

**SER INFANTE EN EL PASADO.
TRIUNFO DE LA VIDA O PERSISTENCIA
DE ESTRUCTURAS SOCIALES.
LA MORTALIDAD INFANTIL EN VALPARAÍSO, 1880-1950***

EDUARDO CAVIERES F.**

QUE ES DIFÍCIL VIVIR puede ser algo cuestionable; pero que aún hoy puede ser difícil sobrevivir al nacimiento y a los primeros tiempos de la infancia, es algo siempre presente, aunque ciertamente no en las proporciones de tiempos no muy lejanos. Y es que la infancia, pese a sus triunfos en el reconocimiento social, sigue siendo indefensa y estando expuesta a las decisiones y consideraciones de los adultos sobre ella.

Si retrocedemos en el tiempo, en el capítulo introductorio de un libro especializado en el tema, Lloyd de Mause comenzaba señalando lo siguiente:

«La historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar hace muy poco. Cuanto más se retrocede en el pasado, más bajo es el nivel de la puericultura y más expuestos están los niños a la muerte violenta, al abandono, los golpes, el terror y los abusos sexuales».¹

En dicho escrito, desde una perspectiva psicológica, De Mause no sólo criticaba las tesis de otros historiadores que habían escrito sobre la infancia, en particular Philippe Ariés, sino que presentaba, además, sus propias perspectivas de análisis tendientes a contextualizar una visión general de la historia del infanticidio, el abandono, la lactancia, las ropas, las palizas y los abusos sexuales, todos, fenómenos tan comunes en la vida de los niños hasta tiempos aún no demasiado remotos. Pensar en los niños, por ejemplo, es

* Este trabajo es resultado parcial del Proyecto Fondecyt 198.0310.

** Instituto de Historia, Universidad Católica de Valparaíso. Departamento de Ciencias Históricas, Universidad de Chile.

1 Lloyd de Mause, *Historia de la Infancia*, (edic.en español), Alianza Editorial, Madrid 1982, p.15.

también pensar en sus madres. El ser buena madre, a su vez, se presenta como un invento de la modernidad, y, por ello, para sociedades tradicionales, se cuestiona el grado de relación concreta entre las madres con sus hijos o si ellas se mostraban, efectivamente, indiferentes al bienestar de sus retoños resignándose frente a sus molestias o a sus usuales convulsiones, fiebres y otras enfermedades que no siempre podían superar. Si por el lado de los sentimientos y afectos todavía hay mucho que investigar, lo que sí es claro es el hecho de que, hasta tiempos muy recientes, había un desconocimiento generalizado de la higiene infantil y de las prácticas del parto, que hacían del nacimiento y de las primeras horas, días, semanas y meses de vida, una situación fuertemente precaria e inestable.

No obstante lo anterior, desde las construcciones socioculturales de cada época, es posible que —como aún puede suceder hoy en día— esas madres no vieran a sus infantes como seres humanos y con las mismas capacidades de alegrías y penas que los adultos. Al parecer, la mayoría de ellas era incapaz de imaginar el mundo desde las propias perspectivas de sus infantes y, con ello, de entregarles el mejor y más amable mundo que fuese posible crear o imaginar. Si las madres carecieron de un sentido articulado de amor maternal, a ello se habrían visto forzadas por las circunstancias matrimoniales y por las actitudes comunes (sociales) de subordinar el bienestar de los niños a otros objetivos más generales e inmediatos. Philippe Ariés fue el primero en argumentar que la indiferencia maternal hacia los infantes caracterizó a las sociedades tradicionales y que los cambios en las actitudes dependieron fuertemente de las clases sociales. La gente común fue la más lenta en evolucionar: en Europa, recién desde fines del siglo XVIII y a lo largo del XIX. Por lo demás, hubo una situación ambiental de violencia. Las faltas de cuidado de los niños se correlacionaron con los niveles de infecciones. En las temporadas más productivas y de mayor trabajo, como las cosechas, simplemente eran abandonados, y las diarreas y otras infecciones se generalizaban convirtiéndose en poderosas causantes de muerte.

Según el inglés Shorter, independientemente de las causas económicas, pero en relación con ellas, las madres no eran las contadoras de cuentos de sus hijos, no les hablaban, no trataban de incentivar sus sentidos, de hacer esfuerzos para desarrollar sus sensaciones, no los motivaban. Simplemente, los niños eran algo más. Poco importaba la distinción de sexo o de edad; tampoco, el lugar dentro de la familia y ni siquiera su nombre. En la medida que fallecían, éstos se repetían en aquellos que lograban sobrevivir. La dureza de la vida explicaba éstas y otras situaciones. La muerte de un pequeño

niño, si había sido bautizado, podía ser igualmente considerada como una gracia divina que le permitía acceder directamente al paraíso sin tener que conocer los sufrimientos de esta vida o de arriesgar su salud espiritual. Tan naturales eran estas situaciones que a menudo los padres ni siquiera asistían a los funerales de sus hijos. Las condiciones materiales se convertían en espejos de indiferencia. El abandono, la pobreza extrema, la indigencia, especialmente en círculos obreros y en ciudades industriales, eran absorbidos en complejas realidades que la sociedad era incapaz de superar.²

El problema de la historia de la infancia tiene, pues, varias vertientes de análisis. Por una parte, está el concepto; por otra, las actitudes, los sentimientos, las sensibilidades. Entre ambas situaciones, existe una variante, de corte demográfico, pero con fuertes componentes sociales: la mortalidad infantil, estructura tan familiar a los hombres y a las mujeres de sociedades tradicionales, especialmente de los sectores más humildes y, por lo tanto, más afectos a la dureza y selectividad de su accionar. El presente trabajo se refiere precisamente al problema de la mortalidad infantil, particularmente de los neonatos. Se sitúa en Valparaíso, entre fines del siglo XIX y la primera mitad del XX. ¿Sería necesario hacer una larga introducción relativa a las condiciones económicas, materiales y sociales de parte importante de los habitantes de una ciudad que, pese a sus tiempos de esplendor, no pudo transformar sus logros en claros y permanentes cambios sociales ni tampoco mantener dichos logros a través del tiempo? Por lo demás, parte importante de la situación social de una gran mayoría de porteños no difería en nada de las mismas realidades repetidas a través de todo el país. Es por ello que, en la primera parte, nos referiremos a ciertas consideraciones generales sobre la mortalidad infantil en el período estudiado.

I

Efectivamente, en Chile, desde la segunda mitad del siglo XIX, sin considerar los períodos de pestes o epidemias tan presentes todavía hasta fines de dicho siglo, la temida mortalidad infantil fue parte de las realidades cotidianas más permanentes. Sin embargo, a propósito de algunos efectos positivos de la modernización e ilustración del momento, ella se convirtió, al mismo tiempo, en motivación continua para que prosperara la aparición de una literatura orientada a cuidar la vida de los hijos recién nacidos, la cual

2 Edward Shorter, *The Making of the Modern Family*, London 1976, Mother and Infants, pp.163-204.

enfaticaba la necesidad de medidas inmediatas de higiene y de salud pública y en la educación de las madres en el tema de la maternidad. La transformación de dicho tema en una cuestión de debate público provino mayoritariamente de elites intelectuales y dio origen a un discurso maternalista, dirigido fundamentalmente a las mujeres insertas en el círculo de la pobreza urbana. Allí, en medio de la miseria, el crecido número de hijos daba cuenta tanto de la alta fecundidad femenina como así también de las altas tasas de abandono de niños e, incluso, de infanticidio. Para los médicos del s. XIX, la maternidad debía dejar de ser una práctica íntima y privada y transformarse en una responsabilidad de carácter social. En ese sentido, lentamente se comenzó a mejorar la atención del embarazo, de los partos y lactancia de las madres, pero fue más difícil vencer las resistencias de las propias mujeres a recibir atención clínica. Por otra parte, este tipo de análisis no escapaba de situaciones de clase. Entre los pobres, las madres eran calificadas de ignorantes y de practicar una vida licenciosa; entre los más acomodados, esas mismas mujeres eran vistas como frívolas, despreocupadas de sus hijos e igualmente ignorantes.³

Cuadro 1
Mortalidad infantil y causas principales de muerte. 1922-1926.

Causa de Muerte/Años	1922	1923	1924	1925	1926
Mortalidad por 1.000	240.2	283.0	262.3	257.8	250.9
Muertos de gripe, pneumonia y bronconeumonía por cada 1.000 fallecidos	175.0	239.9	184.9	200.4	197.4

Fuente: Luis Calvo Mackenna, «Un quinquenio de morbilidad infantil en Chile», *Revista Médica de Chile*, 1928.

En las primeras décadas del s. XX, entre cuestiones de carácter económico, prácticamente sin transformaciones sustanciales, y cuestiones de carácter cultural, muy lentamente modificables en los sectores populares y en las capas medias bajas, los todavía débiles avances de la medicina y las

3 María Soledad Zárate, «Proteger a las madres: origen de un debate público, 1870-1920», *Nomadías*, Santiago, junio de 1999, pp.163-182.

siempre insuficientes preocupaciones sanitarias oficiales no lograban contener los niveles básicos de la mortalidad infantil. En uno de los tantos estudios publicados sobre el tema, el Dr. Luis Calvo Mackenna, considerando las estadísticas del quinquenio 1922-1927, indicadas en el cuadro anterior, la caracterizaba como cifras «enormes».

En el mismo estudio, el Dr. Calvo Mackenna señalaba que, en Chile, la gripe tomaba la forma torácica clasificada en neumonía y bronconeumonía. Nuestro pueblo, decía, paga un fuerte tributo a las afecciones pulmonares agudas debido a las oscilaciones de temperaturas causadas por las alternativas diarias de la brisa de mar y tierra, la falta de condiciones higiénicas de las habitaciones y la insuficiencia de ropas de vestir y de camas, tanto de adultos como de niños. En un análisis realizado por la Dirección General de Sanidad, se constataba que la mortalidad general era mayor en verano (desde noviembre hasta febrero) que durante el otoño; que en la estación de primavera era la más baja y que, durante el invierno, subía sin alcanzar el rigor del verano. Lo más interesante de la relación sería el paralelismo entre la mortalidad general y los fallecimientos por afecciones respiratorias.

Cuadro 2
Mortalidad general, menores 1 año, y mortinatalidad comparadas.
Provincia de Valparaíso y promedios país. Años 1922 a 1926.

	Mortalidad por mil habitantes		Mortalidad menores 1 año por mil nacimientos		Mortinatalidad por mil nacimientos	
	Provincia Valparaíso	País	Provincia Valparaíso	País	Provincia Valparaíso	País
1922	40.2	38.4	207.7	240.2	30.9	29.6
1923	37.2	39.2	253.0	283.0	36.2	29.8
1924	38.1	39.7	246.3	262.3	30.3	30.1
1925	37.5	40.0	252.9	257.8	33.3	30.8
1926	40.1	40.0	249.9	250.9	30.7	29.7
1922-1926	38.6	39.4	242.0	259.6	32.3	30.0

Fuente: Luis Calvo Mackenna, *Id. cuadro anterior*.

En términos de las causas de muerte, sorprendía la elevada proporción de fallecidos por espasmofilia y por meningitis aguda, aunque en opi-

nión del doctor, debido a la falta de información prolija y de procedencia médica, estos diagnósticos podrían ser errados, especialmente en los estados convulsivos de los lactantes, secundarios a una afección aguda, que aparecían como meningitis. Más aproximados serían los porcentajes relativos a afecciones digestivas y de trastornos nutritivos. En gran parte, esos diagnósticos se debían a trastornos nutritivos poco conocidos y no clarificados respecto de la nomenclatura internacional, que englobaba en un mismo grupo a la diarrea y la enteritis, afecciones de evolución aguda, lo que podría suponer, para el caso chileno, el no comprender en el rubro a muchos fallecidos menores de un año debido a afecciones digestivas subagudas o crónicas, es decir, por trastornos nutritivos de lento desarrollo (atrofia, atrepsia, descomposición). Las estadísticas, en todo caso, dejaban una desconsoladora impresión: en 1922, de cada 1.000 fallecidos de cero a un año, 98.3 lo fueron por diarrea y enteritis, proporción que aumentaba gradualmente cada año hasta subir a 127.2 por mil en 1926. Aun así, más grave era la situación de fallecimientos causados por debilidad congénita o causas similares.⁴

Cuadro 3
*Mortalidad menores 1 año y causas de fallecimiento. Años 1922 a 1926.
Promedios nacionales.*

Causa de defunción/Años	1922	1923	1924	1925	1926	1922-1926
<i>Mortalidad por mil</i>						
<i>Fallecidos menores de 1 año</i>						
Diarrea y enteritis	98.3	100.5	106.5	108.3	127.2	108.3
Debilidad congénita, ictericia y esclerema	243.8	211.2	122.5	138.3	117.4	167.9

Fuente: Luis Calvo Mackenna. *Id. cuadro anterior.*

En términos globales, siempre a nivel nacional, los niveles de mortalidad infantil siguieron siendo fuertemente reacios a una baja significativa. En 1948 continuaban en el alto rango de 156.1 por mil, y en Santiago, 120.7. Más específicamente, los nacidos muertos llegaban a un 33.3 por 1.000, la mortalidad en el primer mes de vida, a un 56.5 por 1.000, y la mortalidad de

4 Luis Calvo Mackenna, «Un quinquenio de mortalidad infantil en Chile», *Revista Médica de Chile*, 1928, pp.1180-1194.

prematuros a 9,6 por mil nacidos vivos. En el mismo nivel nacional, las enfermedades más recurrentes como causal de muerte seguían siendo las tradicionales: infecciosas y parasitarias (1.258), tuberculosis (361), respiratorias y gripe (9.502), gastrointestinales (6.447) y mal conformaciones congénitas y otras enfermedades propias del primer año (9.200).⁵ Por entonces, más allá de las cifras, el director general de Sanidad señalaba que, desde el punto de vista de muertes evitables, la alta tasa de mortalidad infantil era uno de los problemas más graves de salubridad en Chile. Señalaba que, «de cada mil niños nacidos vivos, mueren 143 antes de haber cumplido un año, lo cual representa una de las tasas de mortalidad infantil más altas del mundo. Las muertes de menores de un año representan un tercio de toda la mortalidad anual. Si no nos limitamos al primer año de la vida, vemos que el problema resulta aún más considerable. Casi la mitad de todas las defunciones anuales en Chile ocurren en niños antes de los cinco años de edad (Un 32% de las defunciones corresponden al primer año y un 13% al período de 1 a 4 años). El problema es realmente pavoroso y su seriedad e importancia, impresionantes».⁶ El informe agregaba que, de las enfermedades de carácter infecto-contagioso que atacaban a niños menores de 5 años, la que producía mayor mortalidad era, con la sola excepción de la tuberculosis, la tos ferina. Esta, a diferencia de la tuberculosis, cuya infección bacilar mantenía una curva estacionaria y uniforme a través de los años, se distinguía evolucionando por brotes epidémicos periódicos e intermitentes que se sucedían cada tres años, pero manteniendo una cifra de morboletalidad mayor que la del sarampión, que le seguía en las estadísticas globales de mortalidad. De hecho, entre los años 1938 y 1946 se habían presentado 44.469 casos de tos ferina, de los cuales 6.621 resultaron en fallecimientos. En los efectos, al sarampión le seguía la difteria.

Por otra parte, en otro tipo de análisis, que comprendía el período 1930 a 1950, sus autores enfatizaban que la asistencia de la embarazada, al parto y al recién nacido, diferían fuertemente entre las ciudades y el mundo rural, con efectos especialmente relevantes en el caso de la mortalidad neonatal. A pesar de que la estadística oficial había logrado bastante eficacia en los casos de ciudades mayores de 20.000 habitantes, se señalaba que era posible alcanzar mayor precisión en los datos y causas de muerte recogiendo las

5 Respuesta a cuestionario enviado por UNICEF, Ministerio de Salud (M.S.), Antecedentes Oficios N°s 960-1100, año 1950.

6 Programa Nacional de Vacunación, 1949. M.S.Providencias N°s. 601-900, Año 1949.

informaciones desde las propias oficinas del Registro Civil o desde la red nacional de Unidades Sanitarias. De acuerdo con los datos disponibles, durante las décadas estudiadas, en el caso de la mortalidad infantil — subdividida entre los menores que murieron antes del mes y aquellos que lo hicieron entre 1 a 11 meses de vida—, ésta había disminuido muy lentamente en el medio rural sin grandes diferencias entre ambos grupos. En el caso de los fallecidos menores de un mes, a pesar de su gravedad, los índices seguían siendo más bajos en las ciudades, donde había disminuido, en términos globales, desde un 80 a un 40 por mil de los nacidos vivos. Situación similar se había experimentado en el grupo 1-11 meses, ya que, desde un máximo de 180 en los años 1933 y 1934, descendió a un 87 por mil en 1950. No obstante, en el medio rural, los descensos habían sido bastante más lentos; pero, en todo caso, la de los menores de 1 mes había sido más acusada que la del grupo 1-11 meses, que se mantuvo estable a través del tiempo. En definitiva, la lucha contra la mortalidad neonatal resultaba más eficaz que aquella contra la de los mayores de un mes. Con respecto a la mortinatalidad, el descenso fue prácticamente imperceptible en el medio rural, pero bastante marcado en las ciudades.

En general, en las ciudades de más de 20.000 habitantes, la disminución de la mortalidad infantil se hizo en su mayor parte a expensas de los de más de un mes y, por el contrario, en el resto del país, a expensas de los menores de un mes. Considerando el año 1930 como tasa 100, Iquique y Punta Arenas llegaron a 1950 con tasas inferiores a 100, mientras que ciudades como Viña del Mar y las provincias de Magallanes y Tarapacá estaban en índices levemente superiores a 100. En cambio, Valparaíso, Antofagasta y Santiago se encontraban en niveles cercanos a los 150. Hacia el sur de la capital del país, los índices se situaban en los 200 e incluso en niveles mayores. La diferenciación entre la mortalidad de menores de 1 mes y de aquellos fallecidos entre 1 y 11 meses de edad, no es de poca importancia. Demográficamente, el cambio en el comportamiento de dichos grupos implica diversas etapas que caracterizan los regímenes de mortalidad en sociedades tradicionales y sociedades modernas. En los períodos más severos de mortalidad infantil, la curva de menores de un mes se mantiene por encima del otro grupo. En Chile, ese período terminó alrededor de 1920, cuando la curva de menores de un mes descendió y se cruzó con la de 1-11 meses, prolongándose la situación anterior en las zonas rurales del país. El período de transición se va afianzando lentamente en el tiempo y sólo a mediados del siglo se generaliza a prácticamente todas las ciudades mayores, al conjunto de áreas rurales e,

incluso, a ciudades pequeñas. La iniciación del tercer período ocurre, al aparecer, con el segundo cruzamiento, cuando la mortalidad 1-11 meses desciende y corta al otro grupo, continuando después en niveles más bajos. Ello ocurre en países con mortalidad infantil baja (Nueva Zelanda, alrededor de 1912; Estados Unidos, en 1920, excepto para poblaciones negras, que alcanzan la curva sólo a partir de 1935). En Chile, en 1950 ocurría en sólo una cuantas localidades; en Magallanes y su capital, y, en forma atípica, en Mautle y en Puerto Montt.⁷

Como se ha señalado anteriormente, en las primeras décadas del siglo, las preocupaciones por la situación de los menores y por el mejoramiento de las condiciones higiénico-ambientales ganaban terreno, tanto en los espacios públicos como al interior de los propios hospitales. Las recomendaciones hechas en julio de 1927 por la nueva jefatura de la sección de Pediatría del hospital de San Agustín, de Valparaíso, al director general del mismo, hablan por sí mismas. En primer lugar, a pesar de haber pocas camas disponibles, se sugería disminuirlas de 82 a 72 a objeto de lograr más espacio y hacer más eficiente la atención prestada a los pacientes. Se pedía establecer medidas que hoy día podrían considerarse innecesarias de señalar: numeración de las camas, provisión de escupideras con tapas, recipientes con tapa para contener y hervir chupetes individuales, asignación de termómetros individuales y desinfectados por niño atendido, ubicación en cada catre de un tablero con indicaciones de la temperatura del niño, sus curvas de peso, pulso y calidad, y cantidad de los alimentos y líquidos recibidos.

A lo anterior se agregaban otras necesidades que debían ser igualmente atendidas: calefacción, comedor para madres a objeto de no utilizar la cocina de leche, donde se preparaban las mamaderas de los lactantes; botellas, tapones, limpiador, esterilizador, refrigerante, etc. Cada sección requería, además, de lavatorios con agua corriente para que el médico y enfermeras pudiesen lavarse las manos después de cada examen de enfermos. En términos del cuidado individual de cada niño ingresado al hospital, no existían lavatorios portátiles para su aseo ni jarros para el aseo de la boca; había carencia de cepillos de dientes, de peinetas. Un dato curioso, por llamarlo de alguna manera, era el que se consignaba respecto a un número importante de niños hospitalizados no sólo por meses, sino por años. Así, todavía en 1927, estaban María, ingresada en septiembre de 1922; Adriana, en agosto de

7 Juan Moroder, Dardo J. Alzogaray y Susana González, «Mortalidad infantil en Chile. Mortalidad urbana y rural», *Revista de Higiene y Medicina Preventiva*, 1951, pp.85-92.

1921; Sofía, en enero de 1927; Pedro, en agosto de 1925; Lupercio, en abril de 1926; Luis, en agosto de 1922; Segundo, en agosto de 1926.⁸

A pesar de los crecientes esfuerzos gubernamentales por la salud pública, las necesidades del hospital de Niños de Valparaíso, así como las de sus similares en el país, siempre estaban a la zaga de sus reales posibilidades económicas. Así, entonces, en el tiempo, las mismas necesidades se repetían persistentemente. En 1926, cuando la institución porteña otorgaba alrededor de 70.000 consultas, entregaba cerca de 65.000 medicamentos, efectuaba 850 operaciones y hospitalizaba a unos 990 niños anuales, el déficit operacional alcanzaba al 50%, razón por la cual se solicitaba el aumento de la subvención fiscal para que ella llegara a cubrir, al menos, el 25% del total restante. Las cosas nunca se solucionaban completamente. En abril de 1952, el Intendente y Presidente de la Junta de Beneficencia de Valparaíso se dirigía al Ministro de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, para dar cuenta, una vez más, de la aflictiva situación por la que atravesaba el hospital de Niños de la ciudad, situación en tal extremo angustiosa que se pensaba debía cerrar en un corto tiempo. Los gastos del hospital eran el doble de los fondos percibidos por subvención fiscal (1 millón de pesos), Beneficencia (\$300.000) y de colectas y donaciones (\$700.000). La opinión médica generalizada señalaba que, de cerrarse dicho centro asistencial, los niños enfermos no tendrían dónde recurrir por falta de espacio y tratamiento adecuado en los demás hospitales.⁹

El hospital de Niños de Valparaíso funcionaba a través de un organismo privado con subvención fiscal a cargo de la Dirección General de Beneficencia Pública y, como sociedad, presentaba sus Memorias Anuales a la Junta General de Socios. En la Memoria presentada en 1926, correspondiente al ejercicio del año anterior, las suscripciones anuales de vecinos, bancos y casas comerciales sumaban 58.000 pesos; una colecta anual: 52.500 pesos; la contribución fiscal: 50.000; donaciones varias: 23.000 pesos; la contribución municipal: 9.000, y la herencia dejada por el Sr. W.R. Goldrich: 97.000 pesos, de los cuales 12.000 eran efectivos y el resto en acciones. Entre los suscriptores más importantes se encontraban el Dr. José Morelli, la familia Baburizza, la Compañía de Gas, Antonio Antoncich, la Compañía Salitrera Tocopilla, la Fábrica Nacional de Envases y Enlozados, el Dr. Guillermo Munnich, Nieto y Cía., y otros. En 1939, esas sumas habían variado. Por

8 M. Bienestar Social, Providencias N°s 2-120, Año 1929.

9 M. Bienestar Social, Providencias N°s 5502-5612, Año 1927 y M.S.. Antecedentes y oficios Nos. 801-1000, Año 1952.

suscripciones, 46.000 pesos; la colecta anual, 111.000 pesos; la contribución fiscal 108.000; donaciones varias, 47.000; contribución municipal, 20.000 pesos. Desde la fecha de su fundación en noviembre de 1913 hasta el 31 de diciembre de 1937, el hospital había atendido a 144.580 niños y en su servicio hospitalario, funcionando desde 1919, había ingresado a 17.091 niños. A pesar de su política general, a objeto de aumentar sus entradas y utilizar en forma más óptima sus dependencias, el hospital contaba con pensionados de primera y de segunda clase, laboratorios de radiología, radioscopías y radiografías; finsenterapia y masaje vibratorio, servicios de enfermeras a domicilio, exámenes de laboratorio y otros. Debido a razones económicas, la apertura del pensionado se ejecutó contrariando «el deseo de los iniciadores del Hospital, deseo mantenido por los Directorios mientras fuera posible, ha sido que todos sus servicios fueran completamente gratuitos. Sus clientes, los niños, no tienen con qué pagar, y aquellos cuyos padres no pueden o no quieren hacer gastos para curarles sus males, son justamente los que más necesitan ayuda».¹⁰

Cuadro 4
Enfermedades más usuales tratadas en el Hospital de Niños de Valparaíso, Años indicados

Enfermedades/Causa	1925	1926	1937	1939
Dispepsia aguda, intoxicación, atrofia, dispepsia	271	236	143	142
Bronquitis, bronconeumonía, pneumonia, pleuritis, edema	255	240	170	189
Tuberculosis varias	123	122	84	117
Hernias	72	85	47	50
Raquitismo	67	76	22	25
Gripe	60	67	16	28
Sífilis hereditaria	46	47	29	22

10 Sociedad Hospital de Niños de Valparaíso, *Memoria presentada a la Junta General de Socios celebrada el 29 de abril de 1926*, Sociedad Imprenta y Litografía Universo, Valparaíso 1926, p.37, en M. Bienestar Social, Providencias N°s 5502-5612, Año 1927 y *Memoria presentada el 25 de abril de 1939*, Sociedad Imprenta y Litografía Universo, Valparaíso 1939, en M. Salubridad, Providencias N°s 233-2302, Año 1939, respectivamente.

Absceso y flegmón	42	31	39	33
Sarna	27	21	54	44
Tifoidea	30	61	25	4
Total	1.648	1.890	1.383	1.383

Fuente: *Memorias del Hospital de Niños de Valparaíso*. Años indicados.

Como ya lo hemos indicado, la mayoría de los problemas se reiteraban a través del país y del tiempo, ello, a pesar de las mayores sensibilidades oficiales y privadas frente a las nuevas formas de observar la infancia y, de un modo más global, al infante y su familia, especialmente en relación con la madre. Institucionalmente, el gobierno respondía también a las instrucciones y requerimientos de Naciones Unidas a través de informes periódicos sobre el bienestar de la comunidad, de la familia y de la infancia. En el informe correspondiente a los años 1949 y 1950, de carácter especialmente institucional, se consignaba que la mayor parte de los servicios públicos destinados al bienestar de la comunidad estaban bajo la dependencia del Ministerio y que se podían clasificar en cuatro tipos: la Dirección General de Sanidad enfocada hacia labores de higiene ambiental; las instituciones de previsión social, como, por ejemplo, la Caja de Seguro Obligatorio, que atendía a mujeres de obreros y a sus hijos de hasta dos años de edad, y que, junto con otras instituciones, se estudiaba unificar bajo un sistema de Seguro Social. En paralelo a esos organismos, la Beneficencia Pública seguía siendo pilar fundamental a través de sus propios establecimientos hospitalarios, policlínicas, sanatorios, hospicios, casas de socorro, manicomios, etc. En cuarto lugar, instituciones directamente involucradas con la infancia, como la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, con actividades de tipo médico-preventivo, médico-curativo, social, de ayuda económica al grupo familiar necesitado, asistencia a los menores en situación irregular, asistencia judicial, etc.

Numerosas eran las organizaciones particulares que desarrollaban actividades en pro de la infancia. Entre ellas, el Consejo de Defensa del Niño, institución de derecho privado subvencionada por el Estado, con sus Centros de Defensa para atender durante el día a los niños cuyas madres trabajaban fuera de su domicilio. Su principal organismo era la Ciudad del Niño Presidente Ríos, con una capacidad de 700 plazas para acoger a niños desprotegidos, las que se distribuían en pabellones independientes entre sí. Otra institución, el Patronato Nacional de la Infancia, sólo en Santiago atendía a 5.000 lactantes a través de sus Gotas de Leche. Por otra parte, las sociedades pro-

tectoras de la infancia, con financiamiento privado, y las asociaciones protectoras de menores, diseminadas en las ciudades cabeceras de provincias, tenían sus propios Hogares para menores controlados por la Dirección General de Protección a la Infancia.

En la imposibilidad de solucionar los problemas de los grupos socialmente más indefensos, en los últimos años de la década de 1940, desde el gobierno y con colaboración de instituciones de base, se actuaba a través de Unidades Sanitarias mediante las cuales se abordaban los problemas médico-preventivos de sectores poblacionales, con labores médico-curativas para todo tipo de personas, independientemente de estar o no acogidas a los beneficios de las leyes de previsión. Estas Unidades, para la higienización de los sectores a su cargo, desarrollaban trabajos de sanidad ambiental, epidemiología, saneamiento, encuestaje, etc. Para la atención de las personas, contaban con visitadoras y enfermeras sanitarias, ayudas materiales; subsidios de maternidad, de lactancia, de enfermedad, etc. Problema fundamental era la multiplicidad y dispersión de las actividades estatales, pero, al mismo tiempo, se observaba la experiencia favorable recogida a través de los años. A pesar de ello, el meollo de la cuestión seguía estando en por qué, a pesar de todos los esfuerzos privados y estatales realizados, no se lograban los éxitos esperados. Los cambios que se experimentaban en términos de los mercados laborales hacían indispensable la dotación de casas cunas o guarderías de niños para solucionar «el problema de los niños lactantes y preescolares que quedan desamparados y abandonados durante el día mientras los padres trabajan, entregados a la convivencia peligrosa del conventillo y habitación insalubre donde el niño puede recibir toda clase de contagios y sobre todo donde se adquieren los primeros malos hábitos que llevan al muchacho hacia la vida irregular y finalmente el delito».¹¹ En paralelo, hubo también informes, de la misma naturaleza, más documentados, pero con mayor focalización y comprensión de las causales sociales de las enfermedades. En el promedio anual del quinquenio 1946-1950, para lactantes y pre-escolares, la morbilidad tomada de los registros de servicios asistenciales alcanzaba a un 377 por mil en el caso de enfermedades del aparato digestivo y trastornos nutritivos. Le seguían las enfermedades infectocontagiosas, con un 226 por mil, y las enfermedades broncopulmonares, sin incluir la T.B.C., con 207 por mil. En el primer caso, se consideraban enfermedades como dispepsia aguda,

11 El Director General de Sanidad al Ministro del Ramo. Informe bienal sobre Bienestar de la Comunidad, la familia y la infancia correspondiente a los años 1949-1950. M.S. Antecedentes Oficios, Nos.801-1000, Año 1952.

toxicosis, distrofias, descomposición, desnutrición, etc. Según el informe, saltaba a la vista los efectos de una mala alimentación y de las condiciones de vida deficientes en que se desarrollaba la vida infantil. Sobre el particular, se señalaba lo siguiente:

«La organización de los diversos servicios de asistencia materno-infantil, especialmente para lactantes, a pesar de haber ido progresivamente en aumento y de haber determinado incuestionablemente la gran baja de mortalidad infantil de Chile en los últimos años, no ha logrado todavía impedir que la morbilidad en este rubro sea muy alta.

Las razones más destacadas, siempre en términos muy generales, derivan de la falta de recursos económicos para proporcionar la suficiente cantidad y calidad de alimentos a los niños inscritos en los centros materno-infantiles que lo necesitan, la falta de servicios de esa índole en las pequeñas ciudades y la falta de atención rural de la madre y del niño.

Naturalmente que es también primordial factor de morbilidad las deficientes condiciones de higiene en que se desenvuelve la vida del niño obrero y campesino, la mala calidad y alto costo de la leche de vaca fresca, el alcoholismo, la incultura y la miseria de nuestras clases pobres y en general todo aquello que, como este rubro, señala el bajo standard de vida del pueblo chileno».¹²

Respecto de las enfermedades broncopulmonares, evitando la insistencia en las causales señaladas anteriormente, se indicaba que debía agregarse aquí el grave problema de la vivienda obrera que, sumada a las condiciones de clima propias de un país frío, originaban las altas cifras de dichas enfermedades. En cambio, se llamaba la atención por las bajas registradas en las cifras de raquitismo (22.1 por mil) y tuberculosis pulmonar (16.3 por mil), lo que se debería fundamentalmente a las medidas preventivas y las intensas campañas de vacunación llevadas adelante por el Estado, por organismos particulares y por UNICEF. Visualizada la situación en términos de la Zona Central, a través de los Centros Materno-infantiles de Valparaíso, Viña del Mar, Santiago, La Cisterna y San Bernardo, los índices no variaban demasiado. En términos de las enfermedades digestivas, la tasa llegaba a 379.8 por mil, en las enfermedades infectocontagiosas, a sólo 131.8 por mil, y las enfermedades broncopulmonares, a 203.2 (la TBC pulmonar, un 17.9%).

En general, se consignaba que «la franca disminución de la mortalidad infantil en los últimos años constituye, a no dudarlo, el hecho sanitario y

12 Situación actual de la niñez en Chile, 1952. M.S., Providencias N°s 985-1239, año 1952.

social más importante ocurrido en Chile». En 1920, la mortalidad infantil era de un 247 por mil; en 1940, 192.8; en 1950, un 133.8 por mil. A pesar de dichos logros, el descenso no fue uniforme a través de todo el país: Santiago descendió sus cifras en un 55%; pero, en el mismo período, Valparaíso sólo lo hizo en 37.4% y Curicó, como Talca, en un 36.4%. En todo caso, hubo factores comunes de vital importancia en sus efectos:

- a) la introducción a la práctica médica chilena de los principios de la llamada «pediatría moderna», inspirada en los conceptos clínicos y dietéticos preconizados por Finkelstein, Czerny y sus colaboradores;
- b) la organización de servicios asistenciales médico-preventivos en masa, a través de la Caja de Seguro Obrero y de la Dirección General de Sanidad; posteriormente, a través de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, la que permitió llevar la acción médico-pediátrica, sanitaria, social y educacional, a un gran número de poblaciones del país, especialmente a aquellas que revelaban los coeficientes de mayor baja de la mortalidad infantil;
- c) el aumento de los presupuestos para adquirir leche y demás alimentos que aquellas instituciones proporcionaban a los lactantes inscritos en los diferentes servicios materno-infantiles de su dependencia;
- d) la difusión, cada día mayor, de los principios de puericultura entre la masa obrera del país y, por consiguiente, la mayor cultura sanitaria de las madres y de las embarazadas;
- e) la progresiva industrialización del país, lo que habría mejorado las condiciones de vida del pueblo en muchas e importantes zonas de Chile, especialmente por la influencia de las leyes sociales;
- f) el evidente aumento de la población urbana sobre la población rural;
- g) el mejoramiento de los productos alimenticios, situación especialmente determinada por la fabricación de leche en polvo, lo que permitió llegar más fácilmente y con alimentos más adecuados a los hogares de las clases modestas, aun en sitios distantes de los centros más poblados y las mayores seguridades de higiene y buena preparación que esos alimentos ofrecían.

No obstante estos avances, el problema seguía siendo importante en el nivel de la mortalidad en el nacimiento. Por diversas razones ambientales, la mayor mortalidad de niños seguía produciéndose en los primeros días del nacimiento y descendía paulatinamente a medida que el lactante iba aumen-

tando en edad. Si las madres se atendían en una maternidad, todavía había serias dificultades de camas y de personal pediátrico especializado. Faltaban, además, elementos mínimos, pero necesarios; si la atención del parto se realizaba en el domicilio, las carencias aumentaban en personal, medios y preparación de quienes ayudaban, y de los propios padres.¹³

También Unicef desarrolló una labor de educación y de apoyo en la toma de conciencia, muy importante. En relación con un convenio suscrito por el gobierno chileno en New York, en mayo de 1950, la autoridad nacional solicitaba la ayuda financiera del organismo para impulsar la extensión de asistencia de niños de 2 a 7 años de los centros urbanos de Valparaíso y Copiapó. En el primer caso, el plan se desarrollaría en la Unidad Sanitaria del Cerro Barón y se trataba de aumentar las disponibilidades en la provisión de leche, aunque fuese descremada, y de la vitamina D (calciferol). El problema más agudo se relacionaba con el alto número de indigentes y con la carencia de los medios necesarios para otorgarles alimentación suplementaria en forma permanente. Dos años más tarde, a partir de sus consultas y asesorías desde la Oficina Regional, con asiento en Lima-Perú, hubo una preocupación mayor por problemas específicos, como, por ejemplo, por los niños prematuros. En orden a un proyecto de creación de centros de atención para estos últimos, se informaba de los fuertes problemas para su subsistencia y de la alta letalidad, con una decisiva influencia en los índices de mortalidad infantil, especialmente en el período neonatal y en el primer mes de vida. Según datos de 1952, en el caso específico chileno, en que nacían anualmente cerca de 190.000 niños, alrededor del 9% eran prematuros (2.500 gramos), factor que producía las dos terceras partes de las muertes al primer mes de vida y que causaba la quinta parte de la mortalidad en el primer año de vida. Sin contar con personal especializado, sin servicios organizados para su cuidado y con muy pocas cunas disponibles en Obstetricia y Pediatría, la creación de servicios centrales y especializados en la materia y debidamente entrenados en las prácticas de la puericultura, en la dietética y en el tratamiento de los prematuros se consideraban indispensables, y por ello se proponía — con la ayuda financiera de Unicef en la provisión de incubadoras y otros implementos— comenzar con una unidad en el hospital Roberto del Río, en Santiago, para desde allí proyectar sus funciones a nivel nacional.¹⁴

13 *Ibíd.*

14 Solicitud de convenio suscrito por el Gobierno de Chile con Unicef sobre ayuda a la protección de la madre y niño, Santiago 26 de mayo de 1950 y Sobre Centro de

II

En los contexto señalado y dentro de las problemáticas antes desarrolladas, el análisis específico de la mortalidad infantil en Valparaíso no difiere, en lo substancial, de los rasgos generales que en el período estudiado caracterizaron la situación a nivel nacional. Si bien es cierto la ciudad no estuvo exenta de la influencia de factores internos que diferenciaran en cierta medida algunos de los comportamientos demográficos de su población, lo más importante dice relación con aquellas consideraciones que se pueden obtener desde el análisis de los registros que se utilicen.

En el presente caso, a partir de la estadística oficial utilizada en un trabajo similar destinado a estudiar la evolución general de la mortalidad en el mismo ámbito de Valparaíso,¹⁵ se ha insistido en privilegiar directamente la utilización de las informaciones contenidas en los libros del Registro Civil. Igual que en el trabajo que señalamos, agregando 1889, hemos seleccionado los años 1919 y 1949 recogiendo los datos correspondientes a la circunscripción El Puerto, cuya población es representativa del mundo urbano porteño, dado que el espacio que le corresponde avanza desde el plan de la ciudad hasta los puntos poblados que suben hacia la cima de los cerros aglutinando un conjunto de personas sin diferenciaciones extremas de carácter social o económico. Por el contrario, la mayor parte de los individuos que han quedado registrados a través de las páginas de los libros de inscripción de la aludida Oficina responde más bien al tipo común de la gente de Valparaíso, el porteño popular, de los conventillos o de la casa autoconstruida entre planicies y quebradas, de oficios diversos, pero de similares fortalezas ante toda clase de adversidades en la vida cotidiana.

Si bien la muerte corresponde a la adversidad más definitiva, es también cierto que en los promedios generales, la incertidumbre de la vida frente a ella fue ciertamente debilitándose en la medida en que la tasa de defunciones en la ciudad, en paralelo con lo que sucedía a nivel nacional, fue disminuyendo con claridad a lo largo de la primera mitad del siglo XX. El fenómeno se debió mucho más a situaciones culturales, de avances en la medici-

Prematuros. UNICEF. Santiago 31 de diciembre de 1952. M.S. Antecedentes Oficios, N°s 1-550, Año 1950 y N°s 1601-1796, Año 1952, respectivamente.

15 Eduardo Cavieres, «Salud pública. Estrategias, políticas fiscales y cambio cultural en la reducción de la mortalidad. Valparaíso, 1920-1960», *Cuadernos de Historia*, Vol. 19, Santiago 1999, pp.195-224.

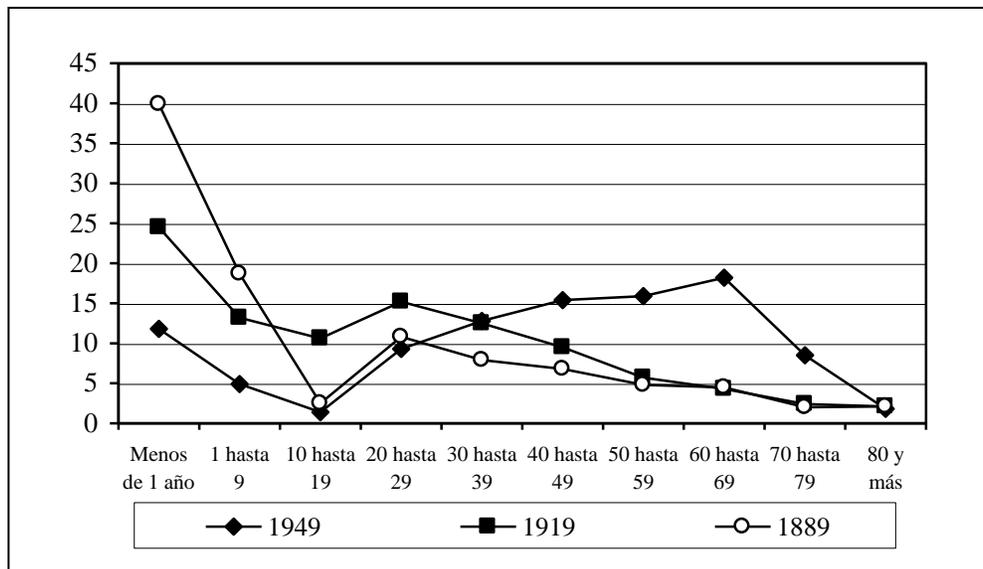
na y en los servicios hospitalarios, y al mayor desarrollo de la higiene pública a partir de los programas y la acción concreta de organismos estatales, que a transformaciones sociales y económicas. De una tasa de mortalidad general de un 34.48 estimada para 1920 (344 por mil), se llega a una de 12.83 en el año 1952 (128 por mil). Sin embargo, a pesar de que el proceso incidió también en la reducción de la mortalidad infantil, ésta, por sus propias singularidades, evolucionó en niveles un poco superiores evidenciando la persistencia de lo que había sido uno de sus caracteres más importantes: las dificultades de un porcentaje altísimo de niños para sobrevivir no solamente a las primeras horas, sino también a los primeros días, meses o al primer año de vida.

Desde las perspectivas que ofrece un mapa de mortalidad por edades, la situación de los infantes fue dramáticamente angustiosa. Como se observa en el cuadro y en el gráfico siguientes, la proporción de niños nacidos y fallecidos antes de cumplir el año de vida corresponde al grupo que muy lejanamente a las otras edades superiores estaba más vulnerable por la posibilidad de fallecer. A fines del siglo XIX, junto con los niños menores a los 9 años de edad, constituían alrededor del 50% de todas las personas fallecidas en un año. La proporción seguía siendo muy alta en 1919 y recién terminó por alterarse a fines de la década de 1940.

Cuadro 5
Defunciones según edades. Años indicados.
Porcentajes con respecto a cada año. Valparaíso. 1889, 1919, 1949.

Edades/Años	1889	1919	1949
Menos de 1 año	39.9	24.5	11.8
1 hasta 9	18.7	13.2	4.9
10 hasta 19	2.5	10.6	1.4
20 hasta 29	10.8	15.2	9.3
30 hasta 39	7.9	12.5	12.8
40 hasta 49	6.8	9.5	15.4
50 hasta 59	4.8	5.7	15.9
60 hasta 69	4.5	4.3	18.2
70 hasta 79	2	2.4	8.5
80 y más	2.1	2.1	1.8
Total	100.0	100.0	100.0

Gráfico 1
Defunciones según edades. Años indicados.
Porcentajes con respecto a cada año. Valparaíso. 1889, 1919, 1949.



En términos demográficos, los índices de mortalidad infantil de Valparaíso, calculados a partir del sector de la población que sirve de muestra, generalizables, pero sin grandes cuestionamientos, muestran una fuerte correlación con las cifras anteriores. Para el año 1889, no podemos hacer el cálculo, ya que no tenemos certeza en el número de nacidos para la circunscripción estudiada, datos que sí poseemos para los años 1919 y 1949. En 1919, dicho índice llegaba al 315 por mil; en 1949 había descendido al 61 por mil. Si se comparan estas cifras con las existentes en 1998: Japón, Finlandia, Suiza y Singapur, con 4 por mil; Canadá, 5 por mil; Chile, 12 por mil; México, 23 por mil, se podrá estimar la envergadura de la situación en un pasado que, aunque no muy lejano, fue toda una realidad. Las causas,

como en toda sociedad tradicional, fueron las mismas que en sentido inverso han venido afectando a sociedades más modernas o a sociedades que han recibido algunos de los efectos de la modernización: niveles de educación e ingresos. A nivel social o a nivel individual, estas situaciones se traducen en el acceso a, o la carencia de, servicios tan básicos en la vida actual como el agua potable, infraestructura sanitaria, alimentación, habitación adecuada y servicios materno-infantiles especializados. Por cierto, el tema de la educación se puede reducir a situaciones de higiene básica en la alimentación de los niños.¹⁶ Estos factores no difieren de lo ya descrito en la primera parte del trabajo y, por otra parte están suficientemente documentados tanto en los testimonios de la época como en estudios historiográficos sobre las realidades sociales del Valparaíso de fines del s. XIX y comienzos del s. XX.¹⁷

Es importante, en cambio, detenerse en un análisis más detallado de los niños que en los años indicados fallecieron a edades tan tempranas. En primer lugar, las relación entre hombres-niñas y los porcentajes de significación de cada uno de los grupos de edades al fallecimiento de menores a los 9 años con respecto al total de fallecidos registrados en los años indicados, porcentajes que indican la inversión de las proporciones entre los años límites estudiados.

Cuadro 6
Mortalidad infantil y menores de 9 años. Porcentajes con respecto al total de fallecidos en cada uno de los años indicados.

	1889		1919		1949	
	Habitantes %	Niñas %	Habitantes %	Niñas %	Habitantes %	Niñas %
Menores 1 año	36	41	24	23	14	16

16 John R. Weeks, *Population*, Wadsworth Publish., Belmont-USA, 1999, pp.147 y ss..

17 En el último caso, ver, por ejemplo y entre otros varios estudios, las Tesis de Sandra Poblete, *Salubridad y vivienda de la clase laboral en Valparaíso, 1900-1920*, Tesis de Licenciatura, U.de Chile, Santiago 1988 y la de Graciela Rubio, *Modernización y conflicto social. Formas de acción popular, Valparaíso 1880-1918*, Tesis de Magíster, U. de Chile, Santiago 1993. También los trabajos de Sergio Flores, «Factores que determinan la salud pública en Valparaíso, 1854-1904, y La noción del bien común en la política urbana, Valparaíso 1860-1910», *Revista de Ciencias Sociales*, Edeval, Valparaíso N°s 31, 1987, y 40, 1995, pp.191-208 y 361-382, respectivamente.

1 a 3 años	12	17	8	7	5	4
4 a 6 años		3	4	4	3	3
7 a 9 años	1	1	1	1	-	-
Todas las edades	47	38	63	65	78	77

Por otra parte, considerando sólo el grupo de niños fallecidos hasta la edad de un año, las proporciones existentes entre los diferentes momentos indicados y el total del grupo, se mueven bajo ciertas tendencias comunes a lo largo del tiempo. En general, evidencian igualmente las tendencias hacia la baja, ya explicadas anteriormente, pero el comportamiento es similar: quienes pudieron sobrevivir a las primeras horas de vida, se encontraron con otra fuerte valla, difícil de superar en sus primeros meses de existencia. Para el año 1889, el menor porcentaje que se observa en el caso de los fallecidos a las horas de haber nacido se explica porque en ese año hay una más clara distinción en los registros entre los nacidos muertos y los muertos en momentos inmediatos a su nacimiento. Si se juntaran ambas situaciones, la diferencia con los años 1919 y 1949 desaparecería.

Cuadro 7
Mortalidad en neonatos e infantes. Porcentajes con respecto al total de fallecidos en cada uno de los años indicados

	1889		1919		1949	
	Hbs. %	Mujeres %	Hbs. %	Mujeres %	Hbs. %	Mujeres %
Horas de vida	20	23	46	44	35	30
De días	13	10	20	25	27	30
De meses	49	49	25	24	35	36
1 año	18	18	9	7	3	4

En lo que se define técnicamente como mortalidad infantil, es decir, los niños que mueren entre el momento de su nacimiento y el primer año de edad, importa observar con detención las causas de fallecimientos registradas. Evidentemente, las denominaciones de las enfermedades presentes en cada año de los aquí estudiados fue variando, y a ello hay que agregar, además, las escasas precisiones médicas en la caracterización de las sintoma-

tologías y razones concretas de las causas de mortalidad. Por otra parte, hasta muy entrado el siglo XX no hubo un registro cuidadoso de casos definidos como mortinatalidad (nacidos muertos) y aquellos fallecidos casi inmediatamente después de nacer. Por lo demás, es muy posible que ni siquiera la madre tuviese la certeza de poder diferenciar la situación, y entre lo que ocurría en el hospital o lugar del parto y lo que mediaba para hacer la inscripción en la oficina del Registro Civil, es seguro que surgían más vaguedades que sentidas preocupaciones para asegurar un registro completamente correcto de un hecho que formaba parte de la cotidianidad de los actos vitales y que no era una excepción. En las inscripciones de defunciones de la oficina El Puerto, del Registro Civil de Valparaíso, correspondientes al año 1886, se agregaba una muy breve narración del deceso relatada por un vecino del fallecido que, en un solo acto, dejaba constancia de una o varias defunciones dejando la impresión de registrar por encargo las muertes acaecidas durante un cierto tiempo en su calle, conventillo o cerro.¹⁸ Lógico es pensar que, por diversas razones, estas narraciones distorsionaban la realidad.

Debido a éstas y otras situaciones es que, estudiando las causas de muerte de niños que no lograron sobrevivir al primer año de vida, los propios registros provocan una separación bastante nítida entre los fallecidos en sus primeras horas, antes de superar un día de vida, y todos los otros, que atravesaron los meses acercándose a un primer cumpleaños que sus padres no pudieron o simplemente no tenían previsto celebrar. En el caso de los niños que no fueron capaces de superar las 24 horas, en 1889 la muerte de la mayoría de ellos fue calificada como *sofocación* o debida a *deficiencias constitutivas*. En 1919, la causa sofocación seguía siendo importante, pero a ella se sumaba, muy reiteradamente, la causal de deceso descrita simplemente como *cerebro*.

Cuadro 8
Relación causa de muerte-edad, en porcentaje, respecto del total de fallecidos antes del año de vida. Año 1889.

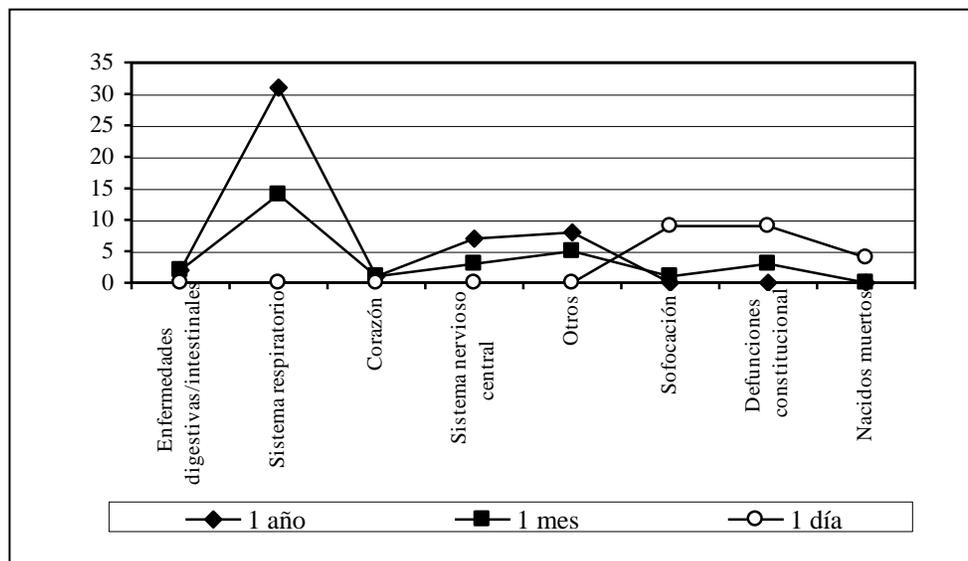
Causa de muerte/Años	1 día	1 mes	1 año
Enfermedades digestivas/	0	2	2

18 Señalado por Pablo Páez, *La sociedad de Valparaíso frente a la muerte, 1886-1890. Epidemias, segregación y mentalidades*, Tesis de Licenciatura, Universidad Católica de Valparaíso, 2000, p.46.

intestinales			
Sistema respiratorio	0	14	31
Corazón	0	1	1
Sistema nervioso central	0	3	7
Otros	0	5	8
Sofocación	9	1	0
Defunciones constitucional	9	3	0
Nacidos muertos	4	0	0
Total	22	29	49

Gráfico 2

Relación de muerte-edad, en porcentaje respecto del total de fallecidos antes del año de vida. Año 1889.



Cuadro 9

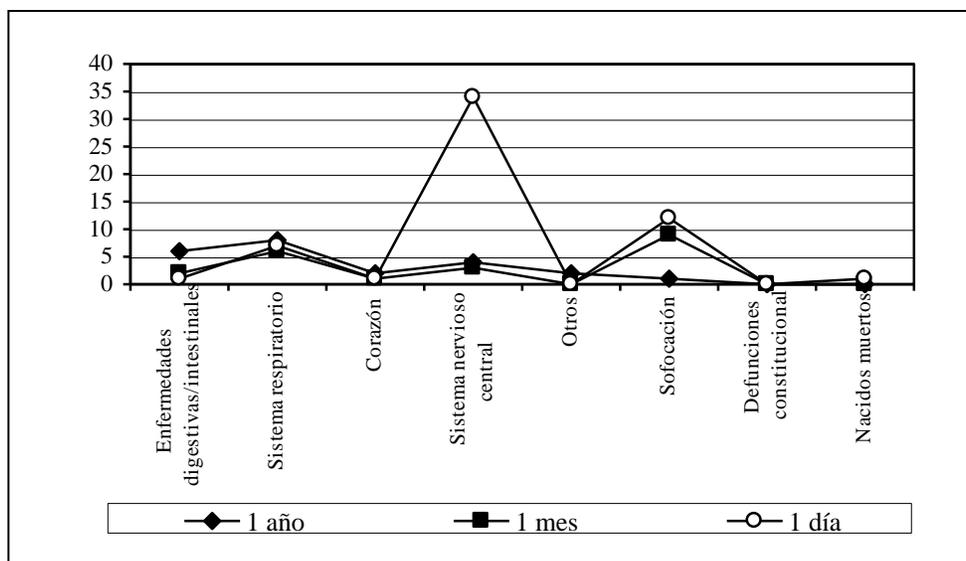
Relación de causa de muerte-edad, en porcentaje, respecto del total de fallecidos antes de un año de vida. Año 1919.

Causa de muerte/Años	1 día	1 mes	1 año
Enfermedades digestivas/intestinales	1	2	6

Sistema respiratorio	7	6	8
Corazón	1	1	2
Sistema nervioso central	34	3	4
Otros	0	0	2
Sofocación	12	9	1
Defunciones constitucional	0	0	0
Nacidos muertos	1	0	0
Total	56	21	23

Gráfico 3

Relación de causa de muerte-edad, en porcentaje, respecto del total de fallecidos antes de un año de vida. Año 1919.



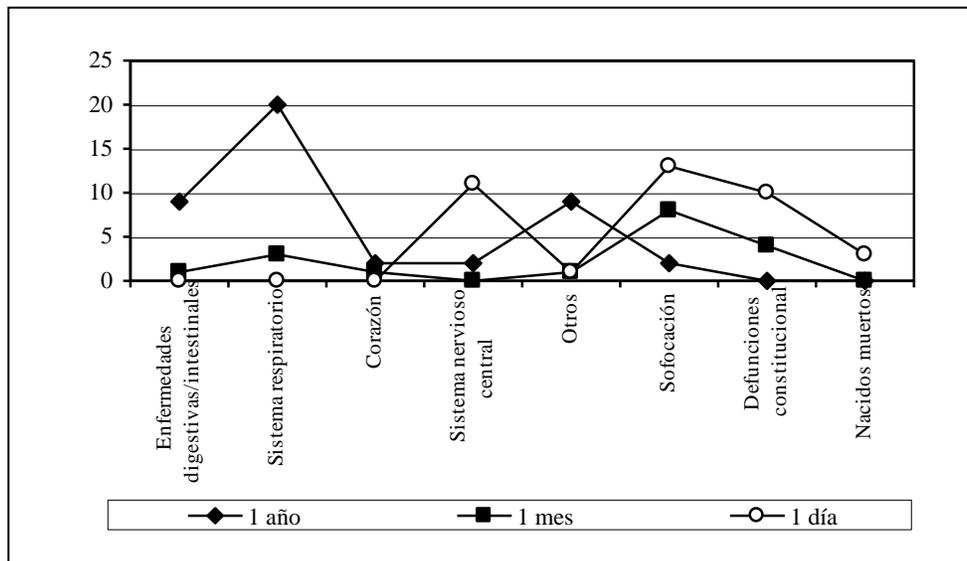
Cuadro 10

Relación de causa de muerte y edad, en porcentaje respecto al total de fallecidos antes de un año de vida. Año 1949.

Causa de muerte/Años	1 día	1 mes	1 año
Enfermedades digestivo-intestinales	0	1	9
Sistema respiratorio	0	3	20

Corazón	0	1	2
Sistema nervioso central	11	0	2
Otros	1	1	9
Sofocación	13	8	2
Defunciones constitucional	10	4	0
Nacidos muertos	3	0	0
Total	38	18	44

Gráfico 4
Relación de muerte-edad, en porcentaje respecto del total de fallecidos antes del año de vida. Año 1949



Para la construcción de los cuadros y gráficos anteriores, se han reunido las diversas enfermedades, según los órganos que afectan, en cinco grupos principales: en enfermedades digestivo-intestinales, de las vías respiratorias, del corazón, del sistema nervioso central y otros. En el primer caso, enfermedades como disentería, diarreas, tifus, catarro intestinal, gastroenteritis, estómago, etc., fueron las más registradas. De las vías respiratorias, la pulmonía, la tuberculosis, la bronconeumonía, etc, estuvieron en el primer lugar de recurrencias, pero no es posible precisar con exactitud los reales

alcances de la simple denominación *fiebre*. En el caso del corazón, en la mayoría de los casos, la causa de muerte fue identificada simplemente con la misma palabra, en cambio, cuando nos referimos al sistema nervioso central, la enfermedad más asidua fue la meningitis. En *Otros* se reúnen diversas enfermedades, difíciles de poder precisar en sus diagnósticos y, más aún, de reunirlos en alguno de los grupos antes señalados.

Si volvemos al análisis de los decesos de niños ocurridos antes de las 24 horas de vida, la sofocación, las deficiencias constitucionales o la falta de desarrollo, el cerebro (prácticamente sobre el 90% de los casos agrupados en sistema nervioso central en el año 1919), constituyen las causas más anotadas, pero al mismo tiempo las más discutibles en sus verdaderos alcances. La discusión contemporánea, en forma complementaria a las condiciones ambientales de carácter socio-económico, apuntaba fuertemente hacia los impactantes efectos del alcoholismo y de la sífilis sobre los niños en gestación y, por cierto, eran considerados como causantes directos de atrofas y malformaciones congénitas que se traducían, precisamente, en los altísimos porcentajes de muertes en los momentos inmediatos a lo que potencialmente debería ser el inicio y no el término de la vida. Además de toda la literatura existente sobre el alcoholismo, que «engendra enfermedades crónicas y graves de los intestinos y estómago, del hígado y de los riñones, del corazón y arterias, predispone a la tuberculosis, y ocasiona numerosas enfermedades de los nervios, de la médula y del cerebro», en 1912 el Dr. Calvo Mackenna escribía que, «si revisamos con atención las causas de la mortalidad infantil en la última sinopsis de la Oficina de Estadísticas, y escudriñamos con ojo médico, podemos atribuir, sin temor a equivocaciones, que en la mortalidad total de todas las edades aparece un 30% que se puede atribuir a la sífilis [...] los niños sifilíticos aumentan la mortalidad enormemente. Ninguna enfermedad conocida produce más abortos que la sífilis, ni ninguna produce más mortalidad de recién nacidos. Y la sífilis mata traidoramente. Un niño nacido con todas las apariencias de sano, más todavía con una exuberante apariencia de muy buena salud, muere sin causa visible; esta es la sífilis hereditaria».¹⁹

19 Dr. M. Beca, *Cartilla para la enseñanza anti-alcohólica, dedicada a los niños de Chile*. Imprenta Royal, Valparaíso 1937, p.21, y Dr. Luis Calvo Mackenna, «Lo que deben saber las madres para criar bien a sus niños», *Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia*, Santiago 1912, p.206, respectivamente. Ambos citados por Carla Segovia y Miguel Trina, *Vida y muerte en una periferia de Santiago. Barrancas 1884-1969*, Tesis de Licenciatura U. de Chile, Santiago 2001, pp.77, 82 y 83.

De los niños fallecidos entre el primer mes y el primer año de vida, las causales de mortalidad más inmediatas pasan desde esos motivos hereditarios, ocultos, a las circunstancias concretas de la vida material: las frías realidades de las estructuras socioeconómicas, la falta de vivienda, de servicios, de una educación mínima. Las posiciones ocupadas por la falta de desarrollo son ocupadas ahora por las consecuencias de la carencia de higiene ambiental y, más fundamentalmente, por las enfermedades respiratorias como consecuencia de falta de una adecuada alimentación y de abrigo. A pesar de que los índices puedan ser muy propios de una ciudad como Valparaíso, el cuadro social que esos índices van configurando es representativo de toda una época y de toda una sociedad. Muchos de los niños que lograron sortear los duros escollos biológicos legados por sus progenitores, o que pudieron soportar las desfavorables condiciones externas al comenzar a crecer, todavía fueron alcanzados por la tisis o la tuberculosis en sus primeros años de vida. En todo caso, en la misma proporción que esas condiciones externas fueron transformándose, más bien en términos culturales que en términos económicos o sociales, la mortalidad infantil dejó de ser el gran fantasma, el monstruo de tantas cabezas, que constituyó parte esencial de las realidades más vitales del pasado.

Cuadro 11
*Relación causa muerte-edad. Niños fallecidos entre 1 a 9 años de edad.
 Años indicados. Valparaíso, 1889,1919,1949.*

Años Edades	1889			1919			1949		
	1 a 3	4 a 6	7 a 9	1 a 3	4 a 6	7 a 9	1 a 3	4 a 6	7 a 9
Enfermedades									
digestivo- intestinales	6	2	0	71	28	1	16	2	0
Sistema respiratorio	136	19	6	138	90	13	29	30	2
Corazón	4	2	0	23	6	4	5	3	0
Sistema nervioso central	11	10	2	27	12	1	6	2	0
Otros	23	4	1	10	3	1	3	3	0
Total	180	37	9	269	139	20	59	40	2

El cuadro último, con información relativa a niños fallecidos en edades de 1 a 9 años, con la causa del deceso, nos entrega una doble tendencia y

nos permite observar la evolución general de la mortalidad de menores en el país, y en Valparaíso, entre los años indicados. Por una parte, en cada uno de esos años, el grupo de enfermedades de mayor incidencia en la mortalidad del grupo estudiado, tisis, tuberculosis y similares, siguió actuando especialmente como consecuencia directa de los efectos de condiciones sociales y económicas ya descritas en la primera parte del trabajo. Aunque porcentualmente las mayores sensibilidades sociales, el papel creciente del Estado por la higiene y salud pública y los avances en la medicina actúan cada vez más eficientemente en el control de dichas enfermedades, la persistencia de problemas estructurales en la sociedad no permitieron tener un mayor y más rápido grado de eficiencia en la salud de los menores. De los sectores más débiles, los niños siguieron siendo los más expuestos a condiciones de vida precarias y a ser focos privilegiados de la selectividad de todo tipo de males sociales y biológicos. Por otra parte, la segunda tendencia, de todos modos positiva, refleja, precisamente, la disminución progresiva de la mortalidad en todos los sectores y el triunfo cultural de la vida sobre la muerte. De todos modos, a nivel del grupo de los más pequeños componentes de la sociedad, en los diversos grupos sociales, económicos o culturales, por diversas y siempre cambiantes razones, muchos de ellos siguieron viviendo una infancia lejana a los discursos y proyectos oficiales, y su experiencia en las conciencias individuales y colectivas no deja aún de ser una realidad que todavía no es pura excepción.