>3. Enfermedades cardiovasculares</i>				
Parálisis cardíaca, miocarditis, hipertrofia cardíaca, aneurisma aorta, infarto, aortitis crónica, asistolca, endocarditis, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, insuficiencia miocardio	74	62	79	86
Ataque cerebral, derrame cerebral, embolia cerebral, hemorragia cerebral, encefalitis aguda	10	12	22	32
Edema pulmonar	-	2	-	1
Arterioesclerosis	9	3	20	14
<i>4. Enfermedades gastrointestinales</i>				
Abceso hepático, dispepsia	-	1	1	4
Apendicitis	2	5	-	-
Colitis aguda, estómago	54	72	-	-
Úlcera	-	1	2	3

Peritonitis, ictericia	8	8	1	13
Hemorragia intestinal, intestinos	7	11	5	2
<i>5. Cáncer</i>				
Tumores, cáncer, sarcoma, carcinomas	26	35	31	40
<i>6. Gineco-obstétrico</i>				
Eclampsia, parto	-	7	-	2
<i>7. Alcoholismo, cirrosis hepática</i>				
	6	1	13	10
<i>8. Diabetes</i>				
	-	-	5	4
<i>9. Traumatismo y accidentes</i>				
Ahogados, contusiones, fractura cráneos	43	2	9	7
<i>10. Riñones, hígado, hernia hígado, uremia</i>				
	27	36	10	6
<i>11. Otros</i>				
Alfercia, anemia aguda, artritis, atrepsia, barcoloma de la pelvis, bari, dentición, distrofia, enfermedades congénitas, epilepsia, eccema, hemiplejia, intoxicación, mal de Bright, muerte repentina, reumatismo, senectud, vejez, tétano infantil, toxicosis	33	34	64	63
<i>12. Asfixia*</i>				
	143	126	24	21
<i>13. Cerebro*</i>				
	235	195	18	21
<i>14. Falta de desarrollo, nacido muerto, debilidad congénita, prematuro</i>				
	7	5	8	18
<i>15. Varios</i>				
	194	213	79	71
<i>Totales</i>	1834	1737	667	649

Mortalidad por sexo y edad. Registro defunciones, El Puerto-Valparaíso, Años 1919 y 1949

Grupos edad	1919		1949	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
- 1	490	450	96	109
1 - 4	169	160	38	34
5 - 9	47	48	18	13
10 - 14	27	25	2	1
15 - 19	70	101	11	3
20 - 24	95	108	12	10
25 - 29	159	142	31	35
30 - 34	122	119	28	27
35 - 39	155	138	69	60
40 - 44	137	109	51	55
45 - 49	93	74	51	46
50 - 54	77	58	37	38
55 - 59	67	55	71	62
60 - 64	51	62	76	75
65 - 69	16	24	28	33
70 - 74	22	26	29	28
75 - 79	3	14	9	14
80 más	13	19	10	6
Sin Información	18	5	-	-
Totales	1831	1737	667	649