Trabajos Originales

PEDIATRIA Y SEGURIDAD SOCIAL

El problema y su solución en Chile (*)

Por el Prof. Dr. ARTURO BAEZA GOÑI

Santiago de Chile.

I PARTE

A) PRESENTACION DEL PROBLEMA. PANORAMA BIOESTADISTICO DEL NIÑO CHILENO

a) La población de Chile, calculada el 31 de diciembre de 1948, fué de 5.669,736 habitantes. De acuerdo con los porcentajes obtenidos en el censo de 1940, se descomponen, en lo que se refiere a la edad infantil, en las cifras siguientes:

Cuadro N° 1

Niños de 0 a 1 año	289.156 (5.1 %)
Preescolares de 2 a 3 años	688.038 (12.1 %)
Escolares de 7 a 14 años	1.122.607 (19.8 %)

Total de niños de 0 a 14 años 2.097.801 (37.1 %)

Para la presentación de nuestro problema, conviene señalar que sobre esta cifra de más de 2 millones de niños existentes en un momento dado en nuestra población, se calcula que 1/3 de ellos tienen una seguridad social relativamente suficiente durante su infancia. De tal manera que el objeto de nuestro estudio se referirá a la considerable suma de casi 1.500.000 niños menores de 15 años, que necesitan de seguridad social, considerada en el sentido más amplio de la expresión.

b) Natalidad. — Nuestra gran fuente de ingresos, en lo que a vidas humanas se refiere y puede decirse que la única, ya que la inmigración hasta ahora ha sido prácticamente insignificante, la constituye nuestra natalidad, que se destaca entre las más altas del mundo y que sigue en aumento, como puede verse en la tabla N° 2.

Cuadro N° 2

Nacieron vivos en:

1941	168,006 niños
1942	170,222 "
1943	172,035 "
1944	174,864 "
1945	194,111 "

En relación con otros países de América, Chile ocupa uno de los primeros lugares, según puede verse en la tabla siguiente:

Cuadro N° 3

Países	Natalidad por 1.000 hbs.
Canadá (1943)	24.0
E.E. UU. (1943)	21.5
México (1942)	45.5
Argentina (1943)	24.4
Chile (1946)	34.7
Colombia (1943)	32.9
Costa Rica (1943)	41.1
Uruguay (1942)	19.4
Venezuela (1943)	36.3

(*) Relato oficial presentado al II Congreso Panamericano de Pediatría, México, noviembre de 1949.

Sin embargo, nuestro coeficiente de natalidad podría todavía ser más alto si lográramos conservar muchas vidas que se malogran antes de nacer. Así, según cálculos estadísticos de nuestros servicios de Asistencia hospitalaria, se desprende que por cada 100 embarazadas que asistieron a consultar, sólo nacieron 61 niños vivos. Si agregamos que el número de abortos es extraordinariamente elevado, habiéndose atendido sólo en Servicios Asistenciales, en 1944, cerca de 20,000, podremos darnos una cuenta aproximada de cuanto mayor podría ser nuestra cifra de ingresos en vidas humanas cada año.

De tal manera que a nuestro país le cabe la responsabilidad, cada año, de velar por la vida y el desarrollo integral de cerca de 200,000 niños, que entran a constituir su capital humano.

c) Mortalidad infantil. — Es todavía muy elevada en nuestro país. Durante muchos años hemos figurado a la cabeza en las estadísticas mundiales de mortalidad infantil. Una explicación de ello es, sin duda, que nuestra estadística nacional es el reflejo fiel de los hechos, lo cual no sucede en gran número de países, principalmente de Sud América.

Sin embargo, como lo demostraremos en la tabla N° 4, la mortalidad infantil en Chile ha experimentado un descenso realmente extraordinario en estos últimos años.

Cuadro N° 4

Número de muertos menores de un año por mil nacidos vivos (*)

1921	258.2
1925	237.5
1930	211.8
1936	226.4
1940	192.8
1942	173.7
1944	161.4
1946	142.8

Una observación de conjunto a la estadística del año 1946 útil para for-

marnos una idea de nuestra realidad biodemográfica, es la siguiente (tabla N° 5):

Cuadro N° 5

1946

Población: 5.669,736 habitantes.
 Número de nacimientos: 194,111.
 Número total de defunciones: 92,664.
 Número total de niños fallecidos de 0-15 años: 40,597.
 Saldo a favor (diferencia entre fallecidos y nacimientos): 101,447.

Si revisamos ahora las causas de muerte de niños menores de un año y aun en edades posteriores de la infancia, podemos destacar que ya sea en forma directa o indirecta, ellas están en relación con la desnutrición, en términos generales, en el 75 % de los casos (Mardones, Jorge: Repercusiones sanitarias de las deficiencias nutritivas de Chile. Rev. Méd. de Chile, junio de 1941).

B) EXPLICACION DEL PROBLEMA. NUESTRA REALIDAD MEDICO SOCIAL

a) Características de la alimentación en Chile. — Analizando en forma global la alimentación de las clases proletarias de Chile y aun de las clases pudientes, se deduce que su ración alimenticia diaria no posee la correlación óptima para el buen desarrollo orgánico.

Existe en ella un evidente predominio de los hidratos de carbono a expensas de los prótidos y grasas animales. La leche se consume en cantidades muy escasas, con un término medio no mayor de 100 g diarios por habitante y en general el chileno no tiene gran afición por ella, prefiriendo con creces otros líquidos, como el té, el café o el mate, sin ningún valor alimenticio. El consumo de carne es también muy bajo, igual cosa sucede con la mantequilla y el queso. Este déficit de sustancias protectoras y desproporcionada abundancia de farináceos, se debe, por una parte, al elevado precio y escasez de ellas y también a falta de conocimientos dietéticos.

(*) Boletín Biodemográfico, Servicio Nacional de Salubridad, 1946.

Este régimen desequilibrado es una de las causas más efectivas del estado de desnutrición de gran número de madres que después son incapaces de criar a sus hijos y es el culpable directo o indirecto de la gran mortalidad y deficiente estado nutritivo de los niños de edad preescolar y escolar.

b) Alcoholismo y juego. — Sea por hábitos hereditarios, sea por causa del clima, costumbres, ignorancia, déficit nutritivo (Mardones) o por excesiva abundancia y buena calidad de nuestros vinos, es el hecho, por demás lamentable, que el chileno es un gran consumidor de alcohol, producto éste que se consume en muchísima mayor cantidad que la leche.

Constituye este hecho una causa muy importante de empobrecimiento del pueblo y, por ende, un factor decisivo en la menor resistencia de las generaciones de niños y adultos en la lucha por su existencia.

Cosa semejante sucede con el vicio del juego, que apasiona a nuestras clases populares en tal forma, que gran parte de su salario es derrochado semanalmente en las carreras de caballo con grave detrimento del presupuesto familiar.

c) Vivienda. — En este sentido, el ambiente donde los niños del pueblo ven transcurrir su vida es francamente perjudicial por la gran escasez de viviendas apropiadas para ello. Así se calculaba en 1943 un déficit de 400,000 habitantes en todo el país y en un término medio de 9,000 las que se necesitarían cada año para albergar el aumento vegetativo de la población.

La escasez de habitaciones determina la aglomeración con hacinamiento y promiscuidad, que a veces llega a grados inconcebibles, constituyendo así un problema que dificulta en grado máximo toda clase de labor sanitaria eficaz.

d) Otros factores. — 1. Analfabetismo: factor que ya sea directa o indirectamente influye en el estado sanitario del país es, sin duda, la falta de instrucción del pueblo. A pesar de los esfuerzos que se realizan para dar cumplimiento a la Ley de Instrucción Obligatoria,

es el caso que la población en edad escolar que debiera asistir a las escuelas, disminuye en los últimos años, aumentando en forma considerable el número de adultos analfabetos. Así, de 25,6 % que fué en 1930, aumentó en 1940 a 27,3 %.

2. Educación de la mujer: Esta deja mucho que desear en nuestro régimen escolar, por cuanto los programas no hacen distinción específica entre la enseñanza del hombre con la que debiera recibir la mujer, futura madre y, por lo tanto, las niñas no reciben los conocimientos que le han de ser más útiles para tan trascendental tarea y así, la insuficiente enseñanza escolar sobre materias tan importantes como la dietética, puericultura, higiene y educación del niño, economía doméstica, etc., se hace mucho más grave en las alumnas de escuelas primarias, las cuales son la mayoría, perdiéndose así una oportunidad única de formar futuras madres y dueñas de casa.

Sin duda que una adecuada educación permitiría tanto de parte de la mujer como también del hombre, un mejor aprovechamiento del salario, la confección de regímenes alimenticios mejor balanceados y cuidar mejor de sus hijos, acudiendo a los servicios asistenciales bien preparadas para comprender las normas sanitarias que allí se les indican, ayudando en buenas cuentas a salvar a sus hijos y no dificultando, como sucede con tanta frecuencia, la labor preventiva que hoy día se trata de extender en hospitales, policlínicas, etc.

3. Ilegitimidad: Factor de extraordinaria importancia en la seguridad social del niño es la defectuosa constitución de la familia, causa de un sinnúmero de muertes infantiles y determinación principal del gran número de abortos y mortinatos.

En este sentido nuestro país posee una alta cifra de ilegitimidad, que alcanzó en 1931 a 30 %, habiendo bajado en 1944 a 22,7 %.

Estaría demás insistir que la situación de los niños que nacen en estas condi-

ciones es, por demás, precaria, pues la mayoría de ellos se crían en el más completo abandono. Prueba fehaciente de ello es que la mortalidad del niño ilegítimo es el doble de la de los legítimos (4.51 % contra 9.32 %, según estadísticas del Seguro Obrero en 1943).

II PARTE

Soluciones. Protección materno infantil en Chile.

A) LEGISLACION SOCIAL

El Estado realiza en la práctica su política social a través de servicios públicos, por medio de los cuales fiscaliza la aplicación de las leyes del trabajo, realiza los beneficios que establece la previsión social y vela por el estado sanitario de toda la población, incluyendo los indigentes. Estos servicios dependen de los Ministerios del Trabajo y de Salubridad.

Los organismos por medio de los cuales se realiza en Chile la protección de la salud, constituyen sistemas separados unos de otros y, por lo general, emplean métodos de acción diversos y actúan independientemente, aunque sometidos al control superior del Ministerio de Salubridad. En la actualidad se está en el convencimiento de los múltiples inconvenientes que presenta esta dispersión de esfuerzos y se trata de unificarlos, tarea ésta que ofrece grandes dificultades, por los grandes intereses que se han creado alrededor de cada uno de dichos organismos.

Estos organismos son: las Instituciones de Previsión Social, la Beneficencia y Asistencia Social y el Servicio Nacional de Salubridad. Además, un variado conjunto de Instituciones Particulares que atienden al indigente.

1. Las Instituciones de Previsión Social protegen la salud de los obreros, de los empleados civiles del Estado, de los empleados de la industria y del comercio, de los obreros y empleados municipales, el personal de las Fuerzas Armadas y de determinados sectores o colec-

tividades como los gremios bancarios, hípicas, marina mercante, etc. En conjunto, disfrutan diversas formas de previsión social alrededor de 2.500.000 individuos y existen cerca de 50 instituciones de esta naturaleza que nacen y se multiplican sin un plan metódico y que, por lo tanto, son muy dispares en su organización, beneficios y recursos, los cuales en general casi siempre están en falencia.

2. La Beneficencia Pública, que nació de la iniciativa particular y fué más tarde absorbida por el Estado y transformada en Asistencia Social, tiene a su cargo la atención del indigente, perteneciéndole a ella todos los Hospitales del país y mediante acuerdos especiales atiende también a los asegurados de las diversas Cajas, especialmente del Seguro Obrero Obligatorio.

3. El Servicio Nacional de Salubridad se ocupa del saneamiento ambiental, de la profilaxis de las enfermedades infectocontagiosas, de la sanidad nacional y salubridad internacional. Ha creado las Unidades Sanitarias con la cooperación del Seguro Obrero, la Beneficencia y Municipalidades.

4. Instituciones particulares de Asistencia Social: Son numerosas y distribuidas en todo el país, realizan una acción de protección a la madre y al niño en forma digna de admirar, pero limitada generalmente por sus escasos recursos y carecen de conexión efectiva entre ellas. Viven de la caridad pública, recibiendo, la mayor parte de ellas, ayuda del Estado mediante subvenciones anuales.

Además, múltiples leyes protegen a la madre, incluidas en nuestra abundante legislación social, la cual se jacta, con razón, de ser una de las más adelantadas del mundo.

Entre ellas vale señalar las que tienen atinencia con el Descanso pre y post natal, la de Garantía del puesto a la mujer embarazada, la de Salas Cunas, el Subsidio Maternal. Todas ellas son fiscalizadas por el Departamento de Inspección de la Dirección General

del Trabajo, mediante las Secciones de Trabajo Femenino, de Menores y a Domicilio.

B) ORGANISMOS DE SEGURIDAD SOCIAL

En nuestro país puede afirmarse que actualmente no hay ningún obrero ni empleado que no esté afiliado a una Caja de Previsión. Estas son más de cincuenta. En realidad, en este estudio sólo consideraremos: la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, la de Empleados Públicos y la de Empleados Particulares, por ser ellas las que agrupan a la mayoría inmensa de los asegurados, sumando un total de cerca de los 2.500,000 de ellos. El resto de ellas agrupan a un pequeño número de afiliados y limitan su actividad principalmente al ahorro, a la edificación o préstamos hipotecarios, no realizando, por lo tanto, ninguna acción de beneficio específico para la salud de los imponentes, salvo una que otra que ejerce una labor de medicina curativa de poca profundidad.

1) La Caja de Seguro Obrero Obligatorio.

La Ley 4054, dictada el 8 de setiembre de 1924, determinó la fundación de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, la cual es, sin duda, la primera institución del país en materia de protección a la madre y al niño menor de 2 años, tanto en su aspecto médico preventivo y curativo como social y económico.

En su artículo 15, inciso c) dice:

"Atención profesional de las aseguradas durante el embarazo, parto y puerperio, y además, un auxilio del 50 % del salario durante las dos semanas que preceden y siguen al parto y de un 25 % en el período posterior, prolongado hasta el destete, cuando amamantaren a su hijo. Este período no podrá exceder de 8 meses".

A fines del año 1936 se creó dentro de los Servicios Médicos de la Caja, la Sección Madre y Niño como un depar-

tamento especializado, para dar normas y directivas uniformes para todo el país.

Ese mismo año, el Consejo de la Caja de Seguro aprobó el reglamento del Servicio de Asistencia a Madre y Niño, mediante el cual se prolongó la atención del niño hasta los dos años de edad y dispuso la entrega de leche a todos los niños cuyas madres se demostraban como incapaces de lactar.

En 1937 se autorizó la atención a la esposa e hijo legítimo del asegurado.

Para realizar estas finalidades, la Sección Madre y Niño ha organizado Consultorios, Postas, Estaciones médico rurales e Instituciones de Madre y Niño distribuidas en todo el país.

En 1944 contaba con 207 Consultorios, 367 Postas, 125 Estaciones médico rurales y 2 Institutos de Madre y Niño. Actualmente su número ha aumentado considerablemente.

Realizan la labor de tipo médico preventivo: 127 pediatras, 50 tocólogos, 120 enfermeras, 250 matronas funcionarias, 75 matronas domiciliarias y 98 visitadoras sociales (1944).

Según el Reglamento, el Servicio de Madre y Niño tiene por objeto hacer puericultura pre y post natal hasta la edad de dos años. Pende actualmente de la aprobación un Proyecto de Ley que extiende la atención médica, preventiva y curativa hasta la edad escolar, para lo cual se estudian recursos financieros especiales.

El esquema de atención comprende:

1) Atención pre natal y control clínico de las embarazadas, reacciones serológicas, examen radiológico de tórax, toma de presión, etc.

2) Atención del parto en maternidades y a domicilio. La atención del parto de la primigesta se hace, salvo raras excepciones, en la maternidad; en la multipara se prefiere la atención a domicilio. La Caja paga a las maternidades por la atención del parto de las aseguradas; las no aseguradas van como indigentes o pagan por su cuenta. En las grandes ciudades el parto a domicilio es atendido por matronas de

libre elección, pagando la Caja una suma determinada, sin distinguir si la parturienta es o no asegurada. Además, entrega la Caja de Seguro, gratuitamente, cajas o paquetes maternales para la atención del parto a domicilio. En las pequeñas ciudades los partos a domicilio son atendidos por la matrona funcionaria, quien percibe, además de su sueldo mensual, una asignación por esta atención, variable según sea el parto urbano o rural.

3) Control del recién nacido y del lactante hasta los dos años de edad, por pediatras que prolongan su atención en el domicilio por medio de enfermeras sanitarias. Además de la atención médica, los lactantes reciben leche, sea condensada o curativa (Eledón, Nestal-ba) y medicamentos sin costo alguno para los asegurados.

Algunas cifras:

a) Financiamiento. — Del total del presupuesto del Departamento Médico de la Caja de Seguro, que en 1948 ascendió a \$ 664,740.73, se invirtieron en el Servicio de Madre y Niño: \$ 154.388,000 (40 %). Casi un 20 % de esta suma se gasta en proporcionar alimentación gratuita a los lactantes, por el convencimiento que se tiene de que el principal problema que a ellos atinge es el de proporcionarles una alimentación cuanti y cualitativamente correcta. Esta medida es fundamental en nuestro país, debido al predominio de los trastornos nutritivos como causa de morbi y mortalidad infantiles.

b) Atención prenatal.

Cuadro N° 6

Inscripción de embarazadas.

Años	Antes 5° mes	%	Después 5° mes	%	Total
1941	18,951	31.1	41,955	68.9	60,906
1945	19,182	36.6	33,117	63.4	52,299
1948	23,390	40.7	34,025	59.3	57,413

Cuadro N° 7

Consultas de embarazadas y puerperas.

Años	Total de consultas
1944	223,253
1946	227,920
1948	250,034

c) Nacidos vivos. — El número de nacidos vivos de madres controladas por el Servicio va en franco aumento, como puede verse en el

Cuadro N° 8

Años	Dom- cilio	%	Mater- nidad	%	Total
1944	21,955	65	11,642	34.8	33,497
1946	20,826	57.4	15,406	40.6	36,242
1948	22,966	52.6	20,654	47.4	43,620

d) Mortinatalidad. — Se observa una notable influencia de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio sobre el descenso de la mortinatalidad en el país, habiéndose obtenido un franco descenso.

e) Número de niños inscritos. — Este rubro también va en aumento creciente, como lo demuestra el

Cuadro N° 9

Años	N° de niños inscritos
1944	47,323
1946	48,022
1948	53,632

En relación con el número total de niños nacidos vivos en todo el país, puede deducirse que la Caja de Seguro Obrero Obligatorio inscribió el 28,3 % de ellos.

f) Atenciones a niños enfermos. — A pesar de ser la Caja una organización de tipo eminentemente preventiva, debe acoger también al niño enfermo. La relación entre consultas de niños sanos y enfermos puede verse en el cuadro N° 10.

Cuadro N° 10

Años	Niños sanos	% del total	Niños enfermos	% total de consultas
1944	639,488	59.7	431,227	1,070,715
1946	540,823	54	459,599	1,100,422
1948	500,950	48.9	522,748	1,021,698

g) Morbilidad infantil. — La cifra más alta la dan las enfermedades del aparato respiratorio, con 38 % del total. A continuación vienen las afecciones del aparato digestivo con 27 %, las afecciones de la piel con 15 %.

La sífilis congénita se observa en franco descenso; así, sobre 47,323 niños inscritos en 1944, se diagnosticó en 3.2 %, y en 1948, sobre 53,632 niños, sólo en el 2.1 %. Por lo demás, este porcentaje corresponde exclusivamente a formas de sífilis asintomática, ya que la forma clínica florida puede decirse que es casi un hallazgo excepcional.

h) Mortalidad infantil. — Esta cifra ha bajado en forma por demás llamativa en relación, sobre todo, con la mortalidad infantil del país. Así, los resultados de estadísticas bien controladas dan para la Caja de Seguro Obligatorio la cifra de 74 a 91 por 1,000 nacidos vivos en 1948, contra 142 que es la del país.

Es indudable que la baja de mortalidad infantil lograda mediante los Servicios de Protección Materno Infantil de la Caja de Seguro Obrero, teniendo presente el gran número de niños que atiende, ha influido en forma decisiva en el descenso extraordinario observado en la mortalidad infantil de todo el país, la cual hace no más de 15 años era de 252 por mil nacidos vivos.

i) Lucha contra la tuberculosis. — Comprendiendo la Caja de Seguro Obrero que uno de los grandes problemas sanitarios de nuestro país es la extraordinaria frecuencia de la tuberculosis con una de las tasas de mortalidad más altas del mundo: 252.6 por 100,000 ha-

bitantes y que dentro de la letalidad de los niños de su clientela representó un término medio de 18.4 %, alcanzando en algunas ciudades hasta el 19.1 % (1946), desde hace varios años viene desplegando un intenso esfuerzo para combatirla.

Esta lucha se comenzó por la pesquisa de la enfermedad en la embarazada por medio de exámenes periódicos y separando al hijo luego después de nacer, llevándolo a un Servicio de Colocación Familiar ad-hoc, mientras a la madre se le colocaba en Sanatorios dependientes de la Caja. Desde hace más de un año se resolvió el empleo amplio y controlado del B. C. G., habiéndose logrado vacunar a más de 25,000 niños recién nacidos y anérgicos durante este período. Debido a imposibilidad material de hacerlo y estimando que el peligro que corren esos niños al no ser aislados durante el período inmediato a la vacunación no reviste los caracteres que en un principio se temió, se usa lo que se ha dado en llamar "vacunación sucia", es decir, sin aislamiento obligado. Los resultados obtenidos hasta ahora, aun cuando por el corto período de experiencia no permiten deducir ninguna conclusión sobre los beneficios sobre la enfermedad misma, demuestran la inocuidad del B. C. G. realizado en esta forma.

En resumen, podemos decir que la labor desarrollada por la Caja de Seguro Obrero en nuestro país, durante los 25 años que lleva de existencia, ha demostrado ser de una gran utilidad para nuestra desmedrada situación sanitaria de país pobre y poco desarrollado aún. Pese a las deficiencias que pueda tener y seguramente las tiene, pese a su mal financiamiento actual determinado por el proceso inflacionista en que se desenvuelve el país desde hace más de 10 años a esta parte, la acción benéfica de la Ley de Seguro Obrero Obligatorio ha influido, podemos asegurarlo, en una mejoría evidente del estado sanitario general del país y ha sido una de las determinantes más seguras de nuestra espectacular baja

de la mortalidad infantil realizada en estos últimos años.

Seguramente que al extenderse sus servicios, como seguramente se logrará luego, a toda la familia obrera y al niño hasta la edad escolar y al perfeccionarse cada vez más su funcionamiento, el Seguro Social en Chile tendrá en la Caja de Seguro Obrero Obligatorio un armamento sanitario de proyecciones incalculables.

II) El Servicio Médico Nacional de Empleados Públicos.

Es éste otro organismo de Seguridad Social, que desde el año 1945 realiza una interesante labor de protección materno infantil. En su organización, siguiendo la tendencia moderna de unificar esta clase de servicios, refundió una serie de organismos de previsión social en beneficio ya no del obrero, sino del asalariado de clase media y su labor específica fué realizar una labor exclusiva de Medicina Preventiva en todo el país, en cumplimiento de la Ley 6.174.

El Servicio Médico Nacional de Empleados, que acoge a la mayor parte de los empleados públicos del país, creó, a manera de ensayo y sólo en Santiago un Servicio Madre y Niño de carácter exclusivamente preventivo, al cual tienen derecho sólo aquellos empleados que gozan de una renta inferior a 3,000 pesos mensuales. Mediante él se realiza una labor preventiva de gran alcance en favor de la madre y del niño, siéndole estrictamente prohibida toda acción curativa. Respecto al niño, su vigilancia se extiende desde la puericultura prenatal hasta la edad preescolar y esta labor se extiende al domicilio por medio de enfermeras sanitarias especializadas. Se les vende a precio de costo alimentos en forma de leches desecadas y medicamentos. La atención del parto es gratuita por medio de profesionales especialmente inscritos para ello.

Durante el año 1945 este Servicio atendió: 1,320 exámenes de salud, 4,274 consultas de tocología y 6,029 consultas de pediatría.

Ultimamente ha tenido un desarrollo extraordinario y ya se consulta su extensión a todo el país.

III) Otras instituciones de Previsión Social.

Existen varios otros organismos de Seguridad Social, que ejercen acciones preventiva y curativa en beneficio del binomio Madre-Hijo, aun cuando sus servicios son reducidos a un número limitado de individuos residentes en Santiago y una que otra ciudad de importancia.

Entre ellas mencionaremos:

a) Caja de Empleados Municipales de Santiago. — Creada en 1917, da beneficios médicos a sus imponentes, a sus esposas y a los hijos hasta los 18 años, para lo cual cuenta con una Policlínica, Pensionado y atención médica domiciliaria. Realiza labor de puericultura prenatal, atendiendo a la embarazada y post natal hasta los 18 años. En Valparaíso existe otro organismo similar.

b) Departamento de Bienestar de las Fuerzas Armadas. — Tanto el Ejército como la Armada Nacional cuentan con organismos de atención médica preventiva y curativa para sus miembros, la cual se ejerce mediante médicos especialistas, matronas, enfermeras, etc. y su labor se extiende a todos los miembros de la familia. El Ejército cuenta con un bien montado Hospital en Santiago y la Armada Nacional otro en Valparaíso. Se hace en favor de la madre control del embarazo y atención del parto y del niño, atención preventiva y curativa.

Igual organización tiene el Cuerpo de Carabineros, el cual también posee un magnífico hospital moderno para la atención de sus miembros y familiares.

Estas organizaciones médico-sociales de las Fuerzas Armadas realizan una labor efectiva de primera categoría en todas las regiones del país.

c) El Servicio Sanitario de los Ferrocarriles, mediante su Departamento de Previsión Social, realiza también en todo el país una labor médico-social en beneficio de su personal casi exclusivamente.

Recientemente esta labor se ha extendido a la atención de la familia, pero en forma limitada.

C) PROTECCION MATERNO INFANTIL DEL INDIGENTE

La protección a la madre indigente y al niño abandonado se lleva a cabo por instituciones de muy diversa índole, ya sean fiscales, semifiscales o particulares. Analizaremos las de mayor importancia.

1) Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia. Consta de varios departamentos:

a) Eugenesia y atención maternal, el cual cuenta con 36 Centros, que se distribuyen en todo el país, en los cuales se practica el control del embarazo, se atiende el parto mediante matronas domiciliarias y se proporciona cajas maternales y otras ayudas.

b) Departamento del Niño, que comprende los Centros materno-infantiles y el Servicio Médico Escolar. En los primeros, anexos a los Centros Maternales, se hace atención preventiva a lactantes y preescolares no atendidos por la Caja de Seguro Obrero. Se atiende también a los niños enfermos y se les proporciona leche en polvo a precios rebajados. La labor a domicilio es realizada por Enfermeras Sanitarias. Respecto al Servicio Médico Escolar, tiene a su cargo la inspección médica de las escuelas fiscales primarias, secundarias y especiales, divididas en 64 Sectores, cada uno de ellos a cargo de un médico, una enfermera y una auxiliar. El trabajo consiste en exámenes periódicos de salud y envío de los enfermos a la Central de Especialidades que funciona en Santiago y que cuenta con equipos de radiología, otorrinolaringología, oftalmología, fisiología, psicopatología, endocrinología y cardiología.

c) Departamento de Acción Social, el cual cuenta con un servicio de colocación familiar y un departamento de menores en situación irregular.

Según estadísticas de 1944, el Departamento del Niño atendió en sus Centros a 9,775 lactantes y a 7,421 preescolares y practicó en las escuelas primarias 172,634 controles de salud.

Desgraciadamente, la falta de recursos ha impedido aumentar el rendimiento de esta institución, quedando gran número de niños al margen de sus servicios.

2) Servicios de Beneficencia y Asistencia Social. — Realizan una acción eminentemente curativa. Para ello cuenta en Santiago con 3 Hospitales de Niños: Roberto del Río, Manuel Arriarán y Calvo Mackenna y en Provincias con servicios infantiles anexos a hospitales generales. El total de camas para niños en todo el país es de 4,398.

Cuenta, además, con la Casa Nacional del Niño, destinada a recibir niños huérfanos, abandonados o de familias indigentes. Dependiente de ella funciona un Servicio de Colocación Familiar, que alcanza a 1,300 niños en los alrededores de Santiago.

En cuanto a la atención materna, la Beneficencia dispone sólo de unas dos mil camas de maternidad y policlínicas anexas.

3) Patronato Nacional de la Infancia. — Es una Institución particular que próximamente cumplirá 50 años de labor benéfica y de gran calidad en la protección del lactante. Mediante 17 Gotas de Leche en Santiago atiende anualmente una población infantil indigente de más de 3,000 niños, a los cuales da atención pediátrica preventiva y curativa, proporcionándoles leche condensada (Nestlé) a precios rebajados. Atiende niños hasta los 2 años y, además, posee 3 Centros Prenatales para atender a la mujer embarazada. Goza de gran prestigio entre el público y sus resultados son de notable rendimiento.

4) Consejo de Defensa del Niño. — Destinado a la atención del preescolar y escolar indigente, cuenta con servicios de atención abierta y cerrada.

Los de asistencia cerrada son: la Ciudad del Niño, que consta de pequeños hogares destinados a escolares, 2 hogares para adolescentes y 1 hogar para preescolares. La protección abierta se hace por medio de un Servicio de Colocación Familiar, además de varios Centros Maternales.

Posee también un Servicio de Lucha Antituberculosa con una Policlínica Central, un Preventorio y un Sanatorio de clima.

Realiza esta institución una labor encomiástica, pero reducida a un presupuesto limitado.

5) Cruz Roja Chilena. — Esta Institución realiza una interesante labor en favor de la infancia en sus diversos centros de Santiago y de provincias, luchando siempre contra las forzadas limitaciones de su presupuesto.

6) Instituciones caritativas. — Son numerosas las que mantienen pequeños Centros materno-infantiles en beneficio del indigente.

D) SERVICIO NACIONAL DE SALUBRIDAD

Merece párrafo aparte, pues si bien destinado por la ley a cumplir con su misión específica de saneamiento ambiental, desde hace algunos años, mediante su Departamento Cooperativo de Salubridad y gracias a la iniciativa y ayuda norteamericana, que ha financiado en parte esta obra, sin entorpecer por eso la iniciativa y absoluta libertad de los técnicos chilenos que la dirigen, ha logrado coordinar esfuerzos del Seguro Obrero, Sanidad, Dirección de Protección a la Infancia, Municipalidades, etc., creando centros de extraordinaria eficiencia, denominados Unidades Sanitarias.

Estas Unidades Sanitarias tienen por objeto, coordinando esfuerzos dispersos, mejorar la salud y el bienestar de la población donde se instalan. En los pocos años que llevan de funcionamiento, han demostrado con creces la utilidad de su acción. Atienden no sólo al niño, sino a través de él, a toda la familia, ejer-

ciendo una labor preventiva, cuya mayor zona de acción es el domicilio y el barrio entero, mediante la acción combinada de médicos y enfermeras Sanitarias específicamente preparadas. Por el momento existen en el país 5 de estas instituciones y se proyecta la creación de muchas otras más.

A juicio de todo el que analiza el funcionamiento y los resultados de ellas, se puede afirmar que en su ordenada multiplicación se encontrará la verdadera solución de nuestros múltiples problemas sanitarios y muy especialmente en lo que a la protección materno-infantil coordinadora se refiere.

Y no podría ser de otra manera, pues la Unidad Sanitaria realiza en la práctica la coordinación de esfuerzos, que es el gran factor que falta a la gran mayoría de nuestras obras asistenciales y que tanto contribuye con su defecto a anular o a disminuir sus resultados. La Unidad Sanitaria, como lo expresan sus promotores, significa: "unidad de criterio, unidad de programa con objeto de obtener una mayor eficiencia, unidad de dirección para la uniformidad de trabajo y centralización de responsabilidades y unidad de edificio e instalaciones en bien de la comodidad del público y de la economía en los gastos". En ellos cada actuación no es aislada, sino integrante de la tarea única y así cada atención de consultorio es oportunidad para predicar las normas de higiene y de profilaxis, cada visita a domicilio es motivo para dar a conocer los servicios médicos preventivos y curativos que se puede proporcionar al público (María Ferrero).

Su acción específica es la educación del individuo, de la familia y de la comunidad sobre todos los problemas de la salud. Sus resultados se demuestran en la transformación profunda de un barrio o de una zona entera de una ciudad, en fin, logrando la cooperación entusiasta para el bien público desde el modesto obrero, el hombre acaudalado y los poderes públicos que pueden así apreciar los beneficios de esta labor coordinada en un plazo extraordinariamente breve.

E) RESUMEN**I. Atención maternal:**

Sobre un total de 201,604 gestantes en 1944:

Tuvieron atención profesional 154,824

Carecieron de ella 47,080

II. Atención infantil (1944):

Sobre 1,966,427 niños de 0 a 15 años:

992,276 recibieron atención médica.

974,151 no recibieron atención.

En este último grupo se encuentran sin atención:

150,000 lactantes de 0 a 2 años.

171,244 preescolares de 3 a 6 años.

500,547 escolares de 7 a 15 años.

Entre las instituciones que atendieron al lactante se destaca la Caja de Seguro Obrero Obligatorio con un total de 65 mil 112 niños.

F) CONSIDERACIONES GENERALES

De nuestro estudio se desprende que la situación del niño chileno en lo que a seguridad social se refiere es aún bastante precaria. Existen problemas básicos, que ya sea directa o indirectamente lo afectan y ponen en peligro su vida, que permanecen latentes en nuestro país. Tales son la alimentación, la vivienda, la educación, el alcoholismo, etc.

Solamente la mitad de nuestros niños reciben atención médica social y no siempre de calidad apropiada para asegurarles un correcto desarrollo. El resto está prácticamente abandonado a sus propias y débiles fuerzas. Esto explica nuestra alta cifra de mortalidad infantil y el gran número de niños desnutridos que existen en nuestras clases sociales inferior y media.

Grandes esfuerzos se realizan por parte del Estado y la iniciativa particular por solucionar tan desmedrada situación, pero las realizaciones que se obtie-

nen son de rendimiento limitado, en gran parte debido a falta de unidad de acción, con la consiguiente dispersión de esfuerzos y recursos, duplicación de atenciones, mal aprovechamiento de los elementos de diagnóstico y tratamiento, etc.

Analizando los resultados obtenidos se deduce claramente que la labor más efectiva la realiza la Caja de Seguro Obrero Obligatorio a través de su Departamento de Madre y Niño, tanto en extensión como en profundidad y creemos que de tanto cuanto se perfeccione esa labor y se logre extenderla a toda la familia obrera y al niño, por lo menos hasta la edad escolar, dependerá el porvenir del niño chileno perteneciente a la gran masa obrera.

Por lo que se refiere al niño de clase media, creemos que la labor desarrollada hasta ahora adolece de limitación y falta de unidad en sus mecanismos de protección. Sostenemos que la unificación de programas y recursos es indispensable si se quiere realizar una seguridad social verdaderamente efectiva.

La seguridad social del niño indigente debe ser ejercida principalmente por el Estado, sin menospreciar la acción de instituciones privadas, eso sí que estableciendo la debida coordinación de esfuerzos hoy día dispersos.

En general, creemos que la seguridad social es indispensable para proteger la salud y la vida del niño, pero debe ser muy bien organizada y financiada convenientemente. Una seguridad social mal realizada, es cara y de resultados contraproducentes, sobre todo si no procura una medicina de buena calidad.

Summary.

The author analyzes first the child's situation in Chile. On december, 1948, there were 2.000,000 children from 0 to 15 years, of whom only 1/3 has an adequate social protection.

200,000 children are born yearly in Chile (34.7 %). The mortality, one of the highest in the world in 1921, decreas-

ed spectacularly from 258 per thousand to 142.8 during 1946. The increase in population in Chile is only vegetative, being about 101,447 people this year. The Social Legislation is one of the most advanced of the world, and the most important social security institution is the Workers' Social Insurance Law, founded in 1924.

Its protection covers more than 1 million 500,000 workers. Mother and child are particularly protected by a special section of this institution and actually controls 57,500 expectant mothers and 53,600 children.

There are many other social security institutions for other groups of population, tending toward unification in their action. Indigent people are protected both by the State through the Social As-

sistance and by private institutions. The Executive Power proposed last year a law to the Congress to extend the social security of the Workers' Insurance Law to the family and the children beyond 2 years of age.

The author thinks that the social security is a quite convenient measure to protect the health and lives of people, but if not well organized and financed as well as not taking into consideration the physician's position and quality of medical service, may be worse than its non-existence.

NOTA. — Este trabajo ha sido realizado sobre la base de datos proporcionados por el Dr. Arturo Gallo, ex-ayudante de nuestra Cátedra; del Dr. Pedro Araya Chiappa, Médico Jefe del Departamento Madre y Niño del Seguro Obrero y otros extraídos de la interesante Tesis de la señorita María Ferrero, titulada "El Problema Materno Infantil ante la Ley".