

MARIA ERICENO ERAZO

Análisis sobre revisión de 200 fichas de ingreso
al Servicio "Madre y Niño" del Consultorio N.º 2
de la Caja de Seguro Obligatorio

Memoria de prueba presentada
al título de Asistente Social
de la Escuela de Servicio
Social de la Municipalidad
de Concepción de Santiago

ocial

1946

Trab. Social
B849
1946
c.1

MARIA BRICEÑO ERAZO

**Análisis sobre revisión de 200 fichas de ingreso
al Servicio "Madre y Niño" del Consultorio N.º 2
de la Caja de Seguro Obligatorio**



UTEM150048989

Memoria de prueba para optar
al título de Asistente Social
de la Escuela de Servicio
Social de la Honorable Junta
de Beneficencia de Santiago



1946

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA METROPOLITANA
SEDE SANTIAGO ORIENTE
BIBLIOTECA CENTRAL

AGRADECIMIENTOS

 Mi eterna gratitud a la Srta. Ana Mac Auliffe
y a la Sra. Valentina Maidagán de Ugarte, por la di-
rección durante el desarrollo de esta Memoria.

A mi tío

Sr. Juan Briceño Salas, con todo cariño.

TABLA DE MATERIAS

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCION	1
CAPITULO I.- Método de investigación.	7
CAPITULO II.- Situación legal de la familia	18
CAPITULO III.- Situación económica del hogar	24
CAPITULO IV.- Alimentación de la embarazada y del recién nacido	34
CAPITULO V.- La vivienda	49
CAPITULO VI.- Referente a los padres	64
CAPITULO VII.- Aspectos médicos	73
CAPITULO VIII.- Referente al niño	82
CONCLUSIONES	94
PROPOSICIONES	97
BIBLIOGRAFIA	99

I N T R O D U C C I O N .

El género humano, en su marcha ascendente hacia la conquista de toda civilización, va marcando sus jornadas con nuevas adquisiciones gloriosas en pro de sus derechos, así es como, después de muchas duras y dolorosas experiencias, hemos llegado a una etapa en que la interdependencia entre los miembros de un estado y entre todas las naciones del orbe civilizado es tal, que esos mismos estados han debido reglamentar, dar normas de convivencia, para la mejor organización y lograr así un mínimo de felicidad, de bienestar entre los hombres.

Y es por esto que muchas leyes han dado origen a instituciones que han venido a cumplir un fin social, necesario para conservar la salud y la vida de los habitantes. Entre estas leyes, en nuestro país, está la 4054, promulgada el 8 de Septiembre de 1924, que dió origen a la Caja de Seguro Obligatorio y que, como todo ser que nace, viene a la vida débil, y necesita crecer, adquirir experiencias para rendir el máximo de sus finalidades.

Esta ley establece, en su artículo 15, letra C, que se proporcionará atención a las aseguradas, durante el embarazo, parto y puerperio, y subsidios de un 25% en el período posterior, prolongado hasta el destete cuando amamantaren al hijo; este período no excederá de 8 meses.

Se creó la sección maternal y la oficina del niño; a éste

se le atendía durante los tres primeros meses de edad; se le daba atención médica, medicinas y, ocasionalmente, alimentos.

En 1936, el Consejo de la Caja creó, dentro de los Servicios Médicos, la Sección Madre y Niño como departamento especializado; se prolongó la atención del niño hasta los dos años y se proporciona leche a las madres incapaces de amamantar.

En 1937 se extendió la atención a las esposas e hijos de los asegurados.

En la actualidad, la sección Madre y Niño de la Caja de Seguro Obligatorio, presta atención pre-natal, parto (en el domicilio o en maternidad), control del recién nacido hasta los dos años y Servicio Social pre y post-natal.

En la atención médica pre-natal, se incluye, además del control mismo del embarazo, cualquiera otra enfermedad relacionada con él y además atención dental gratuita, ya sea de operatoria o prótesis, la que desde el 15 de Junio de 1946, se hace extensiva a la esposa del asegurado, siempre que se controle antes del 5° mes.

Por otra parte, el Código del Trabajo, en su Título III, protege a la mujer embarazada. El artículo 3o7 sujeta a las disposiciones de este título a todos los establecimientos comerciales e industriales, sean públicos o privados, y el Reglamento dictado para su aplicación el 19 de Abril de 1934, amplía el concepto haciendo obligatorias las disposiciones del artículo 3o7, cualquiera que sea el número de obreras que se ocupen.

El artículo 3o9 dispone que las obreras, durante el embarazo, tendrán derecho a un descanso de 6 semanas antes y 5 sema-

nas después del parto, quedando prohibido el trabajo durante este período.

El artículo 3lo dispone que el patrón o empresario está obligado a reservar el puesto a la mujer embarazada y no puede sin causa justificada, despedirla de su ocupación. No se considera causa justa el menor rendimiento de la obrera en su trabajo, por razón de su embarazo.

El patrón deberá ampliar el plazo de descanso en el caso de que el alumbramiento se produzca después de la sexta semana en que comenzó el descanso o cuando se produjere alguna complicación a raíz del parto.

Contempla la ley el pago de subsidios durante el reposo y dispone que el patrón pagará el subsidio correspondiente a 4 semanas antes y 4 semanas después del parto y la Caja de Seguro Obligatorio el equivalente a 2 semanas antes y 2 después, lo que da un total de las 6 semanas que preceden y 6 posteriores al parto; entre ambos pagan el 50% del salario medio y, en el caso de que la obrera no tuviere derecho a subsidio de la Caja, el patrón costeará íntegramente las 6 semanas, en la misma fecha de ajuste de los salarios del establecimiento.

El artículo 6 del Reglamento antes mencionado, estableció, además, que el subsidio de las 4 semanas es sin perjuicio del auxilio de lactancia equivalente al 25% del salario que puede acordar la Caja de Seguro Obligatorio, el que puede prolongarse hasta el destete (Art. 15, letra C, de la ley 4o54) y que el cierre del establecimiento no priva del derecho a subsidio a la obrera que está haciendo uso de reposo.

Son las únicas disposiciones que el Código del Trabajo establece para asegurar la situación económica de la obrera embarazada. Sin embargo, adolece de errores y tiene vacíos enormes.

El subsidio, reducido a la mitad del salario habitual, en manera alguna va a beneficiarla, toda vez que es justamente el último período del embarazo cuando la mujer debe hacer mayores desembolsos económicos, pues requiere más cuidados, mejor alimentación, necesita rodearse de ciertos elementos para el parto, etc. y al aumentar los gastos, en forma inversamente proporcional a las entradas, ocasionará a la futura madre, además del desequilibrio pecuniario, una preocupación más que le impedirá llegar a la hora del alumbramiento confiada y optimista y segura de que dará a luz un hijo sano; factores tan importantes para la mujer en ese trance.

La ley debió protegerla otorgándole un subsidio igual o superior al salario medio. Superior, para compensar el menor salario debido al más bajo rendimiento en el trabajo, por razón del embarazo, sobre todo en el último período, en el que muchas mujeres se sienten tan mal que se ven obligadas a dejar su trabajo, perdiendo así todo derecho a subsidios.

Otro vacío que tiene el Código del Trabajo es que no legisló para las empleadas domésticas; sólo se limitó a las obreras. Así, quedan al margen de toda protección legal más de 90.000 mujeres en edad de concebir, pues, según el censo de 1940, la población femenina asalariada entre los 16 y 45 años se distribuía de la siguiente manera:

Labores agrícolas	13.583
Servicios domésticos	92.000
Obreras	55.748

Todos sabemos cuán triste es la situación de la empleada doméstica en estado de gravidez: trabaja, casi sin descanso, desde las 7 horas, en una faena dura, monótona, hasta las 23 o 24 horas. No puede respetar las normas sobre la higiene del embarazo, porque no tiene tiempo o queda tan cansada al término del día que sólo piensa en acostarse pronto, para recuperar con el sueño, en parte, las energías perdidas en el día.

Ya en los últimos meses del embarazo están expuestas a ser desahuciadas por sus patrones, porque no quieren darse la molestia de llamar la ambulancia de la Asistencia Pública para que se las transporte a la Maternidad, porque temen a alguna levantada de noche en caso de que la empleada sienta los síntomas del parto; pero, por supuesto que si fuera la patrona la que iba a dar a luz, la empleada tendría que amanecerse en pie para atenderla o para estar lista para cualquier mandado.

Y así, la empleada tiene que dejar la casa de sus patrones, para ir de allegada donde primero encuentre, pues, generalmente, o no tienen familiares o son madres solteras repudiadas por los suyos, y comienza para ellas una verdadera odisea. No tienen dinero para pagar su alimento, ni menos el techo, ya que el sueldo que reciben por lo general es tan insignificante, que no pueden ahorrar nada. Así, en estas condiciones desastrosas moral y materialmente, entregan a la vida un niño, generalmente débil y enfermizo y a menudo ilegítimo. Y con esta cruz a cuestas, pues el niño no es un tesoro para ellas sino una cruz, difícilmente logran emplearse de nuevo; deberán contentarse con un sueldo inferior aún, trabajar más que antes y el niño reci-

rá alimentos a la hora que se pueda, será mudado cuando se levante y cuando se acueste, bañado, nunca. Llegará la edad en que necesite comer sopas y papillas y su madre no podrá preparárselas especialmente y su débil organismo tendrá que adaptarse a un poco de cazuela sacado del plato de su mamá, y si no se adapta, se muere. Esta es la triste suerte que corre la empleada doméstica y el hijo, fruto de su instinto.

La legislación debe ser modificada en este sentido y proteger a las empleadas domésticas, concediéndoles descanso y subsidio maternal pagado por el patrón y el Seguro Obligatorio, y además, la garantía de no poder ser despedidas por aquél en caso de embarazo.

Sin embargo, al lado de ese grupo de empleadas domésticas que se halla desamparado, existe otro porcentaje mayor que asiste a los centros pre-natales del Seguro Obligatorio u otra institución de beneficencia donde reciben, además de la atención médica, atención social, encargándose las Visitadoras Sociales de solucionar sus problemas. En cuanto a la madre soltera que no tiene donde pasar los últimos meses del embarazo, es enviada a Casa de la Madre, donde tiene casa, comida y atención médico social hasta diez o más días después del parto.

Felizmente, la labor del Servicio Social y de las instituciones que se ocupan especialmente de la madre y el niño, están siendo cada vez más conocidas y divulgadas y llegará el día en que todo el que las necesite acudirá a ellas y así se evitarán muchos males.

CAPITULO I.

METODO DE LA INVESTIGACION.-

A) Instrumentos de Medición.-

Para llevar a término (la realización de) este estudio, se han usado dos clases de encuestas sociales, una empleada cuando la mujer está embarazada y la otra para el control del recién nacido.

En la primera, encuesta Maternal, se consignan los siguientes datos:

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Edad	Est.C.	Fecha ingreso	N° Ficha

Domicilio

ENCUESTA SOCIAL

Fecha

Grupo familiar	Edad	Relación	Est.C.	Grado Instr.	Profesión	Trabajo actual	Salario	Unid. Cons.
1	_____							
2	_____							
3	_____							
4	_____							
5	_____							
.								
.								

Antecedentes patológicos.- 1) Declaración explícita sobre antecedentes personales y familiares de tuberculosis y de lúes; diagnóstico médico actual y tratamiento indicado.- 2) Contactos que entrañen peligro de contagio intrafamiliar o extrafamiliar.- 3) Particulares de interés para el Servicio especializado.

La vivienda.- 1) Características generales del barrio.- 2) Tipo de vivienda.- 3) Arriendo mensual.- 4) Piezas: a) número; b) distribución; c) condiciones: suelo, cielo, ventilación, luz natural, alumbrado.- 5) Cocina.- 6) Baños y retretes.- 7) Muebles y menaje, distribución de las camas.- 8) Orden y aseo.- 9) Condiciones para asistencia médica a domicilio.

Trabajo.- 1) Ubicación, firma y local.- 2) Clase, descripción de su ejecución.- 3) Condiciones del medio.- 4) Factores nocivos.- 5) Horario.- 6) Distancia.

Situación económica.- 1) Entrada total al mes.- 2) N° de Unidades de consumo.- 3) Cuota mensual por U.C.- 4) Distribución detallada del presupuesto.- 5) Conclusiones sobre: a) alimentación; b) financiamiento del presupuesto.

Particularidades sobre la situación actual de la familia.-

Instrucciones sobre:-

Diagnóstico Social.-

Plan de tratamiento social.-

Cumplimiento del tratamiento social. Síntesis.-

Retiro del Servicio. Fecha..... Causa

Esta es la encuesta que se usa en todos las oficinas de Servicio Maternal de la Caja de Seguro Obligatorio del país y, como se ve, en ella están bien detalladas todos los datos de interés que puedan servir al médico y a la Visitadora Social para el tratamiento de la embarazada.

Ahora bien, en la encuesta que se emplea en la Sección Lactantes, se captan los siguientes datos:

Madre
Niño

Fecha de la Encuesta

Nacimiento.- Fecha , , , , . . . Lugar Peso
Parto (normal o con intervenciones) Diagnóstico...
.....

Condiciones ambientales.- Legitimidad N° de hijos
Problemas jurídicos
Trabajo del padre Salario
Trabajo de la madre Salario
Cargas familiares

Habitación.- N° de piezas, estado de ellas, arriendo mensual,
Retretes, e ondiciones de higiene, cama del lactan
te. Baño del lactante

Alimentación.- Clase Horario Capacidad de
lactancia Succión

Cuidados.- Persona que lo cuida
Antecedentes patológicos

Instrucciones.-
.....
.....

Como se ve, en esta encuesta se captan todos los datos que interesan al médico y a la Visitadora Social para formarse una idea del caso, de las condiciones ambientales en que vive y se desarrolla la criatura.

B) Sujetos de Estudio.-

En un comienzo se tuvo la idea de hacer un estudio de 300 fichas de ingreso al servicio de Madre y Niño y se pensó que sería un buen orden tomar los 300 primeros ingresos del año 1945; pero, posteriormente, se comprobó que esto no era posible por cuanto no todas tenían hechas las encuestas Maternal o del recién nacido y esto por múltiples razones:

1°. Cuando se las visitó estaban ausentes y, aunque quedaron citadas, no concurrieron a la oficina de Servicio Social.

2°. Domicilio erróneo. Al no vivir en la dirección indicada no se les puso hacer encuesta porque no se las encontró.

3°. Aborto. En estos casos no se hace encuesta, o si, al menos se hace la maternal, no existe la del recién nacido.

4°. Traslados a otro consultorio, no teniendo así la encuesta del lactante.

5°. Puerperio. No ha habido control del embarazo; ingresan y se traslada inmediatamente la ficha a la sección Lactantes.

6°. Los casos de embarazadas tuberculosas pasan al servicio de Tisio-Embarazo; y

7°. En los casos de domicilio rural a los que no se visi-

ta y se hace la encuesta en la oficina de la Visitadora Social; pero no siempre acuden a ella.

Por estas razones no se ha podido tomar las 300 primeras fichas de ingreso del año 1945, sino que hubo que tomar aquellas que tenían verificadas las dos encuestas sociales: maternal y del recién nacido. Estas en total alcanzaron a 200, las que se tomaron para este estudio, lo que en el hecho equivale a analizar 400 encuestas ya que en cada ficha se consignan dos.

Tratándose del Consultorio N° 2, parece que el número de fichas completas es muy reducido, ya que en el año 1945 hubo 1.800 ingresos. Pero, además de las 7 razones antes mencionadas, la oficina de Servicio Social Maternal estuvo sin Visitadora Social durante dos meses y casi la totalidad de esos ingresos quedaron sin la primera encuesta.

Sin embargo, hemos estimado necesario, antes de entrar a analizar las 400 encuestas que servirán de base a nuestro estudio, hacer una revisión de los primeros ingresos del año 1945 (300) para sacar algunos cómputos que puedan darnos algunos datos interesantes que no nos darían los otros.

En primer lugar, veamos el porcentaje de aseguradas que ingresaron en relación a las no aseguradas:

CUADRO N° 1

Clase	N° de casos	%
Aseguradas	198	66,
Esposas de asegurados	102	34,
TOTALES	300	100 %

Como se ve, hay una proporción de casi el doble de las primeras con respecto a las segundas.

De las 198 mujeres aseguradas, 95 eran solteras, el resto casadas; así el estado civil de las 300 embarazadas, es como sigue:

CUADRO N° 2

Estado civil de las mujeres	N° de casos	%
Casadas	205	68,3
Solteras	95	31,6
TOTALES	300	100 %

Se ha considerado como soltera a la que, al ingresar, no ha presentado documento que acredite su estado civil de casada, igualmente a las viudas en estado de convivencia o que mantienen relaciones sexuales fruto de las cuales es el actual embarazo.

De estos 300 ingresos, nos encontramos con que 77 pertenecían a mujeres tuberculosas, venidas de todos los sectores de Santiago, lo que equivale al 25,5 %, cifra bastante desalentadora. De estas 77 mujeres tuberculosas, 51 son casadas y 26 solteras; de las casadas 36 son aseguradas y 15 esposas de asegurados, de lo que se desprende que 62 mujeres trabajan y gastan sus energías, lo que, unido a la gestación del embarazo, va empeorando su salud.

Conozcamos la resolución del tisiólogo en estos 77 casos de embarazadas tuberculosas:

1.- En 9 casos no es necesaria la separación, pero se prohíbe la lactancia.

2.- En 45 casos se autoriza la lactancia.

3.- En 2 casos, es necesaria la separación, y

4.- En 5 casos se interrumpió el embarazo. En 2 hubo aborto, uno natural y el otro provocado.

En lo casos el tisiólogo no pudo diagnosticar por inasistencia de las embarazadas. Tres de estas mujeres que, sintiendo síntomas de embarazo, acudieron a controlarse y en realidad no estaban embarazadas y, por último, se presentó un caso de mortinato.

De estos 300 ingresos, 15 mujeres se presentaron con exámenes de Wassermann-Kahn positivo, o sea, el 5% del total y todas se sometieron a tratamiento específico.

De las 300 fichas, se tienen datos de sólo 216, pues, 7 ingresaron durante el puerperio, pasando inmediatamente a Lactantes; en 8 no había signos de embarazo; uno ingresó con síntomas de aborto y el resto no siguió controlándose, ya sea porque abortaron o porque tuvieron atención particular.

De los 216 casos controlados, hubo 182 partos, 12 fueron prematuros, 6,6%, y el resto de término. De éstos, 79 fueron atendidos en el domicilio y 91 en Maternidad; de los prematuros 4 nacieron en domicilio y 8 en Maternidad.

De los 182 partos, nacieron 179 niños vivos y 4 mortinatos, 2,2%, cuyas causas fueron: uno por lues, fué de término y nació macerado; uno prematuro; de otro se ignora la causa y un caso de gemelos en que uno nació vivo y otro muerto.

Durante el primer tiempo del puerperio murieron 4 niños

tres en Maternidad y uno en el domicilio. Las causas fueron: un tuberculoso prematuro; dos prematuros y del último se ignora la causa.

Hubo 18 abortos controlados, sean ellos terapéuticos o porque al acarrear trastornos a la mujer han debido acudir al tocólogo o, simplemente, son aseguradas que habiendo dejado de trabajar unos días a raíz del aborto, van a cobrar el subsidio correspondiente. De estos 18 casos de aborto, 10 fueron atendidos en el domicilio y 8 en Maternidad.

De los 175 niños que vivieron, 125 pasaron a la sección de Lactantes, el resto se trasladó a otros consultorios.

La Visitadora Social del servicio Maternal, efectuó 207 visitas domiciliarias para hacer la encuesta y encontró 40 domicilios erróneos, esto es, el 19,3%. El hecho que haya un porcentaje tan alto de domicilios erróneos se debe a dos causas fundamentales: primero, al ingresar las embarazadas dan domicilio falso, dentro del sector para ser atendidas en el Consultorio que ellas desean y no en el que les pertenece, sea porque les queda cerca del trabajo, o simplemente, porque consideran que es mejor, o porque se han atendido anteriormente; y; segundo, y esto es lo grave, algunas mujeres acuden al consultorio en los primeros meses del embarazo para saber si están o no en estado grávido y luego provocarse el aborto por cuenta propia; casi todas estas mujeres dan domicilio falso para eludir el control de la Visitadora Social y del médico. Es así como, para atenuar este mal, el tocólogo, cuando sospecha esta intención en la embarazada, sobre todo si ésta es soltera y titubea al contestar sus pregun-

tas acerca del domicilio, les retiene la libreta de Seguro Obligatorio, mientras rápidamente la Visitadora hace la visita para constatar el domicilio y hacer la encuesta; si resulta domicilio falso, el médico les hace ver todas las consecuencias médicas del aborto y exige el domicilio verdadero. En caso de hacerse la encuesta por ser exacto el domicilio, la Visitadora, al vislumbrar la intención de provocarse el aborto, también expone a la mujer los peligros médico-sociales y la sanción penal y moral a que se expone.

Hay un porcentaje de aseguradas solteras que dan domicilio falso, con el temor de que al ser visitadas se den cuenta sus familiares y, por último, hay otro pequeño grupo que aparece con domicilio erróneo porque se equivocan al dar el número o porque, especialmente las que viven en conventillos, no dan el número de la pieza y al ser visitadas las vecinas o no las conocen o las conocen con otro nombre de pila. Casi todas ellas pasan a la oficina de la Visitadora Social a explicar el hecho, se les hace la encuesta y en un plazo breve se las vuelve a visitar para conocer el ambiente.

Siempre hay un porcentaje de inasistencia. Las embarazadas acuden al control en los primeros meses y después en el 8° para pedir la orden de descanso, la de matrona o la de Maternidad; pero, las inasistencias que entrañan un verdadero peligro son los casos de tuberculosas, pues, cuando la resolución del tisiólogo ha sido separación de la guagua o que se prohíbe la lactancia materna, las mujeres o sus maridos se niegan a acatar esta resolución y sencillamente no asisten más a control; en estos casos la Visitadora de la sección de Tisio-Embarazo hace la visita pa-

ra citarlas y convencerlas de su error y de las consecuencias funestas que acarreará a la criatura el incumplimiento de las prescripciones médicas. Muchas se convencen y vuelven.

Los traslados a otro consultorio se deben a cambio de domicilio y en los casos de tuberculosis, en que se creía que las madres estaban enfermas y en realidad no era así; o cuando tuvieron algún pequeño proceso pulmonar y han mejorado y, por último, cuando el diagnóstico del tisiólogo es que no se prohíbe la lactancia porque ésta no constituye ningún riesgo para la criatura; en tal caso se envía la ficha al consultorio correspondiente según el sector donde viven.

Antes de finalizar este pequeño estudio, será conveniente conocer la edad del embarazo con que han acudido nuestras madres a controlarlo.

CUADRO N° 3

Edad del embarazo	N° de casos	%
Puerperio	5	1,6
Nueve meses	7	2,3
Ocho "	30	10
Siete "	43	14,3
Seis "	38	12,6
Cinco "	46	15,3
Cuatro "	31	10,3
Tres "	42	14
Dos "	45	15
Un mes	3	1
No había síntomas de emb.	8	2,6
Con síntomas de aborto	2	0,6
TOTALES	300	100 %

La mayoría ingresó con 5° mes de embarazo y 177 de los casos ingresaron antes de ese mes, o sea, más del 50%, lo que es bastante consolador, ya que antes de esa época el control médico significa una garantía de seguridad en favor de la salud de la criatura, pues al ser tratada la madre oportunamente, no le transmitirá ninguna enfermedad.

Al terminar el estudio de estos primeros ingresos de 1945, empezaremos a analizar los cómputos obtenidos a través de las 400 encuestas.

CAPITULO II

SITUACION LEGAL DE LA FAMILIA

Sabemos que la familia "constituye el núcleo de toda sociedad bien organizada". Los hijos nacidos en un hogar legalmente constituido gozan de mayor seguridad para el presente y para el futuro, ya que el jefe de él, consciente de sus deberes de padre y esposo aporta lo necesario para cubrir las necesidades. Así la esposa, no siempre necesitará desatender su casa y su familia para ir al taller a entregar sus energías y ganar su pan y el de sus hijos.

De las 200 fichas analizadas 98 pertenecían a aseguradas y 102 a esposas de asegurados; de las primeras, 46 son casadas y 52 solteras, incluyendo 3 viudas y 6 casadas separadas del marido que conviven o mantienen relaciones sexuales con otro progenitor. Resumiendo tenemos que el estado civil del grupo de mujeres en estudio está compuesto de la siguiente manera:

CUADRO N° 4

Estado civil de las mujeres	N° de casos	%
Casadas	148	74
Casadas separadas	6	3
Solteras	43	21,5
Viudas	3	1,5
TOTALES	200	100

Casi la cuarta parte de las mujeres van a ser o han sido ma-

madres al margen de la ley la que las beneficia a ellas y a sus hijos. Es una cantidad bastante elevada si se considera que son 52 niños que vienen a la vida en condiciones muy desventajosas, aún aquellos que llegan a un hogar cuyos padres están unidos por una simple convivencia, lo que por lo general no les ofrece ninguna garantía para el futuro; son hijos de madres que tienen que trabajar arduamente para subsistir ella y el fruto de sus entrañas y afrontar los escollos creados por los prejuicios sociales.

Como decíamos más arriba, hay un grupo de mujeres que han formado su hogar al margen de la ley, son 31, esto equivale al 62% del total de las solteras, viudas y casadas separadas del marido. Este grupo de mujeres, se encuentra en mejor situación desde el punto de vista económico, ya que tienen un jefe de hogar que trabaja y aporta todo o algo de su salario al servicio de ese hogar.

El siguiente cuadro nos ilustrará en una forma objetiva de la conformación del hogar de las 200 mujeres controladas:

CUADRO N° 5

Situación legal	N° de casos	%
1) HOGARES LEGALMENTE CONSTITUIDOS	148	74
2) UNIONES LIBRES	31	15,5
a) Solteras con solteros	15	
b) " " casados separados	6	
c) " " viudos	2	
d) Casadas sep. con Solteros	5	
e) " " " Casados sep.	1	
f) Viudas " Solteros	1	
g) " " Casados sep.	1	
3) Mantienen RELACIONES SEXUALES:	21	10,5
a) Solteras con Solteros	10	
b) " " Casados no sep.	2	
c) " " Viudos	2	
d) " " se ignora	5	
e) Casadas sep. con Solteros	1	
f) Viuda con Casado no sep.	1	
TOTALES	200	100

Luego de examinar el cuadro, podemos concluir que 148 hogares, o sea el 74% estaban legalmente constituidos, uno de ellos, pasó transitoriamente por un período anormal, pues, el cónyuge lo había abandonado, pero, posteriormente, con la intervención de la V.S., volvió a él.

Encontramos 31 uniones libres, de las cuales 18, o sea el 58% de dichas uniones, tienen posibilidad de legalizarse. Se constató posteriormente que 6 de ellas, fueron legalizadas.

Por último hay 21 casos de simples relaciones sexuales de las cuales 12, o sea el 57,1% tienen posibilidad de legalizar. Vemos que hubo 5 casos en que la mujer, ni siquiera conocía el estado civil del progenitor de su hijo, menos podrá recibir ayuda

económica de él, ni tendrá derecho a exigirle nada. De estos 21 casos, en 9, la mujer no recibía ayuda económica del progenitor y 3 que por esta misma razón y por cesantía, tuvieron que ir, en calidad de allegadas a casa de parientes o conocidos encontrándose en una situación bastante desfavorable como, se ve, para traer un hijo al mundo.

Resumiendo, tenemos que el 74% de los hogares están bien constituidos, el 15,5% son de uniones libres y el 10,5%, eran de simples relaciones sexuales. Por lo tanto habrá un porcentaje de 26% de hijos ilegítimos que deberán vivir y crecer en un ambiente enrarecido y ser hombres prematuramente para comenzar la lucha por la vida. Sin embargo, como dijimos antes, hay un reducido número de casos en que estos hijos fueron legitimados posteriormente por el matrimonio de sus padres.

CUADRO N° 6

Estado civil del progenitor	N° de casos	%
Casados	159	79,5
Solteros	32	16
Viudos	4	2
Se ignora	5	2,5
TOTALES	200	100

De los 159 casados, 8 están separados de sus esposas y conviven con aseguradas cuyas fichas están analizadas en este estudio y 3 no separados de sus esposas que mantienen relaciones sexuales con aseguradas.

Para concluir analicemos la condición legal de los hijos,

fruto del embarazo controlado y computado aquí:

CUADRO N° 7

Condición legal	N° de hijos	%
Legítimos	155	77,5
Ilegítimos	44	22
Naturales	2	1
TOTALES	201	100

Felizmente más de las tres cuartas partes de los niños son legítimos, incluimos en este rubro a 6 niños que fueron legitimados con el matrimonio posterior de sus padres. Se presentó además un caso de gemelos, por este motivo el resultado final es de 201 niños. Entre los hijos ilegítimos la mitad más o menos no ha sido reconocido por el padre, lo que los coloca en una situación desventajosa frente al resto que tienen derecho a exigir alimentos de su progenitor; mucho menos podrán esperar de éste que los eduque y haga de ellos un profesional que les permita abrirse un camino fácil para la lucha por la vida y, por último, dos niños fueron reconocidos por sus padres por instrumento público dándoles así la calidad de hijos naturales que los coloca en un plano, si no igual al de los legítimos, al menos en condiciones que les permite esperar mucho más de sus creadores; ya no serán "hijos ilegítimos que arrastrarán la miserable condición que nuestras sociedades deparan al bastardo, envolviendo también en su ignominia a la que le dió el ser". Sin embargo, y para felicidad de todos, nuestra vida moderna se está sacudiendo lentamente de ese lastre que constituyen los prejuicios y ya no repudia como antes a la mujer caída, sino que la

proteje y se ocupa también de amparar al niño, hijo de padre desconocido.

CAPITULO III

SITUACION ECONOMICA DEL HOGAR

Para darnos cuenta de la situación económica de los 200 hogares analizados en este estudio, hemos considerado en primer lugar las entradas aportadas tanto del progenitor como de la asegurada y también por otros conceptos; y luego, los gastos que tienen que hacer especialmente por concepto de alimentación y de arriendo.

Para empezar, veamos el cuadro siguiente, que nos mostrará en conjunto las entradas del hogar:

CUADRO N° 8

Cantidad	N° de casos	%
5200	1	0,5
3201 - 3300	1	0,5
2901 - 3100	4	2
2701 - 2900	1	0,5
2501 - 2700	2	1
2301 - 2500	4	2
2101 - 2300	5	2,5
1901 - 2100	11	5,5
1701 - 1900	7	3,5
1501 - 1700	22	11
1301 - 1500	24	12
1101 - 1300	38	19
901 - 1100	28	14
701 - 900	30	15
501 - 700	8	4
301 - 500	8	4
101 - 300	4	2
Sin entradas	2	1
TOTALES	200	100

Mediana \$1211.52

Cuartil inferior \$ 897.60

Cuartil superior \$ 1.578.27

La mediana de las entradas generales en los 198 casos, excluyendo los dos en que no hay ingresos pecuniarios, sea por cesantía u otro motivo, es de \$1.211.52. En el 25% de los casos las entradas son de \$397.60, y en el 75% es de \$1578,27.

Ahora veamos el salario de las mujeres cuyas fichas sirvieron para este estudio. Tenemos que de las 200 mujeres 82 no tienen ninguna profesión y sólo se dedican a los quehaceres de su casa, como veremos más adelante. De las 118 restantes, sólo 89 trabajan, una de las cuales no percibe salario, tiene casa y comida solamente.

Analicemos el siguiente cuadro:

CUADRO N° 9
Salario de 88 mujeres

Cantidad	N° de casos	%
1301 - 1500	2	2,27
1101 - 1300	2	2,27
901 - 1100	3	3,4
701 - 900	10	11,3
501 - 700	15	17
301 - 500	20	22,6
100 - 300	36	40,9
TOTALES	88	100

Mediana \$ 381
C₁ " 222
C₃ " 634,33

De las 88 mujeres que perciben salario, el término medio gana \$381 mensual. El 25% gana \$222 y el 75%, \$634,33. Sin embargo como dato ilustrativo diremos que el mayor porcentaje está entre las que ganan entre \$101 y \$200 ms. y son 22 mujeres, justamente la cuarta parte del total.

No anotamos en un cuadro aparte el salario del progenitor por estimar que las cifras no siempre son exactas. Hay un gran porcentaje de mujeres que ignoran cuánto es lo que ganan sus maridos y en la encuesta se anota una cifra aproximada; con mayor razón lo ignoran las mujeres que no están casadas con el progenitor; en estos casos, por lo general, se consigna la cantidad que aquel aporta al hogar o da a la embarazada.

A primera vista parece que las entradas son más o menos suficientes, pero hay que considerar el grupo familiar al cual deben esas entradas, satisfacer sus necesidades. El siguiente cuadro nos mostrará ese grupo, no en número de personas sino en número de unidades de consumo:

CUADRO N° 10

Total de U. de C. en 200 hogares

Cantidad	N° de casos	%
12,1 - 13	1	0,5
11,1 - 12	0	-
10,1 - 11	0	-
9,1 - 10	2	1
8,1 - 9	2	1
7,1 - 8	7	3,5
6,1 - 7	9	4,5
5,1 - 6	13	6,5
4,1 - 5	26	13
3,1 - 4	47	23,5
2,1 - 3	80	40
1 - 2	13	6,5
TOTALES	200	100 %

Mediana 3,24 U. de C.
 C₁ 2,56 " " "
 C₃ 4,48 " " "

Las unidades de consumo en los 200 casos analizados, resultó que la mediana era igual a 3,24; en el 25% era de 2,56 , y en el 75% de los casos, fué de 4,48.

Ahora veamos la proporción que hay entre estas unidades de consumo y las entradas generales a que antes nos referimos, para darnos cuenta si está o nó financiado el presupuesto en estos hogares:

CUADRO N° 11

Cuotas que por U. C. corresponden a entradas generales

Cantidad	N° de casos	%
1500 -	2	1
901 - 1000	2	1
801 - 900	3	1,5
701 - 800	7	3,5
601 - 700	8	4
501 - 600	20	10
401 - 500	41	20,5
301 - 400	36	18
201 - 300	55	27,5
100 - 200	24	12
No hay	2	1
TOTALES	200	100 %

Mediana \$ 356.60

C₁ \$ 247.40

C₃ \$ 482.70

En los 198 casos en que había entradas y por lo tanto corresponde una cuota por U. de C., la Mediana era igual a \$... 356.60; el 25% de esos casos correspondía \$ 247.40 y al 75% \$ 482.70. Como se ve, por lo general, las cuotas son bajas, a excepción de dos casos que eran de \$ 1.500 y otros dos de \$ 1.000.

Veamos los resultados del análisis:

CUADRO N° 12

Presupuesto	N° de casos	%
Muy bien financiado	4	2
Simplemente financiado	156	78
Mal financiado	31	15,5
No financiado	9	4,5
TOTALES	200	100 %

Como se ve hay predominio de los que se financian, porque si bien es cierto que hay presupuestos bajos por U. de C., casi todos ellos pertenecen a empleadas domésticas o mujeres que don de trabajan tienen casa y comida, o simplemente viven con familiares o amigos y no gastan dinero para satisfacer estas necesidades fundamentales, gastando todo su sueldo o todas sus entradas en vestuario u otras cosas de menor importancia.

Será conveniente analizar y comentar los principales gastos de estas familias, cuáles son la alimentación, el arriendo de la habitación y el vestuario.

Sabemos que, por lo general, nuestro pueblo gasta la mayor parte de sus entradas en alimentación, y, en la mayoría de los casos, comen mal, sea porque el presupuesto es insuficiente o por mala administración de la dueña de casa o porque deben aceptar la comida de pensiones que es siempre de mala calidad y cara o, por último, y tratándose de la mujer que trabaja, que debe llegar a su casa a preparar algo rápido para comer y luego retornar al trabajo. No todas las embarazadas tienen alguna persona que se encargue de la confección de los alimentos en su casa y así se ven obligadas a someterse a una mala alimentación.

El cuadro siguiente nos mostrará la cantidad de dinero que gastan estas familias en alimentación:

CUADRO N° 13

Cantidad destinada a alimentación

Cantidad	N° de casos	%
1701 - 1800	5	2,5
1601 - 1700	0	-
1501 - 1600	0	-
1401 - 1500	4	2
1301 - 1400	6	3
1201 - 1300	0	-
1101 - 1200	14	7
1001 - 1100	4	2
901 - 1000	22	11
801 - 900	31	15,5
701 - 800	36	18
601 - 700	14	7
501 - 600	34	17
401 - 500	12	6
301 - 400	7	3,5
201 - 300	4	2
No gastan	7	3,5
TOTALES	200	100 %

Mediana \$ 771.80
C1 \$ 575.10
C3 \$ 931.68

En los 193 hogares en que se gasta en alimentación, tenemos un término medio de \$ 771.80 mensuales. Un 75% gasta \$ 931.68 y un 25% \$ 575.10.

Vemos que hubo 7 casos en que no gastan en alimentación; aquí están incluidos dos casos en que la embarazada se encuentra en calidad de allegada, el resto pertenece a empleadas domésticas que no gastan en alimentos, salvo las que tienen cargas o tienen que gastar en extras.

Podríamos hacer otro comentario respecto a la cuota de alimentación por U. de C., pero bastante claro ha quedado en el estudio que hizo la Liga de las Naciones y que tenía como fin estudiar y conocer cómo se alimentan los pueblos. Nuestro país arrojó un resultado tan deplorable que nos ha sumido en un gran pesimismo; pero, en este caso, sabemos que la gente asegurada se mantiene en un nivel económico muchas veces superior a la del empleado, gastan la mayor parte en alimentación y, salvo excepciones, viven mal.

Veamos ahora las cuotas de alimentación que corresponden por unidad de consumo.

CUADRO N° 14

Cuotas de Alimentación por U. de C.

Cantidad	N° de casos	%
501 - 550	1	0,5
451 - 500	1	0,5
401 - 450	4	2
351 - 400	13	6,5
301 - 350	18	9
251 - 300	44	22
201 - 250	47	23,5
151 - 200	46	23
101 - 150	16	8
51 - 100	3	1,5
Nada ...	7	3,5
TOTALES	200	100 %

Mediana \$ 234,51
C₁ \$ 182,80
C₃ \$ 288,21

Entre los 193 casos en que tienen destinada una cuota a alimentación, la mediana es de \$ 234,51. El 25% de este gente destina \$ 182,80 y el 75% gasta \$ 288,21.

Para terminar, veamos en qué proporción se alimentan bien o mal, considerando como completa la alimentación que consta de 4 comidas diarias; suficiente cuando se refiere a la cantidad, y variada o monótona cuando se refiere a la calidad.

CUADRO N° 15

Calidad	N° de casos	%
Excelente	12	6
Completa, suficiente y variada	71	35,5
Completa, suficiente y monótona	81	40,5
Completa, insuficiente y monótona	29	14,5
Incompleta, insuficiente y monótona	7	3,5
TOTALES	200	100 %

Concluyendo, podemos decir que el 82% se puede estimar como que el presupuesto destinado a alimentación está financiado y que este grupo de personas se alimenta más o menos bien, lo que muchas veces no sucede con otras personas, especialmente los empleados que tienen que llevar un tren de vida más costoso, pagar más arriendo, vestirse mejor y como el sueldo es igual o inferior al del obrero, se ven en la necesidad de descuidar la alimentación.

Analicemos ahora la cantidad que destinan a arriendo este grupo de 200 familias:

CUADRO N° 16

Cantidad destinada a Pago de Arriendo

Cantidad	N° de ca sos	%
651 - 750	1	0,5
551 - 650	2	1
451 - 550	5	2,5
351 - 450	4	2
251 - 350	13	6,5
151 - 250	40	20
50 - 150	84	42
No pagan	51	25,5
TOTALES	200	100 %

Mediana \$ 135,70
 C₁ \$ 94,35
 C₃ \$ 220,37

Entre los 149 casos en que pagan arriendo, el término medio es de \$ 135,70 mensuales; el 25% paga \$ 94,35 y el 75% paga \$ 220,37. El mayor porcentaje, 38 casos, pagan entre \$ 101 y \$ 150 mensuales. En 51 casos no se paga arriendo, sea porque son propietarios o porque viven de allegados con parientes o amigos, tampoco pagan las empleadas domésticas.

Resumiento, diremos que este grupo gasta poco dinero en arriendo, por lo general está reducido a una pieza o arriendan un pedazo de suelo donde tienen levantada alguna mejora.

Y, para terminar este capítulo que se refiere a la situación económica, diremos algunas palabras acerca de lo que esta gente gasta en vestirse.

Encontramos que en 22 casos, o sea el 11 %, el vestuario es muy satisfactorio; en 61 casos, el 30,5 %, es suficiente; en 99 casos, o sea el 48,5 %, es deficiente, y en 18 casos, el

9 %, no les alcanza el dinero para comprar ropas y sólo están atendidos a lo que les regalan.

Puede deducirse que, en general, este grupo se viste mal, ya que menos de la mitad, o sea en 83 casos, solamente disponen de presupuesto mensual para el vestuario.

CAPITULO IV

ALIMENTACION DE LA EMBARAZADA Y DEL RECIEN NACIDO.

Antes de continuar analizando las condiciones ambientales de los 200 hogares en estudio, hemos estimado necesario intercalar un capítulo especial, que se refiera a la alimentación de la mujer en estado de gravidez y luego de lactancia y también a la del niño en su primera época de vida.

La Caja de Seguro Obligatorio se ha preocupado últimamente de la mujer en estado de gestación, ordenando que su personal de médicos, enfermeras sanitarias y visitadoras sociales, de los servicios de Madre y Niño, dé instrucciones y pongan en práctica un plan para instruir a las futuras madres sobre temas de alimentación. Prefirió preocuparse de la embarazada porque al hacerlo, protege al niño que está por nacer, porque estimó que es una mayor oportunidad para que ellas se interesen por las recomendaciones que atañen a su salud y a la formación de la criatura y, porque en esta época, los Consultorios, ejercen un mayor control sobre ellas.

Es evidente que la alimentación influye en la mujer en estado grávido, tanto para su salud general como para la protección del niño contra los riesgos de infecciones. Así la mujer, durante el embarazo y la lactancia, necesita más calorías, más minerales, vitaminas y proteínas que la mujer no embarazada.

Si se atiende a la selección de alimentos, en forma que la dieta sea de gran calidad en todos sus aspectos, se puede confiar en que el apetito regule la cantidad que la persona debe comer.

Con el embarazo, la mujer necesita aumentos progresivos de elementos y calidad de sus dietas. Al principio esos aumentos son imperceptibles, pero, entre el 5° y 7° mes las necesidades calóricas son mayores en un 10% y durante los últimos 2 meses, en un 20%, sobre los requerimientos anteriores a la gestación. El período de lactancia importa un mayor desgaste.

Los factores que influyen en la insuficiencia de las dietas en la mujer embarazada son: la pobreza que imposibilita a obtener la dieta, aunque no toda la gente en buena situación económica ingiere dietas adecuadas; la ignorancia de lo que constituye una dieta sana y adecuada a las distintas etapas de la vida y de cómo prepararla sin destruir sus valores nutritivos especiales; las enfermedades y también los vómitos de los primeros meses del embarazo, agravados a veces por la aparición de parásitos intestinales.

Por lo general, los síntomas de la desnutrición son imperceptibles y la gente no consulta al médico y en otras ocasiones, el presupuesto es tan escaso que no pueden recurrir al facultativo.

El estado nutritivo ideal durante el embarazo, será aquel en el cual el organismo materno estuviera dotado de los elementos adecuados antes, durante y después del parto, para asegurar la satisfacción de las necesidades del feto en su desarrollo intrauterino, para acumular las reservas que necesitará en la

lactancia, para asegurar la nutrición adecuada de las necesidades fisiológicas normales de la madre y para atender a las necesidades resultantes del embarazo y puerperio. Así, la dieta debe ser aumentada y enriquecida con ciertos elementos como la leche y vitaminas, especialmente la vitamina D.

Durante el embarazo existe una elevación del metabolismo basal que es de 25% más alto hacia el final que durante el 4° mes. A menudo el apetito disminuye en el primer trimestre, por lo que resulta difícil mantener el requerimiento calórico. Durante la segunda mitad del embarazo, por el contrario, el apetito aumenta.

Para que una dieta sea completa y adecuada, debe ser rica en vitaminas; en sales minerales, hidratos de carbono, proteínas, etc. El metabolismo proteico está aumentado durante el embarazo y la lactancia. Las necesidades normales de proteínas de la mujer son de un gramo más o menos por kilogramo de peso, en tanto que las de la mujer embarazada, aumenta a 90 y 125 gramos diarios, para atender a las necesidades del crecimiento del feto y del útero. Las dietas ricas en vitaminas, tienden a aumentar la producción de leche. Los alimentos más ricos en ellas son la carne, los huevos y los productos lácteos.

El calcio es uno de los elementos más importantes de la dieta durante el embarazo y la lactancia, lo mismo el fósforo y la vitamina D. Los dos primeros se depositan en los huesos y dientes del feto.

Sabemos que la leche es el alimento que contiene más calcio pero, desgraciadamente en nuestro pueblo es poco consumida,

sea porque desconocen su valor nutritivo o por su elevado costo. En todo caso, su consumo es indispensable a la mujer en estado de gravidez, porque está necesitando calcio para la formación ósea del feto y si no lo adquiere en los alimentos, lo extraerá de sus propios huesos y este debilitamiento la puede colocar al borde de una tuberculosis.

También es indispensable suministrar alimentos ricos en hierro en los primeros meses del embarazo, para evitar la anemia de la madre, la que no hay que confundir con la anemia fisiológica del embarazo que es normal y que no se mejora con dietas por más ricas en hierro que sean. Tanto la anemia de la madre como la del niño pueden ser evitadas por la administración profiláctica del hierro, pues, éste aumenta la cantidad de hemoglobina. Las causas de la anemia de la madre, parecen ser: por la transmisión de las reservas maternas al feto; dieta insuficiente, embarazos frecuentes, etc. La causa de la anemia del recién nacido es una carencia prenatal de hierro o una insuficiencia post-natal del aporte del mismo, o ambos.

El hierro mantiene el pigmento rojo de la sangre de la mujer y del niño a nivel normal y acumula suficientes reservas en el hígado de éste para las necesidades progresivas que el aumento del volumen sanguíneo importa en los primeros meses de vida extrauterina, en que es alimentado casi exclusivamente de leche, la que es pobre en hierro.

Las necesidades mínimas de hierro durante el embarazo, parece ser de 15 a 20 miligramos diarios.

La embarazada, necesita además, consumir grasas e hidratos de carbono, como fuente de calorías, además, las primeras sirven para la absorción de las vitaminas.

Dijimos que las vitaminas desempeñan un papel muy importante en la alimentación de la embarazada. Será necesario analizar cada una de ellas:

Vitamina A:- No es frecuente encontrar casos de carencia excesiva de vitamina A, ya que ésta se encuentra en forma abundante en la mayor parte de los alimentos más comunes. Sin embargo, el embarazo y la lactancia establecen demandas extras para el cumplimiento de los procesos fisiológicos normales de la mujer. Parece ser que la carencia de esta vitamina estimula los partos prematuros y los abortos, facilita la toxemia del embarazo y además acorta el período de lactancia.

La embarazada antes de 5° mes necesita 5.000 U.I. diarias de esta vitamina y después del 5° mes 10.000 U.I.

Vitamina B:- Las necesidades del complejo vitamínico B, dependen del metabolismo basal y de la ingestión calórica que al ser aumentadas por el embarazo y la lactancia, las necesidades de vitamina B, también aumentan. Entre los síntomas de la hipovitaminosis B, están las náuseas, vómitos, fatigas, calambres, parestesias, disnea, polineuritis y algunas formas de queratitis.

Las cantidades de vitamina B que necesita una mujer que lacta es de 500 a 700 unidades internacionales diarias. La cantidad de esta vitamina que contiene la leche, depende, en cierto modo de la dieta de la madre; el organismo prácticamente no po-

see reservas de esta vitamina.

La vitamina B₁ o tiamina, tiene una acción estimulante sobre la secreción láctea. Su deficiencia parece que se debe a los vómitos frecuentes del comienzo de la gestación. Su deficiencia ocasiona pérdida de apetito, así, la mujer ingiere menos alimentos que el de costumbre y la inapetencia y los vómitos forman un círculo vicioso que acarrea la pérdida de elementos nutritivos necesarios. Para corregir esto hay que ingerir tiamina en abundancia, o mejor aún la administración de todas las vitaminas.

La vitamina B₂ o riboflavina está asociada a los procesos de oxidación de la célula. La carencia extrema, lesiona el riñon, el hígado, se desarrolla la queratitis o inflamación de la córnea por la formación de nuevos capilares en ella. Se manifiesta por la aparición de grietas en los ángulos de la boca, inflamación alrededor de la nariz, por el rojo de la lengua.

El ácido nicotínico que es otra parte del complejo vitamínico B ayuda también a la oxidación. La insuficiencia conduce a la pelagra.

Se encuentra en la levadura de cerveza, germen del trigo, cutícula del arroz; en menor cantidad en las carnes magras, leche, huevos, granos enteros cereal, vegetales verdes, arvejas, porotos, etc..

Vitamina C o ácido ascórbico:- Se ha comprobado en el último período del embarazo un leve descenso en el nivel de ácido ascórbico del plasma sanguíneo.

La vitamina C, es hidrosoluble, no se retiene en el organismo y por esta razón su nivel en la sangre depende directamente de la cantidad que se toma con la dieta..

Durante el embarazo debe aumentarse la ingestión de vitamina C por encima de las cantidades requeridas habitualmente, en especial durante las últimas semanas del embarazo y mientras dura la lactancia.

La carencia de esta vitamina predispone al escorbuto, enfermedad que consiste en la ruptura de los capilares y la sangre se derrama en los tejidos; los dientes se aflojan y las encías sangran, se producen hemorragias, los huesos se tornan frágiles, porque se disuelve la sustancia ósea y sobrevienen fracturas espontáneas. Es una enfermedad frecuente en invierno, debido a que en esa época hay escasez de frutas y vegetales frescos: naranja, tomate, zanahoria, etc.. Esta vitamina se encuentra, además, en algunos alimentos crudos de origen animal; se destruye fácilmente por la disecación o por la cocción en contacto con el oxígeno del aire.

Vitamina D.- Es indispensable para regular el aprovechamiento del calcio y del fósforo y, junto con el ácido ascórbico, juega un papel muy importante en la formación del diente. Durante el embarazo, esta vitamina será prescrita por el tocólogo, en las siguientes dosis:

1) antes del 5° mes, una gragea al día (cada gragea de vitamina D contiene 500 U.I.)

2) después del 5° mes, dos grageas al día. En todo caso se procurará ^{que} reciba una dosis diaria mínima, la que irá aumen-

tando progresivamente de 300 a 800 U.I. por día.

Vitamina E:- (alfa-tocoferol). La insuficiencia de esta vitamina predispone a la mujer al aborto. En el hombre produce esterilidad, la que no es recuperable ni aún cuando se ingiera mucha vitamina E.

Se encuentra en el aceite de trigo, repollo, col, además en la leche, en las carnes magras y en los huevos.

Vitamina K:- Los médicos la dan a la mujer antes del parto y al niño inmediatamente después de nacer, para prevenir las hemorragias. En el último período del embarazo, la mujer necesita 2.500 U.I. y durante la lactancia, 3.000.

Se encuentra en todas las verduras de hoja verde.

En general la insuficiencia de las vitaminas y elementos antes mencionados, facilitan las caries dentales de la madre y también influye en la estructura dentaria del niño.

Será interesante conocer la cartilla de alimentación confeccionada por los doctores Julio Santa María y Onofre Avendaño;

"Alimentación de la mujer embarazada con un proceso de gestación normal:

Leche, 1/2 a 1 litro diario (3 vasos).

Carnes: vacuno, ovejuno, ave o pescado. Un guiso de carne diario, más una porción de carne. Una vez por semana reemplazar por hígado de vacuno.

Huevos, uno diariamente o uno día por medio.

Papas o camotes, 1/4 de kilo al día, pesado en crudo, preferir grandes, cocer sin pelar. Preparar puré en el momento de servir.

Verduras, alternar de hojas (acelgas, lechugas, espinacas), de raíces (zanahorias, betarragas, rabanitos) y de fruto (tomates, zapallitos). Una ensalada y un guiso de verduras cocidas al día; cocer en poca agua, aprovechar agua de cocción.

Leguminosas o legumbres secas. alternar tres veces por

semana, porotos, garbanzos, lentejas, arvejas. Enterar 1/4 de kilo por semana.

Queso o quesillos frescos, en cualquiera forma, 1/8 de kilo por semana.

Pan, de preferencia integral, 1 1/2 unidades al día.

Azúcar, hasta 8 terrones o cucharaditas al día.

Frutas, una porción diaria, de preferencia naranjas, duraznos, damascos, manzanas.

Sal, sazonar moderadamente en la primera mitad del embarazo; servir desbrido en la segunda mitad.

Condimentos, muy moderados.

Café, 2 cucharadas al día; té, 2 cucharaditas.

Mantequilla, 100 gramos para una semana.

Aceites o grasas, preferir de origen vegetal, e cucharadas de pestre rasadas al día."

Esta dieta contiene los elementos necesarios para ser calificada como completa, pero hay que agregar las vitaminas A y D que serán prescritas por el tocólogo continuamente durante el embarazo, según la dosis que ya mencionamos.

Es conveniente vigilar el peso de la embarazada a fin de evitar la obesidad y de prevenir las toxemias tardías. Es aceptable un aumento de un kilo por mes, por término medio durante la gestación. El médico deberá restringir la alimentación y dará otras indicaciones toda vez que se note un aumento exagerado.

A la colectividad le interesa que sus miembros estén en un estado nutritivo favorable. Le conviene tener madres sanas para que den a luz hijos sanos, que serán los futuros forjadores de la prosperidad del país.

Desgraciadamente la familia chilena se nutre mal y por lo tanto su salud es deficiente, lo que hace subir mucho el costo del cuidado médico de la comunidad, que viene en gran parte por necesidad pecuniaria del público.

La campaña preventiva contra las enfermedades infecciosas debe remontarse a atacar la mala nutrición, previ-

niendo el raquitismo y el escorbuto en los niños, proveyéndolos de alimentos protectores o asegurando guaguas sanas y robustas por medio de suplementos alimentarios a las madres durante el embarazo y lactancia y así, no se gastaría tanto dinero en combatir las enfermedades después de declaradas.

Los defectos del régimen alimenticio tienen importante repercusión sanitaria:

a) es la causa más frecuente de hipogalactia.- La insuficiente alimentación de la madre nodriza y la falta de leche materna son una de las principales causas de nuestra mortalidad infantil, que es una de las más altas entre los países que tienen estadística.

b) descalcificación, mala dentadura, mala conformación y retardo del crecimiento.

c) frecuencia de la letalidad de las enfermedades infecciosas, especialmente la tuberculosis.

Conviene fomentar el aumento de la producción y consumo de la leche especialmente en la mujer embarazada y en los niños. Otro tanto debe hacerse con la carne, fomentando la internación de ganado argentino directamente a los centros de consumo. Ya que nuestro país no puede abastecer el consumo interno.

Hay que realizar, en los distintos grados de la educación una enseñanza apropiada de los conocimientos básicos de nutrición y difundir las buenas normas de alimentación.

Antes de terminar con la parte que se refiere a la a-

alimentación de la embarazada, será interesante conocer alguna minuta habitual de la alimentación popular:

Desayuno: Café puro y pan. Por lo general no consumen leche.

Almuerzo: Cazuela de vaca y ensalada o carbonada y charquicán y agua hervida.

Hora del té: Café puro con pan. Raras veces consumen mantequilla.

Comida: Cazuela recalentada o sopa y ensalada.

Como podemos darnos cuenta, la dieta no reúne ningún requisito capaz de satisfacer las necesidades mínimas de la embarazada o del niño. Así, toda campaña que se haga en pro del mejoramiento de la alimentación de esta gente, será muy beneficiosa.

Conozcamos, ahora una minuta conveniente para estas personas y que se adapte al presupuesto de que disponen:

Desayuno: Café con leche o cocoa, pan con mantequilla o queso, o solamente frutas, sobre todo en verano.

Almuerzo: Guiso a base de leguminosas con cereales o farináceos.

Hora del té: Un vaso de leche o frutas al natural, o algún postre de leche.

Comida: Sopa de leguminosas o de carne; ensalada de papas o zanahorias, o de hojas, o tomates con asado.

Los alimentos protectores no deben faltar en la dieta y ellos son: la leche, la carne, huevos, verduras, papas, frutas, etc..

Por último, nos interesará conocer la escala de unidades de consumo que se usa en la Caja de Seguro Obligatorio. En ella se toma como unidad a la mujer no embarazada que efectúa los quehaceres de la casa:

TABLA NACIONAL DE UNIDAD DE CONSUMO

	<u>Coefficiente</u>
Hombre adulto de trabajo muy intenso.....	1,4
Hombre adulto de trabajo intenso.....	1,2
Mujer embarazada con trabajo sedentario.....	1,2
Mujer y niño desde 9 años de edad.....	1
Niños de 7 a 8 años de edad.....	0,9
" " 5 a 7 " " "	0,8
" " 3 a 5 " " "	0,7
" " 2 a 3 " " "	0,6
" " 0 a 2 " " "	0,5

Alimentación del lactante:

Requerimiento nutritivo del niño:

Líquido: 150 gramos por kilogramo de peso.

Calorías: 120 calorías por kilogramo de peso en el primer trimestre.

100 calorías por kilogramo de peso en el segundo trimestre.

80 a 90 calorías por kilogramo de peso en el tercer y cuarto trimestre.

Si se emplean estas cifras con leche humana, quedan cubiertas las necesidades de todos los elementos nutritivos indispensables.

En las primeras 24 a 48 horas, sólo se da agua a la criatura. Por 3 o 4 semanas se le da pecho cada 3 horas y posteriormente, cada 4 horas, cinco veces al día.

Alimentación natural: Leche humana 1/5 a 1/6 del peso corporal en el primer semestre, esto es de 180 a 200 gramos diarios por kilogramo de peso.

Del 5° al 6° mes, se complementa con sopas de verduras y purées de frutas, para suplir las carencias que tiene la leche frente al requerimiento del 2° semestre. Al 10° mes, a-

proximadamente, se produce el destete completo.

Es recomendable suplementar la alimentación láctea con vitamina D. Desde el 2° o 3^{er} mes se dan de 5 a 10 gotas de algún medicamento que la contenga como Ostelín. Al prematuro (peso inferior a 2.500 gramos) se le suministrará esta vitamina en la cuarta semana de vida, luego en la sexta u octava semana. La Caja de Seguro Obligatorio recomienda especial vigilancia del prematuro sobre todo en la zona sur y austral del país, en la que debe reforzarse la acción de la vitamina D.

Al 3^{er} y 4° mes se suministra vitamina C, mediante jugos de limón, naranja, tomate, dos cucharaditas diarias.

Sólo se evita la lactancia materna en los casos de madre tuberculosa y cuando hay aglaxia. La leche de la madre es el alimento más sano, adecuado y económico para el lactante.

Alimentación mixta: En los casos de hipogalaxia, se complementa la mamada de pecho, si la cantidad de leche recibida por mamada es hasta de 60 gramos. Si es inferior se suplementa, es decir, se reemplaza la mamada.. En ambos casos se da leche de vaca, según las fórmulas correspondientes.

Alimentación artificial: Se emplea la leche de vaca, 100 gramos diarios por kilogramo de peso; 10 gramos de hidratos de carbono; 50 gramos de cocimiento mucilaginoso, también por kilogramos de peso. Se calcula el total necesario al día, se divide por el número de maderas, cada una de las cuales no debe exceder de 200 gramos. El total de leche no

excederá de 750 gramos diarios.

En los primeros 2 meses, conviene que el cocimiento sea de arroz o de quaker al 5% agregando azúcar (mezclarla con maltosa, sacarosa, dextrimaltosa) con hidratos de carbono.

Ej. para niños de 5 Kls:
500 gramos de leche de vaca
250 gramos de cocimiento lo que equivale a 13
gramos de hidrato de carbono.
37 gramos de azúcar, para completar 50 gramos de hidrato de carbono.

A los 4 meses, se dá hidratos de carbono con harina dorada o maicena.

Ej. para una mamadera:
110 gramos de leche de vaca
5 gramos de harina
60 gramos de cocimiento mucilaginoso. Conviene además, acidificar con jugo de limón al 5% que dá la vitamina C.

Al iniciar el cambio de lactancia de la natural a la artificial, conviene, el primer mes usar Babeure, más el 5% de hidratos de carbono (azúcar o mejor aún, lactomaltosa).

También puede empezarse con leche de vaca, mitad de leche y mitad de cocimiento y demás componentes. En ambos casos hay que suplementar con vitaminas C. y D.

Al 5° o 6° mes agregar verduras, sopas y frutas.

Pueden emplearse, también las leches modificadas cuando no pueden obtenerse o darse leche al natural. Hay que diferenciar entre las completas (tipo Nido), las modificadas ácidas (Pelargón) y las medicamentosas (Babeure, albuminosa tipo Nestalba). De estas leches hay que dar 2,5 gramos (una cucharadita de té rasada) en 25 gramos de agua, lo que equivale a 25 gramos de leche.

Las leches condensadas continen azúcar; se requiere 8 gramos (una cucharadita de té) en 40 gramos de agua, lo que equivale a 40 gramos de leche.

En la alimentación del 9° mes al año, hay que agregar huevo y se reducen a 4 las comidas diarias.

Al 2° año; ración de leche, provisión de albúminas animales y vegetales correctamente distribuídas.

Consideramos que hasta aquí, las nociones sobre alimentación de la mujer en estado de gestación y del niño, han quedado más o menos claras y como esta Memoria, no se refiere a Alimentación propiamente tal, sino, al estudio de las condiciones ambientales de 200 familias, continuaremos con ellas, dejando de lado este breve intervalo.

CAPITULO V

LA VIVIENDA.-

Condiciones de salubridad.-

Muchos han dicho que el hogar es el templo donde reina la familia, y como tal debe estar rodeado de comodidades; debe ser el nido tibio y amoroso donde sus moradores descansen y disfruten de ese amor para compensar la vida árida de fuera; sin embargo, desgraciadamente para la inmensa mayoría de nuestro pueblo, ese templo, ese nido no es más que una buhardilla infecta y llegar a ella significa para el padre, para la esposa y para el hijo una verdadera pesadilla; al primero lo ahuyenta y lo lanza a la cantina o a otro recinto de vicios; a la esposa, que dadas sus obligaciones no la puede abandonar, la enferma, aniquila su cuerpo y su espíritu y al niño lo lanza a la calle donde aprenderá, a muy temprana edad, maldades que pueden hacer de él un futuro delincuente. El hogar debe ser el crisol donde se temple el alma del niño para que en el futuro llegue a ser un hombre honrado, consciente y trabajador, en suma un individuo útil a la sociedad.

Analiquemos el tipo de vivienda en que vive el grupo de 200 familias estudiadas:

CUADRO N° 17

Tipo de habitación	N° de casos	%
Pieza en casa particular	109	54,5
Casa independiente	26	13
Citée	27	13,5
Mejoras	17	8,5
Conventillo	17	8,5
Establo o corral	4	2
TOTALES	200	100 %

Vemos que en más de la mitad de los casos, ocupan una o más piezas en casa particular, sea que la toman en calidad de arrendatarios o que, siendo propietarios, dan en arriendo una o más piezas y así deben compartir el techo con otras personas. 26 mujeres viven en casa independiente; se incluyen aquí algunas empleadas domésticas que trabajan de puertas adentro, dos cuidadoras de casa-quintas y otras que viven en casitas de pasaje.

Habitan departamentos de citées 27 mujeres, las que no siempre viven en forma independiente, pues ocupan sólo una o dos piezas y en el resto viven otras familias lo que muchas veces da la apariencia de un conventillo en miniatura.

Diecisiete viven en mejoras, simples ranchitos de material ligero que no ofrecen la menor comodidad, ni ninguna garantía para la salud de sus ocupantes.

En conventillo viven 17 familias de nuestro grupo, en pésimas condiciones de higiene; generalmente es el típico conventillo de 6 a 20 piezas en torno de un patio común donde se lava y cocina a la vista de todos.

Por último, 4 viven en establo o corral, donde si es cier-

to que las habitaciones son más o menos aceptables, en cambio las moscas constituyen verdadero peligro para la salud de sus moradores.

Ahora, si consideramos el número de piezas que ocupan nuestras aseguradas y sus familias, veremos que el problema de la habitación es peor aún. Veamos primero el cuadro:

CUADRO N° 18

Número de piezas	N° de casos	%
Viven en una pieza	129	64,5
" " dos piezas	47	23,5
" " tres "	19	9,5
" " cuatro "	2	1
" " cinco "	2	1
" " seis "	1	0,5
TOTALES	200	100 %

La mayor parte de las embarazadas controladas habitan, ellas y su familia, en una sola pieza, generalmente en condiciones higiénicas deficientes; casi la cuarta parte vive en dos piezas, son gentes ya con un nivel económico un poco superior y, por último, 24 familias ocupan entre 3 y 6 habitaciones, lo que significa que las condiciones ambientales son bastante favorables.

De los 200 casos, sólo 49, o sea el 24,5%, tienen comedor independiente del dormitorio, 3 tienen hall, sin tomar en cuenta las casas donde están ocupadas las empleadas domésticas, a quienes se les anota los datos referentes a la pieza que ocupan, y, por último, .5 familias tienen, además, una de las habitacio-

nes destinadas a local de algún negocio.

Veamos ahora el estado de higiene de las habitaciones y su conservación. Comenzaremos conociendo la calidad del piso de las habitaciones:

CUADRO N° 19

Calidad del piso	N° de casos	%
Madera	153	76,5
Tierra	37	18,5
Ladrillo o cemento	10	5
TOTALES	200	100 %

En más de las tres cuartas partes, el piso de las habitaciones es entablado, algunas veces están en muy malas condiciones, pero, en general es bueno. En 37 casos es en tierra lo que dificulta el aseo y, por último, en diez casos es de ladrillo o cemento lo que, si bien es cierto que facilita el aseo, en cambio resta calor a las piezas, y así la habitación con una temperatura un tanto baja, especialmente en invierno, predispone a los individuos a enfriamientos y gripes.

En cuanto al cielo de las habitaciones, veamos en qué condiciones se presenta:

CUADRO N° 20

Calidad del cielo	N° de casos	%
Encielada	136	68
Sin cielo	64	32
TOTALES	200	100 %

Vemos que en la mayoría de los casos, las habitaciones tienen cielo, algunas de madera, yeso o lona y en 64 casos no lo tienen, sea que está la tablà rasa del entretecho, o simplemente el zinc o el techo está al descubierto, lo que hace que en el interior de la habitación se sientan con mayor intensidad las inclemencias del tiempo.

En general, la ventilación de las habitaciones es buena, pues están provistas, en su mayoría de ventanas que permiten la entrada de la luz y la aireación, y las más insalubres están llenas de orificios que dejan pasar si nó la luz, al menos el aire del exterior. El cuadro siguiente nos mostrará la proporción y la calidad de la ventilación:

CUADRO N° 21

Ventilación	N° de casos	%
Suficiente	168	84
Regular	19	9,5
Mala	13	6,5
TOTALES	200	100 %

En cuanto a la luz natural, por lo general, es buena. La mayoría, además de ser claras y bien ventiladas, son asoleadas, lo que, como sabemos, influye grandemente en el desarrollo físico del niño y en general, en la salud de la familia. Analicemos el cuadro siguiente:

CUADRO N° 22

Luz natural	N° de casos	%
Suficiente	167	83,5
Escasa	25	12,5
Mala	8	4
TOTALES	200	100 %

Sin embargo, tenemos esos 8 casos en que la habitación es oscura y, por lo tanto, malsana, y 25 casas en que la luz natural es indirecta y escasa.

Será necesario también conocer la clase de alumbrado que usa esta gente en la noche:

CUADRO N° 23

Tipo de alumbrado	N° de casos	%
Luz eléctrica	163	81,5
Velas	36	18
Lámpara a parafina	1	0,5
TOTALES	200	100 %

Más de las tres cuartas partes de las habitaciones se alumbran con luz eléctrica, lo que es bastante alentador, ya que una pieza bien iluminada es acogedora, predispone el ánimo para el trabajo o para la lectura, tan necesaria para adquirir mayor cultura; en cambio, el aspecto triste que ofrece la habitación alumbrada con velas, que nos hace recordar los tiempos de la colonia, cuando la civilización tenía aún mucho camino que recorrer, no ofrece el menor atractivo para sus moradores, especial-

mente el jefe del hogar, quién trata de pasar en el hogar el menor tiempo posible y gusta de entretenerse con sus amigos que por lo general van a parar a la taberna, donde el alcohol atrofia sus mentes y así no piensan en sus vidas sin horizontes.

Veamos ahora la cocina; sepamos en qué condiciones nuestras mujeres confeccionan el alimento. En primer lugar, conozcamos el sitio donde se cocina y si tienen que compartirlo con otras familias o es independiente.

CUADRO N° 24

Tipo de cocina	N° de casos	%
Independiente	173	86,5
En común	14	7
No tienen	13	6,5
TOTALES	200	100 %

Vemos que la enorme mayoría de las familias tienen cocina independiente, pero incluimos aquí a las que cocinan en el patio o lo hacen dentro de las habitaciones, lo que por lo general, sucede en días de lluvia.

Conozcamos ahora la clase de estufa que usan para la cocción de sus alimentos:



CUADRO N° 25

Tipo de estufa	N° de casos	%
Brasero	138	69
Cocina económica	22	11
Hornilla	16	8
Anafe primus	7	3,5
Cocina a gas	3	1,5
Cocina eléctrica	1	0,5
No cocinan	13	6,5
TOTALES	200	100 %

Se ha incluido en este recuento a las empleadas domésticas que, como se sabe, disfrutan de mayores comodidades y ellas son las que cuentan con cocinas a gas, eléctrica y algunas de las económicas. También están las que no cocinan, éstas son generalmente mujeres que trabajan y pagan pensión.

Concluyendo, podemos decir que, en general, nuestras familias no cuentan con los medios higiénicos necesarios para la buena confección de los alimentos, máxime si a esto tenemos que agregar el desaseo que reina, especialmente en los conventillos.

Ahora consideraremos otro factor muy importante para la salud: el aseo personal y, por lo tanto, los medios con que este grupo cuenta para llevarlo a cabo:

CUADRO N° 26

Tipo de baño	N° de casos	%
Lluvia	98	49
Tina con agua fría	6	3
Tina con agua caliente	5	2,5
No tienen	91	45,5
TOTALES	200	100 %

Vemos que casi la mitad de los casos tienen baño de lluvia, la que en su mayoría no se ocupa, en invierno porque es fría y la gente teme a los resfríos, y en verano porque cae poca agua y, por lo general, en los conventillos hay uno o dos baños para una población muy grande y no dan abasto. Entre los casos que no tienen baño, se incluyeron los que están en mal estado y, por lo tanto, no prestan ninguna utilidad. Mucha de esta gente que no dispone de medios necesarios para mantener su cuerpo limpio, acude a los servicios de la Caja de Seguro Obligatorio, que proporciona lluvia y tina caliente, lo que ha venido a llenar una necesidad primordial entre la clase asegurada.

En cuanto a los otros servicios higiénicos, diremos que más o menos la mitad del sector que corresponde al Consultorio N° 2, no cuenta con alcantarillado. Esto, en muchas calles, se ha suplido con la instalación de pozos asepticos, que no cumplen del todo las necesidades para las que fueron creados. Felizmente, en la actualidad se están haciendo trabajos que ya van muy adelantados, en el sector norponiente, con una red de alcantarillado bastante amplia; ese radio está formado por poblaciones obreras de reciente creación. En su mayoría, eran terrenos baldíos que expropió la Municipalidad de Conchalí y que los ha entregado a estas gentes para que construyan sus viviendas y han ido pagando cuotas mensuales bajas para que al cabo de tres o cuatro años se les dé la escritura de compraventa. Este barrio obrero no cuenta en la actualidad con ningún servicio higiénico, no tienen baño, ya que el agua potable la obtienen de cañerías que corren a través de las calles principales

y donde cada una o dos cuadras hay instalada una llave y las mujeres y los niños van allí con sus tarros a buscarla. En estas condiciones, el vestuario no podrá lavarse continuamente y las mujeres que, teniendo que cuidar sus casas y sus hijos no pueden salir a trabajar afuera y que deseando aumentar las entradas pecuniarias al hogar, desearían trabajar en él como lavanderas, no pueden hacerlo por falta de medios. Tampoco cuenta esta gente con retretes de patente, sólo tienen un cajón sobre un hoyo, que es un foco de moscas y malos olores que atentan contra la salud, especialmente de los niños.

Veamos ahora de qué clase de retretes dispone este grupo de 200 familias que estamos estudiando:

CUADRO N° 27

Tipo de servicios	N° de casos	%
W. C. de patente	139	69,5
Cajón	58	29
No hay	3	1,5
TOTALES	200	100 %

Vemos que más de la cuarta parte de las viviendas disponen de un simple cajón construido generalmente sobre un pozo negro y otras veces sobre una acequia cuyas aguas arrastran todas las inmundicias y llevan las infecciones a otros lugares. En el trayecto, puede suceder que esas aguas se empleen en el lavado de la ropa. en el baño de algunos niños y, por último, y esto es lo más peligroso dado el mayor número de afectados, en el regadío de hortalizas que estarán destinadas al consumo

de la población. Dijimos también que en 3 casas no disponen de ningún retrete y la gente tiene que vaciar las aguas servidas en alguna acequia o en un basural próximo a las habitaciones, con el consiguiente peligro para la salud.

Luego de haber analizado la clase de habitaciones y su aspecto externo, veamos su aspecto interno, el menaje de que disponen en proporción al número de personas y a sus necesidades:

CUADRO N° 28

Menaje	N° de casos	%
Suficiente	163	81,5
Escaso	34	17
No tienen	3	1,5
TOTALES	200	100 %

Vemos que más de las tres cuartas partes tienen los muebles suficientes para el grupo familiar. En 34 casos es insuficiente, por lo general está compuesto por un catre, una cama y alguna mesita y silla, y, por último, 3 mamitas no tienen ni siquiera su cama, son empleadas domésticas que se ocupan de puertas adentro y que la patrona se las proporciona; son las que después, cuando pierden la ocupación van en calidad de allegadas a cualquier parte.

Esto es en cuanto se refiere a menaje en general. Ahora comentaremos el número de camas con que cuenta el grupo de 200 embarazadas y sus familias que estamos estudiando:

CUADRO N° 29

Número de camas	N° de casos	%
Tienen una cama	34	17
" dos camas	94	47
" tres "	36	18
" cuatro "	21	10,5
" cinco "	8	4
" seis "	3	1,5
" ocho "	3	1,5
" trece "	1	0,5
TOTALES	200	100 %

Vemos que hay un total de 509 camas para un grupo de más o menos 750 personas.

Ahora conozcamos el promedio de personas por cama:

CUADRO N° 30

Promedio de personas	N° de casos	%
3,6 - 4	1	0,5
3,1 - 3,5	1	0,5
2,6 - 3	4	2
2,1 - 2,5	17	8,5
1,6 - 2	81	40,5
1,1 - 1,5	54	27
1	42	21
TOTALES	200	100 %

Como se ve, en la mayoría de los casos, duermen de dos personas en una cama; en 54 casos disponen de 2 camas para tres personas o de 3 camas para cuatro personas. En 17 casos disponen de dos camas para cinco personas o de 3 camas para 7 personas. En general, podemos decir que el problema de la promiscuidad de lecho no es tan agudo como sucede en otros sectores

de la población ya que sólo en 6 casos duermen de tres a cuatro personas por lecho y, a la inversa, hay 42 familias en que sus miembros tienen cama individual.

Y, para terminar, el análisis de los casos con respecto a la vivienda veamos en qué condiciones de orden y de aseo se mantienen las habitaciones:

CUADRO N° 31

Orden y aseo	N° de casos	%
Satisfactorio	171	85,5
Regular	24	12
Malo	5	2,5
TOTALES	200	100 %

Entre los primeros, se encuentran 10 casos en que las habitaciones se encuentran en excelentes condiciones de higiene, pisos encerados y limpieza y orden en todas las cosas. En los 5 casos en que el orden y el aseo es malo, se debe a la aglomeración de catres, muebles, que están distribuidos desordenadamente y se ve mugre por todas partes.

Como se puede deducir, no todos los hogares son aptos para que la embarazada sea atendida y tenga su parto en el domicilio, pues, no reúnen las condiciones necesarias para que la atención médica se efectúe en buena forma. Veamos cuántos hogares reúnen esas condiciones:

CUADRO N° 32

Condiciones para atención	N° de casos	%
Satisfactorias	154	77
Deficientes	27	13,5
Malas	19	9,5
TOTALES	200	100 %

Como se ve, más de las tres cuartas partes de las embarazadas cuentan con las condiciones mínimas necesarias para ser atendidas en el domicilio; pero, muchas de ellas desean ir a Maternidad porque no tienen quién las atienda, otras porque son primigestas que temen que el parto pueda presentar alguna complicación y necesitan rodearse de recursos médicos, y otras, por fin, porque su calidad de empleadas domésticas o de allegadas, les impide disponer de la casa para este trance. En 27 casos, las condiciones del hogar son deficientes, sin embargo, pese a esto, algunas embarazadas insisten en ser atendidas en él porque dicen que no tienen con quién dejar los niños o porque en la Maternidad no dejan entrar a la familia; a este respecto, la Visitadora Social les ha hecho ver que es una medida muy acertada, toda vez que las visitas no hacen otra cosa que llevar contagios al recién nacido, y, por último, 19 mujeres han debido ser atendidas en Maternidad, forzosamente, porque las condiciones de higiene, la aglomeración y la falta de los elementos más indispensables, no permiten actuar a la matrona y exponen a la puérpera a cualquiera infección.

Y, para poner término a este capítulo, debemos recalcar

la importancia que tiene el hogar en la vida del hombre y la manera cómo éste influye en el porvenir de los hijos. Hemos visto que el problema de la habitación es latente; en la mayoría de los casos el obrero tiene dinero para pagar un arriendo superior al que paga en la actualidad, pero no encuentra dónde, mucho menos si tiene hijos, lo que le dificulta mucho más encontrar una vivienda adecuada. En tal caso, la solución del problema está en manos de nuestros gobernantes que deben tomar las medidas necesarias y destinar parte del presupuesto de la Nación a la construcción de poblaciones obreras y a fomentar la iniciativa particular, haciendo que disminuyan los costos de los materiales de construcción y los impuestos municipales por obra nueva, que son bastante engorrosos.

Sabemos que en Chile, especialmente en las ciudades grandes, hay un déficit de viviendas inmenso y hay que hacer algo para aminorar este déficit. Será necesario terminar con el conventillo trágico que aniquila a nuestro pueblo, cambiándolo por casitas higiénicas y así, indirectamente, se atacaría otro problema candente que no ha podido ser desterrado con ninguna de las medidas aplicadas hasta ahora, el cual es el alcoholismo que día a día va minando a nuestra raza y que arrastra al individuo a la delincuencia, y al hogar a una hecatombe de donde difícilmente podrá emerger.

CAPITULO VI.

REFERENTE A LOS PADRES.

A) Edad de los progenitores.

Sabemos que la edad de los padres es un factor importante en la formación del niño. Por lo general, cuando éstos son jóvenes, inspiran mayor confianza en sus hijos porque están más cerca de su época y por lo tanto hay mayor comprensión, lo que influye grandemente en la formación de su personalidad.

Veremos que la edad de estas 200 embarazadas controladas fluctúa entre los 15 y 50 años en la siguiente proporción:

CUADRO N° 33

Edad de la mujer	N° de casos	%
46 - 50	1	0,5
41 - 45	5	2,5
36 - 40	10	5
31 - 35	39	19,5
26 - 30	48	24
21 - 25	65	32,5
15 - 20	32	16
TOTALES	200	100 %

Mediana 26,31 años
C₁ 22,4 "
C₃ 31,64 "

Como se ve, el mayor porcentaje está entre los 21 y los 25 años; la mediana es de 26 años y 4 meses más o menos; 21 25%

del grupo tiene 22 y fracción y el 75% tiene 31 años y medio. En general, la mayoría son mujeres jóvenes que entregarán a sus hijos lo mejor de sus energías ya que están en la plenitud de la vida.

La edad del progenitor fluctúa entre los 16 y 60 años en la siguiente proporción:

CUADRO N° 34

Edad del progenitor	N° de casos	%
55 - 60	3	1,5
51 - 55	2	1
46 - 50	9	4,5
41 - 45	14	7
36 - 40	23	11,5
31 - 35	29	14,5
26 - 30	65	32,5
21 - 25	39	19,5
16 - 20	12	6
Se ignora	4	2
TOTALES	200	100 %

Mediana 29,6 años
C₁ 25,7 "
C₃ 36,43 "

El promedio de edad del progenitor es de 29,6 años; el 25% es de 25,7 y el 75% es de 36,46. El mayor porcentaje se encuentra entre los 26 y los 30 años, edad aceptable porque están en la mejor época de su vida; han madurado intelectualmente y, por lo tanto, tienen conciencia de su responsabilidad de padres y esposos.

B) Instrucción.-

Será interesante conocer el grado de instrucción que tienen los progenitores. Sabemos la importancia que ésta tiene y cómo influye en el desenvolvimiento intelectual de los hijos ya que aquéllos son los conductores de éstos. Los niños toman siempre como modelos a sus padres para su formación y llegan a ser su copia exacta y se identifican con ellos, siempre que el modelo en algún momento no lesione sus ideales u otras influencias extrañas no se interpongan. De aquí la importancia de que los padres posean una cultura que les permita comprender la responsabilidad que les cabe en el desarrollo y formación de sus hijos con miras al porvenir. Sabemos que la instrucción es una de las armas fundamentales para adquirir esa cultura y es por eso que nos interesa conocer la que poseen las mujeres y los hombres, gestores de un nuevo ser.

En primer lugar, nos interesa conocer el grado de instrucción de la madre que, sobre todo en la edad pre-escolar, es la que influye con mayor predominio en el desarrollo del niño.

CUADRO N° 35

Curso que han alcanzado	N° de casos	%
4° Año de Humanidades	1	0,5
3° " " "	6	3
2° " " "	3	1,5
1° " " "	2	1
6° " Primario	26	13
5° " "	29	14,5
4° " "	40	20
3° " "	39	19,5
2° " "	30	15
1° " "	10	5
Abalfabetas	14	7
TOTALES	200	100 %

Vemos que sólo el 6% de las mujeres han tenido un grado de cultura superior, ya que han alcanzado los primeros cursos de humanidades; el 47,5% cursaron el 2° ciclo de preparatorias encontrándose el mayor porcentaje entre las que llegaron a 4° primario que es justamente la quinta parte del total; el 39,5% posee una cultura muy escasa que apenas les sirve para beneficio propio, y en ningún sentido, para que redunde en beneficio de los hijos; y, por último, hay un 7% de mujeres que carecen en absoluto de toda instrucción lo que las coloca en un mal plano para hacer frente a sus deberes de madre y esposa.

En cuanto al grado de instrucción del progenitor, es muy interesante conocerlo, toda vez que él, aunque con menos intensidad que la madre, influye directamente en el desarrollo intelectual de los hijos; por lo general, él es el blanco de las preguntas de los niños que en cierta edad son tan aficionados a hacerlas y por supuesto que un padre con una cultura media y relativamente inteligente dará respuesta oportuna a todas ellas; pero, si el progenitor tiene escasa capacidad intelectual, imprudentemente reñirá al niño y no le dará una respuesta satisfactoria. Así, el muchachito no volverá a interrogarlo, aún cuando deba permanecer en la ignorancia de un hecho que le interesa e, en el peor de los casos, buscará otra persona, muchas veces sin escrúpulos, que le dé satisfacción a su curiosidad. Observemos en el siguiente cuadro el grado de instrucción de los progenitores:

CUADRO N° 36

Curso que han alcanzado	N° de casos	%
4° Año de Humanidades	2	1
3° " " "	8	4
2° " " "	9	4,5
1° " " "	10	5
6° " Primario	40	20
5° " "	23	11,5
4° " "	31	15,5
3° " "	41	20,5
2° " "	20	10
1° " "	3	1,5
Analfabetos	5	2,5
Se ignora	8	4
TOTALES	200	100 %

El 14,5 % de los progenitores en los 200 casos estudiados, han cursado los primeros años de humanidades; el 47 %, casi la mitad, cursó sólo hasta el 2° ciclo de las preparatorias; el 32 % cursó apenas el primer ciclo de las preparatorias, lo cual es bastante desalentador, pues estos padres en manera alguna estarán en condiciones propicias para educar a sus hijos; el 2,5 % es de analfabetos, porcentaje inferior al de las mujeres que, como dijimos, era del 7 %, y en 8 casos, la mujer ignora el grado de instrucción del progenitor. Es notorio que haya un porcentaje de mujeres casadas que ignoren ésto, parece que este punto a ellas no les importa en lo más mínimo al elegir maridos; lo que no ocurriría si ellas tuvieran conciencia de lo que esto significa para el porvenir de sus hijos.

C) Profesión.-

Nos interesa conocer la actividad de los progenitores, ya que ello nos dará una idea del ^{nivel} standard de vida que llevan. Desde el punto de vista de la mujer, nos interesa saber la actividad que desempeñan por las repercusiones que puedan tener para su embarazo y para el futuro de la criatura; también el porcentaje de mujeres que trabajan durante el estado de gravidez y, desde el punto de vista del hombre, nos interesa, porque según su profesión será las entradas que aporta al hogar, ya que en la mayoría de los casos es él el que soporta el peso económico del hogar. El obrero especializado gana más que el que no lo es, aunque no siempre puede dedicarse al trabajo que conoce a perfección, sino que más bien, urgido por la necesidad, tiene que aceptar lo que primero se le presenta y, por ende, conformarse con un salario inferior.

Veamos ahora el cuadro que nos mostrará las actividades de las 200 mujeres controladas en el Servicio Madre y Niño del Consultorio N° 2:

CUADRO N/ 37

Profesión de las mujeres	N° de casos	%
Operarias de fábrica	46	23
Empleadas domésticas	30	15
Sastres, modistas, bordadoras	16	8
Lavanderas	6	3
Empl. para atención al público	2	1
Mayordoma de cité	1	0,5
Empleadas de oficina	4	2
Profesionales	2	1
Comerciantes por cuenta propia	8	4
Ordeñadoras	3	1,5
Sin profesión	32	41
TOTALES	200	100 %

Vemos que más del 50 % de las embarazadas tienen profesión aunque no todas trabajan en la actualidad, debido a que han tenido que abandonar su profesión, generalmente a raíz de la llegada del primer niño, o bien porque sus maridos no les permiten que trabajen para que se dediquen por entero al hogar. De entre las que trabajan, deben atender, además, a los quehaceres de su casa, lo que les impide cuidar debidamente su embarazo y su salud.

De entre las 118 embarazadas que tienen profesión, el mayor porcentaje lo forman las operarias de fábrica o taller, lo que equivale al 39% con respecto a ese grupo de profesionales, y en su mayoría, 17 casos, son costureras, sastres, etc., que trabajan en fábricas de confección. De las 46 obreras que anotamos en el primer lugar del cuadro, 6 efectúan su trabajo en el domicilio, lo que les permite atender su casa y sus hijos conjuntamente con efectuar una faena remunerativa. El segundo lugar lo ocupan las empleadas domésticas, que son 30, o sea el 36,5 % del grupo de 118 que tienen profesión. Luego, 16 trabajan por cuenta propia en calidad de modistas, sastres o bordadoras, trabajo que efectúan en su casa pudiendo así también atender de cerca a su familia. Por otra parte, 6 son lavanderas, algunas trabajan en su domicilio y otras en el de sus patrones. Tres son ordeñadoras, que como sabemos, trabajan en muy malas condiciones, deben levantarse muy temprano, pasar varias horas en la humedad y en una posición bastante incómoda para el embarazo, son mal remuneradas, aunque ahorran el pago de la casa y reciben uno o dos litros de leche al día. Dos están emple-

adas en recintos donde deben atender al público, una en fuente de soda y otra en baños públicos. Una es mayordoma de cité, trabajo por lo general bien remunerado, tiene además la vivienda gratuita y no desatiende los quehaceres domésticos. Dijimos que las empleadas de oficina eran 4, dos son telefonistas, una es dactilógrafa y la otra efectúa cobranzas. Encontramos a dos profesionales, una de ellas es profesora de los primeros cursos en un colegio particular y la otra es enfermera hospitalaria. Ocho son comerciantes que trabajan con capitales propios, sea que tienen algún negocio en su casa o que tienen alguna pilastra en la vega o en la calle.

Resumiendo, diremos que hay un grupo de 35 mujeres que trabajan sin abandonar su hogar, lo que les permite cuidar de él y de sus hijos. Del resto, 53 forzosamente deben abandonarlo; en ninguno de los dos rubros incluimos a las empleadas domésticas, pues, tanto las de puertas afuera como las de dentro, están en condiciones desfavorables, ya que la jornada de trabajo es muy larga y el tiempo que les queda para atender a los cuidados de su embarazo primero y de su hijo después, es limitadísimo; con mayor razón sucede esto con las que trabajan de puertas afuera que se ven obligadas a descuidar su propio hogar por espacio de 10 o más horas al día.

Sin embargo, como dijimos, no todas las mujeres que tienen profesión la desempeñan, por las razones que ya dimos o por cesantía y es así como, de las 118 que la tienen, trabajan 89, o sea, el 75,4 %, incluyendo a 4 mujeres que transitoriamente están cesantes, en calidad de allegadas y sin ayuda del

progenitor.

Conozcamos ahora la profesión del progenitor, analizando el cuadro siguiente:

CUADRO N° 38

Profesión del progenitor	N° de casos	%
Operarios de fábricas	48	24
Operarios de construcción	24	12
Empleados particulares	24	12
Empleados públicos	5	2,5
Empleados municipales	3	1,5
Fuerzas Armadas	5	2,5
Servicios domésticos	12	6
Mecánicos, electricistas, etc	20	10
Rama de imprenta	8	4
Carpinteros, mueblistas, barnizad.	16	8
Zapateros	3	1,5
Relojeros	2	1
Labores agrícolas	4	2
Comerciantes	19	9,5
Se ignora	7	3,5
TOTALES	200	100 %

La mayoría de los progenitores son operarios de fábricas; la segunda mayoría la ocupan los obreros de la construcción, muchos de los cuales son muy bien remunerados, especialmente los estucadores.

Uno de los progenitores estaba cesante cuando se hizo la encuesta. En 7 casos se ignora por completo la actividad que desempeñaban; son hombres que mantienen o mantuvieron relaciones sexuales con nuestras aseguradas y luego las abandonaron.

CAPITULO VII.

ASPECTOS MEDICOS.

I.- Antecedentes patológicos.-

a) Tuberculosis.- A pesar de que en este estudio no se han tomado en cuenta los casos que pertenecen al servicio de Tisio-embarazo, hemos encontrado algunos en que la lesión pulmonar se descubrió con posterioridad al ingreso. Así, se encontraron 10 casos en que los padres estaban afectados y 7 en que había antecedentes familiares. Contactos extra-familiares sólo hay en 3 casos. Generalmente es el conventillo el que facilita estos contactos. Es de presumir la trascendencia que tiene la tuberculosis en el niño, así, en este grupo analizado, encontramos que tres nacieron contagiados, porcentaje reducido si se quiere, pero que habría sido mucho mayor a no mediar el sistema de la separación del recién nacido de la madre en estado contagioso y enviado a colocación familiar; de todos modos, es un problema para la sociedad. Posiblemente, si estos tres niños a los que se diagnosticó tuberculosis en su primer control, al ingresar al servicio de Lactantes, aún en contacto directo con la madre afectada por un proceso tuberculoso inicial, vivieran en mejores condiciones ambientales: habitación salubre, cama individual; buena alimentación, etc., no se habrían contagiado. Justamente en estos tres casos, la familia es más o menos numerosa y reciben un salario bastante deficiente; en un caso, de

\$ 500 mensuales para 4,2 U. de C., sin pagar arriendo; en el segundo, es de \$ 400 mensuales para 5,2 U. de C., también sin pagar arriendo, y en el tercero, el presupuesto es más o menos financiado, pero está mal distribuido. Estos tres casos pertenecen a familias que habitan un cuarto de conventillo, mal ventilado y donde la vela quema parte del poco oxígeno encerrado en él.

b) Lúes.- Otra de las taras que gravitan inexorablemente en la gestación del nuevo ser, es la sífilis y es un problema muy serio. En 11 casos los padres presentaron exámenes de sangre positivos y se pusieron en tratamiento, dos de los cuales habían sanado al momento de hacer la encuesta y uno de los progenitores se negó a someterse a tratamiento específico, por lo que tuvo que ser denunciado a Sanidad. De estos padres enfermos, nacieron 9 niños contagiados, lo que demuestra que cuando la madre inició su tratamiento, era tarde y no consiguió liberar a su hijo de esta tara, resultado de su ignorancia o de negligencia de su parte. Aquí es donde entra en juego el papel de la Visitadora Social con su labor eminentemente educativa, para hacer comprender a los padres las fatales consecuencias que acarrearán al hijo el no atacar a tiempo la enfermedad. Uno de los 9 niños que nacieron luéticos, era, además, tuberculoso, lo que nos dará una idea de la miseria y de la ignorancia de esos padres que traen a la vida un niño tarado desde la cuna y que bien poco promete para el futuro.

c) Epilepsia.- Encontramos un caso en que el padre era epiléptico, por lo menos el único caso declarado; si es que

hubo otros, no se conocieron. Sabemos que el hijo hereda casi siempre ~~hereda~~ esta enfermedad, que a la larga conduce al individuo a sufrir trastornos mentales que muchas veces lo colocarán a las puertas del manicomio.

d) Alcoholismo.— Se encontraron dos casos de alcoholismo agudo; posiblemente haya más, pero no han sido declarados por pudor u otra causa. En cuanto al alcoholismo ocasional, es muy corriente, lo mismo el habitual, pero, las mujeres no lo dicen a la Visitadora o por recato o porque lo encuentran muy natural. Este problema seguramente es mucho más agudo de lo que a simple vista parece.

Analizaremos, por último, otro aspecto que atañe a la salud, no siendo en sí un antecedente patológico; nos referimos al estado de la dentadura de las mujeres próximas a ser madres. Sabemos que una mala dentadura trae consigo una serie de trastornos al organismo, máxime tratándose de una mujer en estado de gravidez, ya que ella está gastando calcio en la formación del nuevo ser y si ese calcio no lo recibe de los alimentos, deberá su organismo obtenerlo de sus propios huesos, empezando por descalcificar los dientes. Desgraciadamente, la enorme mayoría de las mujeres controladas en este Servicio, tienen sus dentaduras en mal estado y sólo un porcentaje muy reducido tiene sus bocas sanas. Pero, la medida que adoptó la Caja de Seguro Obligatorio en el Congreso de Panamá celebrado en Mayo del presente año y que hace extensiva la atención dentaria, tanto de operatoria como de prótesis, a la esposa del asegurado siempre que ésta controle su embarazo antes del 5º mes,

ha venido a llenar una necesidad bastante apremiante en nuestra clase asalariada, la que no siempre dispone de un presupuesto para destinar al cuidado de su dentadura. Es de esperar que las embarazadas aprovechen esta garantía que les ofrece la Caja y, de ser así, evidentemente y en forma indirecta, se atacaría uno de los males hereditarios de que ya hablamos, que es la sífilis, pues, la mujer al ingresar al Servicio, debe someterse a los exámenes del tórax, orina y Wassermann-Khan, y sabemos que al ser descubierta una lúes antes del 5° mes de embarazo, y puesta la madre en tratamiento específico, el niño nace sano. Por esto decimos que aquélla medida indirectamente atacará esta enfermedad, pues la mujer, por interés de tener atención dentaria, acudirá a control maternal en los primeros meses de su embarazo y si se descubre lúes, se pondrá oportunamente en manos de la ciencia.

II.- Embarazo.-

Las mujeres que han acudido a este Servicio, han venido, en su mayoría, con un embarazo muy avanzado, por lo cual, como ya dijimos, en los casos en que haya lúes, aún cuando se sometan al tratamiento específico, el hijo fatalmente nacerá enfermo.

El siguiente cuadro nos mostrará la edad del embarazo con que se presentaron al control maternal las 200 embarazadas de nuestro estudio:

CUADRO N° 39

Edad del embarazo	N° de casos	%
Puerperio	2	1
9° mes	32	16
8° "	53	26,5
7° "	41	20,5
6° "	28	14
5° "	16	8
4° "	16	8
3° "	11	5,5
2° "	1	0,5
1° "	0	-
TOTALES	200	100 %

El mayor porcentaje se encontró entre las que ingresaron al Servicio en el 8° mes de embarazo, o sea más de la cuarta parte, que es mucho si consideramos las consecuencias ya anotadas.

Hay un porcentaje que, felizmente, ha disminuído bastante debido a medidas restrictivas de la Caja, de mujeres que ingresan cuando ya ha nacido la criatura; las aseguradas acuden con la intención de cobrar subsidios y las esposas de asegurados, para aprovechar la atención del hijo. Al respecto, la Caja ha privado de este derecho a las esposas de asegurados y para que el niño sea recibido en la sección de Lactantes, es menester que la madre haya controlado el embarazo en la institución; sólo se aceptan las aseguradas púerperas y ésto para no privarlas del subsidio. Creemos que esta medida es acertada, ya que así se conseguirá que las embarazadas se pongan en manos del médico tocólogo, para evitar las complicaciones y funestas consecuencias posteriores.

Antes de terminar esta parte del capítulo que se refiere al embarazo, daremos algunas nociones de carácter médico que atañen a él.

La gestación de la criatura fluctúa en un período más o menos grande: 180 a 300 días o más. La causa es puramente fisiológica.

A veces el período se prolonga aún cuando esté acabada la evolución intrauterina y el nacimiento no se produce por condiciones orgánicas de la madre o por irregularidades de la preñez que pueden imposibilitar la expulsión natural de la criatura. Son los partos difíciles que suelen ser mortales para la madre, para el niño o para ámbos.

Otras veces se trata de fetos que murieron antes de terminar su desarrollo y debieron ser extraídos mucho tiempo después.

Debemos recordar también que existen preñeces y partos múltiples y que a propósito de ellos se suscita en Biología, el debatido problema de la superfecundación y de la superfetación, o sea, de si los diversos gérmenes han sido fecundados dentro de un mismo período de ovulación, hecho uniformemente admitido, o de si han sido fecundados en distintos períodos de ovulación (superfetación), hecho admitido para condiciones excepcionales. Y cabe recordar que los casos de nacimientos sucesivos distanciados de momentos, días, semanas o meses, que suelen presentarse en la misma mujer, los explican los biólogos suponiendo que los gérmenes han sido fecundados dentro de un mismo período de ovulación, pero, uno se ha desarrollado

más favorablemente que el otro u otros y ha detenido o impedido el desarrollo de los demás, los que sólo pueden llegar a ser maduros después de libertarse de aquél, viéndose así su gestación prolongada. Cabe entonces una "doble hipótesis: 1º, la de que niños nacidos de una misma madre, con días o meses de diferencia, han podido ser concebidos a virtud de una misma y sola cópula; y 2º, que pueden ser efectivamente el fruto de relaciones distintas con un solo hombre o con hombres diferentes".

El plazo de gestación es el período necesario para que el feto concluya su evolución orgánica intrauterina, y el nacimiento, el hecho fisiológico que pone término natural a esa gestación.

El nacimiento es ordinario o normal, cuando se produce al término de los 270 a 280 días después de la concepción; es precoz, cuando se ha efectuado en menos tiempo, y tardío, cuando ha sido posterior a los 280 días. Pero, en todos estos casos hay nacimiento de término, es decir, la criatura sale a luz después de concluída su evolución intrauterina.

Puede producirse un aborto o un nacimiento prematuro.

"Aborto es la expulsión del producto de la concepción en época en que no tiene posibilidad de sobrevivir fuera del claustro materno, a causa de encontrarse muy incipiente su desarrollo".

"Se llama nacimiento prematuro, la expulsión verificada en época en que ya puede el feto, aunque con mayores o menores dificultades, sobrellevar la vida extrauterina"; esto ocurre después del 6º mes, o sea, después de cumplidos los 180 días.

Se dice que el niño nace viable cuando está apto para

la vida exterior, tiene buena salud general y tiene una conformación compatible con la vida.

Algunas legislaciones como la nuestra, la de Francia, Italia, Argentina, etc. determinan expresamente los plazos máximos y mínimos de la gestación. Nuestro Código Civil, en su artículo 76, los establece como presunción de derecho, esto es, que no admite excepción alguna y conocida la fecha del nacimiento, queda, absoluta e inamoviblemente fijada también la de la concepción, sin que se admita prueba alguna en contrario.

Otros Códigos admiten prueba en contrario, aunque sólo en beneficio de la legitimidad, tales son el de Alemania, España y otros.

En algunos países, por lo general los menos civilizados, no se establece ninguna regla, dejando entregadas las cuestiones que se susciten a la prueba que se produzca en cada caso.

La presunción de la ley en esta materia, nos parece injusta, máxime cuando se trata de presunción de derecho.

"Respecto al plazo mínimo que fluctúa entre los 180 y los 183 días, se incurre en un error biológico, pues a esa edad, sólo puede producirse un aborto, jamás un nacimiento a término por muy precoz que se le suponga."

"Consideraciones legales de este error: Hay una disposición que establece que la criatura que nazca 180 días después del matrimonio, se reputa concebida de él y tiene por padre al marido. Puede éste no ser el padre, el niño ser de término y haber sido concebido antes del matrimonio y haber sido enga-

ñado. Tendrá que resignarse con su suerte, aceptar el hijo ajeno, no podrá ni deducir acción de divorcio contra su mujer. Podrá hacerlo y eludir esta paternidad, probando que en el momento de la concepción, no tenía acceso a su mujer, lo que es muy difícil, a menos que pueda probarse el adulterio de su mujer en el período legal de la concepción en que se procede a una investigación biológica de la criatura".

A la inversa, puede suceder otro caso. Un hijo concebido en un matrimonio, muere el padre y el nacimiento se produce después de los 300 días que presume nuestra ley. En tal caso, ésta lo considera ilegítimo y lo priva de su derecho de herencia, etc. Injustamente porque en realidad era hijo del difunto.

Como se ve, la presunción de derecho no es justa, porque lesiona intereses y porque la ley no puede presumir de derecho en un hecho puramente biológico.

III.- Parto.-

Ahora será interesante conocer dónde y cómo se efectuó el parto de las 200 mujeres cuyas fichas fueron analizadas en este estudio.

107 mujeres fueron atendidas en su domicilio y 93 en Maternidades: en la de San Vicente 53; en San Francisco de Borja, 19; en el Salvador, 11; en la Maternidad Nacional, 10. Esto sólo lo mencionamos como dato ilustrativo.

De estos 200 partos, conozcamos el diagnóstico en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 40

Partos	N° de casos	%
De término	192	96
Prematuros	8	4
TOTALES	200	100 %

De los 200 partos, 192 fueron de término y 8 prematuros, entre los cuales hubo dos casos de nacimiento gemelar; uno de los cuatro gemelos murió al nacer, los otros tres vivieron. Por lo tanto, las 200 mujeres dieron a luz 201 hijos.

También será interesante conocer las condiciones en que se produjo el parto:

CUADRO N° 41

Condiciones del parto	N° de casos	%
Normal	196	98
Anormal	4	2
TOTALES	200	100 %

Casi la totalidad de los partos fueron normales y sólo 4 fueron anormales; de éstos, 3 necesitaron intervención con fórceps y en uno se hubo de hacer cesárea.

Estos son todos los antecedentes que tenemos acerca de los problemas médicos que encontramos en los 200 casos que estudiamos.

CAPITULO VIII.

REFERENTE AL NIÑO.-

Será interesante conocer las condiciones físicas en que estos 201 niños han nacido; así, veremos el diagnóstico médico en el primer control; el peso de la criatura y también el sexo, aunque éste sólo como dato ilustrativo.

Veamos entonces el diagnóstico médico del lactante en el siguiente cuadro:

CUADRO N° 42

Diagnóstico del recién nacido	N° de casos	%
a) <u>Normales</u>	165	82,09
luéticos	7	
tuberculosos	2	
luético y Tbc.	1	
sanos	155	
b) <u>Prematuros</u>	9	4,47
gemelar	1	
distróficos	1	
subnormales	1	
sanos, incluyendo gemelos	7	
c) Subnormales, sin incluir anterior	14	6,96
d) Hipoalimentados (1 luético)	7	3,48
e) Eutróficos	1	0,49
f) Distróficos, exluyendo prematuro	2	0,99
g) Hernia	1	0,49
h) Rino-faringitis	1	0,49
i) Intértrigo	1	0,49
TOTALES	201	100 %

El cuadro precedente nos muestra que 166 niños son sanos, incluyendo los 7 prematuros que no tenían ninguna anomalía, y excluyendo a los 10 niños luéticos y tuberculosos que mencionamos entre los normales. Es una cifra bastante alentadora, que equivale más o menos al 55 % del total. Pero, por otra parte, queda un 23 % de niños con su salud quebrantada, sea por antecedentes patológicos o por mala conformación física o fisiológica. Esto nos demuestra en forma clara que la morbilidad infantil presenta una curva descendente.

Si analizamos el ambiente de que proceden esos 8 niños luéticos, los 2 tuberculosos y el luético y tuberculoso a la vez, veremos que es muy malo. Casi todos viven en una pieza de conventillo, en mal estado, sin luz eléctrica, los salarios son insuficientes, escasa cultura de los padres; de los 11 casos, sólo 6 pertenecen a hogares legalmente constituidos, del resto, dos eran convivencias y tres, simples relaciones sexuales. Además, todas las embarazadas concurren a controlar su embarazo a una edad muy avanzada: 3 al 6° mes, 4 al 8° mes y 3 al 9° mes. Esto les ha impedido ponerse a tiempo en tratamiento con posibilidades de éxito y a eso se debe que los hijos hayan nacido enfermos. La alimentación de esos 11 casos era suficiente en 6, e insuficiente en 5. La profesión de las madres de los 11 niños enfermos era: 3 empleadas domésticas; 2 lavanderas; una costurera; dos operarias de fábrica, y 2 sin profesión.

Ahora daremos a conocer el peso de nacimiento de los 201 lactantes:

CUADRO N° 43

Peso del recién nacido

Peso en gramos	N° de casos	%
5601 - 5900	1	0,5
5301 - 5600	1	0,5
5001 - 5300	-	-
4701 - 5000	1	0,5
4401 - 4700	14	7
4001 - 4400	3	1,5
3801 - 4100	27	13,5
3501 - 3800	21	10,5
3201 - 3500	61	30,5
2901 - 3200	47	23,5
2601 - 2900	9	4,5
2301 - 2600	8	4
2000 - 2300	8	4
TOTALES	201	100 %

Mediana 3341 grs.
 C₁ 2917 "
 C₃ 3744 "

La mayor frecuencia se encuentra en los 3341 gramos, el 25% de los niños pesó 2917 grs. y el 75% pesó 3744 grs.

Vemos que hubo 8 niños con un peso inferior a 2300 grs., pero eran todos prematuros.

Para terminar el análisis de las condiciones físicas de los 201 lactantes, daremos a conocer el sexo:

CUADRO N° 44

Sexo de los lactantes	N° de casos	%
Masculino	99	49,25
Femenino	102	50,75
TOTALES	201	100 %

Hubo una pequeña mayoría de varones; se puede decir que el sexo, por lo menos en este grupo, está equilibrado.

Ahora nos ocuparemos de analizar el ambiente que rodeó a los niños al nacer y las costumbres a que debieron adaptarse. En primer lugar, nos interesa saber cómo fueron alimentados en los primeros meses de vida:

CUADRO N° 45

Alimentación	n	N° de casos	%
Natural		166	82,58
Mixta		26	12,93
Artificial		9	4,42
TOTALES		201	100 %

El enorme porcentaje fué alimentado con leche humana; un niño prematuro necesitó nodriza, pues su madre tuvo una capacidad de lactancia nula. Luego, casi el 13% de los lactantes tuvieron una alimentación mixta, están incluidos aquí los mellizos cuya madre, aún cuando tenía una buena capacidad de lactancia, no era la suficiente como para amamantar dos niños a la vez; en los otros casos fué por hipogalactia de la madre o porque ésta trabaja fuera del hogar, dejando al hijo al cuidado de familiares y tiene, por lo tanto, que ser alimentado con mamaderas. Por último, 9 niños no recibieron leche materna, sea por agalactia o por prescripción médica, en caso de madre tuberculosa. Resumiendo, vemos que 10 mujeres no lactaron a sus hijos, pero una de ellas optó por tomar una nodriza

para el suyo, el resto lo sometió a mamaderas.

Sabemos que la alimentación artificial, a veces, acarrea trastornos digestivos a las criaturas, sea por inadaptación de sus organismos o por mala preparación de las mamaderas, sobre todo en los primeros meses de vida, época en que los trastornos digestivos suelen ser fatales. Felizmente, en esta situación se encuentra la minoría de los casos, de lo contrario, esto pasaría a ser un problema muy agudo.

De aquí la importancia que tiene el hecho de que la mujer durante su embarazo, adopte toda clase de medidas en pro de su estado de salud general, de someterse a un régimen alimenticio adecuado para ser después del parto una buena nodriza, que le permitirá criar a su hijo sano y robusto.

Será interesante también conocer la capacidad de lactancia de las 200 mujeres que dieron a luz:

CUADRO N° 46

Capacidad de lactancia	N° de casos	%
Suficiente	140	70
Escasa	50	25
Nula	10	5
TOTALES	200	100 %

Si comparamos este cuadro con el anterior podemos ver que hubo 25 niños (no olvidar que uno tuvo ama de leche) que fueron alimentados con leche de su madre aún cuando ésta tenía escasa capacidad de lactancia; de aquí que hayamos encontrado criaturas hipoalimentadas o con otros trastornos por falta de

alimentación.

Ahora analizaremos el horario que observan las madres para la alimentación de sus hijos:

GUADRO N° 47

Horario	N° de casos	%
Cada 3 hrs. 6 veces al día	166	82,58
Cada 4 " 5 " " "	22	10,54
Cada 2 " 9 " " "	1	0,49
Irregular	12	5,97
TOTALES	201	100 %

El 93 % tiene un horario correcto de alimentación, lo que significa para los niños una mayor garantía de que no sufrirán trastornos digestivos, tan frecuentes cuando hay desorden en los intervalos en que el débil organismo de los pequeños debe descansar.

Los 12 niños sin horario en su alimentación, eran amantados cuando despertaban después de largas horas de sueño, cuando lloraban o bien cuando a la madre le quedaba tiempo, y todos sabemos que por lo general la mujer de la clase obrera es muy ocupada y dispone de escasos momentos. En estas condiciones anormales, esos 12 niños recibían muy poco o en exceso el alimento con todas las graves consecuencias para la criatura.

Otro factor que tiene importancia en lo que a alimentación del lactante se refiere, es la succión, pues interesa que el niño tome la cantidad de alimento necesario para su de-

sarrollo y mal podrá tomarlo si tiene alguna dificultad en su captación.

El cuadro siguiente nos mostrará la situación:

CUADRO N° 48

Succión	N° de casos	%
Normal	199	99
Anormal	2	1
TOTALES	201	100 %

Casi la totalidad de los niños succionan normalmente, incluímos entre los normales a los 9 niños que reciben alimentación artificial y uno que regurgita, pero se debe a que la madre es muy pródiga con su hijo al darle las mamadas. Los dos niños que succionan mal se debe a que tienen algo de lo que les dificulta enormemente la captación de su alimento.

Saliéndonos ya de la alimentación del lactante, nos referiremos a su cuidado y veremos a quién está confiado:

CUADRO N° 49

Cuidado por:	N° de casos	%
La madre	178	88,55
La madre y parientes	19	9,45
Parientes	4	2
TOTALES	201	100 %

La mayoría de los niños están cuidados directamente por su madre, muchas de las cuales son empleadas u obreras

salas-cunas, otros permanecen en algún canasto o cajón cerca de la madre que los vigila y les dedica cortísimos momentos. Las empleadas domésticas, que por lo general trabajan de puertas adentro, cuidan de sus hijos, pero en forma muy deficiente, porque el tiempo de que disponen es muy escaso. Por otra parte, 19 niños son atendidos por los familiares mientras la madre trabaja y por ésta mientras permanece en la casa. Por último, 4 niños no reciben el cuidado de su madre, dos de las cuales son empleadas domésticas de puertas adentro y el hijo los cuida la abuela; las otras dos los encomendaron a su familia. Así los niños que se encuentran en mejores condiciones son los hijos de aquellas madres que sólo se dedican a los quehaceres de su hogar, o que trabajan en él como también las que los llevan a salas-cunas.

Veamos ahora cómo duermen los 201 niños. Sabemos que tiene importancia esto para el normal crecimiento del niño y para su estado de salud general:

CUADRO N° 50

Tipo de cama	N° de casos	%
Individual	144	71,64
con un niño	1	0,5
con la madre	44	21,89
con dos aultos	12	5,97
TOTALES	201	100 %

Felizmente la mayoría de los niños tiene cama individual, 102 de los cuales, incluyendo a los mellizos que duermen juntos,

tienen cunas o coches cunas donde duermen en magníficas condiciones y 42 tiene sillas acondicionadas o cajón. Muchas madres por ignorancia o mala costumbre duermen con sus hijos por el temor de que se enfrién demasiado si no los protegen con el calor de su cuerpo, aún cuando tenga cama individual para ellos. Se les ha intruído al respecto y se las ha hecho comprender la conveniencia de que los niños duerman solos. Otras veces no es por ignorancia, sino más bien por falta de medios o porque la pieza que habitan es muy chica y no es posible armar otra cama, aún cuando la tengan guardada.

El baño del niño es otro de los factores que influyen en el mantenimiento de su salud y de su desarrollo normal. Así, nos interesa saber en qué proporción los lactantes mantienen su cuerpo limpio y cada cuánto tiempo son bañados:

CUADRO N° 51

Baño	N° de casos	%
Diario	37	18,4
Día por medio	70	34,8
Cada 2 días	14	8,9
2 veces por semana	30	14,9
1 vez por semana	11	5,4
Cada 15 días	1	0,5
1 vez al mes	3	1,5
No son bañados	35	17,4
TOTALES	201	100.-

Felizmente la mayoría de los niños, mantienen su cuerpecito limpio, 15 en condiciones deficientes y los que no son bañados es por prescripción médica, debido a alguna bronqui-

tis o resfrío, o por falta de tiempo de la madre, por falta de medios o simplemente por desaseo.

Hasta aquí hemos llegado con el estudio de las condiciones ambientales del niño en sus primeros 3 meses de vida. No fué posible seguir la investigación porque varios de ellos fueron trasladados a otros consultorios, dos fallecieron, otros fueron retirados por inasistentes y, por último, como éste fué un estudio de ingresos a la Sección Maternal del año 1945, hubo niños que nacieron a fines del año o en el primer semestre del año actual y en tal caso sólo tienen hecho el control del recién nacido y falta el de 6 meses y los que se siguen haciendo posteriormente hasta los dos años, edad en que cesa la atención de la Caja de Seguro Obligatorio.

Para terminar, haremos hincapié en la importancia que tiene el ambiente en el desarrollo físico y psíquico del niño, lo mismo que la herencia; así, habrá que adoptar medidas de carácter profiláctico para contrarrestar las consecuencias que acarrearán esos factores que en nuestra clase obrera son deficientes. Entre esas medidas, podríamos mencionar la creación de un gran número de salas cunas, de Gotas de leche y todas esas instituciones que tienden a apartar al niño de la miseria física. Son medidas del más alto interés social, por cuanto contribuyen a extirpar los gérmenes del vicio y del delito.

Al lado de éstas, deben colocarse las medidas de mejoramiento de las clases desvalidas, como la creación de habitaciones para obreros, la estructuración de un plan de entretenimientos, para apartarlos de la cantina, el fomento de los deportes

y la implantación de un vasto plan educacional en pro de la cultura del pueblo tan necesaria para el progreso de una nación.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES.

Después del análisis detallado de las 400 encuestas sociales efectuadas en el Servicio de Madre y Niño del Consultorio N° 2, podemos deducir las siguientes conclusiones:-

Que las tres cuartas partes de los hogares están constituidos legalmente, pero hay un 15% de uniones libres y un 10% de simples relaciones sexuales.

Que el 77% de los hijos fueron legítimos.

Que frente al aumento creciente del costo de la vida, los salarios se hacen insuficientes, lo que provoca la desnutrición del pueblo. Por esta razón, muchas veces la madre se ve obligada a abandonar el hogar y sus hijos para ir a trabajar, para incrementar y equilibrar el presupuesto familiar, que el marido es incapaz de financiar por sí solo, sea por salario escaso o por alcoholismo u otro vicio. Sin embargo en los 200 casos estudiados, encontramos que más de las tres cuartas partes cuenta con relativa situación económica, pero ésta sólo alcanza a satisfacer las necesidades mínimas.

Que cerca de la mitad de las familias tienen una alimentación suficiente, pero, en general, es de regular calidad.

Que en general esta gente se viste mal, pues, menos de la mitad dispone de un ítem mensual para el vestuario.

Que más de la mitad de las familias viven en una pieza que arriendan en casa particular. En general, las tres cuar-

tas partes viven en condiciones higiénicas aceptables y casi la mitad paga un arriendo inferior a \$ 150 mensuales.

Que menos de la cuarta parte de las familias disponen de casa individual para cada uno de sus miembros y en casi la mitad de los casos, duermen dos personas en una cama.

Que la mayoría de las madres son jóvenes y la edad media de los progenitores es de 30 años.

Que los padres poseen una cultura media mínima.

Que en el 44% de los casos las madres trabajan durante el embarazo.

Que la mitad de las mujeres con profesión son operarias de fábrica y la mayor parte del resto son empleadas domésticas.

Que casi la cuarta parte de los progenitores son también, operarios de fábrica y más de las tres cuartas partes son profesionales que trabajan o pueden trabajar por cuenta propia.

Que en general, los padres son sanos, pero que hay un 9% de tuberculosos o con antecedentes de tuberculosis y casi un 8% de luéticos.

Que en general, las mujeres tienen la dentadura en mal estado.

Que el alcoholismo de los padres, en la mayoría de los casos, es de tipo ocasional.

Que la mayoría de las mujeres controlan su embarazo en los últimos meses.

Que casi la totalidad de los niños nacieron de término y en forma normal.

Que la mayoría de los niños se presentaron sanos al primer control médico, pero hubo un 6% que heredó tuberculosis o lues de sus progenitores.

Que la mortalidad infantil del grupo analizado es muy escasa.

Que más de las tres cuartas partes de los niños tuvieron alimentación natural. y

Que casi las tres cuartas partes de ellos tienen cama individual y otra cantidad igual de niños, son bañados regularmente.

PROPOSICIONES

A continuación nos permitiremos proponer algunas ideas tendientes a mejorar las condiciones de vida del obrero y su familia:-

En primer lugar es preciso aumentar los salarios vitales del marido para que la esposa no se vea en la necesidad de desatender su hogar y sus hijos para trabajar e incrementar las entradas pecuniarias.

Aumentar el subsidio maternal al 100% o más del salario ganado por la obrera y hacer extensivo este beneficio, por parte del patrón, a las empleadas domésticas.

Construir poblaciones para obreros en los barrios industriales y fomentar la iniciativa privada mediante el abaratamiento de los materiales de construcción.

Organizar en la Caja, un plan educacional con los asegurados.

Reunir periódicamente a las madres con el fin de darles charlas de higiene, de distribución del presupuesto familiar, de puericultura y demostraciones prácticas de dietética especialmente infantil, de costura, dando preferencia a la enseñanza de la confección de la ropa de guagua.

Formar en la Caja una especie de cooperativa, a cargo de una V. Social, donde se vendiera a las aseguradas, géneros para la confección de ropa de guagua a precios bajos y se les regale a las madres de muy escasos recursos. La ropa puede ser confeccionada por ellas mismas en las reuniones del cen-

tro de madres. Las embarazadas que se interesen por comprar la ropa de la criatura en esto que llamaremos ropero infantil, depositarán allí, todo el dinero que les sea posible y cada vez que los deseen para formar un fondo de ahorro con el que comprarán la ropa, la que será retirada en las postrimerías del embarazo o antes por aquéllas.

Organizar cursos de alfabetización que podrían funcionar después de las horas de trabajo, o bien durante la espera del turno de atención, debiendo funcionar uno por sección o por piso, en los Consultorios grandes y uno o dos en total en los centros de menor afluencia de público.

Introducir en el programa educacional en los primeros grados de la instrucción, la enseñanza de puericultura, ya que nuestras mujeres, por lo general, no alcanzan a terminar sus estudios primarios. Igualmente conviene introducir la enseñanza de costura que esté más de acuerdo con el papel de madres que desempeñarán las colegialas en el futuro.

Dotar de un pabellón a los Consultorios grandes, para colocación de preescolares durante las horas de trabajo de la madre, con una pequeña sección donde permanezcan los niños durante la ausencia de aquélla con ocasión del parto o alguna enfermedad que la obligue a acudir al Hospital.

Y por último, proteger al niño para disminuir la mortalidad y morbilidad infantil, que en nuestro país alcanza cifras muy altas.

BIBLIOGRAFIA

- Allende, Dr. Salvador.....La realidad médico-social chilena, 1939.
- Balseiro, Odulia Factores médico-sociales que influyen en la mortalidad infantil. (Tesis) 1944.
- Cereceda, María Cristina..... La atención pre-natal. (Tesis)
- Dahlgren, María El S.S. y la atención del lactante en la oficina del Niño del Puerto. Caja de S.O. (Tesis).
- J. Harry Elbs M. O. Un Capítulo de "Tratado de la Nutrición" editado por la American Medical Association.
- Mac Collun y Becker La alimentación y la salud.
- Ramírez Frías, Tomás Contribución al estudio de la previsión de la delincuencia.
- Escuela de Salubridad..... Curso de alimentación.
- Universidad de Chile..... Revista de Derecho. 1938.
- Caja de S.Obligatorio Boletines: 15 de Set. y 1º de Octubre de 1946.