

## ASPECTOS MEDICO-SOCIALES DEL NIÑO EN CHILE

Por el Dr. POMPEIO PASCUAL (\*)

(De Gerona)

### Avance geográfico y demográfico.

Chile, con una superficie territorial que bordea los 750,000 kilómetros cuadrados —superior a la de cualquiera nación europea a excepción de Rusia—, se nos ofrece, al examinar su posición en el mapa, como una ruta inacabable que se extiende desde cerca del paralelo 17 hasta más allá del 55 del hemisferio austral.

El desmesurado predominio de una de sus dimensiones: la longitud, equivalente a unos 4,200 kilómetros, se hace a expensas de la latitud, que si bien a nivel del trópico de Capricornio excede de los 350 kilómetros, en muchas otras partes de su recorrido se reduce a dimensiones que apenas alcanzan los 100 kilómetros; así, al observador le es posible columbrar desde un altozano los confines orientales de la nación cerrados por las cresterías de las montañas, y por el lado opuesto, a occidente, los inacabables horizontes del mar Pacífico.

A pesar de que la extraña configuración geográfica del país chileno —una loca geografía al decir del escritor Subercaseaux— no permite llegar, con fundamentación muy firme al menos, a una esquematización uniforme, ciertas características fisiográficas hacen posible subdividir su excesiva longitud en tres grandes zonas, que no vamos a pretender considerar individualizadas, como otros tantos compartimentos

---

(\*) Publicamos con el mayor agrado esta colaboración del Dr. Pascual, aparecida en *Anales Nestlé*, por tratarse de un distinguido Pediatra español que reside desde hace varios años entre nosotros y que habiendo tenido que recorrer nuestro país de norte a sur, expone aquí nuestra realidad médico-social, observada con espíritu crítico imparcial. (N. de la D.).

estancos, sino como una gradual transposición en el contraste. Per la superposición en que aparecen en el mapa estas zonas, se designan con los nombres de Zona Norte, Zona Central y Zona Sur.

La zona norte, constituida por las provincias de Tarapacá, Antofagasta y Atacama, ocupa una extensión de 258,233 kilómetros cuadrados y cuenta con una población de 347,747 habitantes, abarcando desde los paralelos 17,38 al 29, o sea, desde la frontera de Chile con el Perú hasta la provincia de Coquimbo.

La mayor parte de la extensión de esas provincias ofrece las características de un superdesierto, constituido, no por una sábana inacabable de arena, sino por unas superficies rugosas y ondulantes, de aspecto telúrico, que terminan cortadas frentes al mar a manera de una inaccesible muralla.

En las alturas, que oscilan entre los mil metros y los niveles de la puna, se destacan, unas veces como una delicada maqueta, otras como enormes fortalezas de tinte cobrizo, las grandes plantas fabriles elaboradoras del cobre y del salitre y subproductos tales como el yodo. Son ciudades de arteificio, verdaderos ensayos de poblaciones meramente funcionales, en las que no se produce otra cosa que el mineral explotado y para cuyo sostenimiento debe importarse todo: desde el agua para la bebida hasta los más elementales medios de alimentación.

En realidad, es la riqueza el motivo de la existencia de colectividades humanas en esta parte de Chile y ella constituye también el factor más importante de la orientación económica actual de la nación. Sin la explotación de aquellos mantos de mineral, las ciudades norteñas que se alinean junto y a lo largo del mar asidas en la estrechez de las terrazas costeras, declinarían extraordinariamente, mientras los atisbos de vida propia que ofrecen las enormes riquezas pesqueras no fueran explotadas con ritmo acelerado.

A partir de Copiapó, ciudad asentada en las márgenes del río que lleva su nombre y que junto con el Loa y algunos oasis y quebradas cordilleranas lindantes con Argentina, constituyen las únicas franjas de verdor de la zona descrita. el paisaje cambia para dar paso a otro bien distinto que se extiende hacia la región central. Es un paisaje estepario en sus límites con el desierto y que paulatinamente se hace abundante en matorrales, arbustos y cactus. La superficie de esta región de transición abunda en profundas quebradas que se entrecruzan en todas direcciones.

En este ambiente, en el que se destacan los rebaños de cabras y las recuas de asnos, al minero de las grandes colectividades del salitre y del cobre le sucede el individuo de carácter aventurero y nómada, que cifra sus afanes en la busca del filón aurífero de alta ley; individuo que en sus ciclos de descanso convive con la primera mujer que encuentra en su camino y que abandona muy luego. Esta mujer, cargada de hijos, verdadero exponente de la poliandria a discreción, constituye el elemento humano inmutable en aquel paisaje de pobreza e incertidumbre.

Paulatinamente, la región sur de esta zona se continúa con la extremidad norte de la Central, la cual ofrece en aquel tramo mucha similitud con la que acabamos de desatar.

La zona central se extiende desde el paralelo 29 hasta el 44, o sea, desde la provincia de Coquimbo a la extremidad meridional de la isla de Chiloé. Tiene una extensión de 259,455 kilómetros cuadrados y una población de 4.828,948 habitantes. La densidad de esta zona es de 18.6 habitantes por kilómetro cuadrado, debiendo recalcar que de aquella cifra de habitantes, 1.686,782 corresponden a las ciudades y provincias de Santiago y Valparaíso.

Gran parte de esta zona está representada por el Valle Central, formado por la bifurcación de la cordillera al norte de Santiago: esta bifurcación es la que da lugar a las llamadas, a su vez, Cordillera de la Costa y Cordillera del Interior.

El Valle Central está cruzado por numerosos ríos, cuyo caudal, alimentado por las lluvias y deshielos cordilleranos, es aprovechado para el laboreo de los campos. Junto a la riqueza agrícola y ganadera que ello reporta, esta zona, singularmente en su mitad norte, es asiento de la mayor parte de la actividad industrial del país, sin dejar de mentar la riqueza hullera de la zona de Concepción, del mineral del Tofu y de El Teniente.

Más hacia el sur, aunque las actividades agrícolas se mantienen con pujanza, ellas van dejando el campo abierto a la ganadería, por la abundancia en pastizales, y a la explotación forestal. En esta región, correspondiendo a la provincia de Cautín, pervive, manteniendo su pergeño característico, la raza araucana, reducida actualmente a unos 80.000 seres que viven en su mayoría de la agricultura y de algunas industrias de tipo casero.

El relativo aislamiento de la isla de Chiloé se traduce por la supervivencia de abundantes notas de sabor arcaico más

acusadas en las costumbres que en los caracteres antropológicos de sus habitantes.

La zona sur abarca desde el paralelo 44 al 56 y comprende las provincias de Aysén y Magallanes, que tienen una extensión de 224.312 kilómetros cuadrados con sólo 68.420 habitantes, agrupados en las ciudades de Aysén y Coihaygen y en la de Puerto Natales, Punta Arenas y Porvenir.

Comprende la llamada región de los canales, constituida por miríadas de islas que serían los jalones indicadores de la desmembrada cordillera de la costa, isla a las que el novelista Blasco Ibáñez llamó "Trópico Frío" para significar con esta imagen su exuberante vegetación y la casi total ausencia de vida animal.

La riqueza de estas regiones está constituida por las formaciones vegetales de los bosques vírgenes en la zona del Aysén e islas de los canales, explotables sólo a la altura de Aysén, y por las grandes estancias y el funcionamiento de los frigoríficos en la región de Magallanes y de la Tierra del Fuego.

#### Consideraciones demográficas.

**Natalidad.** — Chile mantiene unos porcentajes de natalidad elevados. Las estadísticas anteriores al año 1930 nos ofrecen unos promedios que oscilan alrededor de 40 o/oo. A partir de aquel año, y aunque los coeficientes sean más bajos, ellos se mantienen entre 34 o/oo para el quinquenio de 1931-35; 34,5 para el del 36 al 40 y 33,2 para el del 41 al 45.

Estudiados parcialmente, ofrecen, por lo general, las características observadas en todas partes: tendencia a la baja más precoz expresada en las ciudades que en el campo y en las clases acomodadas más que en el proletariado.

**Nupcialidad.** — La nupcialidad por mil habitantes oscila en esta última década entre índices de 7,3 (1935), 8,8 (1940) y 7,9 (1945). El fenómeno de la mala constitución de la familia no es privativo de Chile, sino que es común en toda la América Latina.

**Crecimiento de la población.** — El crecimiento es lento. Ello es debido a la escasa inmigración y a que el excedente de nacimientos sobre la mortalidad general es pequeño.

La población de Chile, que en el año 1895 era de 2.695.911 habitantes, vino a duplicarse en 1945, cuando el censo alcanzó la cifra de 5.245.115 habitantes.

Este escaso crecimiento, que nos atrevemos a calificar de meramente vegetativo, contrasta, aunque las circunstancias sean muy diversas, con el observado en otras naciones americanas, tales como el Brasil y Argentina, que en el mismo lapso han triplicado su población.

**Morsalidad general y mortalidad infantil.** — El índice de mortalidad general que en los años 1920 a 1925 alcanzaba la elevada cifra de 30,3 o/oo, aparece con una sensible disminución en el lustro siguiente (25,8 o/oo) y esta tendencia a la baja se hace aun más manifiesta en los años comprendidos entre 1941 a 1945, que nos ofrecen un coeficiente de mortalidad general de 19,4.

Vemos en el cuadro adjunto la contribución que la mortalidad infantil aporta a las cifras de mortalidad general:

Año	1937		1942	
Censo de población	4.597,254		5.160,000	
	Coef.		Coef.	
Mortalidad general	109,795	23,8 o/oo	104,122	20,1 o/oo
Muertos antes del mes	16,174	29,2 %	14,038	26,9 %
" de 1 mes a 12 meses	20,740	37,5 %	19,108	36,7 %
" de 1 año a 5 años	13,512	24,4 %	13,280	25,5 %
" de 5 años a 10 años	2,548	4,6 %	2,845	5,4 %
" de 10 años a 15 años	1,923	3,4 %	2,192	4,2 %
" de 15 años a 16 años	334	0,6 %	559	1,07 %
Total de fallecidos de 0 a 12 meses	36,914	336 o/oo	33,146	318 o/oo
Total de fallecidos de 0 a 5 años	50,426	458 o/oo	46,426	446 o/oo

Vemos arriba cómo en el año 1937 el coeficiente de mortalidad general era de 23,8 por cada mil de habitantes y en 1942 había descendido a 20,1 o/oo.

En cuanto a la mortalidad infantil, obsérvase una disminución absoluta y relativa en los fallecimientos ocurridos dentro de los cinco primeros años de la vida del niño; no así por lo que hace referencia a la tercera infancia y adolescencia, que se mantienen sin variaciones apreciable, fijándose en que el censo de la población correspondiente al año 1942 es superior al de 1937 en 562,746 habitantes.

Los coeficientes que aparecen en columnas aparte, junto a las cifras totales de la mortalidad observada en las diferentes edades de la vida del niño y del adolescente, se refieren

a los porcentajes de muertes de cada una de estas edades con relación a la suma de todas ellas.

Observemos, por último, cómo las cifras de mortalidad correspondientes a los cinco primeros años de la vida del niño representa el 458 o/oo y el 446 o/oo del total de la mortalidad general en el curso de un año (años 1937 y 1942, respectivamente).

Los coeficientes de mortalidad infantil en relación a cada mil nacidos vivos serían en estos últimos años —según una reciente estadística demográfica— los siguientes:

1937: 245	1941: 200
1938: 236	1942: 195
1939: 225	1943: 194
1940: 217	1944: 181

Al comparar estas cifras con las que nos ofrecen las estadísticas de las demás naciones, Chile aparece con la más elevada. Empero, y en su descargo, cabe mencionar que Chile dispone de un excelente Servicio de Estadística establecido con igual eficiencia en todo el país, a diferencia de otras repúblicas que o no lo tienen todavía organizado o de tenerlo sólo funciona en algunas ciudades o provincias.

El plazo obligatorio para la inscripción de los recién nacidos contempla hasta los dos meses después del nacimiento; empero son muchos los niños que todavía no figuran como inscriptos al expirar aquel plazo. No obstante, todos los casos de muerte deben ser denunciados para que pueda procederse al entierro, aunque sólo sea con el testimonio de unos vecinos, requisito judicial que en otros países no se tiene en cuenta.

#### **Causas de la excesiva mortalidad infantil.**

##### **Morbilidad. Mortinatalidad.**

No se observa una uniformidad geográfica en la distribución por provincias de la mortalidad infantil. Son las provincias distales las que ofrecen las cifras más bajas. Magallanes aparece con un coeficiente de 100 o/oo; Antofagasta, 101,8 o/oo, y Tarapacá, con 103,8 o/oo. A estas provincias sigue la de Santiago con 108 o/oo y ya un poco distante la de Aconcagua con 127 o/oo. En cambio, las provincias agrícolas, y entre ellas las de Llanquihue y Chiloé, ostentan los porcentajes más altos (213,4 y 217,7 o/oo, respectivamente).

Llegaremos a la explicación de estas diferencias recordando las distintas actividades de las provincias citadas y señalando, además, que ya la misma crudeza del clima magallánico obliga a sus moradores a adoptar un mínimo de precauciones en el vestuario, alimentación y habitación.

También cabe anotar que las ciudades de las provincias distales constituyen verdaderos islotes perdidos entre los enormes espacios inhabitados que las rodean y que faltan en ellas los núcleos suburbanos y rurales y los caseríos diseminados y alejados de la ciudad, tan frecuentes en otras zonas, núcleos que por tales razones de diseminación y alejamiento no pueden beneficiarse al máximo de los Servicios Médicos y Asistenciales urbanos aunque éstos tengan establecidas algunas postas rurales. Y en aserto de ello cabe hacer constar también que el número de Certificados Facultativos de Defunción extendidos alcanza al 97 % de los fallecidos en Magallanes; 82 % en Antofagasta; 69 % en Tarapacá; 55 % en la provincia de Santiago y sólo el 5 ó 6 % en gran número de provincias de actividades exclusivamente agrícolas.

Los datos que acabamos de mencionar constituyen un avance que nos allana parte de la respuesta del por qué de la elevada mortalidad infantil observada. Si bien la atención médico-pediátrica del niño en Chile ha logrado progresos y resultados evidentes, y de ello hablaremos al tratar de la Asistencia Infantil, señalamos desde ahora que la ignorancia y la deficiente extensión del control médico del niño, son factores decisivos dentro del grupo de los tradicionales en las tasas de mortalidad infantil. A ellos cabe agregar, entre otros, la ilegitimidad, que acusa una ligera tendencia a la baja: 27,9 (1938), 24,9 (1940), 24,9 (1944) y 22,8 (1945); empero, su elevado porcentaje constituye un fenómeno común para toda la América Latina, al igual que lo apuntado al hablar de la nupcialidad.

**Factores económicos.** — Las deficientes condiciones económicas en que se desenvuelve el pueblo chileno son consecuencia de los salarios bajos, singularmente en el agro, y de las pocas posibilidades adquisitivas que ello acarrea, lo que se traduce en una mala alimentación y una pobreza supina en el vestuario, agravado todo ello por la poca capacidad distribuidora demostrada y la escasez y elevado costo de la vivienda.

Son muchas las encuestas que se han hecho en Chile relacionadas con la deficiente alimentación del chileno en general y del niño en particular. Citaremos entre las primeras la

de Dragoní y Burnet, y entre las segundas la del Dr. A. Riquelme. En esta última, establecida en niños de edad escolar, se pone de manifiesto que la subalimentación, singularmente en alimentos proteicos de origen animal y de substancias grasas, se observa ostensiblemente en un 67 % de los escolares objeto de la encuesta. Ellos también presentan un déficit energético en el 60 % de los casos, así como cuotas muy bajas en calcio y fósforo, déficits en vitamina A, B<sub>1</sub> y C, en un promedio de 90 %, y carencia total de vitamina D en el cien por cien.

El estado físico de aquellos escolares reveló: talla deficiente y peso subnormal en el 60 y 65 %, respectivamente, hipogitobulia en el 42 %, anemia hipocroma en el 20 %, dentadura enferma en el 85 % y encías sangrantes y tumefactas en el 13,26 %.

La poca capacidad adquisitiva aparece gravada por la deficiente capacidad distributiva que se traduce en una falta de previsión en la distribución diaria de los gastos y en la inversión irracional del dinero que se emplea desproporcionalmente en exceso en la compra de alimentos energéticos (azúcar) o estimulantes (té y vino).

La dificultad para la adquisición de ropa salta a la vista y el espectáculo que comporta es deprimente. Por falta de ella muchos niños no pueden asistir a la escuela, aunque en muchas los aceptan descalzos.

Debe tenerse en cuenta que aunque el clima de Chile es el común a los países templados, empero, y singularmente en el Valle Central, las oscilaciones diarias son muy acusadas. Por la insuficiencia en el vestir son frecuentes las enfermedades por enfriamientos; así como el no poderse mudar de ropa es causa de un excesivo número de enfermedades de la piel de origen infeccioso-parasitario: la sarna, la piodermatitis, el impétigo, etc., afecciones a las que acompaña muchas veces la glomerulonefritis. También se observan brotes epidémicos de tifus exantemático.

El problema de la habitación agrava todavía más el aspecto económico. En ciudades como Santiago, las familias numerosas y de escasos recursos se ven obligadas a desplazarse a sitios suburbanos e incluso a improvisar barracas donde cobijarse, puesto que muchos edificios colectivos van siendo demolidos para dar lugar a otros cuyos alquileres no están a su alcance (Informe de la Visitadora Social M. Cortez). La habitación, factor fundamental de salud moral, ofrece en una encuesta citada por el Dr. Allende, las siguientes perspectivas:



en un total de 8.627 "conventillos" (colectivos) inspeccionados se contaron 67,109 piezas, que albergaban a 220,412 habitantes. Dedúzcase de estos datos el número de moradores por pieza. A propósito de ello recordemos de nuevo la encuesta de la visitadora M. Cortez, en la que señala un promedio aproximado de tres personas por cama.

Es este ambiente de miseria la canción que mece al recién nacido y al lactante. Ella continúa al compás del mismo sonsonete flagelando al preescolar y al escolar de un gran número de hogares (?) chilenos. De ello se desprenderá que las condiciones higiénicas en que debe desenvolverse el niño son ínfimas, porque alrededor de él coinciden los factores desfavorables citados, agravados, además, por la edad, es decir, por las pocas defensas del niño contra todos ellos.

A este ambiente, diríamos casero, cabe añadir al panorama sanitario exterior —tampoco muy bello por cierto—, que agudiza los problemas descritos, al encontrarnos ante serias deficiencias en el suministro de agua potable, así como en los servicios de alcantarillado, recogida de basuras, etc.

**Morbilidad.** — Después de lo dicho podremos concluir que las enfermedades más frecuentes que atacan al organismo infantil son las causadas por los defectos en la alimentación, por la infección y la falta de higiene en general.

Empero, cabe hacer resaltar que en la patología infantil chilena no encontramos ninguna entidad morbosa de carácter autóctono o tropical y que muchas enfermedades de carácter infeccioso o parasitario que se observan en los países de la Europa mediterránea no se citan en Chile, con la sola excepción de un foco de paludismo, casi extinto ya, en la región de Arica. (Se citan casos de enfermedad de Chagas en la zona rural y de anquilostomiasis en algunas zonas mineras, pero no las encontramos recogidas en las estadísticas infantiles).

En las curvas chilenas de mortalidad infantil prevalece todavía el vértice de verano, si bien manifestando una tendencia a su reducción, singularmente en los núcleos urbanos. La máxima de morbilidad y de mortalidad en las enfermedades del aparato digestivo (dispepsias, enterocolitis, toxicosis) sigue un ritmo paralelo con las máximas temperaturas observadas, excepto en la ciudad de Santiago, que se adelanta a ellas.

Las enfermedades del aparato respiratorio (resfríos, gripes, bronquitis, neumonía y broncopulmonía) también están sujetas al ritmo estacional del invierno y junto con las del

aparato digestivo agrupan más de las dos terceras partes de la morbilidad y, algunas de entre ellas, de la mortalidad observada.

Las demás enfermedades pertenecientes a otros grupos presentan cierta uniformidad para todo el año.

Junto a las enfermedades infecciosas propias de la infancia, cabe señalar, por sus rubros importantes, a la tuberculosis, influenciada en su desarrollo por los factores económicos citados.

Aparecen en las estadísticas brotes copiosos de meningitis epidémicas, así como también de meningitis infecciosa y de parálisis infantil.

Si bien la prematuridad se destaca tanto en los rubros de morbilidad y mortalidad, se observa empero una disminución de ella, lo mismo que un descenso en los porcentajes de mortalidad correspondientes a los primeros días de la vida del niño. Ello debe atribuirse a la difusión de los cuidados de la mujer encinta y al mayor número de partos asistidos en buenas condiciones. A esta misma atención hay que atribuir la disminución progresiva de los casos de sífilis congénita, muchos de ellos diagnosticados sólo serológicamente.

Por último, y para destacarlas por su frecuencia en las estadísticas, en las que aparecen como el primer apellido de muchos diagnósticos, citaremos las distrofias del lactante, no la láctea, que "desgraciadamente" no se observa en Chile, pero sí la distrofia farinácea que abunda en sus subformas, así como las por hipoalimentación. Al sobreañadirse a estas formas puras la infección (rinofaringitis, otitis, bronconeumonía, pielitis, dispepsias, enterocolitis y dispepsias paraenterales), se establece el consabido círculo vicioso que las alarga, agrava o precipita hacia la muerte.

Parecida significación, por lo que a la morbilidad y mortalidad se refiere, tienen las llamadas distrofias policarenciales: entidades patológicas observables en los lactantes mayorcitos que constituyen, junto con las distrofias de los primeros meses, la iniciación de los primeros eslabones de la cadena de enfermedades por déficit alimenticio tan peculiares del pueblo chileno.

**Mortinatalidad.** — Por no existir más que una estadística de confección reciente, en la que abundan las diferencias de criterio que se prestan a confusiones, no nos parece pertinente destacar conclusiones especiales al respecto.

### La protección del niño en Chile.

Hablar de la atención del niño sin tener en cuenta a la vez la protección de la madre, es pretender ignorar la existencia del eslabón que une a ambos, tanto en un sentido meramente biológico como en el de la esfera afectiva, así como el cúmulo de factores de carácter médico, económico o social que les son tan comunes.

La atención de la madre y del niño en Chile se nos ofrece, sea ya por su origen, sea también por su orientación, como un todo heterogéneo que se manifiesta por la falta de un plan de conjunto, aun salvando respetables peculiaridades propias —singularmente en el terreno de lo individual —observables no sólo en las organizaciones que dependen de esta iniciativa, sino en algunas otras que actúan bajo la tuición estatal exclusiva.

Para facilitar su estudio e incluso su comprensión en la labor que desempeñan, agruparemos las organizaciones asistenciales en tres apartados. En el primero incluiremos todas aquéllas que dependen exclusivamente del Estado o de los municipios. En el segundo grupo reuniremos aquellas otras en las que, si el Estado ejerce una acción de control más o menos directo, funcionan empero con un carácter autónomo. Consideraremos en el tercer grupo las organizaciones asistenciales de carácter particular.

Avancemos que tanto las organizaciones de carácter semifiscal como las de carácter particular, reciben, en su mayoría, auxilio económico de parte del Estado.

**Instituciones de carácter fiscal.** — En apoyo de lo que anteriormente decíamos, observemos cómo ellas no obedecen a una sola dirección, sino que dependen de distintos Ministerios. Así, por ejemplo, la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia y la Dirección General de Beneficencia, dependen del Ministerio de Salubridad. Del Ministerio de Justicia depende, en ciertos aspectos, el Consejo de Defensa del Niño y del de Educación las Escuelas Hogares y las Casas Vecinales, entre otras. Del Ministerio del Interior depende la Dirección General de Asistencia Social, y por último, de las Municipalidades de todo el país dependen las respectivas Juntas de Auxilio Escolar.

**Instituciones de carácter semifiscal.** — Aparte del Servicio de Madre y Niño de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, citaremos, entre otras muchas, que en estos últimos

años están organizándose los Servicios de Lactantes y Embarazadas de la Caja de Previsión (Servicio Médico Nacional de Empleados, Servicio Nacional de Empleados Ferroviarios, etc.) y las Unidades Sanitarias.

**Instituciones de carácter particular.** — Citemos entre ellas las dependientes del Patronato Nacional de la Infancia y Maternidad Carolina Freire; Hospital de Niños de Valparaíso, Hospital de Niños de Concepción, Hospital de Niños y Sociedad Cuna de Viña del Mar, Sociedad Protectora de la Infancia de Santiago, Asilos, Policlínicas Escolares, Gotas de Leche, Reformatorios, Colonias Escolares, Hogares . . . hasta alcanzar un total de unas 250, algunas de las cuales desarrollan, tal como veremos, una obra social de vastas proporciones. Estas instituciones, que cuentan con rentas propias, se nutren, además, con aportaciones particulares y el Estado las ayuda con un total de unos diez millones de pesos, que los distribuye según la importancia y acción social que desarrollen. Son todas ellas de carácter local.

#### **Características de algunas instituciones citadas.**

**Dirección de Protección a la Infancia y Adolescencia.** — Cuenta con varios departamentos:

Eugenesia y Atención Maternal, con 35 Centros Maternales distribuidos en todo el país. La acción de los mismos es de carácter médico (vigilancia del embarazo, tratamiento de la lúes), pedagógico (charlas educativas), social (vestuario, etc.).

Departamento del Niño, con 9 centros en Santiago, 2 en Valparaíso y 24 en el resto del país; al frente de cada uno hay un equipo formado por un pediatra, una enfermera sanitaria y una auxiliar. Se prevé un término medio de 500 inscriptos por Centro. La atención médica es para el lactante y el preescolar. Pero el lactante tiene, a su vez, un suministro de leche (Nido, Eledón, Nestalba) y harinas. El reparto es gratuito o aceptando pequeñas cuotas de compensación, inferiores al precio a que se venden los mismos productos en el mercado libre. También se reparten por año unos 60,000 litros de aceite vitaminado. De este mismo Departamento forma parte el Servicio Médico Escolar que atiende la inspección médica de las escuelas primarias, secundarias y especiales. Dispone de 40 Centros distribuidos en otras tantas ciudades, amén de los 24 establecidos en Santiago y aledaños.

Al frente de cada Centro figura un pediatra. Como complemento de dichos servicios funciona en Santiago una central de especialidades, con equipos de radiología, otorrino, oftalmología, dermatología, fisiología, psicopatología, endocrinología y cardiología (con un servicio especial de lucha antirreumática).

El total de exámenes médicos practicados en 1942 ascendió a 172.000, habiéndose practicado, sólo en la capital, más de 30.000 exámenes radioscópicos y unas 15.000 abreugrafías.

Departamento de Acción Social, con un servicio de colocación familiar aplicado a algunos casos del Departamento del Niño que lo requieren (más de 400 para el año 44). Es a la vez un departamento informativo que por medio de 22 visitadoras colabora con los demás departamentos.

Departamento de Menores en Situación Irregular (dos casas de Menores, un Politécnico, tres Colonias y Hogares); Departamento del Fichero Central y Departamento de Odontología, éste con un total de 350.000 intervenciones en Santiago y provincias.

**Servicios de Beneficencia y Asistencia Social.** — Cuentan con 13 Hospitales Regionales, 86 Hospitales Generales, 34 Casas de Socorro, 5 Sanatorios, 16 Establecimientos Especiales y 74 Servicios de Radiología, 79 de Laboratorio y 22 de Anatomía Patológica. El total de camas asciende a 23.696, de las cuales 1.889 (sin contar las de pensionado) están destinadas a los servicios de obstetricia que funcionan en los hospitales o en maternidades; existen aparte 4.398 camas destinadas a la atención del niño, debiendo hacer constar que de 278.816 casos individuales de enfermedad dados de alta en el año 1944, correspondían al rubro de Atención Infantil 36.140.

La Beneficencia, que se financia con rentas propias (legados), aportes del Estado, lotería, apuestas mutuas, etc., tiene un contrato establecido con la Caja de Seguro Obligatorio en virtud del cual atiende todos los servicios de la Caja que requieren hospitalización, incluso tocología y algunos de pediatría.

Entre los Hospitales, la Beneficencia dispone de tres para la atención exclusiva pediátrica. Son los de Arriarán, Calvo Mackenna y Roberto del Río en Santiago, y en los cuales funcionan las clínicas pediátricas universitarias. Se trata de hospitales con servicios para lactantes, preescolares y escolares, amén de los servicios anexos de rayos X, laboratorio, anatomía patológica y servicios especiales, tales como neuro-psiquiatría.

transfusión, cardiología, etc. Funcionan también en ellos servicios de policlínica y de posta infantil. En otros (Concepción, Valparaíso, Valdivia y Chillán), el servicio de niños alcanza un vasto campo.

De los Preventorios y Sanatorios de la Beneficencia, unos están destinados a la atención exclusiva de niños y otros tienen carácter mixto; muchos de los Consultorios y Casas de Socorro cuentan también con Servicio de Niños. Citaremos como ejemplo el de Puente Alto.

También la Beneficencia dispone de un establecimiento de asistencia cerrada, la Casa Nacional del Niño, destinada a dar acogida a niños con características parecidas a los que ingresan en el Consejo de Defensa del Niño. Para la asistencia hospitalaria recurren al Hospital Calvo Mackenna.

La Casa Nacional del Niño dispone de un dilatado servicio de colocación familiar que asciende a 1.300 niños así situados.

El total del presupuesto general de Beneficencia para el ejercicio del año 1945 fué de 440 millones. La deducción a base del 12 % da 52.800,000, que es la cifra aproximada de lo invertido para la atención del niño.

**Consejo de Defensa del Niño.** — Por sus orígenes puede considerarse como una institución de derecho privado, si bien la extensión de sus actividades ha ido tomando tal auge que actualmente recibe un aporte del Estado más de veinte veces superior al ofrecido por las donaciones particulares. Aunque la finalidad del Consejo fuera la de atender al indigente, sin distinción de edades, se perfila empero una orientación hacia el niño de edad preescolar, escolar y adolescente, abandonados material o moralmente y del que no siendo abandonado entra en la categoría del indigente o huérfano.

Dispone de servicios de asistencia cerrada y abierta. Entre los primeros cabe destacar la Ciudad del Niño, que constituye un ensayo estimulante de lo que debería ser aquella clase de atención. Acoge 600 niños de ambos sexos que viven en grupos de 50, en doce pabellones, presididos por matrimonios que los cuidan. La ciudad cuenta con escuelas, talleres y servicios anexos. Se prevé una extensión amplia de este servicio.

Dependencias del Consejo son otros tres Hogares, uno para preescolares varones, otro para adolescentes varones y otro para muchachas adolescentes, con un total de acogidos que asciende a 1.800.

Los servicios de asistencia abierta están concebidos en la forma de los llamados Centros de Defensa, cuyo número alcanza actualmente a seis, situados generalmente en barrios obreros y destinados a la atención del preescolar, que recibe educación de kindergarten, y del escolar, que es inscripto en la escuela más cercana. El total de niños atendidos en esta forma es de 2,800.

En la "Casa Central" existe un Hogar, con capacidad para 100 niñas de edad escolar y en ella funcionan también los servicios médicos, pedagógicos, psiquiátricos y social, cuyo objeto es el de seleccionar a los postulantes antes de señalarles su colocación posterior. Para la atención de los niños tuberculosos, de los que ingresan con tal enfermedad o que en el curso de su estadía enferman de la misma, existe una Policlínica Central, un Sanatorio, con capacidad para 150 niños y un Preventorio con capacidad para 80.

Para la atención de la embarazada que presenta algún problema de orden moral o económico, disponen de la Casa de la Madre y también de la Sección de Tránsito para los niños que necesitan una internación a corto plazo, sea por enfermedad de sus padres o cualquiera otra causa.

**Juntas de Auxilio Escolar.** — Fueron establecidas por una ley de la República en el año 1929, que dispone la creación en todas las Municipalidades del país de aquellas Juntas, las cuales tienen por objeto administrar los fondos producto del 5 % de las entradas brutas de las respectivas comunas.

Citaremos de entre ellas la Obra de Auxilio Escolar de Santiago, que obtiene un aporte de \$ 9.500.000 de las entradas de la Municipalidad y una ayuda de un millón de pesos de los nueve millones que el Estado destina para este objeto en todo el país. Con esta cantidad reparten diariamente treinta mil desayunos a base de un panecillo y doscientos gramos de una leche reconstituída con una mezcla de leche Nido y Nestógeno, quince mil almuerzos y tres mil refrigerios, éstos para los asistentes a las escuelas nocturnas.

**Caja de Seguro Obligatorio (C. S. O.).** — Entre los múltiples aspectos que contempla la ley del Seguro Obrero dictada en setiembre de 1924, se prevé la creación del Servicio de Madre y Niño, que con ciertas modificaciones y aditamentos de que ha sido objeto posteriormente, puntualiza que toda mujer asegurada, así como la que no siéndolo fuere legítima esposa de un obrero asegurado, tienen derecho a atención médica durante el embarazo, parto y puerperio. La

atención médica se hace también extensiva a los hijos del asegurado, hasta que hayan cumplido los dos años de edad, señalando también un auxilio de lactancia en metálico para la mujer asegurada que lacta, que represente el 25 % de su jornal, con un máximo de ocho meses, y en su defecto una ayuda en leche y harinas. Esta ayuda en especies se prolonga hasta el momento en que el niño cumple los dos años y es común a todos los niños sean o no hijos de aseguradas.

El niño no sólo recibe atención médica y ayuda en alimentos. También en los casos convenientes es atendido como enfermo ambulatorio (recibe leches curativas del tipo del Ele-dón y Nestalba); medicamentos corrientes (sulfas y pócimas), transfusiones, sol artificial, etc.

La mujer asegurada tiene también derecho a un auxilio maternal en metálico que representa el 50 % de su salario durante las dos semanas que preceden y siguen al parto.

La atención médica de la madre y el niño se presta en los servicios establecidos a lo largo de todo el país, en edificios de propiedad de la Caja o arrendados y de categoría más o menos modesta, según su función, la que abarca desde el Consultorio, algunos de magnífica factura, a las Estaciones médico-rurales y Postas. Un nutrido personal especializado, constituido por unos 140 pediatras y 45 tocólogos, aparte de otros médicos capacitados en cursos de la especialidad, atienden el desenvolvimiento de los mismos.

La C. S. O. no tiene hospitales propios. A este objeto recuérdese lo que dijimos al hablar de la Dirección General de Beneficencia. Los partos son asistidos en su mayoría a domicilio, y en menor número en las maternidades, y los enfermos, cuando su estado lo requiere, en los hospitales. Los servicios sanatoriales de la Caja no rezan para los lactantes. Como servicios especiales de asistencia para lactantes, la Caja dispone de un Centro de Colocación Familiar de carácter modélico, en la población de Lo Franco, en donde son situados los hijos de madres tuberculosas. Previamente, al ser separados de sus madres, pueden permanecer una temporada de más o menos duración, según el grado de prematuridad, en un departamento especial del Hospital Roberto del Río.

En el año 1944 figuraron inscriptos en los registros de la C. S. O. un total de 53,173 embarazadas, así como 65,104 niños de 0 a 2 años.

Las sumas gastadas para las atenciones de que antes hicimos mención fueron las siguientes: Auxilio maternal,



\$ 2.080,728; Atención maternal, \$ 1.642,980; Auxilio lactancia, \$ 2.531,780; Alimentación infantil, \$ 12.484,334; que representan un total de \$ 18.719,822. El presupuesto general de la Sección Madre y Niño ascendió a la cifra de \$ 70.000,000, lo que equivale a decir que el gasto ocasionado por la atención de un niño inscripto fué inferior a mil pesos anuales, por tener que descontarse los gastos ocasionados por la atención a la madre. Un cálculo aproximado da unos 750 pesos.

**Patronato Nacional de la Infancia.** — Es una institución de carácter particular cuya fundación data del año 1901. Su acción es ejercida por intermedio de 14 Gotas de Leche, estratégicamente distribuídas por toda la ciudad de Santiago, particularmente en los barrios populares. Reúnen un total de 3,500 niños menores de dos años a los cuales se les prestan atenciones parecidas a las esbozadas al hablar de la C. S. O. El presupuesto anual de esta institución fué de \$ 3.423,362 en el año 1945.

**Unidades Sanitarias.** — Funcionan en Santiago, Temuco, Valparaíso y Antofagasta, anunciándose la próxima apertura de la de Concepción. Estas Unidades Sanitarias tienen por objeto agrupar todas las actividades sanitarias y sociales bajo una sola dirección, a la par que mancomunar en un solo esfuerzo todas aquellas acciones que son aplicadas en un sector más o menos extenso de las ciudades citadas.

Los servicios fiscales de Sanidad y Beneficencia, así como los semifiscales de la Caja de Seguro Obrero, aportan cada uno de ellos recursos económicos y personal especializado entre el cual juega un papel importantísimo la Enfermera Sanitaria, que actúa de nexo entre los hogares y la Unidad Sanitaria.

**Servicio Médico Nacional de la Caja de Empleados.** — En la atención pediátrica del mismo cabe destacar la labor profiláctica desarrollada por las filiales en Santiago, que atienden un total de unos 4,000 lactantes, hijos de aquellos empleados públicos y particulares cuya renta es inferior a tres mil pesos mensuales. (Téngase presente que el asalariado "empleado" tiene un carácter social distinto que el asalariado "obrero"; este último se halla bajo la tutela de la Caja de Seguro Obrero).

Tal es en líneas generales la atención del niño por lo que a Establecimientos Asistenciales se refiere, debiendo recordar de nuevo la existencia de un gran número de instituciones de carácter semifiscal y particular, con características definidas y de excelentes resultados prácticos, pero que no actúan en un sentido general, como muchas de las citadas, sino en un plano local y particularista, aunque con un amplio criterio para aceptar a los postulantes.

#### Alcance final.

Según el censo correspondiente al año 1940 la población chilena ascendía a 5.023,539 habitantes y según este mismo censo, 1.866,157 de ellos pertenecían a la edad infantil. Ello representa un coeficiente de 37,1 % con respecto a la población total.

Comparado este coeficiente con los de la mayor parte de las naciones europeas de antes de la guerra, tales como Inglaterra (28,8), Bélgica (25,9) o Francia (23,8), observaremos cómo la proporción de las promociones infantiles en Chile, con relación al resto de sus habitantes, es la común a todos los países jóvenes. El fenómeno dinámico, palpable, se observa fácilmente con sólo asomarse a la calle. Así las ciudades chilenas, al igual que otras muchas de la América latina, ofrecen el contraste del crecido número de niños que animan su ambiente en continuada renovación; en contraposición a muchas calles de las ciudades de la vieja Europa, que tienen toda la apariencia de una estación termal.

Según el mismo censo del que nos venimos haciendo eco, la promoción infantil se descompone en la siguiente forma:

Niños de 0 a 2 años .....	259,398
" " 2 a 6 " .....	486,789
" " 6 a 16 " .....	1.119,961

Recordemos ahora el número aproximado de niños atendidos en las diferentes edades por los organismos asistenciales anteriormente citados; segreguemos también de cada cifra parcial un tercio de su número —que correspondería a aquellos niños pertenecientes a familias con una capacidad económica suficiente para atenderlos en sus necesidades más perentorias— y podremos deducir inmediatamente cómo queda al margen una cantidad impresionante de niños, que si bien por enfer-

mar gravemente pueden recibir una atención hospitalaria o una momentánea asistencia médica en alguna policlínica o institución particular, al dejar de gozarla, por ser ella transitoria, caen nuevamente dentro del crecido contingente formado por los niños sin ninguna clase de atención y con probabilidades escasas de solucionarla.

Pretender resolver de una vez para siempre el magno problema de la total atención del niño es encarar una solución de algo que actualmente no está todavía al alcance de lo humano; empero debe reconocerse que mucho se ha adelantado en el camino y, mucho más puede adelantarse todavía no desmayando en el esfuerzo cotidiano.

El esquema de la lucha en favor del niño chileno cuenta en la actualidad con un equipo técnico escogido y preparado, que incluye un apreciable lote de pediatras conscientes de su especialidad, a los que secundan nuevas promociones de enfermeras tituladas, visitadoras sociales y otro personal auxiliar que mueven muchas instituciones de una gran proyección social, no sólo por el gran número de niños que atienden médicamente y a los que facilitan alimentos, si que también por la efectiva labor educativa que consiguen realizar cerca de las madres que a ellas concurren. Cabe sólo que a estas organizaciones se les den posibilidades para que puedan extender su acción bienhechora a un número cada vez mayor de niños; tomando, al efecto, como ejemplo la iniciativa de la Sección Madre y Niño de la C. S. O. que a los efectos asistenciales considera como lactantes, no sólo a los niños comprendidos dentro de los doce primeros meses de la vida, sino que extendió la categoría de tales a los que no habían cumplido los dos años. Ampliando todavía más aquel concepto se tendería también a acrecentar la atención del preescolar que momentáneamente aparece como caído en el vacío. Aumentando las previsiones en la obra de las Juntas de Auxilio Escolar se beneficiarían asimismo contingentes cada vez más crecidos de niños de aquellas edades.

En síntesis: extender la acción de lo ya organizado —a cuyo fin destina el Estado rubros que sobrepasan a la respetable cifra de los trescientos millones de pesos— y no crear nuevos servicios, es lo que importa. Acción que, momentáneamente por lo menos, debe perseguir un solo objeto: la mejor calidad orgánica del niño para hacerlo más apto en la lucha con el ambiente.

**Bibliografía.**

- Boletines de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (Servicios del Dr. GUILLERMO MORALES BELTRAMI).
- LUISA PFAU. — Memoria de la labor desarrollada en el Depto. del Niño durante el año 1944. R. Phillippi. Memoria del Patronato Nacional de la Infancia, 1945.
- MARTA GUEMES. — Factores Médicos y Económicos que condicionan la mortalidad infantil en Chile, 1945.
- DRAGONI y BURNET. — L'alimentation populaire au Chile.
- ALFREDO RIQUELME. — Alimentación en la edad escolar.
- SALVADOR ALLENDE. — La realidad médico-social de Chile.
- R. PHILLIPPI. — Las aves de Chile.
- E. CRUZ COKE. — La protección a la Infancia en Chile. Documento Parlamentario; "La Nación", 12-VII-45.
- ARAYA. — Servicio Madre y Niño de la Caja de Seguro Obligatorio 1945.
- JUAN MORODER y F. LOPEZ. — Mortalidad Infantil en Chile.
- RAUL ORTEGA. — Una interpretación de la curva de mortalidad en Chile. Consejo de Defensa del Niño. Memoria correspondiente al bienio 1942-1943.
- Boletines Nos 1 y 2 de la Dirección General de la Protección a la Infancia y Adolescencia. Servicios de Beneficencia y Asistencia Social; Sinopsis Estadísticas 1944.
- ROBERTO INFANTE. — Memoria del Servicio Médico del Consejo de Defensa del Niño 1942.