

Cuadernos publica esta entrevista al Dr. René Castro, arquitecto del Programa de Salud de la Mujer, a cargo del cual estuvo durante 20 años en el Ministerio de Salud, donde junto con su equipo, dejó a Chile con un nivel de mortalidad materna excepcionalmente bajo, y además instaló el concepto de “Salud de la Mujer”, más amplio que el de “Programa de Salud Maternal”. Le agradecemos la revisión que él hizo del texto y compartimos su deseo de que sirva como material de apoyo a la formación de nuevo personal en este campo de la Salud Pública.

El programa de la mujer en la salud pública de Chile

Entrevista al Dr. René Castro Santoro

MOTIVACIONES FUNDAMENTALES

La creación del Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) en 1991, logra posicionar fuertemente el tema de la situación de las mujeres en nuestra sociedad; se plantea como un ideal a alcanzar la **Igualdad de Oportunidades** entre hombres y mujeres, para superar diversas situaciones de desigualdad que afectaban la calidad de vida de las mujeres (Inequidades de Género).

En el Ministerio de Salud, las acciones orientadas al cuidado de su salud, estaban contenidas en el Programa de Salud Materna y Perinatal, formulado ese mismo año. A su llegada al Ministerio como Encargado del mencionado Programa, a mediados de 1992, al Dr. René Castro esta perspectiva le parecía muy restringida, reducir la salud de la mujer sólo a la función reproductiva; recuerda un estudio realizado en esa época por una ONG dedicada a los temas relacionados con las mujeres, que señalaba que la atención de salud en Chile estaba ‘*maternalizada*’: las mujeres acudían a los servicios porque estaban embarazadas (control prenatal), porque no deseaban embarazarse (controles de planificación familiar), o porque llevaban a sus hijos a controles de salud.

A nivel mundial, la visión se amplió en 1994, con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, efectuada en El Cairo, que aprobó los conceptos de Salud Sexual y de Salud Reproductiva, propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS); el año siguiente, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing, ratificó estos conceptos, fuertemente asociados a la condición social de las mujeres y al ejercicio de derechos personales en estos ámbitos

tan personales como su sexualidad y su capacidad reproductiva, superando el tradicional enfoque ‘maternalizado’ de la salud femenina”

El Dr. Castro formó parte de la Delegación chilena a esta magna reunión: diez mil mujeres de todo el mundo, reunidas durante 2 semanas, analizando los distintos elementos que afectan la vida y la calidad de vida de las mujeres en el mundo; entre las participantes, recuerda el activo liderazgo de Hillary Clinton, esposa del Presidente de los Estados Unidos, como una participante más.

Esta experiencia fue altamente motivante para él, y le estimuló a repensar el Programa a su cargo, siguiendo lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en 1990: “*El replanteamiento de la atención de la salud en términos que garanticen un cuidado verdaderamente integral de la persona –hombre o mujer– conducirá eventualmente a abogar por servicios de atención a la mujer y no simplemente a la madre....*”

¿Cómo debía ser el Programa?

El Dr. Castro estuvo a cargo del Programa de Salud de la Mujer, desde Julio 1992 hasta Julio 2010, En todo este tiempo encabezó, facilitó y articuló procesos junto a los equipos técnicos de los Servicios de Salud, lo que considera una experiencia muy gratificante en lo personal: un trabajo en red, entre pares.

El proceso de cambio del Programa se planteó a partir de 1995 en el ambiente técnico del Ministerio de Salud,

con el decidido respaldo del entonces Jefe del Departamento de Salud de las Personas, el Dr. Jaime Sepúlveda. El marcado descenso de la mortalidad materna e infantil en esa época, hacían posible este replanteamiento en el país, ampliando la mirada más allá de la reducción de estos indicadores. En 1997 se publica el actual “Programa de Salud de la Mujer”, aún vigente.

Un aspecto central del nuevo Programa fue la salud sexual y reproductiva, concepto surgido en los eventos internacionales antes señalados, estrechamente vinculado a los derechos de la mujer como una usuaria activa de los servicios existentes. Cambiaron los contenidos, los énfasis, las estrategias; se agregan las dimensiones no reproductivas como la salud mental, la nutrición, el climaterio, la salud y el trabajo femenino, la prevención de los cánceres ginecológicos (cérvico-uterino y de mama), la violencia sexual y de género, con el valioso aporte de la Dra. Carmen López. Reconoce una deuda: no haber dejado una normativa sobre cuidados en ginecología.

El modelo de la Salud de la Mujer

¿Cómo se construyó el “modelo integral de salud de la mujer”? En primer lugar, la formación del Dr. Castro como obstetra lo motivaba fuertemente a pensar en términos de procesos. Los antecedentes históricos, desde la “Realidad Médico Social Chilena” de Salvador Allende (1939), hasta la creación del Servicio Nacional de Salud (1952), que incluyó iniciativas tan innovadoras como el Programa Nacional de Alimentación Complementaria y la Medicatura General de Zona, constituyeron una importante base de referencia

El libro de María Angélica Illanes sobre la Historia Social de la Salud Pública (1993), con su análisis de las relaciones entre el Pueblo, el Estado y la Medicina, es otra fuerte influencia para el Dr. Castro, que le permitió interiorizarse de la evolución histórica de la salud en nuestro país.

A comienzo de los años 60, como una estrategia para enfrentar el grave problema sanitario de la mortalidad materna asociada a complicaciones de abortos provocados en condiciones de riesgo –que un destacado profesor de Salud Pública (Hernán Romero) describió como la ‘*epidemia del aborto*’, el Gobierno del Presidente

Frei Montalva incorpora la planificación familiar en la oferta de servicios de salud materna; el uso de métodos anticonceptivos eficaces representó un cambio cultural profundo, con un significativo impacto. A partir de 1970 se desploma en Chile la mortalidad materna.

En esa década, aumentó el número de las Escuelas de Obstetricia en el país, lo que permitió la incorporación progresiva de los profesionales Matronas/es en los hospitales y en los consultorios de atención primaria.

Los comienzos. La vocación

En 1967, cuando se formula la política de Planificación Familiar, el Dr. Castro ingresa a estudiar Medicina; fue una época de intensos procesos sociales, marcada por los sentimientos de libertad y de justicia social.

Su vocación inicial era la Medicina Interna, pero en el curso de su formación se sintió fuertemente atraído hacia la Salud Pública, por la influencia de sus docentes de la Escuela de Salud Pública (Ernesto Medina, Ana María Kaempffer, María de la Fuente). Se recibió de médico en Enero de 1974, en un momento muy difícil para el país.

Al recibirse ya estaba casado, con un hijo. Ganó una beca de Medicina Interna, pero por razones familiares optó por un cargo de Médico General del Zona, en el Hospital de San Antonio, en donde se desempeñó por 4 años, en el Servicio de Obstetricia y Ginecología. Esta experiencia lo lleva a dedicarse a esta especialidad, a través de un proceso progresivo de formación. Su vocación se orientó hacia la Salud de la Mujer; al respecto señala: “por el lado humano, esto ha sido muy gratificante, me ha permitido conocer mejor el otro 50 por ciento de la humanidad”, “me comunico bien con el mundo de la mujer”.

En 1978, motivado en parte por las difíciles condiciones para trabajar en el sistema público, postuló a un cargo de Obstetra en el mineral del Salvador (dependiente de la Corporación del Cobre); “cuando llegué a ese Hospital, sólo había una huincha y un estetoscopio”. Durante los 7 años y medio que trabajó en dicho centro, contribuyó a la modernización del equipamiento del servicio, llegando a desarrollar actividades de capacitación e investigación. En 1983, fue aceptado en la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología.

A su regreso a Santiago, en 1986 es acreditado como especialista por la Comisión Nacional de Especialidades Médicas (CONACEM). Ese año, ingresó *ad honorem* al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Borja; en 1988, también *ad honorem*, se integra al Hospital José Joaquín Aguirre por invitación del Dr. Patricio Silva Rojas. Allí entró en contacto con el Dr. Ramiro Molina, quien creó en 1981 el Centro de Medicina Reproductiva (CEMERA) de la Universidad de Chile, integrándose a dicho Centro en 1989. En ese período participa como docente del Programa integrado de Obstetricia y Salud Pública (PIO), dependiente de la Escuela de Salud Pública.

En el Ministerio de Salud

Llegó el año 1990. Debido a que varios docentes de la Escuela de Salud Pública son llamados a ocupar altos cargos en el Ministerio de Salud, se incorpora a esta Unidad académica. En 1992 asume la Subdirección del Hospital San José, por un período de 6 meses.

En Julio de ese año, se le ofrece el puesto de Encargado del Programa de Salud Materno-Perinatal en el Ministerio, en el período del Dr. Jorge Jimenez. En 1993, en la gestión del Ministro Julio Montt M., le tocó enfrentar la huelga de las matronas, por una situación percibida como discriminatoria por esa orden profesional, en relación al pago por el sistema de turnos de urgencia.

Llegó la época de las Conferencias de El Cairo y de Beijing. El Dr. Castro formó parte de la delegación chilena que concurrió a este último evento, la cual se preparó durante seis meses, en un equipo dirigido por la Directora del Servicio Nacional de la Mujer, Sra. Josefina Bilbao.

Durante todo el tiempo que trabajó en el Ministerio, mantuvo su consulta privada, lo cual le permitió mantenerse en contacto directo con lo que ocurre en la realidad de los diversos estratos de nuestra sociedad.

Componentes del Programa

En el desarrollo del Programa de Salud de la Mujer, incorporó y difundió la idea de ver la salud de las mujeres como un proceso continuo, distinguiendo 3 etapas – pre-reproductiva (infancia y adolescencia),

reproductiva y, post- reproductiva (climaterio, tercera edad); los cambios que ocurren en cada una de estas etapas influyen sobre la siguiente, son acumulativos.

La situación nutricional es una elocuente expresión de este proceso continuo. El Dr. Castro se involucró activamente en la nutrición de la mujer gestante. En 1981, el Dr. Eduardo Atalah, de la Universidad de Chile, introduce la primera tabla de evaluación nutricional de este grupo; en 1987, es reemplazada por la gráfica elaborada por los Dres. Pedro Rosso y Francisco Mardones S., vinculados a la Universidad Católica. En 1995, ante la observación de que esta gráfica estaría sobreestimando el enflaquecimiento de las embarazadas, llevando a indicar una mayor suplementación nutricional (PNAC de Refuerzo), contribuyendo a las alarmantes cifras de obesidad, los equipos técnicos del Ministerio en conjunto con el Dr. Atalah, desarrollan una nueva gráfica, aún vigente, la cual reemplaza el peso/talla por el índice de masa corporal (IMC).

En 1997, siguiendo su vocación de internista, y considerando que el climaterio abarca más de un tercio de la vida de las mujeres, el Dr. Castro propuso incorporar al Programa de Salud de la Mujer, la actividad Control de salud del climaterio; si bien por falta de recursos financieros no se logró implementar oficialmente dicho Control, hubo interesantes experiencias desarrolladas por los equipos de salud, algunas de las cuales contaron con una activa “autogestión comunitaria”.

Respecto a la salud de las adolescentes, con la experiencia recogida en el CEMERA, en el Programa de Salud de la Mujer el Dr. Castro elimina el límite de los 15 años para el acceso a los servicios de regulación de la fertilidad (tema que genera activa oposición de grupos conservadores). Si bien en el Ministerio existe el Programa de Salud de las/los Adolescentes, su implementación ha sido muy limitada, debido a la falta de recursos; en la práctica, las acciones que se ofrecen a este grupo etario son realizadas por otros programas (de la Mujer, de Nutrición, de Salud Mental).

Los cambios observados en la salud de la mujer –aumento en la expectativa de vida, disminución de la fecundidad, incorporación progresiva en el mundo educacional y laboral, predominio de las enfermedades crónicas– se han traducido en profundas modificaciones

en el rol de la mujer en la sociedad; la Presidenta Bachelet, primera mujer que llega a este cargo en Sudamérica, es un símbolo de esta emergencia de la mujer en los distintos espacios sociales.

También ha habido cambios negativos: una mayor frecuencia de sobrepeso y obesidad, por una parte, y de ansiedad/depresión generada por la sobrecarga de roles que asumen a diario las mujeres, por la otra.

Finalmente, adquiere hoy una importancia especial la etapa intrauterina, a partir de las investigaciones desarrolladas por el profesor inglés Barker; la "programación fetal", como una respuesta adaptativa ante malas condiciones de nutrición fetal, se expresa por diversas condiciones de riesgo cardiovascular y metabólico en etapas posteriores de la vida. En la actualidad es plenamente aceptado el concepto de los "orígenes fetales de las enfermedades crónicas del adulto". Este concepto obliga a realizar una vigilancia del crecimiento y desarrollo intrauterino, el cual puede ser monitoreado mediante la ecografía y controlando adecuadamente las condiciones de salud de la madre. La relación entre peso al nacer y condiciones de salud a futuro, obliga a realizar un seguimiento tanto de los niños con bajo peso de nacimiento (5% de los nacimientos), así como de los niños con exceso de peso (10%).

¿Qué logros se pueden destacar entre los obtenidos durante la actividad del Dr. Castro en la Unidad de Salud de la Mujer?

Se ha mejorado la cobertura y la calidad de la atención en los servicios de Regulación de la Fertilidad, en el

contexto del reconocimiento y respeto de los derechos reproductivos de las personas; un elemento significativo en esta materia, ha sido la incorporación de la 'anticoncepción de emergencia' como una nueva opción anticoncepcional (luego de un prolongado e intenso debate con los sectores conservadores que le atribuyen –sin respaldo científico– un posible efecto 'micro-abortivo').

Se ha ido incorporando el concepto de que la salud comienza en el útero y se prolonga en el desarrollo afectivo posterior al nacimiento. La puesta en marcha del "Chile Crece Contigo" a partir de 2007 ha servido de apoyo a diversas intervenciones. Se ha avanzado en la humanización del nacimiento, promoviendo la presencia del padre en el parto. Se ha prolongado la lactancia materna exclusiva, la cual hoy dura seis meses en el 45 por ciento de los casos.

¿Qué propondría el Dr. Castro como avances en el futuro próximo?

Profundizar el tema de los derechos reproductivos, con una perspectiva de usuarias/os activos, que toman decisiones informadas en este ámbito tan sensible para sus vidas; de especial relevancia es garantizar el acceso de la población adolescente a los servicios existentes.

Otro desafío es la necesidad de atender las necesidades de salud de las mujeres en la etapa post-reproductiva de su vida, cambiando el paradigma tradicional de la salud materno-infantil por otro centrado en los problemas de salud de la mujer adulta y que va envejeciendo.