

LA VERGÜENZA DE CHILE: LA MORTALIDAD INFANTIL A COMIENZOS DEL SIGLO XX



Jacqueline Dussailant C.
Profesora Escuela de Historia
Universidad Finis Terrae



Alexandrine de la Taille U.
Profesora Escuela de Historia
Universidad Finis Terrae

Ernesto V., de sólo cinco años, era uno de los 830 niños enfermos estudiados entre 1893 y 1897, cuyos datos quedaron registrados en los Archivos de la Clínica de Enfermedades Nerviosas y Mentales del doctor Orrego Luco. De sus siete hermanos, sólo dos estaban vivos. Los demás habían muerto antes de cumplir el año de vida. Igual de dramático era el caso de Juan O., de 9 años, cuyos tres hermanos habían muerto de alfombrilla, y de Galo G. de 8 años, de cuyos quince hermanos, sólo sobrevivían cinco, pues los demás habían muerto a corta edad.¹ Los anteriores son sólo algunos ejemplos de la realidad que enfrentaban las familias ante el desastre de la enfermedad. De hecho, como señala Luis Alberto Romero, lo común, entre los pobres, era tener un padre, un hermano o un hijo afectado por una enfermedad mortal.²

En efecto, en 1890 la *Revista Médica* destacaba, con horror, a Chile como la nación “que tiene mayor número de defunciones en la infancia que cualquiera de las otras naciones civilizadas”.³ Baste considerar que en ese mismo año, la mortalidad infantil alcanzó en Santiago al 51,75%, incrementándose al año siguiente al 52,45%.⁴ Sin embargo, para el Instituto de Higiene, la tasa de mortalidad infantil en Chile era, para entonces, muy similar a la de las grandes ciudades europeas. Lo cierto es que si bien las cifras disponibles no permiten hacer una comparación del todo confiable, todo parece indicar que las apreciaciones de dicho instituto eran demasiado optimistas.⁵

Muchas de las enfermedades, contagiosas o hereditarias, se explican fundamentalmente por las malas condiciones higiénicas en que vivía gran parte de los chilenos. A esto se sumaba una alimentación deficiente. Por tratarse de problemas arraigados en la sociedad, su superación era muy compleja y exigía la adopción de políticas a nivel nacional. Por esto, con frecuencia los médicos expresaban duras críticas a la autoridad de gobierno, cuando se encontraban investigando alguna enfermedad. Siempre el obstáculo de la falta de higiene —gran aliada del contagio y la epidemia—, entorpecía sus labores para mejorar a los pacientes. El doctor Adolfo Murillo, espantado ante la mala calidad de

las habitaciones de la clase proletaria, la excesiva mortalidad de niños por alimentación insuficiente e inadecuada y el poco cuidado que los particulares tomaban para conseguir el aislamiento de los enfermos atacados de afecciones contagiosas y la desinfección de las habitaciones; comentaba en 1892: “¿Llamaré la atención sobre la negligencia de las autoridades a este respecto? Me parece excusado, desde que se sabe que nada hay dispuesto en materia de reglamentación sobre el particular. El cuidado se ha dejado siempre al buen Dios y a la resistencia mórbida individual. En los países civilizados, todo caso de enfermedad contagiosa es avisado a la autoridad por el médico que trata al enfermo; existen reglas de aislamiento, y, sobre todo la autoridad se cuida de asear o de desinfectar los locales para evitar la propagación del contagio”.⁶

Diversas evidencias permiten suponer que, poco a poco, se fue tomando conciencia del problema. Por una parte, al inaugurarse el año 1894 en Valparaíso el Hospital de Niños y de Maternidad San Agustín, se demostraba que el niño no podía seguir siendo considerado como un “hombre pequeño”, cuyas enfermedades debían tratarse como las de los adultos, pero con dosis más bajas. Al respecto, en la *Revista Médica* se señalaba que:

Las exigencias propias de la edad infantil, no se avienen con el régimen ordinario de los hospitales comunes, y por eso es una falta recibir niños en estos establecimientos, desde que en ellos es imposible, por más voluntad que haya, prodigarles las atenciones y cuidados convenientes. En la construcción del Hospital de Niños se ha tenido presente ante todo, las reglas de la higiene: salas altas, provistas de doble ventilación, techos, pisos y paredes pintadas para facilitar el lavado y aseo. Las camas, provistas de *pallasas*;⁷ y cuando un niño muere o es dado de alta, la cama que ocupaba es enviada a un horno especial de desinfección antes de volver a usarla.⁸

Por otra parte, en el Congreso de Higiene de Moscú de 1897, se hizo un llamado a luchar contra la mortalidad infantil y a no

considerarla “natural”.⁹ Esto, aunque escaso, era al menos un avance, ya que existía entre algunos la idea de que la mortalidad infantil era una selección natural, en la que fallecían los más débiles y sobrevivían los más aptos, fuertes y “útiles”.

A pesar de todo, los médicos no se amilanaban ante esta terrible realidad, sino que, confiados en los avances de la medicina, llevaban a cabo una serie de tratamientos que, vistos desde la actualidad, parecen, muchos de ellos, experimentos de alto riesgo. Cabe destacar que parte importante de tales tratamientos “experimentales” se realizaban con niños de las casas de huérfanos. Dichos pacientes no tenían nada que perder, pues era tal la precariedad de su salud, que lo más probable era que murieran de todos modos; por lo tanto, estas pruebas eran lo más esperanzador que les podía pasar en su estado. Era usual que atacaran los síntomas de alguna enfermedad y que el paciente, finalmente, muriera de otra. Ejemplo de esto, es el siguiente caso:

Justo Enríquez, de un año, tiene dispepsia crónica, con vómitos frecuentes y diarrea, tiene cuatro o cinco deposiciones amarillas con grumos caseosos voluminosos, ha llegado al período de atrepsia y además ha sido atacado de neumonía crupal. El 24 de enero se practica el lavado del estómago con resorcina al x por ciento, y el lavado intestinal con la misma solución, se le aplica además el tratamiento anti-neumónico. El 25 de enero tuvo dos deposiciones más homogéneas, vómito ninguno; se hace un lavado intestinal con tanino al x por ciento. El 26 los vómitos no han desaparecido, las deposiciones han sido en número de dos y casi normales; se practica otro lavado intestinal con tanino al x por ciento. El 27 las deposiciones son dos, normales; la neumonía se agrava, y se administra al enfermo glicerina creosotada. El 28 se suspende el lavado por haber cesado completamente la diarrea. Los días siguientes las deposiciones son completamente normales hasta el 2 de febrero, época en que muere a consecuencia de la neumonía.¹⁰

No obstante, más allá de curar síntomas concretos, lo que realmente se requería era asumir la gravedad de la situación, de manera que la medicina, en conjunto con las autoridades del país, previniera las enfermedades para combatir la muerte. En otras palabras, el problema no podía solucionarse con la sola participación de los médicos, sino que también requería de una activa respuesta del gobierno.

Esta actitud de indiferencia fue cambiando y las altas tasas de mortalidad infantil comenzaron a ser vistas como una verdadera vergüenza nacional.¹¹ Ejemplo de ello fue la inauguración del Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia, que se celebró en septiembre de 1912 en el Salón de Honor de la Universidad de Chile, y que contó con la presencia de una serie de autoridades, incluyendo al propio Presidente de la República don Ramón Barros Luco.

Para entonces, y a pesar de los avances logrados en la medicina y en los servicios hospitalarios, los índices de mortalidad infantil seguían siendo brutalmente elevados. El país contaba con 98 hospitales destinados a cuidar enfermedades comunes, once hospicios para los pobres inválidos, dos manicomios, tres casas de huérfanos con su respectiva sección de expósitos, y múltiples dispensarios para socorrer a los enfermos que asistían a consultas o en busca de medicamentos.¹² En tanto, en la capital, los principales establecimientos que atendían a los enfermos eran los hospitales San Juan de Dios, San Vicente de Paul, San Francisco de Borja, San José, El Salvador y el de Niños. Con todo, era habitual que se tratara a los enfermos en sus propias casas, ya que los hospitales eran considerados entonces más que centros de salud, verdaderos “morideros”.

Cifras de centros de asistencia médica de la época, reflejan que su mala reputación se explicaba principalmente por los pacientes de menor edad. Teniendo en cuenta, por ejemplo, un total de 18.924 casos de enfermedades registradas durante cuatro años, en el Dispensario de la Inmaculada Concepción para Niños, el doctor Alfredo Commentz presentaba en 1910 el siguiente cuadro:

**Relación entre morbilidad y mortalidad
en los niños de 1 a 14 años (en %)**

Edades	Morbilidad (%)	Mortalidad (%)
1 año	32,2	46,8
2 años	21,6	12,5
3 “	10,0	7,6
4 “	6,4	7,1
5 “	5,1	5,8
6 “	4,2	5,1
7 “	4,6	2,5
8 “	3,1	2,5
9 “	2,3	2,2
10 “	3,1	1,9
11 “	2,3	1,4
12 “	2,2	1,0
13 “	1,6	1,4
14 “	1,3	2,2
.....	100%	100%

Fuente: Alfredo Commentz, “Estudio crítico sobre la morbilidad infantil en Santiago”, *Revista Médica de Chile*, año XXVIII, abril 1910.

Del cuadro se desprende que el período de mayor vulnerabilidad a las enfermedades se encontraba en los dos primeros años de vida. La morbilidad de los niños de un año era superada por la mortalidad en proporción de 32,2% y 46,8% respectivamente, mientras que los niños de dos años presentaban tasas de mortalidad inferiores, equivalentes al 12,5%, aunque las de morbilidad seguían relativamente altas. Antes de analizar las causas de fondo que explican tan altas tasas, especialmente entre los lactantes, es necesario detenerse en las enfermedades a las que estaban expuestos los niños chilenos al comenzar el siglo XX.

Según el *Anuario Estadístico*, el total de niños asistidos en el año 1908 en el Hospital de Niños de Santiago fue de 2.949, de los cuales 1.255 presentaron enfermedades desconocidas o no especificadas en los registros estadísticos. Las principales dolencias que registraron los 1.694 niños restantes, se resumen en el cuadro siguiente:

Descontando el caso de enfermedades que atacaban a la población con más virulencia en algunos años, como el sarampión, la viruela o el tífus, el cuadro anterior refleja que las enfermedades del aparato digestivo (gastroenteritis aguda, gastritis, dispepsia y otras), del sistema respiratorio (bronquitis, neumonías, coqueluche y otras) y de la piel (eczemas, impétigo, sarna y otros), constituían la mayor parte de las enfermedades infantiles, esto es, el 64,51% de las enfermedades registradas. El mismo doctor Commentz, quien fuera más tarde vicepresidente de la Sociedad de Pediatría, entregaba un resumen de las principales enfermedades observadas entre los años 1906 y 1909, en el cual los tres tipos de enfermedades señaladas alcanzaban el 83% de las afecciones infantiles.

Más allá de las diferencias en las cifras y su baja confiabilidad, todo nos lleva a pensar que la falta de higiene, el hacinamiento, la ignorancia y la mala alimentación de las madres y los niños,

Principales enfermedades registradas en Hospital de niños, 1908

Enfermedad	n° niños afectados	% del total con afecciones conocidas
Diarreas y afecciones del estómago	279	16,46%
Neumonías y bronconeumonías	269	15,87%
Sarampión	259	15,28%
Enfermedades a la piel y tejido celular	222	13,10%
Bronquitis aguda	150	8,85%
Tos convulsiva (coqueluche)	129	7,61%
Tuberculosis pulmonar	44	2,59%
Otras enfermedades	342	20,10%
Total	1.694	99,39%

Fuente: *Anuario Estadístico de Chile*, 1908.

eran las principales causas de fondo que explican las elevadas tasas de morbilidad y mortalidad infantil para comienzos del siglo XX. A ello habría que agregar otros factores como taras alcohólicas y venéreas, además de la ilegitimidad, con el consiguiente abandono, como agravantes de la situación.¹³

Baste considerar, por ejemplo, que en 1909 existían en Santiago unos 1.251 conventillos, que en total contaban con 17.076 habitaciones.¹⁴ En ellos faltaba espacio, aire y sol, lo que sumado a la presencia de una acequia insalubre que atravesaba cada conventillo, arrastrando cualquier tipo de desperdicio, hacía que la propagación de enfermedades en tales sitios fuera prácticamente incontrolable. Si esa era la realidad para la gran mayoría de los pobres que habitaban la ciudad, lo cierto es que las condiciones higiénicas en que vivían las familias más pudientes tampoco eran óptimas. De hecho, si bien en los grandes caserones o en las “modernas” mansiones en las que habitaba la elite, el espacio no era un problema, la escasa ventilación y la humedad eran cuestiones más habituales de lo deseable.¹⁵ Allí también las instalaciones sanitarias eran precarias: la mayor parte de las residencias acomodadas contaba con letrinas “movibles”, esto es, que eran vaciadas periódicamente por las domésticas con baldes que luego se vertían en una acequia.¹⁶ De ahí el asombro que despertó al comenzar el siglo XX el completo cuarto de baño que instaló en su casa el padre de Coke (Jorge Délano), cuando regresó de Europa.¹⁷ Asimismo el abastecimiento de agua potable alcanzaba para una mínima parte de la población, y, peor aún, era habitual que se contaminara con el agua servida.¹⁸

La mala alimentación, fruto de la pobreza y también de la ignorancia de los padres, hacía aún más difícil erradicar ciertas enfermedades —que se propagaban fácilmente por el cuerpo débil y mal alimentado de muchos niños. Se trataba de un problema muy arraigado en el país, pero que había sido denunciado por los médicos desde hacía ya varias décadas. El informe que presentó el “médico de ciudad” al gobernador de Vallenar en 1889, es muy elocuente en este sentido. Con respecto a la alimentación señala que:

La absoluta ignorancia de los padres, sobre todo en la clase proletaria, hasta de las más elementales reglas de higiene de la infancia, principalmente de la alimentación, dando prematuramente a estas tiernas criaturas frutas, legumbres y verduras, o una lactancia artificial o mixta en las peores condiciones, causas frecuentes de inanición, escrófulas, tabes mesentérica y de enteritis agudas o crónicas, que hacen aquí el mayor de los muertos (...) no puedo pasar por alto la pésima preocupación de algunas madres de dar a sus hijitos, aun poco después de nacidos, toda clase de alimentos, además de la leche, para acostumarlos, dicen ellas, a que tengan estómagos fuertes desde pequeños, como si el tierno y delicadísimo estómago de los recién nacidos pudieran resistir tan enorme trabajo digestivo.¹⁹

La leche materna era siempre considerada como la mejor alimentación para los niños menores de un año. La falta de ésta se podía suplir con una nodriza; sin embargo, ello no siempre era una medida segura. Para comenzar, la nodriza tenía su propio hijo, el que muchas veces pasaba a segundo lugar o simplemente era destetado, aumentando así su riesgo de muerte. Además, también estaba la posibilidad de que la ama de leche traspasara ciertas enfermedades al niño lactante, como la tuberculosis o la sífilis. Ante la imposibilidad de entregar al niño leche materna, se recurría a leches animales, especialmente de burra, yegua, cabra y vaca. En realidad, estas últimas eran las más accesibles, pero, por su alto contenido graso, no eran las más adecuadas. Parte importante de las afecciones gastrointestinales de los menores, normalmente presentes en los meses de calor, se atribuía a la descomposición de la leche de vaca, o a las dificultades en su digestión. Para entonces, aún se discutía la conveniencia de esterilizar la leche de vaca hirviéndola, lo que alteraba su composición química, y se pensaba que ello podía favorecer la aparición de algunas enfermedades.²⁰ En todo caso, la alimentación con leche animal era complementada con productos farináceos,

como la “harina lacteada Nestlé” (harina de trigo) o la Sopa de Liebig (harina de cebada germinada).

Con el fin de mejorar la nutrición infantil, aparecieron, cuando recién comenzaba el siglo XX, las “Gotas de Leche”. Eran instituciones de caridad que daban leche a los niños y, si bien pueden haber contribuido a mejorar su alimentación, algunos piensan que desincentivaron la alimentación con leche materna. Para promoverla, se organizaron incluso concursos de lactantes a pecho, mediante los cuales se repartían premios a las madres cuyos pequeños subieran de peso, luego de alimentarlos por un año con leche materna.

Además de los trastornos alimentarios provocados por la ignorancia y la pobreza, la higiene de los menores también dejaba mucho que desear. Era corriente que los médicos de la época, enfrentados sin duda a casos muy dolorosos, culparan a las madres de “flojas” e “ignorantes” en relación con el cuidado de sus hijos, aunque probablemente supiesen que la verdadera causa de tantos males no podía sólo recaer en ellas. En el Primer Congreso Nacional de Protección de la Infancia el doctor Calvo Mackenna acusaba que:

Son muchísimos los niños de pecho que llegan a los dispensarios con enfermedades graves causadas por la ignorancia o por la flojera de sus madres, que no tienen cuidado de limpiar a sus hijitos cada vez que se ensucian, y que no se toman el trabajo de bañarlos con frecuencia. Muchas veces da asco y pena ver los cuerpos asquerosos de esos pobrecitos, cubiertos de mugre y sumamente hediendos.²¹

Si bien la pobreza se extendía por todo el país, en las ciudades las cosas tendían a empeorar. En el caso de Santiago, por ejemplo, su población se duplicó entre 1813 y 1875.²² Ello significó que la ciudad demostró muy pronto no estar capacitada para absorber convenientemente a su creciente población, de manera que, especialmente en los suburbios, las condiciones de vida eran

deplorables. El carácter de segregación social de la ciudad se fue acentuando, y al Santiago “decente” lo rodeaba, por la parte externa del camino de cintura, un mundo de miseria que era visto como amenazante. En este sentido, el siguiente párrafo extraído del Plan Regulador promovido por el intendente Benjamín Vicuña Mackenna en 1872 da cuenta de esta situación:

El camino de cintura establecerá alrededor de los centros poblados una especie de cordón sanitario por medio de sus plantaciones, contra las influencias pestilenciales de los arrabales (...) esta ciudad completamente bárbara, injertada en la culta capital de Chile y que tiene casi la misma área de lo que puede decirse forma Santiago propio.²³

El hecho de que hasta el Consejo de Higiene no lograra explicarse cómo en Chile seguían extendiéndose pestes que ya habían sido erradicadas de los países civilizados, demuestra las dificultades que tenían los médicos y las autoridades del país, para enfrentar la ignorancia popular. Tal es el caso, por ejemplo, de la resistencia de la población a vacunarse contra la viruela, peste que irrumpía cada cierto tiempo en territorio chileno.²⁴

En realidad, bajar las altas tasas de mortalidad en general, y especialmente infantil, necesariamente pasaba por asumir dos cuestiones fundamentales. En primer lugar, era imprescindible abandonar la actitud de resignación frente a la mortalidad infantil, bajo la excusa de tratarse de una “selectiva ley natural”. En segundo lugar, se hacía imperativo luchar contra la pobreza y la ignorancia, de manera de mejorar las condiciones de higiene en que vivía gran parte de los chilenos, y de perfeccionar la base alimentaria de la población. Sin embargo, la persistente actitud de desconocer o no querer ver la realidad que existía entre los más pobres de la ciudad en nada ayudaba. Quizás —como señala Vicente Espinoza—, las primeras manifestaciones sociales que sacaron a los marginados de los arrabales para instalarse en el corazón de la ciudad, como la huelga de los estibadores en Valparaíso en el año 1903 o la huelga de la carne en el Santiago

de 1905, contribuyeron a que la elite en general y las autoridades en particular, enfrentaran el problema y buscaran soluciones.²⁵

Por mucho que en las décadas siguientes se crearon numerosas instituciones dedicadas al cuidado de la salud, en especial de los niños, el mejoramiento de las condiciones mínimas de higiene y alimentación que pudieran revertir las alarmantes cifras de mortalidad infantil tardarían algo más en llegar. En verdad, recién en la segunda mitad del siglo XX, y especialmente en las últimas décadas, la mortalidad infantil disminuyó en forma destacada. El mejoramiento de las condiciones higiénicas y alimentarias, el incremento de los niveles de educación y especialmente los avances en la medicina infantil, han alejado uno de los motivos de mayor vergüenza del país.

¹ *Revista Médica de Chile*, año XXVI noviembre de 1898, n° 11, pp. 416-420.

² Luis Alberto Romero, *¿Qué hacer con los pobres?. Elite y sectores populares en Santiago de Chile 1840-1895*, Editorial Sudamericana, Buenos Aires, 1997, p. 142.

³ *Ibid.*, año XIX, diciembre de 1890 n° 6 p. 293.

⁴ *Ibid.*, año XX, diciembre de 1892, n° 12, p. 560.

⁵ *Ibid.*, año XXVIII, marzo de 1900, n° 3, p. 113. Contrariamente a la visión optimista del Instituto de Higiene, las escasas cifras que se tienen señalan que en Chile morían más del doble de los menores de un año que en los países europeos.

⁶ *Ibid.* pp. 556-557.

⁷ Colchón de paja.

⁸ *Ibid.*, año XXII, junio de 1894, n° 6, p. 265.

⁹ Nelson A. Vargas Catalán, *Historia de la pediatría chilena: Crónica de una alegría*, Editorial Universitaria, Santiago, 2002, p. 70.

¹⁰ *Revista Médica de Chile*, año XIX, diciembre de 1890, n° 6, pp. 307-308.

¹¹ *Ibid.*, p. 484.

¹² *Anuario Estadístico de Chile*, 1908, p. 691.

¹³ Sobre este punto véase: Álvaro Góngora, *La prostitución en Santiago 1813-1931. Visión de las élites*, Ediciones de la Dirección de Bibliotecas, Archivos y Museos, Santiago, 1994.

¹⁴ *Ibid.*, p. 677.

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ Benjamín Subercaseaux, *Niño de lluvia*, citado por Gonzalo Vial, *Historia de Chile*

1891-1973, Editorial Santillana, Santiago, 1981, vol. I, tomo II, p. 504.

¹⁷ Jorge Délano, *Yo soy tú*, Editorial Zig-Zag, Santiago, 1954, p. 47.

¹⁸ Gonzalo Vial, *op. cit.*, vol. I, tomo II, p. 504.

¹⁹ Informe del doctor Ildefonso Núñez, en Nelson A. Vargas, *op. cit.*, p. 481.

²⁰ *Revista Médica de Chile*, año XXXVI, enero de 1908, n° 1, p. 49.

²¹ Citado por Nelson Vargas, *op. cit.*, pp. 88 y 89.

²² Vicente Espinoza, *Para una historia de los pobres de la ciudad*, Ediciones Sur, Santiago, 1988, p. 14.

²³ Intendencia de Santiago, Plan Regulador, 1872 citado por Vicente Espinoza, *op. cit.*, p. 20.

²⁴ *Revista Médica de Chile*, año XX, julio de 1892, n° 7, p. 264.

²⁵ Vicente Espinoza, *op. cit.*, p. 22.