

Hace 75 años La Mortalidad Infantil en Chile estudiada por la Sociedad de las Naciones

Extracto de un artículo publicado en tres capítulos en la Revista Chilena de Pediatría del año 1930

Autor: PROF. LUIS CALVO MACKENNA¹

Comentario: LUISA SCHONHAUT B.²

1. Perito higienista en protección a la Infancia de la Sociedad de las Naciones.

2. Profesor Asistente, Magíster Salud Pública, Departamento de Pediatría Norte, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Comentario

La salud infantil ha sido un tema prioritario en Chile y el mundo a lo largo de todo el siglo XX. Múltiples son los artículos publicados en la Revista Chilena de Pediatría que nos dan testimonio del progreso de la salud y la reducción sistemática de la mortalidad de nuestros niños (Ugarte 1951¹, Romero y Medina 1954², Vargas 1994³ y 1996⁴, Kaempffer y Medina 2000⁵ y 2006⁶, Szot 2002⁷, entre otros).

Indudablemente, fue gracias a las enérgicas medidas de salud pública junto con el avance científico tecnológico y la mayor cobertura en salud, que logramos reducir la tasa de mortalidad infantil de casi 200 muertes anuales por 1 000 nacidos vivos, hace apenas 65 años, a las tasas actuales de 7,8 por cada 1 000 nacidos vivos; así pasamos de ser uno de los países con peores indicadores sanitarios a situarnos entre los tres mejores de América Latina, muy cerca de los países desarrollados.

En esta transición epidemiológico-demográfica se han modificado las principales causas y edades de fallecimiento y junto con ello han variado los desafíos referentes a la salud de los niños. Actualmente, las principales causas de mortalidad infantil guardan relación con proble-

mas perinatales (38%) y malformaciones congénitas (35%)⁵. En cuanto a la morbilidad, han aumentado las patologías relacionadas con los estilos de vida poco saludables y con la sobrevivencia de niños portadores de enfermedades crónicas. Esta realidad nos invita a plantearnos las prioridades sanitarias y el enfoque en el ejercicio de la pediatría⁸.

A continuación se presenta un extracto del primer artículo sobre mortalidad infantil publicado en la Revista Chilena de Pediatría. En él, el Dr. Luis Calvo Mackenna nos ilustra magistralmente la situación en que se encontraba nuestra población durante los años 1928-1929, analiza las principales causas de muerte de los lactantes menores de un año y, además; nos ofrece una propuesta con las medidas de salud pública necesarias para combatir la desnutrición, incultura, falta de higiene y la sífilis, flagelos que daban explicación de las principales causas de muerte de los recién nacidos y lactantes de aquella época.

Entre las medidas propuestas por Calvo Mackenna destacan aspectos tan visionarios y aún vigentes como la asistencia obstétrica prenatal y atención profesional del parto; la incorporación de estrategias de educación para la prevención y promoción de la salud, de higiene

Correspondencia a:

Luisa Schonhaut B.

schonhaut@med.uchile.cl

y lactancia materna, además de la modificación de las leyes sociales para la protección de la madre en la última etapa del embarazo y durante el período de lactancia.

El Dr. Luis Calvo Mackenna nació el año 1883 y falleció a los 54 años en 1937, luego de 30 años de intensa vida profesional, entregando un gran aporte a nuestro país gracias a las investigaciones sobre la mortalidad infantil y la desnutrición. Introdujo los conceptos de higiene, modernizó los sistemas de registro y control, además logró el aumento de los recursos destinados a salud y alimentación. Su principal legado en nuestro país ha sido el estudio científico de la mortalidad infantil, el Patronato Nacional de la infancia, la Sociedad Chilena de Pediatría y la Casa Nacional del Niño^{9,10}.

Referencias

- 1.- Ugarte J: Evolución de la mortalidad infantil chilena por zonas geográficas. 1920-1947. Rev Chil Pediatr 1951.
- 2.- Romero H, Medina E, Vildosola J: Mortalidad Infantil. Rev Chil Pediatr 1954; 25: 166-76.
- 3.- Vargas NA, Cerda J: Mortalidad infantil y neonatal en Chile entre 1965 y 1990. Rev Chil Pediatr 1993; 64: 45-9.
- 4.- Vargas NA: Mortalidad infantil, Chile 1994. Rev Chil Pediatr 1996; 67: 6-9 [citado 10 Enero 2007]. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-4106199600010002&lng=es&nrm=iso.
- 5.- Kaempffer AM, Medina E: Análisis de la mortalidad infantil y factores condicionantes: Chile 1998. Rev Chil Pediatr 2000; 71: 405-12. [citado 10 Enero 2007] Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062000000500005&lng=es&nrm=iso.
- 6.- Kaempffer AM, Medina E: Mortalidad Infantil reciente en Chile: éxitos y desafíos. Rev Chil Pediatr 2006; 77: 492-500.
- 7.- Szot J: Mortalidad Infantil en Chile: 1989-1998. Rev Chil Pediatr 2002; 73: 164-6. [citado 10 Enero 2007] Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062002000200009&lng=es&nrm=iso.
- 8.- Schonhaut L: El rol de la Pediatría del Desarrollo en el control de salud integral: hacia la Pediatría del siglo XXI. Rev Chil Pediatr 2004; 75: 9-12 [citado 10 Enero 2007] Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062004000100001&lng=es&nrm=iso.
- 9.- Vargas NA: 170 años de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile: su aporte a la salud infantil y del adolescente en Chile. Rev Chil Pediatr 2003; 74: 141-8 [citado 10 Enero 2007]. Disponible en la World Wide Web: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062003000200001&lng=es&nrm=iso.
- 10.- Vargas N: Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría. Editorial Universitaria. Santiago de Chile 2002.

La Mortalidad Infantil en Chile estudiada por la Sociedad de las Naciones

Descripción de los distritos

La encuesta ha sido efectuada en Chile en cuatro distritos, a saber: I. Santa Ana, II. Hipódromo Chile, III. La población de la pequeña ciudad de San Bernardo, y IV. La circunscripción San Isidro, enteramente rural y colindante con la ciudad de Quillota.

Como apreciación de conjunto observaremos que la encuesta se ha hecho en una población de 94 796 habitantes, que dio 2 737 nacimientos, 635 fallecidos menores de un año y 47

mortinatos durante los 12 meses de la encuesta, es decir, desde mayo de 1928 hasta abril de 1929, inclusive.

Caracteres comunes de los distritos Santa Ana, Hipódromo Chile y San Bernardo

Como caracteres comunes a los distritos ubicados en Santiago y al de San Bernardo, debemos mencionar desde luego los siguientes:

Ambas poblaciones, distantes 16 kilómetros solamente, están ubicadas en el Valle Central de la Zona Central del país, a una altura de 520 y 573 metros, respectivamente, sobre el nivel del mar. Todo el valle esta formado por terreno

de acarreo, muy permeable y dotado de gran desnivel de oriente (Cordillera de Los Andes) a poniente (Océano Pacífico).

El clima es extraordinariamente agradable; no hay temperaturas extremas violentas, ni por su duración ni por su intensidad. En efecto, la temperatura media del año es en Santiago de 13,8 °C; la máxima absoluta es de 37,2 °C, y la mínima absoluta de 4 °C. Las temperaturas extremas son transitorias y duran pocas horas del día y de la noche. El clima de cordillera o continental que domina en casi toda la extensión N-S del país, hace que las temperaturas del invierno, bajas durante las mañanas, sean relativamente altas durante algunas horas del mediodía, cuando el sol brilla en un cielo sin nubes. La influencia de la viva radiación solar y de la brisa de mar y tierra es tan evidente que en Santiago hay un promedio anual de oscilación diaria de temperatura que llega a 15,2 °C.

Un dato meteorológico muy interesante está constituido por la repartición de las lluvias, nulas durante el verano y muy frecuentes en el invierno. En efecto, en esta parte del país llueve irregularmente desde mayo hasta octubre inclusive, es decir, durante el otoño y el invierno; pero las lluvias desaparecen totalmente, y las excepciones son rarísimas, durante los seis meses restantes del año, desde noviembre hasta abril, inclusive, es decir, durante la primavera y el verano.

El conjunto de características anotado, hace que nuestro clima, en todas las épocas del año, sea excepcionalmente agradable y cómodo; pero debemos insistir nuevamente en las grandes oscilaciones diarias de temperatura que someten al organismo a un rudo trabajo de adaptación y de defensa que no siempre es capaz de efectuar eficazmente.

El aprovisionamiento de agua potable de la ciudad dispone de tres fuentes surtidoras: La Quebrada de Ramón, que da aguas de derretimiento de nieves y vertientes. Las aguas de Vitacura, que provienen de napas subterráneas que se captan por drenajes y galerías, se originan en infiltraciones de aguas de lluvia y riego en la cuenca del río Mapocho. Las aguas de la región de la Laguna Negra, situada en el centro de la Cordillera Andina a 90 kilómetros de la ciudad de Santiago.

La ciudad dispone de 7 estanques de almacen con capacidad de 176 000 metros cúbicos. Durante el año 1927 el consumo diario llegó a 235 940 metros cúbicos, con un máximo en noviembre de 296 540.

La ciudad, comprendidas las 6 comunas rurales o suburbanas, alcanza a una población de 800 000 habitantes.

El diámetro máximo de las cañerías de la ciudad es un metro diez centímetros y el mínimo cinco centímetros.

En cuanto a red de cloacas, debemos decir que la parte urbana de la ciudad de Santiago tiene establecido el sistema de tout a-l'égout, o sistema unitario de evacuación de las aguas servidas y materias excrementicias. En total, la superficie saneada abarca una extensión de 2 650 hectáreas.

Merece mencionarse el procedimiento de evacuación de las aguas servidas de las casas y de las calles, que consiste en impulsar estas aguas por medio de agua del río, que se arroja a las canalizaciones cloacales de las calles en forma continua. Para esto la ciudad aprovecha las aguas que anteriormente surtían las antiguas acequias. En total se arrojan al alcantarillado, de un modo continuo, tres metros cúbicos de aguas del río para desalojar dos metros cúbicos de agua usada que reciben las canalizaciones del alcantarillado.

Descripción del distrito "Comuna de Santa Ana"

La comuna municipal de Santa Ana cuenta entre su población toda clase de habitantes, considerados bajo el punto de vista de su situación económica y de su cultura. La mitad sur está poblada por gentes ricas o de medianos recursos, mientras la mitad norte, sobretudo aquella porción que avecina al río Mapocho, es un reducto de pueblo, pobre e inculto, que vive en viviendas muy poco higiénicas o miserables.

El trazado de las calles, corresponde al plan general de las ciudades hechas por los españoles durante la conquista, es decir, a la división del terreno en manzanas regulares y rectangulares que tienen 125 metros, aproximadamente, por cada uno de sus costados. Es el clásico aspecto del tablero de ajedrez de las ciudades de la América Latina. Las calles están muy

exactamente orientadas de norte a sur y de oriente a occidente. En general son angostas. Estas circunstancias hacen que durante todo el año las que van de oriente a poniente tengan su costado norte permanente en la sombra y que, por el contrario, el costado sur reciba los rayos solares durante todo el día. Así se explica que durante los meses fríos se vea con frecuencia la mitad sur de la calzada enteramente mojada aún cuando no llueva y el sol brille durante muchos días. Las calles que van de norte a sur, en cambio, no presentan estas características y son, por eso, más agradables.

Como toda la ciudad, este distrito se caracteriza por la falta de espacios abiertos, plazas, parques y jardines. Con excepción de la plaza Brasil, situada en la parte central y poniente del distrito y del Parque Centenario, en formación, en el límite norte o sea, en la ribera izquierda del río Mapocho, que constituye la porción más densa y pobre de esta comuna, no hay en toda ella jardines o parques públicos que satisfagan ni siquiera remotamente las necesidades de su población.

La pavimentación más frecuente en este distrito es el adoquín sobre concreto, pavimentación que no presenta otro inconveniente que el ruido ocasionado por el tránsito de vehículos pesados y sin llantas de goma. Por lo demás, es una pavimentación muy higiénica. La parte sur oriente del distrito tiene sus calzadas asfaltadas y el resto está, por el momento, pavimentado con piedra de río, la cual va siendo rápidamente reemplazada por asfalto y adoquín sobre concreto.

Las condiciones de las habitaciones varían mucho según sea la parte del distrito que consideremos; en la parte sur, próxima a la Avenida de las Delicias, habita, como hemos dicho, buena parte de la población rica de la ciudad; mientras que en la parte norte, próxima al río Mapocho, domina el elemento obrero asalariado que, en general, ocupa viviendas de un piso, anti-higiénicas bajo muchos conceptos y agrupadas en clásicos conventillos, es decir, en una serie de piezas que forman un patio común a todas las familias que las habitan. Cuando el patio común ha sido dividido de modo a proporcionar un pequeño patio a cada pieza, ese grupo de habitaciones recibe el impropio nombre de "cité".

En los conventillos todos los servicios son comunes: agua potable, baños, resumideros, water-closets, etc. En general, el patio central es aprovechado por lavanderas, que allí lavan y cuelgan, para secar las ropas. Como se comprende las lavanderas tienen una forzada predilección por los conventillos, que les ofrecen mayor espacio abierto para su oficio. Las "cités" del público muy pobre difieren bien poco de los conventillos.

Aunque existen disposiciones legales severas que establecen rigurosas características para las habitaciones obreras, -condiciones que no es del caso citar y que, como se comprende, son las vulgares disposiciones de la higiene de las habitaciones colectivas-, la falta de cultura del pueblo, su miseria, su desaseo, su indolencia, etc, suman sus influencias hasta reducir a estrechos límites los beneficios de una buena e higiénica edificación para obreros.

Tiene el bajo pueblo, entre otras, la pésima costumbre de preparar sus comidas en un brasero, en vez de aprovechar la pequeña cocina de que disponen. Se comprende que durante el invierno ese brasero-cocina permanece en el interior de la habitación, haciendo también las veces de estufa de calefacción. Por eso no es raro encontrar en esos interiores una atmósfera muy pesada que huele a humedad, a humo, a comida y a pueblo. Como se comprende, las moscas viven y duran allí hasta meses avanzados del invierno.

Del conjunto de encuestas sociales efectuadas entre las familias inscritas en la Gota de Leche "Mercedes Lazcano", servicio que atiende el elemento infantil pobre del distrito, se desprende que la densidad habitacional es decir, el promedio de personas por habitación llega a 2,53 en esta zona de la ciudad.

Sin tomar en cuenta algunos policlínicos de sociedades mutualistas, de pequeño desarrollo, la asistencia del niño es hecha principalmente en este distrito, como en el resto de la ciudad, por el Patronato Nacional de la Infancia, que en esa porción de la ciudad ha ubicado la Maternidad "Carolina Freire", el Asilo Maternal y la Gota de Leche "Mercedes Lazcano", lugar de residencia de la secretaria de la encuesta de este distrito.

La Maternidad "Carolina Freire" hace úni-

camente la atención del parto en el domicilio de la madre, pero esa madre, para recibir ese servicio final ha debido acudir periódicamente, durante su embarazo, al policlínico de la Maternidad en donde el personal médico estudia el caso, analiza las condiciones de desarrollo del embarazo y, si son normales, llena los formularios y da los avisos necesarios para que una matrona titulada de reconocida competencia y previamente inscrita en el servicio, tome a su cargo la atención del parto.

Los embarazos complicados son hospitalizados oportunamente en alguna de las maternidades de la capital. Los servicios de esta Maternidad son enteramente gratuitos para los indigentes.

Un complemento indispensable a esta labor es la del "Asilo Maternal", que funciona en el mismo edificio y que tiene por objeto albergar a la madre, generalmente soltera, con su hijo de días o pocas semanas de edad, con el fin de evitar el abandono del niño, hacer enseñanza práctica de puericultura y procurar a la madre soltera, ya sea el matrimonio con el padre de su hijo, ya sea una situación que, sin abandonar el niño, le asegure un decente porvenir. El Asilo recibe también niños sin sus madres, cuando y mientras están éstas enfermas en algún hospital y han debido abandonar los cuidados de su familia.

A medio kilómetro de distancia se encuentra la Gota de Leche "Mercedes Lazcano", uno de los once servicios similares que el Patronato Nacional de la Infancia tiene actualmente funcionando en la capital. Como sus congéneres, este servicio es un consultorio de lactantes con Gota de Leche anexa, cuya organización está prolijamente arreglada de modo de hacer una activa y práctica vulgarización de la puericultura, una intensa propaganda de la lactancia materna y una muy enérgica propaganda en contra de la alimentación artificial.

En este distrito está ubicada la Oficina Central del Servicio de Inspección Médica Escolar, actualmente en reorganización. Cada día se difunden más en la ciudad, y naturalmente también en la comuna Santa Ana, las cantinas escolares que en Santiago llevan el nombre de ollas infantiles y que se ubican en el local mismo de las escuelas públicas o privadas, de instrucción primaria.

Por último, debemos hacer presente que en el centro de este distrito está ubicado el Servicio Central Anti-venéreo de la autoridad sanitaria de la capital, con varios policlínicos, actualmente en activa reorganización.

Organización y funcionamiento de la encuesta

De acuerdo con las resoluciones de la reunión de expertos latino-americanos celebrada en Montevideo en junio de 1927, la encuesta se llevó a cabo en Chile en dos comunas de Santiago y en el pueblo de San Bernardo, situado a 16 kilómetros al sur de la capital. A estos tres distritos se agregó posteriormente uno enteramente rural, el de San Isidro.

Sistema de avisos

El punto de partida de la encuesta, como es natural, residió en las oficinas del registro civil correspondiente, las cuales daban doble aviso inmediato a la Secretaría del Patronato Nacional de la Infancia y al personal encargado de la encuesta, de toda inscripción de mortinato o fallecimiento de menor de un año acaecido en el respectivo distrito. Este aviso se hacía por duplicado, en tarjetas postales impresas, en las cuales se anotaban todos los datos que permitían identificar y localizar al niño fallecido o al mortinato. Las tarjetas destinadas a la Secretaría, que servían de base al control central, eran de color blanco; aquellas destinadas al personal encuestador tenían color propio en cada distrito (gris, rosa, etc).

Para evitar pérdidas de datos y errores derivados de extravíos de tarjetas se adoptó una numeración única y se destinaron mil números a cada distrito. La oficina del Registro Civil de cada distrito, dejó constancia, cada día, en una hoja especial, de los avisos duplicados enviados uno a la Secretaría del Patronato Nacional de la Infancia y otro al servicio encargado de efectuar la encuesta. Quedaba así constancia del número, de la fecha de la inscripción y del aviso, del nombre del niño, del número de aquella inscripción civil y del nombre de la madre o guardadora.

Composición del personal encuestador

Cooperaron en la labor del Director de la

encuesta los doctores Julio Schwarzenberg y Arturo Baeza Goñi, Sub-Director y Jefe de Servicio respectivamente, del Hospital de Niños "Manuel Arriarán", de Santiago y, además, miembro del Directorio del Patronato y antiguo médico jefe de Gota de leche, respectivamente, de la institución.

Las encuestas de los distritos de Santiago fueron confiadas al médico jefe y a la enfermera visitadora jefe del consultorio gota de leche correspondientes a cada distrito. Este procedimiento tuvo la ventaja de destinar para el objeto un personal especialista, muy conocedor de la materia y de antemano conocido de gran parte del público del distrito que en gran proporción recurre a los servicios del consultorio- gota de leche.

Instrucción previa del público

Tomando en consideración las dificultades que suelen presentarse en la práctica a causa de la ignorancia y de la desconfianza del público, que no siempre recibe bien al personal encargado de efectuar la encuesta, se estimó indispensable poner en conocimiento del pueblo la naturaleza, el objeto y los procedimientos de la encuesta. Con este fin se confeccionaron hojas volantes que fueron repartidas en las oficinas del Registro Civil, en los servicios de asistencia abierta del niño, en las puertas de los templos y que, además, fueron reproducidas en los periódicos de la localidad. Sin duda, fue un medio de verdadera eficacia que en muchísimas oportunidades facilitó la tarea del personal, desterrando prejuicios e infundados y temores de las familias.

En total, los cuatro distritos recibieron del Registro Civil 635 avisos e inscripciones de mortinatos y de fallecidos menores de un año, de los cuales 120 fueron eliminados por las causales que se anotan en la fracción "no computables". De los 515 casos restantes, 468 corresponden a menores de 1 año y 47 a mortinatos.

Resultados

Estudio de conjunto de los resultados de la encuesta en Chile

La circunstancia de que en Chile hay una mortalidad infantil muy alta y bastante uniforme

en todo el país, aconsejó emprender la encuesta en la zona central solamente, - en donde existen las mismas condiciones de clima, - bien diferentes de las zonas norte y sur del país: - y en donde residen la porción más importante y las mayores concentraciones de población. Para la elección de los distritos se tomó ante todo en consideración la ubicación de los mismos (urbanos, suburbanos y rurales) ya que las condiciones económicas e higiénicas y la cultura general del pueblo, así como los recursos de asistencia y de protección a la infancia, guardan estrecha relación con la situación de aquellos distritos y son de tanto mejor eficiencia cuanto más nos aproximamos a los núcleos de las poblaciones. Queda esto confirmado con el hecho de que el distrito rural de San Isidro, situado en pleno campo, habitado por gente inculta y desprovisto de todo recurso de protección a la infancia, es el que da la mayor mortalidad infantil, la cual sube allí a 226,8 por 1 000 nacidos vivos. A continuación con una mortalidad infantil de 211,3 por 1 000 nacidos vivos, figura el distrito Hipódromo Chile, suburbano, situado en el extremo norte de la capital y que se extiende y se diluye en los campos que limitan aquella parte de la ciudad. Aunque conservando siempre una alta mortalidad, son los distritos urbanos de Santa Ana, ubicado en el centro de la ciudad, y de San Bernardo, pequeño pueblo próximo a la capital, cuyas condiciones higiénicas, económicas y de cultura y cuyos recursos de asistencia son de mayor extensión y eficacia, son aquellos distritos urbanos los que presentan resultados menos desfavorables ya que la mortalidad infantil es en ellos, respectivamente, de 182,4 y 181,2 por 1 000 nacidos vivos.

No hay, sin embargo, enorme diferencia entre los distritos de mayor y de menor mortalidad. En realidad, esa diferencia podría ser mayor y sólo llega a 45,6 por 1 000 fallecidos menores de un año (tabla 1).

A este total hay que agregar 80 no encontrados o desconocidos, cuyas encuestas no pudieron hacerse, lo que da un total de 548 fallecidos menores de un año o sea el 200,3 por 1 000 nacidos vivos. La principal causa de mortalidad esta constituida por las afecciones del grupo I (132) que llegan al 28,2% del total. A continuación siguen, inmediatamente, las afecciones res-

Tabla 1. Causas médicas de los fallecimientos de menores de un año

I	Alteraciones digestivas y perturbaciones nutritivas ligadas a la alimentación	132
II	Enfermedades infecciosas específicas	69
III	Otras enfermedades infecciosas	147
VI	Enfermedades no microbianas	4
V	Malformaciones congénitas	2
VI	Traumatismos obstétricos	45
VII	Accidentes graves	2
VIII	Prematuridad	29
XI	Causas desconocidas	38
Total		468

piratorias agudas (123) que llegan al 26,2%. De menor importancia son los traumatismos obstétricos, que son la causa que sigue en frecuencia (45) y que constituyen el 9,61%. A continuación figura la sífilis congénita (41) con el 8,7%. La prematuridad (29) da el 6,2%. La tuberculosis (12) da el 2,5%. La septicemia (14) da el 2,9%. La gripe sólo da el 2,1%, sin duda a causa de que muchas bronconeumonias gripales no figuraron con su clasificación etiológica y no entraron en este grupo.

Causas médicas de la mortinatalidad

I.	Mortalidad fetal durante la gestación	18
II.	Mortalidad por expulsión prematura	12
III.	Mortalidad obstétrica	17
		47

18,26‰ nacidos vivos

La dirección de la encuesta recibió, además, denuncia de 25 mortinatos, cuyas encuestas comprobaron que se trataba de otros tantos abortos, y no de mortinatos, por cuya razón hubieron de ser eliminados de entre los denuncios enviados por el Registro Civil.

Como puede verse en el cuadro citado, la totalidad (18) de mortinatos del grupo I, es decir, ocurridos durante el curso de la gestación, tiene por causa la sífilis, enfermedad que constituye el principal factor de mortinatalidad

(38,2%). En segundo término figuran los traumatismos maternos (8), del grupo II, con el 17% del total. El tercer lugar corresponde a la procidencia del cordón⁴, del grupo III, con el 8,5% de los casos. Las demás causas tienen importancia muy inferior y no merecen ser consideradas individualmente.

Repartición de las causas médicas según la edad de los fallecidos

1er día	45
1a semana	34
1er mes	79
2 a 3 meses	108
4 a 6 meses	92
7 a 12 meses	110
	468

La mortalidad de la primera semana (79 casos) es muy elevada y se debe principalmente a los traumatismos obstétricos (39 casos) y, en seguida, a la prematuridad, sin otro diagnóstico (16 casos).

La mortalidad del primer mes, principalmente debida a los traumatismos obstétricos y a la prematuridad, sobrepasa del tercio del total de fallecimientos (158 entre 468). Las perturbaciones digestivas se hacen muy frecuentes desde el segundo mes. Las afecciones respiratorias agudas son ante todo frecuentes durante el primer trimestre de vida y van atenuándose después.

Conclusiones

Lucha contra la mortinatalidad

Según puede comprobarse la mortinatalidad del grupo I, es decir, la mortalidad fetal durante el curso de la gestación constituye el grupo de importancia preponderante y, es la sífilis congénita el único factor que la ha producido. De aquí deriva una indicación fundamental: es indispensable multiplicar y vigorizar los organismos de prevención y tratamiento de la sífilis familiar y dar preferente atención en los consultorios obstétricos al tratamiento de las madres sifilíticas.

El traumatismo es la causa que sigue en importancia, de donde deriva una nueva indicación: la asistencia obstétrica prenatal, (consultorios), la asistencia domiciliaria del parto y la

asistencia en maternidades, deben adquirir mayor desarrollo, ya que en el 29,3% de los partos la asistencia fue hecha por personas no calificadas. Los médicos prácticos y las matronas sobre todos estas últimas, deben perfeccionar periódicamente sus conocimientos, (conferencias, cursos de revisión) a fin de estar en condiciones de resolver eficazmente a domicilio las dificultades que se presenten en el embarazo y de hacer el traslado oportuno, a las maternidades, de los casos complicados.

La Ley 4 054 de Seguro Obrero Obligatorio, debe ser modificada de modo a proporcionar un subsidio de mayor eficacia a la mujer embarazada, durante el último tiempo de la preñez.

Lucha contra la mortalidad del menor de un año

Las afecciones digestivas, que en total han dado 28,2% de los fallecimientos, requieren ser combatidas con extraordinaria energía. Esta lucha debe iniciarse desde antes del nacimiento, corrigiendo dos factores fundamentales: La escasa y sobre todo inapropiada alimentación del pueblo, que hace a la madre incapaz de procrear hijos fisiológicamente desarrollados y, posteriormente, incapaz de criarlos al seno; y, en segundo término, la enorme incultura de las madres del pueblo.

El primero de estos factores, la hipoalimentación, y la mala alimentación, o mejor dicho, la alimentación riquísima en hidrocarburos, escasa en grasas y muy pobre en albúminas, que consume nuestro pueblo, ha sido motivo de estudios que el que escribe estas líneas inició en 1925, que en 1927, con motivo de la visita del profesor de intercambio de la Sociedad de las Naciones, doctor Tadasu Saiki, preocupó profundamente la atención pública y que, en la actualidad, es atención preferente del Gobierno Chileno. Abaratar los artículos de primera necesidad y abastecer al pueblo de buena leche de vacas, por una parte, y por otra, vulgarizar entre todas las clases sociales la ciencia de la nutrición, en forma eminentemente práctica. Como la ha hecho el Gobierno del Japón con su Instituto de Nutrición, cuyas enseñanzas llegan rápidamente a todos los hogares, ricos y pobres, son los grandes medios sin cuyo concurso las madres del pueblo seguirán alimentándose

defectuosamente con inevitable detrimento del embrión, primero, del lactante, después, que rápidamente ha de ser alimentado con leche de vaca y ha de soportar los grandes peligros de una defectuosa alimentación artificial, aun cuando, lo que desgraciadamente acontece con poca frecuencia, aquellas madres dispongan de leche de vaca de muy buena calidad y de tanta cultura que les permita atenuar los peligros del biberón.

Es incuestionable que la ignorancia es, bajo el punto de vista que nos ocupa, un factor primordial. Pues bien, con la experiencia adquirida durante más de 20 años de contacto con las madres del pueblo en policlínicos de primera infancia, consultorios de lactantes, gotas de leche, asilos maternos, orfanatos, etc, nos creemos autorizados para sostener que el medio verdaderamente eficaz de vulgarización de la higiene infantil es la enfermera visitadora de puericultura. competente, asidua y bondadosa, la cual, enviada al domicilio del niño, periódica y frecuentemente, por el consultorio de lactantes de la gota de leche, a cuyo personal técnico pertenece, establece en cada uno de los domicilios una cátedra de enseñanza práctica en donde vigila y colabora en la ejecución de los consejos que el personal médico formuló en el consultorio y allí educa a la madre en cada detalle de higiene personal o colectiva de la familia, atiende los detalles del tratamiento de las enfermedades y, ante todo, hace profilaxia eminentemente práctica, estimulando la lactancia materna, haciendo ver los peligros del biberón, cooperando en la preparación, dosificación y administración de las mezclas de leche de vaca, etc.

No vacilamos en declarar que estimamos que las conferencias, hojas volantes, folletos y demás medios de vulgarización teórica, si dan resultados en los medios de cultura suficiente, que, constituyen el público menos numeroso y menos necesitado de consejos, son de poquísima eficacia entre las madres del pueblo.

Es evidente que si la miseria fuese eficazmente corregida mediante el amparo de las leyes sociales, principalmente de la ley 4 054, de Seguro Obrero Obligatorio, las cuales deberían proporcionar importantes subsidios de lactancia, la profilaxis de las afecciones digestivas

alcanzaría mejor desarrollo y se atenuarían considerablemente estos graves males.

Casi igual importancia que las afecciones digestivas, (28,2% de los fallecimientos), han adquirido las afecciones agudas del aparato respiratorio, que han dado el 26,2% del total de fallecidos. Como siempre acontece, en gran número de estos casos figuran como causas predisponentes, afecciones infecciosas específicas y con frecuencia aún un poco mayor, trastornos nutritivos de evolución lenta, (distrofia, descomposición, etc). Considerada bajo este aspecto, la profilaxis de las afecciones agudas del aparato respiratorio se confunde con la de las afecciones digestivas y de las infecciosas específicas o no. Pero la mortalidad por afecciones del aparato respiratorio tiene en Chile, como tuvimos ocasión de manifestarlo en la reunión de expertos sudamericanos, que tuvo lugar en Montevideo en julio en 1927, una característica muy importante, que la encuesta ha confirmado: si hay un aumento de mortalidad durante los meses de invierno, hay otro, que en esta encuesta ha superado ligeramente a aquel, durante los meses de verano. La explicación de este hecho está en que nuestro angosto y largo país, aprisionado entre los Andes y el Océano Pacífico, está sujeto a las alternativas de la brisa de mar y tierra, que acarrear grandes oscilaciones diarias de temperatura, intensas sobre todo durante el verano y que en algunas localidades alcanzan hasta 30 °C, aún cuando su altura sobre el nivel del mar sea escasa y debieran estar exentas de un clima continental o cordillerano. Por otra parte, las habitaciones del pueblo aún aquellas que no parecen defectuosas bajo el punto de vista de la higiene, no defienden a sus habitantes ni del exceso de calor del día, ni del brusco frío que se deja sentir durante la noche. Si a estas circunstancias agregamos la defectuosa manera de abrigarse del pueblo, en sus ropas de vestir y en sus ropas de cama, nos explicaremos la fragilidad del aparato respiratorio del lactante y la frecuencia tan grande con que fallecen durante el verano a causa de afecciones pulmonares agudas. Para afrontar este importante aspecto de nuestra mortalidad infantil se hace indispensable, en primer término, intensificar los beneficios de las leyes sociales vigentes en ley que se refiere a

las habitaciones obreras, y en segundo término, como complemento indispensable de la medida anterior, educar al pueblo, sobre todo mediante la enfermera visitadora de puericultura, en los principios de la higiene de la habitación y del vestido, de adultos y niños. Además, esa enfermera tomaría a su cargo la enseñanza práctica, en el domicilio mismo, de los recursos que permiten evitar el contagio, de las enfermedades infecciosas agudas, (aislamiento, etc).

Si estudiamos la frecuencia con que la encuesta corrigió los diagnósticos oficiales, vemos, en orden creciente, que los errores fueron de 22,1% en el distrito Santa Ana y de 60,4% en el distrito San Isidro. Esto se debe a la ausencia de atención médica, pues en aquellos distritos los médicos son escasos y las distancias son largas y el pueblo, pobre e inculto, muy indolente, por miseria, economía, ignorancia e indiferencia, no lleva al niño ni al hospital, ni al policlínico, ni al médico, que están lejos, y confía al niño a una "médica yerbatera" que clandestinamente ejerce su profesión, o bien al farmacéutico más próximo que hace otro tanto. Cuando el niño fallece, a falta de certificado médico, conforme manda la ley, la inscripción de la muerte se hace en la Oficina Civil mediante la declaración de dos testigos, los cuales establecen, según su caprichoso criterio, la causa del fallecimiento. Así se explica que en la totalidad del país haya sólo un 29,7% de fallecimientos inscritos según certificado médico y un 70,2% de fallecimientos inscritos mediante la simple declaración de dos testigos. Los errores de diagnóstico son, pues, inevitables mientras persistan estas circunstancias. ¿Cómo remediarlos? En primer término, haciendo ruda campaña contra los charlatanes, farmacéuticos, curanderas y parteras, que ilícitamente y con grave peligro del pueblo, ejercen la delicada profesión médica y, en segundo término, creando muchos nuevos servicios de asistencia de la madre y del niño, siempre con sus enfermeras visitadoras, y distribuyéndolos en la forma más conveniente a cada región, localidad o barrio, según sean las características del problema. Cuando no fuese posible hacerlo así, la autoridad local o el estado debería subvencionar médicos y radicarlos en tal forma que se consultaran las apremiantes necesidades de la salud del menor de un año, hijo del pueblo.