

“Profilaxia del Abandono”: Cien Años de Protección de la Infancia en Chile

LUISA SCHONHAUT B.¹

1. Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

ABSTRACT

Profylaxis of Abandonment: One Hundred Years of Children Protection in Chile

Introduction: During the 19th century and the beginning of the 20th century, infant mortality in Chile was one of the highest in the world. It was common that in poor spheres, children grew in orphanhood, abandonment, and vagrancy. Shelter and welfare institutions, which were supported by the religious and aristocratic philanthropy, had poor life expectancy indicators. Infancy rights were just appearing in the world. After the large epidemics at the end of 1900, the medical corps was sensitized and fomented promotion and primary prevention activities, which went beyond the pure biomedical scope, breaking the existent paradigms. From the second half of the century, life conditions, sanitation, and educational levels improved a lot. When the National Health Service was created, the medical care was organized and public policies with broad coverage were generated, which took us to health standards that were equivalent to those of developed countries. **Aim:** Travel through the history of infancy in our country and comment the effort of some infancy welfare works of large impact in mother and child health, such as Casa Nacional del Niño, Patronato Nacional de la Infancia, and Seguro Obrero Obligatorio. From here on, we consider the present and future challenges that are present in pediatrics. **Conclusions:** Chile has been through a fast epidemiologic and demographic transition, which has brought new challenges in the child health sphere, related basically with life styles, development and mental health. Accordingly, we, pediatricians, should broaden the welfare point of view, incorporating the development approach and the psychosocial and emotional dimensions in the children's care. Following our social pediatrics heritage, we should continue fighting for the equity of opportunities and for the actual fulfillment of the children's rights. **(Key words:** Infancy, social security, pediatric history).

Rev Chil Pediatr 2010; 81 (4): 304-312

RESUMEN

Introducción: Durante los Siglos XIX y principios del XX, la mortalidad infantil en Chile se encontraban entre las más elevadas del mundo y en los sectores populares era frecuente que los niños crecieran en medio de la orfandad, el abandono y la vagancia. Las instituciones de acogida y protección, que eran sustentadas

Trabajo recibido el 29 de julio de 2010, devuelto para corregir el 2 de agosto de 2010, segunda versión el 13 de agosto de 2010, aceptado para publicación el 17 de agosto de 2010.

Correspondencia a:
Luisa Schonhaut B.
E.mail: lschonhaut@alemana.cl

por filantropía religiosa y aristocrática, tenían pobres indicadores de sobrevivencia; los derechos de la infancia recién emergían. Tras las grandes epidemias de fines del 1900 se sensibilizó el cuerpo médico, impulsando actividades de promoción y prevención primaria, que iban más allá del ámbito biomédico puro, lo que derribó los paradigmas existentes. En la segunda mitad del siglo se avanzó a pasos agigantados en las condiciones de vida, en el saneamiento ambiental y los niveles de educación. Con la creación del Servicio Nacional de Salud se organizó la atención médica y se generaron políticas públicas de amplia cobertura, las que nos llevaron a estándares comparables con países desarrollados. **Objetivo:** Recorrer la historia de la infancia en nuestro país y comentar la labor de algunas instituciones que tuvieron gran impacto en la salud materno infantil, como la Casa Nacional del Niño, el Patronato Nacional de la Infancia y el Seguro Obrero Obligatorio. A partir de ello, se reflexiona sobre los retos actuales y futuros de la pediatría. **Conclusiones:** Chile ha pasado por una rápida transición epidemiológica y demográfica que ha traído consigo nuevos desafíos en el ámbito de la salud infantil, relacionados fundamentalmente con los estilos de vida, desarrollo y salud mental. En consonancia, los pediatras deberíamos ampliar la mirada asistencialista incorporando el enfoque de desarrollo y las dimensiones psicosocial y emocional en el cuidado de los niños. Siguiendo nuestra herencia de pediatría social, deberíamos continuar abogando por la igualdad de oportunidades y por el efectivo cumplimiento de los derechos de la infancia.

(**Palabras claves:** Infancia, protección social, historia pediatría).

Rev Chil Pediatr 2010; 81 (4): 304-312

“... entonces lloró, se lamentó i exclamó al cielo, nuevamente, gritando que la privase de la vida, pues creía ser la crítica de todos por haber parido tanto niño, i lo peor, no tener con que alimentarlos”¹.

Introducción

Chile en los Siglos XIX y principios del XX tenía elevados índices de indigencia y analfabetismo. Las tasas de natalidad y fecundidad eran muy altas y en los sectores populares, cerca de dos tercios de los niños que nacían eran ilegítimos o “huachos”². Las madres que sobrevivían a los numerosos partos se veían agobiadas por las obligaciones e imposibilitadas de criar, por lo que los niños crecían sumidos en la orfandad, el abandono y la vagancia³.

Las mujeres del pueblo, en busca de mejor porvenir para sus hijos, recurrían a distintas opciones. Era muy común que los “colocaran” en una casa aristocrática o los regalaran a un “patrón” para asegurar su alimentación y crianza, a cambio de la servidumbre del niño al crecer, o, en el mejor de los casos, su adopción. Otras madres preferían “esponerlos” anónimamente en Casas de Expósitos, “*En la Casa hai un torno donde se reciben los huérfanos que se esponen. A la señal que hace la persona que quiere esponer un niño~, ocurre la torne- ra, quien lo recibe, y si es hora competente,*

se bautiza”⁴. Afortunadamente eran las menos las que, en medio de la desesperación, optaban por el infanticidio.

En ese entonces, los indicadores de mortalidad infantil de Chile se encontraban entre los más altos del mundo⁵; en algunos sectores de la ciudad de Santiago esta “pavorosa” cifra supera el 50%⁶. Los niños que sobrevivían carecían de apellido, no tenían “historia”, siendo considerados una casta inferior. Ante este argumento el trabajo infantil, en una *cuasi* esclavitud, era una opción válida para mejorar el estándar de vida, no obstante la subordinación se perpetuaba en la descendencia³.

En una cultura que veía a los niños como seres sin futuro, evidentemente el cuidado de la infancia no era tema prioritario. Entonces nos preguntamos cómo, en menos de un siglo, logramos una transición que nos ha llevado a tener un nivel de salud equivalente a países desarrollados; cómo ha cambiado el protagonismo del niño en nuestra sociedad, y cuánto tuvieron que ver los pediatras de antaño, en reivindicar los derechos de la infancia y quebrantar el rumbo de aquella historia.

Concepción del niño como sujeto de derechos

A comienzos del siglo XX se gestaba en el mundo el concepto de niñez como etapa

de mayor vulnerabilidad, merecedora de una atención especial. El Primer Congreso Internacional de la Protección de la Infancia se realizó en Bruselas en 1913; entre los temas centrales se proclamó la libertad vigilada y tutela de hijos naturales, la educación de las madres y el cuidado de parteras y nodrizas⁷.

En el año 1924 se hizo pública la *Declaración de Ginebra*, a través de la cual la humanidad asumía un compromiso moral de dar al niño lo mejor por encima de consideraciones de raza, nacionalidad o creencia; recién entonces el niño comenzaba a ser considerado un sujeto de derechos.

Siguiendo la tendencia mundial, en nuestro país fue emergiendo la necesidad de leyes sociales. En 1901 Malaquías Concha presentó un proyecto de reglamentación del trabajo, que entre sus disposiciones relacionadas con la infancia, propuso la prohibición que niños realicen “*trabajos penosos superiores a sus fuerzas*”⁸.

La *ley de Protección a la Infancia Desvalida* firmada en 1912, marcó el inicio de una política estatal de resguardo de menores en riesgo social. Pese a que entre sus bases destacó el control del abandono y de algunas formas de explotación, su aplicación fue marginal, centrada fundamentalmente en la reclusión de los niños vagos y delincuentes.

En 1928 fue promulgada la Ley de Menores, que se orientó al amparo de los más vulnerables, promoviendo el derecho al cuidado físico, a la educación, a la “*consideración social*”, a mantener y desarrollar la propia personalidad y el derecho a la alegría⁷.

Casi simultáneamente, por iniciativa del Pediatra y Diputado, Exequiel González Cortés, se creó la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, marcando un hito relevante en términos de políticas sociales⁹. Pese a que este organismo originalmente estaba destinado a los trabajadores, progresivamente fue ampliando sus beneficios a la madre y su hijo. Se incorporó los controles regulares del embarazo, parto, puerperio y del lactante, auxilio en el salario y entrega de leche hasta los 8 meses^{10,11}.

A estas iniciativas sucedieron una serie de políticas sociales relacionadas con la infancia, las que fueron lideradas desde la vertiente ju-

dicial, por el Juez Samuel Guajardo y desde la Salud Pública por el Dr. Luis Calvo Mackenna, precursor del movimiento de pediatría social. Se intervino en los orfanatos, se creó el Patronato Nacional de la Infancia, se difundieron las Cartillas de Puericultura y se fundó la Sociedad Chilena de Pediatría el año 1922, destacando en sus fundamentos la abogacía por los derechos y bienestar del niño y el adolescente^{12,13}.

Las Casa Nacional del Niño

Como solución a la problemática social que representaban los niños abandonados en una nación que recientemente había logrado su independencia, bajo el gobierno de Don Bernardo O’Higgins, quien también fuera hijo ilegítimo, se decidió fundar Casas de Huérfanos en cada una de las ciudades importantes del país.

Estos orfanatos cumplían con la función de “*recoger, alimentar y educar a las criaturas que sus madres desalmadas han abandonado*”, sin la obligación de ofrecerles mayores cuidados. Como cabría de esperar, los indicadores eran ominosos, 80% de los pequeños “depositados” ahí fallecían¹⁴. El año 1892 Olivares Muñoz publicó las diez medidas básicas para revertir esta situación. De acuerdo a su análisis era fundamental “*Recoger inmediatamente del torno los niños depositados en él*”; instruir, supervisar y aumentar el número de nodrizas, teniendo el debido cuidado de no fomentar “*la industria de nodrizas mercenarias*”; sugería además el uso de leche esterilizada o *peptonizada* para la lactancia mixta y la prevención de la sífilis¹⁵ (Figura 1).

En aquellos años, el cuidado del niño abandonado, era asumido por obras de caridad religiosa y la filantropía de la elite aristocrática, la que, por un lado proyectaba una imagen de compasión y, como contraparte, aseguraba la reclusión de estos “*hijos del pecado, producto que bien podía descuidar la sociedad*”¹⁴, considerados por lo demás como una amenaza para el orden social.

En esta mirada compasiva, se impuso dos requisitos fundamentales para ingresar al asilo; el primero era el bautizo, que convertía este ser en una persona con derecho a una sepultura

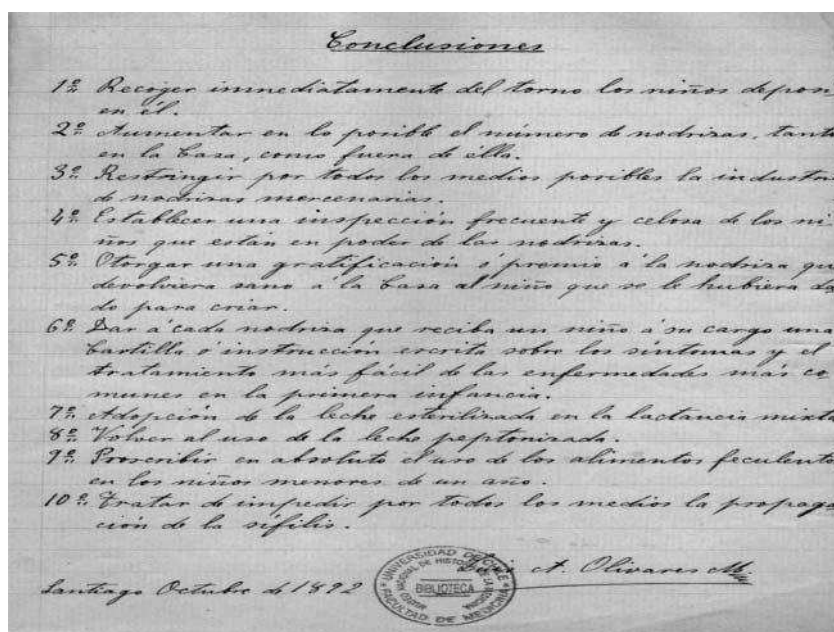


Figura 1. Conclusiones del estudio: “Análisis de la Mortalidad Infantil y sus causas en la Casa de Expósitos de Santiago” Olivares Muñoz, 1892¹⁵. Gentileza del Sr. Carlos Sánchez, recopilador de la historia de la Casa Nacional del Niño.

eclesiástica y la segunda condición era la certificación de abandono “sin derecho a ser reclamado”, lo que otorgaba la facultad de borrar la historia, eliminar la identificación e incluso truncar el nombre del pequeño³.

La Casa de Expósitos de Santiago despertó la preocupación de los pediatras, quienes en una verdadera pugna con la comunidad religiosa de la Divina Providencia, que hasta entonces dirigía la institución, tomaron el mando. Los motivos eran sociales, humanitarios, pero también científicos. La Casa Nacional del Niño, como fue denominada para evitar los estigmas, otorgaba la oportunidad de observar y seguir una cohorte de menores expuestos a circunstancias “peculiares” como eran los hijos de madres tuberculosas, “los hijos de alienadas y los incestuosos”. Así, tuvo el mérito de motivar una gran producción científica y de ser escenario del primer centro docente pediátrico y de otras carreras de la salud del país¹⁶.

Según relata Zorrilla en sus memorias de la Casa Nacional “Muchos médicos recuerdan aún, cómo se recogían cada mañana de los servicios de lactantes, igual que fruta caída en los huertos, los niños que morían durante la noche.”¹⁴

La realidad en que se encontraban entonces

los pequeños fue descrita por Ariztía y Eggers en los años 40: “La mortalidad del lactante aislado iba paralela con una alta morbilidad de los que aun estaban vivos: casi, sin excepción, estos eran distróficos avanzados, cubiertos de piodermias, eritemas de maceración, escaras de decúbito que lentamente anunciaban el apagamiento de esas vidas con un episódico nutritivo agudo o una bronconeumonía distelectásica”¹⁷. Una importante proporción de los niños tenía diversos grados de retrasos en su desarrollo^{18,19}, llegando incluso a la “atrofia de la personalidad” que era la complicación más temida.

La humanización y profesionalización del cuidado de los pequeños fue retratada magistralmente por Calvo Mackenna en un artículo titulado “A propósito de la Casa Nacional” que se reproduce en el presente número de la revista²⁰. Cuando escaseaban los recursos terapéuticos, aún en la era pre antibiótica, la aplicación de medidas relacionadas con la higiene, afecto y cuidados generales, tuvo gran impacto en las tasas de mortalidad, que en menos de una década descendió a 10-14%.

En los años 30 la nación atravesaba una dura crisis económica, las condiciones sociales eran muy deficitarias y había una alta demanda

por ingresar a los orfanatos, no obstante, las *vacantes* disminuían debido a la mayor sobrevivencia de los pequeños que se encontraban institucionalizados. *“De cuando en cuando epidemias de sarampión o coqueluche dejaban numerosas camas listas para recibir nuevos ingresados. Jamás era necesario rechazar una solicitud de ingreso, como nos ocurre hoy día, con gran frecuencia, por falta de vacantes”*. (Ariztía y Eggers 1942)¹⁷.

Probablemente debido a este escenario, sumado a la naciente concepción del niño como sujeto de derechos, se fue planteando como desafío el desarrollo integral y su activa inserción en la sociedad y en el mundo laboral. *“... si bien la institución puede ya entregar a la sociedad niños en buen estado físico, no puede decirse lo mismo en lo que respecta a su capacidad de adaptación y a su utilidad social”* (Zorrilla 1942)¹⁴. En este sentido, se implementaron en la Casa Nacional una escuela, talleres de capacitación profesional, e incluso un negocio para que los niños aprendieran a manejar dinero, aunque fuera de carácter ficticio.

Para Calvo Mackenna aquellos logros no parecían suficientes, era fundamental *“extinguir la casta de huérfanos”*, estrategia a la que él denominó *“profilaxia del abandono”*. Se abolió el torno, que fue entonces considerado como un *“aparato medioeval en el que cualquier vecino o interesado depositaba un niño que quería sustraer del ambiente social”* (Zorrilla 1942)¹⁴. Se determinó que la estadía en el orfanato debería ser transitoria y se crearon los Servicios Sociales insertos en los asilos y en las comunidades. El propósito era asegurar el apoyo económico, laboral o emocional a las mujeres que se encontraban en situación de vulnerabilidad, a fin que pudiesen hacerse cargo de sus hijos, además se desarrollaron estrategias para vigorizar la adopción y la colocación familiar²⁰; todo esto se hacía de modo informal, lo que dejaba a los huérfanos fuera de toda protección legal²¹.

Las exitosas medidas implementadas en la Casa Nacional del Niño, motivaron la creación de un Hospital de 220 camas anexo a dicha institución, el que lleva por nombre Dr. Luis Calvo Mackenna en homenaje a su primer director, visionario pediatra y salubrista. En la

medida que la situación del país fue mejorando, y efectivamente disminuyó la tasa de abandono y orfandad, sólo un ala quedó destinada a este fin; esta ala persiste hasta el día de hoy a un costado del Hospital.

El patronato de la infancia

La alta mortalidad infantil acaecida a fines del siglo XIX, producto de las epidemias de cólera y viruela que azotaron al país, sensibilizaron al cuerpo médico, que lideró políticas sociales, que llevaron a la creación de la Comisión de Higiene y posteriormente la Junta General de Salubridad. Entre las primeras medidas de Salud Pública impuestas, destacan las campañas de desinfección y de inmunización masiva²².

A pesar de las políticas públicas incipientes, las condiciones higiénicas y culturales en que se criaban los infantes, tanto en las familias obreras como los indigentes, seguían siendo precarias^{5,23}. El problema iba más allá de los niños abandonados, era fundamental educar a las madres y, a través de ellas, establecer medidas efectivas de prevención primaria.

En artículos de la época se responsabilizaba al pueblo por la falta de ambiciones de progreso y se culpaba a las *“incultas”* madres de las desdichas de la infancia^{24,25}. *“Hay que reconocer que gran parte de esta mala situación económica se debe a la falta de preparación de los obreros, a la mala inversión que dan al salario, al vicio, a la natural apatía del pueblo chileno, que solo piensa en vivir al día sin ambiciones de surgir para llegar a conquistar para él y los suyos, un relativo bienestar”* (Calvo Mackenna y Baeza Goñi 1933)²⁶.

Movilizado por esta cruda realidad, a principios del 1900 el Presidente Ramón Barros Luco, reunió a las familias más pudientes, a distinguidos académicos y profesionales de la salud, en el Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia. A través de obras de beneficencia, financió instituciones que se encargaron del resguardo de la salud, entre ellas se creó el Patronato Nacional de la Infancia²².

Basado en el modelo del Profesor Budin de París, el Patronato Nacional de la Infan-

cia, tenía una amplia red de servicios para las familias indigentes, que incluían el Asilo Maternal, las Gotas de Leche y las Marmitas. Esta triple estructura permitía el seguimiento y protección del niño desde el nacimiento, además de la educación y alimentación de la madre desnutrida^{22,27}. Calvo Mackenna demostró el enorme impacto de las Gotas de Leche en “*Estudio comparativo de la mortalidad de menores de un año en los trienios 1909-1911 y 1914-1916*”.¹¹

“*Los asistidos por las Gotas de Leche llegan generalmente sin amparo de ninguna especie: es el grupo más indigente de la sociedad, al que las leyes de previsión no alcanzan a proteger; pero que encuentran en el Patronato lo que la vida les ha negado; atención desinteresada, técnica esmerada y lo que es más importante, un ambiente de cordialidad y abnegación para mitigar o solucionar sus problemas*” (Henríquez 1940)²⁴.

Las Gotas de Leche velaban por la salud y la vida de los lactantes, “*sin separarlos de su madre*”²⁶. Dado que se desconfiaba de la capacidad de las mujeres de criar, se consideraba necesario “*instruirlas*” y supervisar estrechamente el cuidado que daban a sus niños. A través de las Cartillas de Puericultura, que eran difundidas masivamente por la Cruz Roja, se transmitían a las madres mensajes directos y severos. Quizás, siguiendo la cultura de padres ausentes, a estos últimos ni siquiera se los mencionaba. Quincenalmente el médico junto al equipo de salud bañaba y pesaba a los lactantes, “*El médico debe aprovechar este control para imponerse de la forma en que la madre ha atendido a su hijo durante la quincena, las alteraciones que pueda haber sufrido y procederá a hacer las modificaciones que sean necesarias en su alimentación y a insistir en la divulgación de la puericultura entre las madres*” (Baeza Goñi 1933)²⁷.

En las Gotas de leche se fomentaba especialmente la lactancia materna, práctica que, de acuerdo a estimaciones de la época, no superaba el 13%²⁸. El uso de nodrizas fue calificado como un crimen y la lactancia materna quedó establecida en el Código Sanitario, como un derecho del hijo⁷. “*No cometa pues jamás el crimen de emplearse de ama, pues esto signifi-*

ca robar y vender el alimento que por legítimo derecho pertenece a su guagua”²⁹.

Las actividades de salud pública que se realizaban iban más allá del ámbito biomédico puro, especialmente destacada era la labor desarrollada por las Visitadoras Sociales²⁴. Se interiorizaban en las relaciones familiares, económicas, laborales y sexuales del pueblo; tal era su compromiso, que no cejaban hasta concretar el compromiso civil de una pareja ágrafa, lograr la legitimización de un “huacho” o conseguir empleo para una madre, de modo de evitar que abandone a su hijo o se emplee como nodriza³⁰.

“*El trabajo del Servicio Social consiste en tratar de mejorar por todos los medios posibles, la situación social, moral y económica en que vive y se desarrolla el niño inscrito en la Gota de Leche y debe formarse una idea cabal sobre las condiciones del ambiente que lo rodea. Se impondrá de todos los problemas familiares que puedan influir en alguna forma sobre la salud del niño, medios económicos, habitación, estado de salud de los padres, hermanos, vecinos, allegados, situación moral*” (Calvo Mackenna y Baeza Goñi 1933)²⁶.

Hacia los años 40-50 la protección materno-infantil se desarrollaba a través de tres grandes instituciones coordinadas a través de las Unidades Sanitarias: el Seguro Obrero, servicios dependientes del Estado (Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA)) e instituciones particulares con fondos filantrópicos (Gotas de Leche, Consejo de Defensa del Niño, etc)³¹. A mediados del siglo XX las dos primeras instituciones se fusionaron con la Dirección General de Sanidad para dar origen al Servicio Nacional de Salud (SNS). Las Gotas de Leche han continuado funcionando bajo un régimen de organización no gubernamental de beneficencia, viendo progresivamente disminuir su demanda en paralelo al aumento de la cobertura de los Centros de Atención Primaria del SNS.

Las políticas de salud materno-infantil sostenidas en el tiempo, junto a los avances en el nivel de vida, el saneamiento ambiental y el acceso a servicios de salud y educación, condujeron una rápida transición epidemiológica y demográfica. Chile hoy destaca por sus ex-

celentes indicadores y por la amplia cobertura y eficacia de sus programas de salud.

El niño en el siglo XXI, Reflexiones finales

Para pensar en los desafíos que presenta la infancia en este nuevo siglo, debemos remontarnos a nuestra historia, marcada inicialmente por el abandono y posteriormente por la protección del crecimiento y desarrollo de los niños, aspecto que aparece en forma prioritaria en las políticas sociales desde hace al menos cien años.

La ratificación de la Convención de los Derechos del Niño realizada el año 1990, un año después de su aprobación por las Naciones Unidas, fue seguida por una serie de programas enfocados en la infancia. Recientemente, la entonces Presidenta de la República, también pediatra, Michelle Bachelet, firmó la ley que creó el Sistema Intersectorial de Protección Social, garantizando el resguardo de la infancia, mediante el Subsistema Chile Crece Contigo, a partir de su compromiso de gobierno de igualar las oportunidades de desarrollo de los niños *“independientemente de su origen social, género, la conformación de su hogar o cualquier otro factor potencial de inequidad”*³². Si bien estamos en una etapa histórica marcada por las oportunidades, desgraciadamente, también llevamos el sello de la desigualdad.

En menos de un siglo pasamos de la desnutrición a la obesidad, de las enfermedades infectocontagiosas al énfasis en la salud mental, aprendizaje y comportamiento³³. En pocos años circulamos de la lucha por la supervivencia a la búsqueda del desarrollo integral y calidad de sobrevivencia, de la atención curativa a la promoción de la salud^{34,35}. Transitamos desde las madres *“incultas”*, a progenitores informados y participativos. Del niño abandonado al niño protegido, que tiene un lugar protagónico dentro de su familia y en la sociedad³⁶.

Ha cambiado la estructura, roles y dinámica de las familias, aparecen nuevos actores en la crianza, como son las salas cunas, las *“nanas”* y los medios de comunicación y entretención,

en reemplazo de las redes familiares que se han desintegrado. En este contexto surgen nuevos grupos de riesgo, nuevas formas de abandono en niños pertenecientes a las distintas clases sociales, que se esbozan a través de señales frecuentemente inadvertidas por el equipo de salud. Consecuencia de ello son las escenas de maltrato, *bulling*, delincuencia, abusos y drogas, que nos sorprenden a diario.

Podría pensarse que la cultura de los pediatras, como proveedores de salud, ha ido con retraso respecto a la rápida transición ocurrida en la morbimortalidad. Quizás, en el afán de disminuir un punto más en las tasas de mortalidad, nos fuimos *“hospitalizando”* y olvidando la mirada social de nuestros antecesores. La Salud Pública y el enfoque biopsicosocial están empolvados en los programas de formación de especialistas, pero existe la necesidad manifestada por reactivarlos³⁷.

Nuestro desafío es ampliar la orientación biomédica y asistencialista predominante, para incorporar la mirada de desarrollo, la dimensión psicosocial y emocional³². Rescatar la herencia de los pediatras que nos antecedieron, en su inquietud por mejorar la salud de la nación a partir del cuidado de la infancia, abogar por la igualdad de oportunidades y por el efectivo cumplimiento de los derechos de los niños.

La generación del Bicentenario, aquella que está naciendo tras un siglo de aprendizaje social, podrá enseñarnos cómo implementar programas más efectivos para potenciar el desarrollo infantil en todas sus dimensiones y hacer así una sociedad más equitativa y justa.

Agradecimientos

A Carlos Sánchez, Juan Margozzini y Miguel Cordero por su lectura y comentarios al presente manuscrito, además de compartir conmigo sus reflexiones y experiencia respecto a la infancia y su protección.

Referencias

- 1.- Narración basada en el Informe del gobernador de Illapel, José Simón Vicuña, al intendente de Coquimbo.

- Archivo del Ministerio del Interior, Vol. 146, fs. 547-5. En Salazar G: Ser niño "Huacho" en la Historia de Chile (siglo XIX). Santiago. LOM Ediciones 2006.
- 2.- Salazar G: Ser Niño "Huacho" en la Historia de Chile (siglo XIX). Santiago. LOM Ediciones 2006.
 - 3.- Milanich N: *Children of Fate. Childhood, Class, and the State in Chile, 1850-1930*. Durham: Duke University Press, 2009.
 - 4.- Informe de José Bascuñan al Ministerio del Interior. Archivo del Ministerio del Interior, Vol. 320, 1855. En Salazar G: Ser Niño "Huacho" en la Historia de Chile (siglo XIX). Santiago. LOM Ediciones 2006.
 - 5.- Allende S: La realidad médico-social chilena: (síntesis): Minist. De Salubridad, Previsión y Asistencia Social, 1939 ([Santiago]: Lathrop). [citado 2010-08-07], Disponible en <http://www.memoriachilena.cl/archivos2/pdfs/MC0000543.pdf>
 - 6.- Commentz A: Estadísticas de mortalidad, natalidad y morbilidad en diversos países europeos y en Chile, trabajo presentado al *Primer Congreso de Protección a la Infancia*, Santiago, 1912.
 - 7.- Rojas J: Los derechos del niño en Chile: una aproximación histórica, 1910-1930. *Historia (Santiago)* 2007; 40 (1): 129-64.
 - 8.- Yáñez JC: Antecedentes y evolución histórica de la legislación social de Chile entre 1906 y 1924. *Rev Estud Hist-Juríd* 1999; 21: 203-10.
 - 9.- Silva V, Molina H: Cuatro Años Creciendo Juntos: Memoria de la instalación del sistema de Protección Integral de la Infancia, Chile Crece Contigo. Minsal 2009.
 - 10.- Labra M: La reinención neoliberal de la inequidad en Chile. El caso de la salud. *Cad Saúde Publica* 2002; 18 (4): 1041-52.
 - 11.- Vargas N: Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría. Editorial Universitaria. Santiago de Chile 2002.
 - 12.- Pinto F: Nuestra Sociedad de Pediatría hoy y en el futuro. *Rev Chil Pediatr* 2003; 74 (1): 11-5.
 - 13.- Herrera O: Sociedad Chilena de Pediatría: Desafíos hacia el Bicentenario. *Rev Chil Pediatr* 2009; 80 (2): 107-8.
 - 14.- Zorrilla M: La Casa Nacional del Niño, algunos de sus problemas. Talleres Gráficos de la Casa Nacional, Santiago de Chile 1942.
 - 15.- Olivares Muñoz LA: Mortalidad Infantil y sus causas en la Casa de Expósitos de Santiago. Archivo del Museo nacional de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
 - 16.- Cerda J, García C: El cuidado de niños huérfanos y abandonados en Santiago a partir del siglo XVIII. *An Chil Hist Med* 2006; 16: 203-10.
 - 17.- Ariztia A, Eggers F: Alimentación artificial del lactante sano en establecimientos cerrados. *Rev Chil Pediatr* 1942; 13 (2-3): 73-93.
 - 18.- Zorrilla M: Desarrollo neuropsíquico del lactante. *Rev Chil Pediatr* 1934; 5: 648-57.
 - 19.- King N: Test de Gessel en Lactantes. *Rev Chil Pediatr* 1941; 12: 21-36.
 - 20.- Calvo Mackenna L: A Propósito de la Casa nacional del Niño. *Anuario Médico Social* 1935; 7-12.
 - 21.- Milanich N: The Casa de Huerfanos and child circulation in late-nineteenth-century Chile. *Journal of Social History*, 2004 [citado 2010-08-07], Disponible en: http://findarticles.com/p/articles/mi_m2005/is_2_38/ai_n9487432/pg_3/?tag=content;coll
 - 22.- Morales E: Políticas Sociales y Niñez. En Pilotti F: *Infancia en riesgo Social y Políticas Sociales en Chile*. Instituto Interamericano del Niño. Montevideo 1994.
 - 23.- Schonhaut L: La mortalidad infantil en Chile. Estudiada por la sociedad de las naciones. Publicado por Luis Calvo Mackenna en la Revista Chilena de Pediatría 1930. *Rev Chil Pediatr* 2007; 78 (2): 204-12.
 - 24.- Henríquez E: Patronato nacional de la infancia. *Rev Chil Pediatr* 1940; 11 (9): 670-80.
 - 25.- Baeza Goñi A: Mortalidad Infantil: La falta de cultura de la madre chilena como causa predominante. *Revista de Beneficencia Pública* 1924. [consultado 24 abril 2008] http://www.memoriachilena.cl/mchilena01/temas/documento_detalle.asp?id=MC0023688
 - 26.- Calvo Mackenna L, Baeza Goñi A: Principios Básicos Para La Organización Y Funcionamiento De Las Gotas De Leche. *Rev Chil Pediatr* 1933.
 - 27.- Baeza Goñi A: Algunas obras Privadas de Protección a la infancia en Chile. *Rev Chil Pediatr* 1933.
 - 28.- Calvo Mackenna L: Propaganda de la Lactancia materna en las Gotas de Leche. Imprenta Universitaria, Santiago 1916.
 - 29.- Cruz Roja de Los Ángeles: Puericultura. Talleres Gráficos "La discusión" Chillán 1930.
 - 30.- Illanes M: Cuerpo y sangre de la política. La construcción histórica de las visitadoras sociales (1887-1940), Santiago, LOM Ediciones, 2007.
 - 31.- Bustamante W, Mardones F: *Medicina Preventiva Materno Infantil. Su Aplicación En El Servicio Medico Nacional De Empleados* *Rev Chil Pediatr* 1950
 - 32.- Consejo Presidencial Infancia: El futuro de los niños es siempre hoy. Propuestas del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia. Junio. 2006.

- 33.- *Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health: The New Morbidity Revisited: A Renewed Commitment to the Psychosocial Aspects of Pediatric Care.* Pediatrics 2001; 108 (5): 1227-30.
- 34.- *Molina H, Cordero M, Silva V:* De la sobrevida al desarrollo integral de la infancia: Pasos en el desarrollo del sistema de protección integral a la infancia. Rev Chil Pediatr 2008; 79 (suppl 1): 11-7.
- 35.- *Schonhaut L:* El rol de la Pediatría del Desarrollo en el control de salud integral: hacia la Pediatría del siglo XXI. Rev Chil Pediatr 2004; 75 (1): 9-12.
- 36.- *Palfrey J, Tonniges T, Green M And Richmond J:* Addressing the Millennial Morbidity- The Context of Community Pediatrics. Pediatrics 2005; 115 (4): 1121-3.
- 37.- *Schonhaut L, Millán T, Hanne C:* Formación de especialistas en pediatría y su adecuación a la realidad epidemiológica y laboral. Rev Chil Pediatr 2007; 78 (6): 599-606.