

A CHALLENGE OF LIFE OR DEATH: MEDICINE AND STATE IN THE FACE OF INFANT MORTALITY (SANTIAGO DE CHILE, 1930-1970)

PABLO CHÁVEZ ZÚÑIGA

ORCID.ORG/0000-0002-1726-7954

Universidad de Chile

pablo.chavez.zuniga@gmail.com

JOSÉ JULIÁN SOTO LARA

ORCID.ORG/0000-0003-2263-1674

Universidad Bernardo O'Higgins

jose.julian.soto@gmail.com

Abstract: *Infant mortality is analyzed as a public health problem in Santiago between 1930-1970 with the aim of reflecting on the factors that caused its permanence and subsequent decline. For this, the environment where the children lived, their illnesses, and the medical and State action to cure them are characterized, based on newspapers, medical literature and state documentation. This study reveals the serious food and housing problem suffered by infants, resulting in a very high mortality rate. The conclusions highlight the importance of national health programs —and international support to implement them— focused on mothers and children, which created an idea about the importance of disease prevention and various ad hoc practices that decreased infant mortality.*

KEYWORDS: DISEASE; HOUSING; NUTRITION; PEDIATRICS; PUBLIC HEALTH

RECEPTION: 14/12/2020

ACCEPTANCE: 27/09/2021

UN DESAFÍO DE VIDA O MUERTE: MEDICINA Y ESTADO ANTE LA MORTALIDAD INFANTIL (SANTIAGO DE CHILE, 1930-1970)

PABLO CHÁVEZ ZUÑIGA

ORCID.ORG/0000-0002-1726-7954

Universidad de Chile

pablo.chavez.zuniga@gmail.com

JOSÉ JULIÁN SOTO LARA

ORCID.ORG/0000-0003-2263-1674

Universidad Bernardo O'Higgins

jose.julian.soto@gmail.com

Resumen: Se analiza la mortalidad infantil como problema de salud pública en Santiago entre 1930-1970, con el objetivo de reflexionar sobre los factores que provocaron su permanencia y posterior disminución. Para ello, se caracteriza el entorno donde vivieron los niños, sus enfermedades, así como la acción médica y del Estado para curarlos, con base en periódicos, literatura médica y documentación estatal. Ese estudio revela el grave problema alimentario y habitacional padecido por los infantes, devenido en una mortandad altísima. Las conclusiones destacan la importancia de los programas sanitarios nacionales —y el apoyo internacional para implementarlos— enfocados en madres y niños, los cuales crearon una idea sobre la trascendencia de la prevención de las enfermedades y varias prácticas *ad hoc* que disminuyeron la mortalidad infantil.

PALABRAS CLAVE: ENFERMEDAD; VIVIENDA; NUTRICIÓN; PEDIATRÍA; SALUD PÚBLICA

RECEPCIÓN: 14/12/2020

ACEPTACIÓN: 27/09/2021

INTRODUCCIÓN

El médico Federico Patiño Mac Iver, jefe del Departamento de Bienestar de la Madre y el Niño de Santiago, en un informe presentado al Director de Sanidad en 1936, destacó los múltiples factores de la alta mortalidad chilena. En el documento, acusó que

[...] la tremenda sangría colectiva [...] de vidas pequeñas no se corta. Los 30 a 40 mil niños que estamos perdiendo cada año por sobre la línea que debiera ser nuestra norma, no solo es algo que a cada uno de nosotros debiera avergonzarnos y llenarnos de dolor, sino un hecho que silenciosamente está socavando los fundamentos de nuestra nacionalidad.¹

Por entonces, la mortalidad infantil era un asunto político capital por su impacto demográfico entre las familias de los trabajadores y los más pobres de Santiago. Esa calamidad devino en un gran problema social que fue explicado por el grupo dirigente como consecuencia del deterioro de las condiciones de vida urbana, la desnutrición y la “cultura popular”.

La reacción médica, por medio de la pediatría, se efectuó en alianza con el Estado. Ésta se caracterizó por la implementación de programas maternos y nutricionales, el uso de antibióticos y la organización de la terapéutica. El resultado de ese maridaje, no exento de reconcomios, fue una reducción de la mortalidad infantil y de la mortalidad en general, lo cual propició un crecimiento demográfico inédito.

La historiografía global sobre la mortalidad infantil concuerda en que ésta, durante el siglo pasado, se constituyó en un problema de salud pública.² Los científicos y los gobiernos, al trabajar para diagnosticar y tratar las enfermedades infantiles, influyeron



1 “Nuestra polimortalidad infantil. Algunas causas fundamentales”, *La Nación*, 11 de enero de 1936, 4.

2 William Bynum y Roy Porter, *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (Londres: Routledge, 2013); Richard Meckel, *Save the Babies: American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality, 1850-1929* (Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1990); Joseph Molitoris, “Industrialization and inequality revisited: Mortality differentials and vulnerability to economic stress in Stockholm, 1878-1926”, *European Review of Economic History*, vol. xx, núm. 2 (2016): 176-197, y “The effect of birth spacing on child mortality in sweden, 1878-1926”, *Population and Development Review*, vol. XLIII, núm. 1 (2017): 61-82.

en la sociedad, al reemplazar los métodos de cura tradicionales con conocimientos médicos, entre los cuales destacó la pediatría.³

Por su parte, algunos estudios latinoamericanos han contextualizado procesos de medicalización en regiones diferentes.⁴ Los historiadores han seguido los debates científicos, el establecimiento de políticas públicas y el desarrollo de la pediatría, para señalar la importancia de las enfermedades digestivas propiciadas por la higiene alimentaria precaria.⁵ Sus propuestas teórico-metodológicas, caracterizadas por cruzar ciencia y cultura, han enriquecido la historia de la mortalidad infantil, al dejar atrás los estudios de los apologetas del “progreso” médico.

En Chile, las investigaciones sobre la mortalidad infantil pueden clasificarse en dos grupos. El primero, compuesto por estudios sociológicos “críticos” desarrollados durante la dictadura militar, se centró principalmente en las políticas sanitarias de los gobiernos de Eduardo Frei (1964-1970) y Salvador Allende (1970-1973).⁶ A juicio de los investigadores, ambas administraciones, conscientes del acuciante problema de la mortalidad infantil, organizaron políticas sanitarias públicas que propendieron al descenso de las tasas de mortalidad. Estas investigaciones fueron fundamentadas con



3 Heejin Park, Sangwoo Han y Bongoh Kye, “Changes in child mortality in Korea during the mid-twentieth century: Gender, birth order and sibling composition”, *The History of the Family*, vol. xxiii, núm. 2 (2018): 594-622; Alice Reid, “Infant mortality and working-class child care, 1850-1899. By Melanie Reynolds (London and New York: Palgrave Macmillan, 2016)”, *Journal of Social History*, vol. li, núm. 4 (2018): 1115-1117.

4 Diego Armus, *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950* (Buenos Aires: Edhasa, 2007); Cecilia Rustoyburu, “Maternidad e infancia. Los consejos médicos y psicológicos en la revista *Hijo Mío...*! Buenos Aires, en la década de 1930”, *Arenal*, vol. xxiii, núm. 1 (2016): 117-142.

5 Carlos Grushka, “Casi un siglo y medio de mortalidad en la Argentina...”, *Revista Latinoamericana de Población*, vol. viii, núm. 15 (2014): 93-118; Jorge Márquez y Óscar Gallo, “Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940”, *Historia y Sociedad*, núm. 32 (2017): 21-48; Victoria Mazzeo, “La tendencia histórica de la mortalidad infantil y la situación reciente en la ciudad de Buenos Aires”, *Población de Buenos Aires*, año xiv, núm. 26 (2017): 47-60.

6 Mario Livingstone y Dagmar Raczynski, “Políticas y programas de salud en Chile 1964-1970”, *Estudios de Planificación de la CEPLAN*, núm. 35 (1974): 1-42; “Análisis cuantitativo de la evolución de algunas variables de salud durante el periodo 1964-1972”, *Estudios de Planificación de la CEPLAN*, núm. 40 (1974): 1-63, y “Distribución geográfica de la salud preescolar”, en *Salud pública y bienestar social*, edición de Mario Livingstone y Dagmar Raczynski (Santiago: Centro de Estudios de Planificación Nacional de la Universidad Católica de Chile, 1976), 170-217.

diversos documentos, entre los que destacan los estadísticos, los cuales permitieron crear bases de datos contundentes.

Un segundo grupo, más heterogéneo, está integrado principalmente por historiadores. Entre sus investigaciones, algunas destacan el debate político producido entre los gobernantes a raíz del fenómeno demográfico. Heurísticamente, consultaron los Diarios de Sesiones del Congreso Nacional y los informes estatales sobre salubridad pública.⁷ Otros estudios muestran la modificación sentimental experimentada por las madres hacia sus hijos durante la enfermedad;⁸ las condiciones materiales de las embarazadas;⁹ el desconocimiento de la higiene, la falta de cuidados y el abandono de los neonatos, lo cual perjudicó la esperanza de vida infantil,¹⁰ y, por último, las condiciones nutricionales precarias de los habitantes y sus efectos nocivos en la mortalidad infantil.¹¹

A pesar de esos interesantes avances, detectamos la ausencia de un estudio sistemático sobre la mortalidad infantil en el Santiago del siglo xx. Por tal razón, nuestra



7 Claudio Llanos, “El Estado frente a la estructura y salud de la población: Chile (1964-1973)”, *Estudios Ibero-Americanos*, vol. xxxix, núm. 2 (2013): 262-284; Claudio Llanos y María Fernanda Lanfranco, “La discusión política sobre mortalidad infantil en Chile durante la década de 1930. Elementos para una aproximación histórico política”, *Anuario de Estudios Americanos*, vol. lxxiv, núm. 2 (2017): 675-703.

8 Eduardo Cavieres, “Salud pública. Estrategias, políticas fiscales y cambio cultural en la reducción de la mortalidad. Valparaíso, 1920-1960”, *Cuadernos de Historia*, núm. 19 (1999): 195-224.

9 Soledad Zárate, *Dar a luz en Chile, siglo xix* (Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado/Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 2007), y “El licor de la vida. Lactancia y alimentación materno-infantil en Chile, 1900-1950”, en *Historia y cultura de la alimentación en Chile*, compilación de Carolina Sciolla (Santiago: Catalonia, 2010), 235-261.

10 Pablo Chávez Zúñiga, “La mortalidad infantil en las viviendas: las consecuencias de la migración campo-ciudad en Santiago (Chile, 1865-1930)”, *Temas Americanistas*, núm. 40 (2018): 265-286; Pablo Chávez Zúñiga y José Julián Soto Lara, “Historia de la mortalidad infantil en la Casa de Huérfanos de Santiago (1898-1923)”, *Anuario de Estudios Americanos*, vol. lxxvi, núm. 2 (2019): 645-677.

11 Juan Carlos Yáñez Andrade, “El problema de la alimentación: un enfoque desde las encuestas de nutrición. Chile, 1928-1938”, *América Latina en la Historia Económica*, vol. xxiv, núm. 1 (2017): 66-97; “Cuando los médicos hablaron de economía: familia, salario y alimentación en Chile (1930-1950)”, *América Latina en la Historia Económica*, vol. xxvi, núm. 2 (2019): 1-22; “Los pobres están invitados a la mesa. Debates y proyectos transnacionales de alimentación popular en América del Sur, 1930-1950”, *Historia Crítica*, núm. 71 (2019): 69-91, y (coord.), *Gobernar es alimentar. Discursos, legislación y políticas de alimentación popular. Chile, 1900-1950* (Valparaíso: Centro de Investigación en Innovación, Desarrollo Económico y Políticas Sociales/América en Movimiento Editorial, 2018).

investigación pretende cubrir esa omisión, al tener como objetivo contextualizar y explicar el descenso espectacular de la mortalidad infantil gracias al vínculo convenido entre los médicos pediatras y el Estado.

En ese sentido, creemos pertinente acercarnos al problema de investigación desde la Historia Cultural de la Ciencia, convencidos de que las consecuencias cuantitativas de la articulación médico-política requieren un análisis cualitativo específico, centrado en las innovaciones y prácticas constituidas dentro de tres espacios fundamentales: el *médico*, por ejemplo, con la creación de hospitales de niños y policlínicos, organización de congresos pediátricos; el *estatal*, al fundarse el Servicio Nacional de Salud y establecerse redes internacionales de apoyo contra la desnutrición, y, el *social*, mediante la edificación de obras públicas sanitarias, la modificación del sistema de recolección de basura, etcétera.

La investigación está basada en fuentes primarias (informes y disposiciones gubernamentales custodiados en el Fondo del Ministerio de Salud del Archivo Nacional de la Administración, así como los periódicos *Diario Ilustrado*, *El Clarín*, *El Mercurio*, *El Siglo*, *La Nación* y *La Opinión*) y secundarias (revistas médicas como el *Boletín del Servicio Nacional de Salud* y el *Boletín Médico de la Caja de Seguro Obligatorio*, memorias de titulación, monografías y actas de congresos), las cuales, en conjunto, dan cuenta de perspectivas diversas en torno a la mortalidad infantil. Finalmente, para demostrar la evolución demográfica y epidemiológica, se utilizó el *Anuario Estadístico de la República de Chile* (AE).

LA MORTALIDAD INFANTIL CIFRADA Y LA ORGANIZACIÓN MÉDICO-POLÍTICA

En la década de 1930, la mortalidad infantil en Chile era una de las más altas en Occidente.¹² El conocimiento de ese récord fue posible gracias a los datos relativamente exactos de la Oficina Central de Estadística.¹³ Esa posición pudo haberse alcanzado, posiblemente, porque varios países carecían de instituciones demográficas que estudiaran el comportamiento poblacional.¹⁴ La confianza en las estadísticas mortales se debió a que el Registro Civil instituyó inscribir allí las



12 “Caja de Seguro Obligatorio”, *Boletín Médico*, año 1, núm. 12 (mayo de 1935): 8.

13 Andrés Estefane Jaramillo, “Un alto en el camino para saber cuántos somos... Los censos de población y la construcción de lealtades nacionales. Chile, siglo XIX”, *Historia*, vol. 1, núm. 37 (2004): 33-59.

14 George Nicolai, *Mortalidad infantil y natalidad* (Santiago: Prensas de la Universidad de Chile, 1934), 17.

defunciones como requisito para los entierros.¹⁵

De todas maneras, el crédito hacia esos guarismos fue relativizado por la demora en la inscripción de los recién nacidos en zonas rurales durante el plazo legal, debido a la distancia desde ahí hasta los registros civiles, así como por la yuxtaposición de los datos, pues la Dirección de Estadísticas y Censos y el Servicio Nacional de Salud no siempre los publicaban de la misma forma. Nosotros utilizamos, preferentemente, la información del primer organismo, por su continuidad y detalle de los contenidos publicados en los anuarios estadísticos. A este aspecto institucional se sumó, como se desprende de la lectura de la documentación oficial, la gravedad que adquirió la mortalidad infantil en la década de 1930 a raíz del *crack* de 1929.¹⁶

La tasa de mortalidad infantil en Santiago, entre 1930 y 1970, evidencia un descenso paulatino (véase tabla 1) relacionado con las transformaciones del escenario sanitario y las mejoras de los hospitales estatales. El periodo está compuesto por bajadas alternadas con ascensos por variaciones estacionales y epidemias. Considerando los datos, llama la atención que la tasa de 248.8 de 1930 bajara hasta 57.5 en 1970.¹⁷ La tabla también muestra el número de muertos menores de un año comparados con el total de la población.

El Estado, en la primera mitad del siglo, creó instituciones para la defensa de la infancia que, a pesar de sus buenas intenciones, burocratizaron la catástrofe y constituyeron esfuerzos aislados.¹⁸ Entre ellas, destacaron el Seguro Obrero (1924-1952), la Junta Central de Beneficencia (1925-1952), y el Patronato Nacional de la Infancia (1901 al presente), entidades que reflejaron la preocupación pública hacia los niños, de quienes dependería el mejoramiento sanitario nacional. Tal fue el caso de la Caja de Seguro Obligatorio, la cual, mediante la instalación de Consultorios, entregaba



15 Marta Guemes, *Factores médicos y económicos-sociales que condicionan la mortalidad infantil en Chile* (Santiago: Talleres Gráficos Simiente, 1945), 14.

16 Archivo Nacional de la Administración (ARNAD), Fondo: Ministerio de Salud, vol. 25, "Promulgación Ley de Pasteurización de la leche", 2 de agosto de 1932, s/f.; vol. 119, Cámara de Diputados, "Situación del niño abandonado en Europa y América", 15ª sesión ordinaria, miércoles 17 de junio de 1936, s/f.; vol. 225, "Labor de los servicios de asistencia de la madre y el niño", 15 de septiembre de 1939, s/f.

17 Pablo Chávez Zúñiga y José Julián Soto Lara, "Mortalidad infantil en Santiago: representaciones y discursos, Chile, 1860-1914", *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. xxv, núm. 4 (2018): 1281-1300.

18 "Caja de Seguro Obligatorio", *Boletín Médico*, año II, núm. 19 (diciembre de 1935): 3.

TABLA 1. PARÁMETROS DEMOGRÁFICOS EN SANTIAGO, 1930-1970

Año	Población	Defunciones de menores de 1 año	Mortalidad infantil	Año	Población	Defunciones de menores de 1 año	Mortalidad infantil
1930	967 603	8 667	248.8	1948	1 799 035	6 786	131.5
1931	1 053 531	7 822	236.6	1949	1 841 071	7 032	134.9
1932	1 052 227	7 133	218.6	1950	1 933 445	6 367	119.0
1933	1 050 685	8 194	255.9	1951	1 954 981	5 932	109.9
1934	1 048 693	8 095	250.6	1955	1 980 273	6 306	93.2
1935	1 056 209	6 905	210.1	1956	2 053 880	5 957	81.8
1936	1 125 128	8 925	251.6	1957	2 106 249	6 903	86.5
1937	1 111 047	7 193	212.3	1958	2 158 653	8 121	101.2
1938	1 132 265	6 756	194.6	1961	2 617 599	7 990	91.1
1939	1 142 123	7 864	216.4	1963	2 715 936	7 610	80.7
1940	1 261 717	7 179	202.6	1964	2 824 493	7 776	82.7
1941	1 348 615	6 514	176.4	1965	2 907 455	6 707	72.2
1942	1 412 444	6 844	174.4	1966	2 992 546	6 892	76.5
1943	1 464 522	6 630	162.4	1967	3 133 119	5 900	67.3
1944	1 499 024	6 290	149.6	1968	3 225 000	5 108	60.6
1945	1 536 892	6 420	147.8	1969	3 316 937	4 976	59.9
1946	1 666 680	5 739	125.3	1970	3 408 695	4 809	57.5
1947	1 734 103	7 061	141.7				

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN AE, 1930-1970.

atenciones médicas a los lactantes.¹⁹ De igual modo, las Salas-Cunas contribuyeron a la alimentación, asistencia y cuidado de los niños.²⁰

Sin embargo, varios médicos cuestionaron la forma en la que el Estado enfrentó la mortalidad infantil. Arturo Baeza Goñi, por ejemplo, criticó la creación y desorganización de nuevas estructuras administrativas, porque no reducían el problema



19 “Caja de Seguro Obligatorio”, *Boletín Médico*, año I, núm. 10 (marzo de 1935): 5.

20 “Caja de Seguro Obligatorio”, *Boletín Médico*, año II, núm. 14 (julio de 1935): 17.

y significaban un gasto fiscal.²¹ Otros, como Aníbal Ariztía, Luis Calvo Mackenna y Osvaldo Quijada, explicaron que el gran defecto de la atención infantil era la inexistencia de una planificación común regulada. Para ellos, el servicio era ineficiente por la multiplicidad de reparticiones con labores parecidas. A eso, sumaban la ausencia de una “cultura preventiva” ante las enfermedades, en un momento en el que la “pediatría” se practicaba por médicos inexpertos, boticarios de barrio, “meicas” y curanderos.²²

La creación del Servicio Nacional de Salud, en 1952, fusionó la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social, la Dirección General de Sanidad, la Caja del Seguro Obrero y la Dirección de Protección a la Infancia. Su impronta centralizadora renovó la burocracia médica, terminó con la duplicación de exámenes y aumentó las investigaciones clínicas. En un ámbito técnico, favoreció la constitución de una medicina preventiva de las enfermedades,²³ al expandir la salud pública, atacar la desnutrición infantil y enseñar nociones de dietética a las madres. Además, conformó un Departamento Técnico de protección materno-infantil y fomento de la salud, dirigido a la defensa de la niñez y a los problemas de la alimentación.²⁴ Dicho sistema integrado, con una organización adecuada y equipada con recursos humanos, fue fundamental para aumentar la cobertura de los programas de salud.²⁵

UN ENTORNO MORTAL

El entorno donde nacieron y finaron miles de niños en Santiago fue una de las principales causas de mortalidad infantil. El crecimiento demográfico acelerado que experimentó la ciudad (véase tabla 1) ocurrió en un momento en el que el Estado no disponía de planes urbanos de emergencia eficaces, ni tampoco de una



21 Arturo Baeza Goñi, “Pediatría y seguridad social. El problema y su solución en Chile”, *Revista Chilena de Pediatría*, vol. xxi, núm. 1 (1950): 1-12.

22 Ernesto Figueroa, *El consultorio externo del Hospital de Niños y su misión médico-social* (Santiago: Imprenta El Esfuerzo, 1951).

23 Maricela González, *Logros sin acciones. Prácticas de intervención social y sanitaria en Chile. El Servicio Nacional de Salud, 1952-1973*, tesis de doctorado en Historia (Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2017).

24 Servicio Nacional de Salud, “Estructura del Servicio Nacional de Salud”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año 1, núm. 1 (1955): 3.

25 Dagmar Raczynski, “Contexto socioeconómico del descenso de la mortalidad infantil en Chile”, *Estudios Públicos*, núm. 16 (1984): 58-65.

infraestructura adecuada para acoger migrantes rurales. Ese aumento originó zonas de ocupación empobrecidas: las poblaciones *callampa*.

Antes y durante su aparición, la clase baja habitó conventillos de similar precariedad, descritos como “pocilgas nauseabundas”, sin espacio, aire, luz, agua, desagüe, y que “producen repulsión y horror”.²⁶ Para el diputado Carlos Muller, los bebés que sobrevivían el primer año de vida, luego, se trasformaban en niños con rostros pálidos, cadavéricos y fantasmales, “víctimas de una sociedad que desde su nacimiento marcó su frente con el sello de la esclavitud”.²⁷

Al igual que los conventillos, la mayoría de las callampas no contaba con agua ni alcantarillado. El agua para beber, preparar alimentos y hacer el aseo era turbia y compuesta por sustancias contaminadas, debido a lo cual su consumo estaba prohibido a enfermos y niños.²⁸ Sin embargo, hacia finales de la década de 1940 despertó una conciencia médico-política sobre la insuficiencia de obras de captación y filtración de aguas.²⁹ Los estudios elaborados por el Servicio Nacional de Salud evidenciaron que más de la mitad de la población no tenía acceso a redes de alcantarillado o no existían grandes obras de captación, tratamiento, almacenamiento y distribución de agua potable, mientras los análisis del líquido cuestionaban su calidad para consumirla.³⁰ La privación hídrica, la inmundicia del entorno y las repercusiones de ambas sobre la mortalidad infantil produjeron una importante literatura médica que vinculó la mortandad con el “grado de cultura” y “civilización” de los países, de modo que, mientras más niños fallecidos, mayor barbarie.³¹

La moralización de la epidemia se traslució en la práctica pediátrica, en momentos en los que los especialistas desconocían con certeza los factores determinantes de “la disminución de la mortalidad infantil en las ciudades”.³² La opinión de Adriasola



26 ARNAD, Fondo: Ministerio de Salud, vol. 17, “Mensaje del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social hacia la Cámara de Diputados”, 20 de mayo de 1936, s/f.

27 ARNAD, Fondo: Ministerio de Salud, vol. 119, Cámara de Diputados, “Situación del niño abandonado...”.

28 “Agua potable”, *El Mercurio*, 18 de diciembre de 1941, 2; “Agua potable”, *El Mercurio*, 1 de enero de 1942, 2.

29 “Obras de agua potable de Santiago”, *El Mercurio*, 11 de febrero de 1949, 3.

30 Abraham Horwitz, “El problema de la tifoidea en la Ciudad de Santiago”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año III, núm. 1 (1957): 58 y 60.

31 Arturo Baeza Goñi, *Progresos de la pediatría y de la medicina social de la infancia* (Santiago: Imprenta El Esfuerzo, 1950).

32 Guillermo Adriasola, “Mortalidad infantil chilena”, *Revista Chilena de Pediatría*, vol. XXIV, núm. 12 (1953): 483-494.

muestra que en ausencia de un conocimiento científico emergen respuestas morales para hacer inteligible un fenómeno descontrolado como la muerte.

Igualmente, Baeza Goñi, al referirse al abandono físico, psíquico y educativo sufrido por los niños entre 2 y 5 años de las viviendas malsanas, aborreció el ejemplo brindado por sus padres. Contra esa herencia moral, defendió la creación de programas de protección integral de la infancia, para liberar a esos “parias [...] siquiera algunas horas al día, de la influencia perniciosa de un ambiente malsano y hostil, antes que sus débiles mentalidades se deformen”.³³ Otros médicos, menos optimistas, previeron la esterilidad del cuidado pediátrico con menores de un año de familias con “niveles económicos y culturales muy bajos”.³⁴

TABLA 2. TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL EN PAÍSES LATINOAMERICANOS

Año	Chile	Ecuador	Colombia	Costa Rica	Argentina	Perú	Uruguay	Venezuela
1940	202	148	151	132	89			
1947	142	126	142	101	74			
1952	126		114	91	65			
1957	115	104	101	85	62			
1960	120	100	100	68	62	92	47	53
1965	95	93	82	69	57	74	50	46
1970	79	77	70	62	59	65	43	49
1975	55	58	40	37	45	54	49	44

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN LOS DATOS DE BEHM, *MORTALIDAD*, 54.

Esos óbices también se manifestaron en la evacuación de excretas practicado en las callampas. Las deyecciones, efectuadas en canales de riego, acequias o al aire libre, contaminaron las aguas empleadas para regar verduras que luego se comerían. El circuito de eliminación y consumo tóxico afectó con riesgo de muerte la salud infantil y de las embarazadas. Ahí, la medicina fomentó la higiene urbana, para reducir, con el pasar del tiempo, la tasa de mortalidad infantil en Chile, la cual, a mediados del siglo, fue superior a la de otros países de la región —la diferencia más notoria se dio con Argentina hacia la década de 1940— (véase tabla 2). Fruto del denuedo médico,



33 “Atención del niño en edad pre-escolar”, *El Mercurio*, 16 de junio de 1952, 2.

34 Hugo Behm, *Mortalidad infantil y nivel de vida* (Santiago: Ediciones de la Universidad de Chile, 1962).

tres décadas después, comenzó su estabilización con índices similares a las demás naciones latinoamericanas.

IMAGEN 1. NIÑOS VAGOS DURMIENDO EN UNA CALLE DE SANTIAGO



FUENTE: “MILES DE NIÑOS VAGOS NO TIENEN DONDE DORMIR”, *LA NACIÓN*, 7 DE FEBRERO DE 1933, 2.

Por entonces, para algunos médicos, pese a los cambios experimentados en el panorama sanitario, éste continuaba inalterado. Entre ellos, Alfredo Patri señaló que el entorno donde nacía la mayoría de los niños era infecto, por carecer de agua potable, alcantarillado y un sistema de extracción de basura, lo cual hacía inevitable la contaminación alimentaria.³⁵

Como se colige de la visión médica, el ambiente “popular” condicionó la mortalidad infantil. Las medidas estatales para amplificar ahí la higiene parecían insuficientes, al tiempo que, implícita o explícitamente, algunas autoridades políticas culparon a los pobres de su infortunio. El doctor y ministro de Salud, Óscar Jiménez, por ejemplo, responsabilizó a la “cultura” astrosa del pobre, cuando criticó la cantidad de basura que producían, la cual incrementaba el mosquerío y las enfermedades diarreicas.³⁶



35 “Ignorancia y desnutrición son causas de mortalidad infantil”, *El Mercurio*, 15 de febrero de 1969, 4.

36 “Alarma ante mortalidad infantil”, *El Mercurio*, 7 de diciembre de 1970, 5.

Otros, como el ingeniero y ministro de Vivienda, Andrés Donoso Larraín, prometieron erradicar todas las callampas en 1970,³⁷ promisión que tardaría años en concretarse.

LAS ENFERMEDADES INFANTILES

Uno de los principales hábitos favorables a la persistencia de las enfermedades infantiles fue la falta de prevención hacia éstas. La población experimentó dificultades graves para aplicar las premisas de la virología y el higienismo en la vida cotidiana. Algunos médicos, conscientes de tal contradicción, abogaron por la difusión de esos conocimientos,³⁸ para comenzar así, poco a poco, un estudio con el cual reducir la mortalidad infantil, al centrarse en sus causas directas (médicas) e indirectas (sociales).

En ese proceso médico-pedagógico, las madres tuvieron un papel central, al introducir las al saber pediátrico naciente sobre las enfermedades. Así, sintomatologías antes desconocidas por ellas fueron un parámetro para llevar o no al niño al hospital. Conjuntamente, fueron educadas para interpretar de manera correcta las recomendaciones y tratamientos médicos para los niños, sin confundirlas con “desamor”. Las rémoras de ese adiestramiento influyeron en una inexistencia de la atención médica para miles de niños, lo cual redundaba en una alta mortalidad.³⁹

Para profundizar esa enseñanza, el Departamento de Bienestar de la Madre y el Niño estableció diez Centros Preventivos en Santiago. Allí, se orientó a los padres sobre enfermedades hereditarias, y se atendieron consultas sanitarias de embarazadas y niños hasta siete años. A ello, se sumó el servicio de partos a domicilio. Por último, se investigaron enfermedades infecciosas y se entregó un servicio de asistencia social para resolver problemas familiares. En un informe médico que explicitó los desafíos futuros de los Centros Preventivos, leemos el interés por “[i]ntensificar el trabajo realizado, llegar más allá en los sectores populares, conseguir mayores medios económicos que permitan una acción cada vez más efectiva, y de preferencia, especializar al personal”⁴⁰



37 “Gobierno dispuso restricción en consumo de verduras y hortalizas”, *El Mercurio*, 22 de noviembre de 1968, 3.

38 Otto Schwarzenberg, *Educación, alimentación e higiene del niño: un consejero para madres* (Santiago: Imprenta La Nación, 1934).

39 “El niño enfermo”, *El Mercurio*, (15 de mayo de 1930, 4.

40 ARNAD, Fondo: Ministerio de Salud, vol. 225, “Labor de los centros preventivos del departamento de Bienestar de la madre y del niño”, 13 de septiembre de 1939, s/f.

Los pediatras, por su parte, practicaron una cisura en la mortalidad infantil, al distinguir entre los fallecidos antes del mes (mortalidad neonatal) y antes del año de vida. Entre los primeros, las causas eran maternas, derivadas del embarazo y del parto; entre los segundos, eran “ambientales”, e incluían infecciones y problemas alimentarios⁴¹ que aumentaban la posibilidad de muerte, a pesar del auxilio a la lactancia dado por el Servicio Nacional de Salud.⁴² A medida que aumentó la cobertura y la asepsia hospitalaria, se produjo un descenso brusco de muertes en el parto, lo cual trajo un aumento en el número de recién nacidos sobrevivientes.⁴³ Para Kaempfer, entre el primer mes y los cuatro años no había reducciones significativas, porque los accidentes en el hogar o en la vía pública continuaban estables. En cambio, los equipamientos médicos aumentaron ostensiblemente las posibilidades de sobrevida de los nacimientos prematuros o con consecuencias del parto.⁴⁴

En cuanto a los factores medioambientales, la implementación de mejoras de la infraestructura urbana contribuyó en el aumento de la esperanza de vida. Para Tarsicio Castañeda, el rápido descenso de la tasa de mortalidad infantil se explica, en gran medida, por el aumento de la cobertura de agua potable y alcantarillado, ambos servicios, fundamentales para lograr una higiene adecuada en el hogar. La contaminación hídrica originaba enfermedades con consecuencias fatales, sobre todo entre los infantes. Por su parte, la ausencia de instalaciones para eliminar excretas favorecía la propagación de gérmenes y enfermedades.⁴⁵

A pesar de su éxito relativo, el Servicio Nacional de Salud, en conocimiento de que las muertes en la primera infancia, junto a los fallecimientos por enfermedades del aparato respiratorio y digestivo y la tuberculosis, representaban más de 60 por ciento del total, enfatizó que los recursos terapéuticos, medidas preventivas y la planificación



41 “De impresionante califican en Ginebra el descenso de la mortalidad infantil en Chile”, *La Nación*, 11 de abril de 1949, 6.

42 Servicio Nacional de Salud, “Reglamento de subsidios de enfermedad, maternidad y auxilio de lactancia”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año II, núm. 1 (1956): 33.

43 Servicio Nacional de Salud, “Enfermedades del pasado y del presente”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año IV, núm. 4 (1958): 633.

44 Ana María Kaempfer y Ernesto Medina, “La salud infantil en Chile durante la década del setenta”, *Revista Chilena de Pediatría*, vol. LIII, núm. 5 (1982): 468-480.

45 Tarsicio Castañeda, *Contexto socioeconómico y causas del descenso de la mortalidad infantil en Chile* (Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1984).

de programas mejorarían sustancialmente la salud.⁴⁶ Prueba de ello fue la inauguración de un nuevo pabellón con camas clínicas en la Maternidad del Hospital Ramón Barros Luco, que permitió disminuir “el número de días de estada que empezó con 10 [en 1935] para llegar a 3 [en 1957]; modalidad que consiste en atender el parto en la Maternidad y el puerperio en el domicilio”.⁴⁷ Durante este periodo, tras décadas de incremento, se alcanzó la mitad de partos en establecimientos hospitalarios.⁴⁸

En ese estado del conocimiento médico y de la opinión política, el Servicio Nacional de Salud amplió su labor pediátrica hacia la periferia de Santiago. El proyecto fue acorde con las iniciativas de la Dirección General de Salud, para mejorar la enseñanza de los cuidados maternos.⁴⁹ En efecto, para 1965, 24 policlínicos populares contaban con programas de saneamiento ambiental, repartición de leche y control de diarreas, lo cual coadyuvó en el descenso de la mortalidad.⁵⁰ Las actividades sanitarias, con participación comunitaria, se efectuaron en fases de fomento, protección y recuperación.

La tabla 3 se realizó con datos reunidos por la Dirección General de Estadística (DGE), organismo que introdujo o excluyó enfermedades en la nomenclatura.⁵¹ Puntualmente, las afecciones mortíferas fueron: las del aparato digestivo (distrofia simple, trastornos nutritivos en los menores de cinco años, gastritis, enteritis y colitis, salvo diarreas del recién nacido, avitaminosis y otras deficiencias nutricionales); las relacionadas con accidentes en el parto (nacimiento prematuro, afelectasia y asfíxia durante o después del nacimiento, infecciones del recién nacido), así como las afecciones del sistema respiratorio (como la neumonía) (véase tabla 3). Las más recurrentes fueron



46 Servicio Nacional de Salud, “Exposición del señor director general sobre la marcha del Servicio Nacional de Salud”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año I, núm. 2 (1955): 63.

47 Servicio Nacional de Salud, “Inauguración de un nuevo pabellón de maternidad del Hospital Barros Luco”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año III, núm. 2 (1957): 308.

48 Servicio Nacional de Salud, “La magnitud y jerarquía de los problemas de salud”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año III, núm. 4 (1957): 516.

49 Comité conjunto de UNICEF y Organización Mundial de la Salud, “Conclusiones y recomendaciones de un estudio sobre las actividades de higiene maternal e infantil”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año IV, núm. 1 (1958): 64.

50 “Efectiva acción asistencial desarrollan 24 Policlínicas”, *La Nación*, 23 de mayo de 1965, 5; “SNS propicia ampliación de la atención materno infantil”, *La Nación*, 15 de agosto de 1966, 4.

51 Pablo Chávez Zúñiga y José Julián Soto Lara, “La primera estadística sanitaria infantil de la provincia de Santiago de Chile (1860-1929)”, *Dynamis*, vol. xxxix, núm. 1 (2019): 149-174.

ésta y la gastritis, enteritis y colitis, lo que evidencia la influencia de las estaciones del año en la mortalidad, pues, mientras en verano aumentaban las afecciones estomacales, en invierno lo hacían las respiratorias.

EL PROBLEMA ALIMENTICIO

A finales de la década de 1930, para Miguel Etchebarne, médico y ministro de Salubridad, las familias desnutridas creaban un medio propicio para las enfermedades: “el germen no es nada, [...] el terreno lo es todo”.⁵² La posición de Etchebarne fue compartida por algunos médicos para quienes la tasa de mortalidad infantil cristalizaba la gravedad de la desnutrición. Ésta provocaba la muerte de niños afectados por enfermedades “corrientes”, a las cuales resistirían de estar nutridos, tales como el sarampión, la que actuó ferozmente entre los esqueléticos y de modo implacable en los hijos de tuberculosas.⁵³

Al mediar el siglo, médicos de varios países latinoamericanos llamaron la atención de sus gobiernos sobre las repercusiones de la mala alimentación en la mortalidad infantil;⁵⁴ el vínculo observado entre estas dos últimas hizo que se investigasen las enfermedades gastrointestinales.⁵⁵ Arturo Scroggie, quien estuvo becado en Estados Unidos, y Humberto Garcés calcularon el impacto de este tipo de afecciones en la tasa.⁵⁶ A partir de los datos de la DGE, mostraron que eran responsables de 16.7 por ciento de las muertes en 1930. La cifra se mantuvo en torno a 17 por ciento en 1935, 1940, 1945 y 1950, aunque el número fue disminuyendo. Específicamente, en Santiago, la desnutrición afectó a los niños de gran parte de la población que no consumían un mínimo de nutrientes para desarrollarse sanamente.⁵⁷



52 “El problema de la salubridad”, *La Nación*, 14 de agosto de 1939, 5.

53 ARNAD, Fondo: Ministerio de Salud, vol. 225, “Auto del Ministerio del Interior”, Boletín n° 154, 12 de septiembre de 1939, s/f.

54 Eduardo Nunes, “The lives of children and their public intimacy: Social work as a new factor in attending to the needs of children in Latin America, 1928-1948”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. XIX, núm. 2 (2012): 1-23.

55 Sociedad Chilena de Pediatría, “El Séptimo Congreso Chileno de Pediatría y sus conclusiones”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año II, núm. 6 (1956): 916-918.

56 Arturo Scroggie y Humberto Garcés, “La diarrea aguda del lactante mirada desde el punto de vista clínico”, *Revista Chilena de Pediatría*, vol. XXIV, núm. 9 (1953): 1-9.

57 Aníbal Ariztía, Guillermo Adriasola y Avogadro Aguilera, “El hambre o desnutrición en la población de Chile”, *Revista Chilena de Pediatría*, s.n. (1967): 1-10.

TABLA 3. CAUSAS DE MUERTES INFANTILES EN SANTIAGO, 1930-1970

	1930	1933	1935	1940	1943	1946	1948	1950	1955	1957	1963	1966	1968	1970
Nacimiento prematuro, consecuencias del parto y debilidad congénita	1 031	1 756	1 946	1 476	1 322	1 127	1 334	954	929	1 045	807	766	2 159	
Trastornos nutricionales				321	237	413	464	400	337	341	1 450	1 138	4 933	4 375
Otras enfermedades de la primera infancia	177	339	241						2 444	2 771	1 220	1 206	4 553	5 491
Neumonía									1 659	1 722	1 534	1 358	7 389	6 342

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON BASE EN DATOS DE LOS AE DEL PERIODO SEÑALADO.

Con el fin de prevenir la letalidad de la diarrea, los programas públicos y seminarios médicos buscaron romper el ciclo infecto, para lo cual se centraron en la higiene alimentaria y la protección, fomento y reparación de la salud.⁵⁸ En ese diagnóstico, el Servicio Nacional de Salud consideraba que las inmunizaciones y la lenta recuperación de los enfermos tenían menor rendimiento por el “deficiente estado nutritivo de la población”.⁵⁹ Por ello, el estudio médico de la limpieza y calidad nutritiva de los alimentos, condición *sine qua non* para mermar la mortalidad infantil, patrocinó el surgimiento de una política láctea. El Estado, para efectuarla, aumentó la producción de leche y creó mecanismos para distribuirla entre la población.⁶⁰ Además, se requería coordinar múltiples programas integrales de nutrición que la trataran desde una perspectiva agrícola, sanitaria y educativa, entre otras.⁶¹ Aunque el segundo gobierno de Arturo Alessandri enfatizó su aprovisionamiento entre el proletariado, en la década de 1960, aún era raro su consumo en los niños más pobres.

Cuando Domingo Santa María, ministro de Economía hacia 1966, anunció la fijación del precio de la leche y, posiblemente, la reducción de su aporte graso para abaratarla, engendró un debate médico-político que derivó en cómo reducir su consumo. Sobre el segundo aspecto, las opiniones fueron diversas, pues, mientras hubo especialistas —como Elvira Cabrera, profesora de la Escuela de Alimentación, y el doctor Benjamín Viel, profesor de la Universidad de Chile— que apoyaron la medida, con la propuesta de reemplazar la grasa con yemas y mantequilla, otros, como el doctor Adalberto Steeger, se opusieron, debido a su aporte al sistema inmunológico.⁶²

El debate se mantuvo cuando las estadísticas médicas indicaban que el consumo calórico diario per cápita había disminuido de 2 577 en la década de 1930 a 2 200. Destacados médicos, frente a la desnutrición de los niños por falta de leche y otros alimentos, criticaron a sus progenitores. Por ejemplo, la nutrióloga del Servicio Nacional de Salud, Oriana Gajardo, los vapuleó por ignorar el valor nutritivo de los alimentos,



58 Servicio Nacional de Salud, “Primer Seminario Interamericano Regional sobre Diarreas Infantiles”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año II, núm. 5 (1956): 769.

59 Alfredo Riquelme, “Salud pública y alimentación”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año III, núm. 2 (1957): 200.

60 Jael Goldsmith Weil, “Milk makes state: The extension and implementation of Chile’s state milk programs, 1901-1971”, *Historia*, vol. I, núm. 50 (2017): 79-104.

61 Servicio Nacional de Salud, “Desarrollo de la comunidad y servicios conexos”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año III, núm. 6 (1957): 884.

62 “Problema de la leche preocupa a especialistas y consumidores”, *El Mercurio*, 28 de abril de 1966, 7.

y estigmatizó a las dueñas de casa que reemplazaban la leche por gaseosas o vino.⁶³ La desnutrición se agravó en la época de la Gran Sequía (1968-1969) que afectó al país. Durante ésta, el ministro de Economía, Enrique Krauss, afirmó que para la población no sería “un sacrificio muy grande el abstenerse de consumir papas o cebollas”.⁶⁴

IMAGEN 2. ALIMENTACIÓN DE NIÑOS ENFERMOS EN EL HOSPITAL



FUENTE: “CUMPLE 50 AÑOS. EL HOSPITAL MANUEL ARRIARÁN DEBE ATENDER 300 MIL NIÑOS”,
LA NACIÓN, 8 DE MARZO DE 1960, 2.

Pasada la crisis, el gobierno de la Unidad Popular implementó el programa “Medio litro de leche diario”, para los niños, el cual distribuyó 48 millones de kilos de leche en polvo en 1970. Mediante esa medida, se trató de acabar con una desnutrición que seguía cobrando “varios miles de vida[s] anuales”.⁶⁵ En los consultorios, la entrega del producto fue acompañada por una pedagogía sanitaria que continuó fortaleciendo la comuni-



63 “El problema del hambre”, *El Mercurio*, 9 de octubre de 1966, 3.

64 “Gobierno dispuso restricción en consumo de verduras y hortalizas”, *El Mercurio*, 22 de noviembre de 1968, 6.

65 “Repartirán 48 millones de litros de leche”, *El Mercurio*, 23 de noviembre de 1970, 2.

cación entre especialistas y madres. Los principales conocimientos recibidos por ellas fueron cómo preparar mamaderas [biberones], bañar bebés, prevenir enfermedades y actuar en caso de diarreas. Esta ayuda estatal revolucionaria se efectuó en un momento en el que el discurso médico-político comenzó a girar hacia el alto número de hijos de las familias pobres, lo cual imposibilitaba una alimentación adecuada de cada miembro de la prole.⁶⁶ Además, la distribución gratuita de leche estaba acompañada de acciones de fomento de la salud, como las vacunas, control de crecimiento y desarrollo del niño.⁶⁷

ALGUNOS LOGROS Y ADVERSIDADES DE LA PEDIATRÍA

A comienzos de la década de 1930, los hospitales de niños Roberto del Río y Manuel Arriarán fueron de las pocas instituciones públicas donde se desarrolló investigación pediátrica, cuyos resultados se difundieron en congresos y publicaciones en los cuales circuló el saber pediátrico chileno. Los intercambios de conocimiento permitieron comparar los logros y adversidades del campo médico con los de otros países, y, debido a su importancia, se mantuvieron en el tiempo. Entre los simposios celebrados en Santiago, destacaron el Congreso Panamericano del Niño (1924 y 1973), el Congreso Nacional de las Gotas de Leche (1919 y 1951), el Congreso Nacional de Pediatría (1937, 1941, 1947, 1952, 1956, 1960, 1964 y 1969), el Congreso de la Confederación Sudamericana de Sociedades de Pediatría (1944), el Congreso Médico Social Panamericano (1962) y el Primer Congreso de Nutrición (1963).

Estos logros del campo pediátrico fueron matizados en todo momento por adversidades. Pese a la extensión de las redes asistenciales, un número importante de la población infantil sin acceso corrió el riesgo de morir a poco de nacer. Los establecimientos hospitalarios muchas veces carecían de recursos básicos para protegerlos. El Hospital Manuel Arriarán, por ejemplo, en 1936, no tenía frazadas, fundas y colchones suficientes para los pacientes. Además, según las declaraciones del médico Eugenio Cienfuegos, no contaba con frigoríficos en los cuales conservar la leche humana, imprescindible para los enfermos.⁶⁸ La falta de otros materiales que requerían la organización médica y la contabilidad de los nacidos, como el papel y las fichas,



66 "Cómo encarar el problema de la desnutrición", *El Mercurio*, 30 de octubre de 1970, 6.

67 Castañeda, *Contexto*.

68 "En favor de las madres y de los niños de Chile", *El Mercurio*, 28 de marzo de 1936, 3.

impidieron el funcionamiento correcto del Fichero Central de la Dirección General de Protección a la Infancia, según un memorando escrito por su director, el cirujano Guillermo Morales Beltramí.⁶⁹

De acuerdo con datos de ese médico, presentados en 1940, en Chile nacían, cada año, alrededor de 160 000 niños, de los cuales sólo 25 000 eran atendidos en maternidades, 17 000 en servicios públicos anexos, y 50 000 de forma privada. De las cifras, se deduce que 68 000 carecían de asistencia al nacer. Morales también detalló el número de atenciones después del nacimiento: de 200 000, 50 000 eran atendidos en servicios públicos, 60 000 en casas y el resto no recibía atención hasta los dos años.⁷⁰ Esa práctica estuvo estrechamente vinculada con la muerte de los niños *prematuros*.⁷¹ Dicha categoría, por entonces, refería a los niños con menos de 2 500 gramos de peso al nacer, sin considerar la duración del embarazo u otros signos de parto prematuro.⁷²

Así, el acuciante problema de la mortalidad infantil mantuvo la necesidad de un nuevo hospital de menores. El anhelo se materializó con la fundación del Hospital de Niños Doctor Luis Calvo Mackenna, en 1942. Su instalación se realizó con aportes de la Junta de Beneficencia, sobre el inmueble de la Casa Nacional del Niño. Por eso, se debió modificar la topografía del edificio y utilizar materiales de la bodega para acondicionarlo.⁷³ Con el tiempo, además de la atención médica, acogió reuniones pediátricas y otras actividades relacionadas. En las primeras, los médicos visitantes de otras ciudades chilenas y extranjeras actualizaban sus teorías y llevaban a cabo prácticas con menores.⁷⁴ Dentro de las segundas, merece la atención una exposición organizada por varias empresas (Andrómaco, Columbia, Fermo Química del Pacífico, Nestlé, Petrizio, Sanitas y Wander), para destacar la misión social de las instituciones de atención a madres y niños.⁷⁵



69 ARNAD, Fondo: Ministerio de Salud, vol. 470, “Comunicación del Director General de Protección a la Infancia y Adolescencia dirigida al Ministro de Salubridad”, 1 de febrero de 1943, s/f.

70 “Defendamos la niñez”, *La Nación*, 11 de diciembre de 1940, 3.

71 Raúl Ortega, *El prematuro en las clínicas y en la literatura médica* (Santiago: Imprenta Carabineros, 1944).

72 René Alfaro, *Estudio clínico del niño prematuro basado en el análisis de 258 observaciones* (Santiago: Imprenta El Esfuerzo, 1941).

73 Carlos Urrutia, *Hospital Luis Calvo Mackenna, diez años de labor 1945-1954. Servicio de cirugía del hospital* (Santiago: Organización Hipócrates, 1956).

74 “Hoy se efectúa el acto inaugural del VI Congreso Nacional de Pediatría”, *El Mercurio*, 23 de octubre de 1952, 3.

75 “Esta tarde se inaugurará el 5º Congreso Nacional de Pediatría”, *El Mercurio*, 27 de noviembre de 1947, 2.

Asimismo, como explicó René Miranda, el nacimiento determinaba la constitución de los huesos y los dientes en los menores.⁷⁶ Los conocimientos referidos a los prematuros produjeron una estadística para visualizar su participación en la mortalidad infantil. Con ello, se constató que, del total de nacidos en Santiago, 10 por ciento eran prematuros, de los cuales 45 por ciento fallecían durante el primer mes de vida, y 60 por ciento en las primeras 24 horas.⁷⁷ La causa fisiológica de la muerte de los prematuros fue la incapacidad para respirar, debido al escaso desarrollo anatómico.⁷⁸

Para el doctor René Ovalle, director del Hospital, la vinculación entre esa institución y el medio era propia de una medicina “moderna”, centrada en el individuo y la sociedad.⁷⁹ Su progresismo tardó en concretarse. En 1952, el doctor Salvador Bustos fue becado para estudiar un curso de Pediatría Social en el Centro Internacional de la Infancia, en París, para luego informar al Estado sobre esa materia.⁸⁰ Tuvo que pasar una década para el comienzo de un curso de Pediatría Social dictado por Arturo Baeza Goñi y organizado por la escuela de posgraduados de la Universidad de Chile. El doctor Mario Tapia, del Hospital Barros Luco, veinte años después de los comentarios de Ovalle, aclaró que esa especialidad “empieza a inquietar a gobernantes y hombres de ciencia”.⁸¹

Entre los aspectos laborales y políticos que afectaron a los hospitales infantiles estuvieron los paros y huelgas del personal. Al momento de producirse, una de las primeras medidas tomadas por las jefaturas era enviar a los pacientes menos graves a sus hogares, pues varios quedaban sin supervisión médica. Para el paro de 1952, por ejemplo, los tres hospitales adoptaron esa medida. En los hospitales Roberto del Río y Manuel Arriarán, de los casi 1 300 pacientes, sólo se dejó 10 por ciento. Para el



76 René Miranda, *Algunas nociones sobre los problemas de alimentación, nutrición y dietética* (Santiago: Imprenta San Jorge, 1950).

77 Luis Vera, *Recién nacido: apuntes del curso de puericultura* (Santiago: Universitaria, 1959).

78 Sara Eyzaguirre, *Nociones de puericultura* (Santiago: Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación-Pontificia Universidad Católica de Chile, 1966).

79 “Solución integral respecto de la Ley 4054”, *El Mercurio*, 31 de agosto de 1949, 4.

80 ARNAD, Fondo: Ministerio de Salud, vol. 1202, “Comunicación del Ministerio de Salubridad dirigida al Ministro de Relaciones Exteriores”, 17 de enero de 1952, s/f.

81 “Nuevo servicio de laboratorio clínico en Hospital Arriarán”, *El Mercurio*, 19 de octubre de 1963, 5; “Pediatría social”, *El Mercurio*, 3 de abril de 1968, 7.

doctor Francisco Mardones, ministro de Salubridad, los huelguistas atentaban “contra las bases de la civilización”.⁸²

El hospital dedicó un espacio para quienes padecían de poliomielitis. Esa enfermedad, transmitida a otras personas a través de gotas expulsadas al hablar o por la vía fecal-oral, afectaba la médula espinal. El doctor Olimpo Molina, hacia 1948, la atribuía al contacto con aguas servidas, leche descompuesta, polvo ambiental y moscas. En ausencia de algún tratamiento con alta eficacia, los pediatras enfatizaron la importancia de acudir con los niños al hospital y luego cumplir los tratamientos en centros de rehabilitación, para evitar las secuelas de la enfermedad. El Servicio Nacional de Salud intentó atenuar las consecuencias del problema, pero considerando las limitaciones del “presupuesto y la verdadera realidad médico-social de Chile”.⁸³ Esa situación fue refrendada por la importación de vacunas contra esta enfermedad, las cuales no alcanzaron para inmunizar a toda la población infantil, pues era una inversión que superaba el millón de dólares para solucionar “un problema cuya importancia es muy inferior a otros que pueden ser beneficiados mayormente con menores recursos”.⁸⁴

Otra rémora del servicio hospitalario fue la insuficiencia de funcionarios para una población creciente. La carestía de pediatras, obstetras, tisiólogos y nutriólogos, sumado al excesivo trabajo y la elevada demanda, hizo que el Hospital de Niños Roberto del Río rechazara pacientes en verano.⁸⁵ Por entonces, de acuerdo con los cálculos del doctor Steeger, los pediatras recibían la mitad de todas las consultas efectuadas en Chile, pero, del total de médicos, ellos eran 13 por ciento; por esta razón, durante los meses de gran afluencia de enfermos debían contratarse estudiantes de Medicina.⁸⁶ Al contrario, la opinión autocomplaciente del ministro de Salud, doctor Ramón



82 “Graves trastornos derivados del paro ilegal que mantienen personales en servicios hospitalarios”, *El Mercurio*, 22 de junio de 1952, 4.

83 Jorge Iván Hübner, “Vacunación contra la poliomielitis en Chile”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año III, núm. 2 (1957): 224.

84 Guillermo Valenzuela Lavín, “Las acciones del Servicio para combatir la poliomielitis”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año III, núm. 3 (1957): 423.

85 Luis Roos Rosman y Salvador Valdés B., “Estructura, recursos y rendimiento del Hospital de Niños Roberto del Río”, *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año V, núm. 5 (1959): 736.

86 “Congreso de Pediatría abordará los cinco males que aniquilan a los niños chilenos”, *La Nación*, 10 de noviembre de 1964, 5; “Hay un gran déficit de médicos en Chile”, *La Nación*, 20 de julio de 1964, 4.

Valdivieso, destacó que el promedio de médicos en Chile era aceptable (6 por 10 000 habitantes), similar al de Estados Unidos (11 por 10 000 habitantes).⁸⁷

Los estudios de Behm (1962) permiten apreciar una mejora mínima en los indicadores presentados. Según él, en 1957, 40 por ciento de los recién nacidos en Chile no recibía ningún cuidado responsable; la atención médica, durante el primer año de vida, era inexistente para más o menos 100 000 de ellos. Por entonces, al adolecer las maternidades de un número adecuado de camas, varias madres alumbraron en ambientes infectos y ayudadas por parteras.⁸⁸

En otro orden de ideas, el incremento del conocimiento pediátrico se debió al perfeccionamiento de las técnicas de observación, análisis e intervención de las enfermedades, pero también a la instalación de salas para pacientes de edades y males-tares específicos.⁸⁹ De igual forma, la creación del laboratorio del Hospital Manuel Arriarán, donde se estudiaron las lesiones producidas por la desnutrición y se buscó una solución para ésta mediante la producción de proteínas “nacionales”,⁹⁰ permitió un robustecimiento epistémico de la pediatría.

A pesar de todos los escollos sufridos por la pediatría para aumentar la calidad del servicio, algunos cambios en la salud infantil se hicieron visibles. De acuerdo con estadísticas del Servicio Nacional de Salud, en 1970, 70 por ciento de la población infantil del país se atendía ahí (2 600 000 de 3 700 000). La atención se robusteció debido al aumento de las horas médicas de pediatría (de 3 483 a 4 870), así como por el incremento de camas (5 897 en total) y el registro médico de los fallecimientos, que aumentó 14 por ciento, para dar a conocer mejor las causas de la mortalidad. En la consolidación profesional e institucional de la pediatría fue fundamental la mejoría de los elementos de la atención de salud; entre éstos, el mayor número de partos con atención profesional, la disponibilidad de horas médicas y las consultas pediátricas por habitantes.⁹¹



87 “Gobierno ampliará la atención médica a la madre y el niño”, *El Mercurio*, 12 de noviembre de 1964, 4. Otro diario afirmó que en Estados Unidos el número de médicos por 10 000 habitantes era de 16, y en la Unión Soviética, de 18. “Hay un gran déficit”, 5.

88 “Atención materno infantil”, *El Mercurio*, 6 de agosto de 1963, 6.

89 “La especialización permite el progreso de la medicina”, *La Nación*, 3 de febrero de 1963, 4.

90 “En Chile mueren de hambre 105 de cada mil niños”, *El Siglo*, 18 de abril de 1965, 2.

91 Iván Lavados, *Evolución de las políticas sociales en Chile 1964-1980* (Santiago: Comisión Económica para América Latina/ Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1984).

REDES TRANSNACIONALES PARA EL DESARROLLO DE LA PEDIATRÍA

La historia de la pediatría chilena, así como la de las prácticas y discursos efectuados para combatir la mortalidad infantil no pueden entenderse sólo desde el marco analítico del Estado-nación. La consecuencia metodológica principal de esa apertura espacial permite atender la circulación transnacional de elementos, hoy considerados fuentes históricas, con el objetivo de “trascender las fronteras nacionales y no limitarse a lo que hacía —o dejaba de hacer— el Estado Nación”.⁹² “Transnacionalizar” la historia de Chile, en palabras de Vergara, implicaría visualizar territorios “que van más allá de los estados nacionales, surgiendo [...] un creciente interés por estudiar las Américas como un espacio común”.⁹³

De acuerdo con Zárate y Del Campo, la vinculación de este tipo de aproximación con la historia de la medicina y la salud pública viene desarrollándose en América Latina hace más o menos una década. Sus cultores explican cómo la región ha sido algo más que un “recipiente pasivo” de la ciencia y de la cooperación internacional, al demostrar una capacidad de adaptación y resignificación de los conocimientos foráneos.⁹⁴ Algunas de las investigaciones destacadas por ambas historiadoras fueron las referidas a las influencias intelectuales y apoyos monetarios extranjeros, así como a la protección materno-infantil y la obstetricia. Esos progresos en la investigación tienen, de todas maneras, una deuda pendiente con “el estudio de los vínculos entre la comunidad científica chilena y la norteamericana en el siglo xx”.⁹⁵

¿Qué antecedentes nuevos sobre el apoyo recibido en Chile por parte, principalmente, de Estados Unidos en el combate contra la mortalidad infantil pueden documentar de una mejor forma el periodo histórico que corre entre las décadas de 1940 y 1960? La presentación de evidencias referidas a ese fenómeno transnacional debe considerar, en primer lugar, el nuevo orden mundial gestado durante la Segunda



92 Marcos Cueto y Matheus Alves Duarte da Silva, “Trayectorias y desafíos en la historiografía de la ciencia y de la medicina en América Latina”, *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. LXXII, núm. 2 (2020): 8.

93 Ángela Vergara, “De la higiene industrial a la medicina del trabajo: la salud de los trabajadores en América Latina, 1920-1970”, en *Ampliando miradas. Chile y su historia en un tiempo global*, edición de Fernando Purcell y Alfredo Riquelme (Santiago: Instituto de Historia-Pontificia Universidad Católica de Chile/RIL Editores, 2009), 218.

94 María Soledad Zárate y Andrea del Campo, “Curar, prevenir y asistir: medicina y salud en la historia chilena”, *Nuevo Mundo/Mundos Nuevos*, 10 de junio de 2014.

95 Zárate y Campo, “Curar”.

Guerra Mundial y la Guerra Fría. Ambos conflictos configuraron una realidad geopolítica inédita que requirió de un reposicionamiento del Estado chileno dentro de la zona de influencia hegemónica de Estados Unidos, el cual organizó una política exterior concreta hacia América Latina, con el objetivo de hacer prevalecer su “visión de mundo”.⁹⁶ Esta influencia ideológica aconteció sobre una base económica construida con los fondos solicitados por varios Estados latinoamericanos a la Casa Blanca. Ese capital, destinado para la lucha contra el subdesarrollo, acrecentó su flujo al finalizar la década de 1950, cuando el gobierno estadounidense visualizó el riesgo de que los países latinoamericanos fueran apoyados por la URSS.⁹⁷ Por ejemplo, en el periodo 1962-1969, Chile recibió una cifra superior a los mil millones de dólares.⁹⁸

Ese tipo de vinculación, además de reforzar la dependencia científico-tecnológica del país del Sur, consolidó lo que Cueto denominó la *cultura de la sobrevivencia*.⁹⁹ Los principales rasgos de dicha cultura fueron la valoración excesiva de la tecnología médica y de los expertos, así como la promoción de una salud pública centrada en entregar respuestas temporales a las emergencias. A pesar de ese halo de modernización, la visión médica, en general, rehusó considerar los graves “problemas sociales que generaban enfermedades epidémicas”.¹⁰⁰ Con todo, fue desarrollándose en América Latina un sistema de “salud internacional” que aprovechó su poder sobre el campo biológico, para introducir propaganda propia del campo ideológico, principalmente en clave anticomunista.¹⁰¹

En ese contexto político y sanitario, el Estado chileno profundizó su inserción hemisférica, con el objetivo de conseguir apoyos para superar la mortalidad infantil. Por lo mismo, no fue extraño que Estados Unidos fuese uno de los países que más



96 Henry Raymond, *Vecinos en conflicto. La historia de las relaciones entre Estados Unidos y Latinoamérica desde Franklin Delano Roosevelt hasta nuestros días* (México: Siglo XXI Editores, 2007), 7.

97 Joseph Tulchin, “Los Estados Unidos y América Latina en la década del 60”, *Estudios Internacionales*, vol. xxi, núm. 84 (1988): 473.

98 Alan Angell, *Chile de Alessandri a Pinochet: en busca de la utopía* (Santiago: Editorial Andrés Bello, 1993), 49.

99 Marcos Cueto, “La ‘cultura de la sobrevivencia’ y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo xx”, *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. xxii, núm. 1 (2015): 255-273.

100 Cueto, “La ‘cultura de la sobrevivencia’”.

101 Marcos Cueto, *La salud internacional y la Guerra Fría: erradicación de la malaria en México, 1956-1971* (México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2013).

ofreció soporte económico y técnico a Chile, pues pretendía favorecer las condiciones de higiene, profilaxis, vigilancia pre y posnatal, y asistencia hospitalaria en América del Sur.¹⁰² A partir de esa lógica se desarrolló la Convención de Atlantic City, en 1941, que contó con la participación de Salvador Allende, por entonces ministro de Salubridad, quien entabló relación con Sumner Welles, subsecretario de Estado, y Nelson Rockefeller, coordinador de Asuntos Americanos. Ahí, se acordó organizar una sección especial de la Oficina Sanitaria Panamericana, con delegados de diferentes Estados, para intensificar la defensa sanitaria de éstos.¹⁰³ En concreto, el plan fortaleció la protección de los niños chilenos mediante la creación de institutos prenatales en varias provincias, la ampliación de los servicios del Patronato Nacional de la Infancia, y la instalación de escuelas-talleres y escuelas-granjas para los expósitos.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), fundada en 1945, también entregó aportes económicos a Chile. El país recibió 125 000 dólares, con el objetivo de adquirir equipos médicos para atender madres y niños de las zonas rurales.¹⁰⁴ Con una intención similar, la misma institución asignó 285 000 dólares, para que el Instituto Bacteriológico de Santiago incrementase su producción de penicilina, y otros 49 000, para comprar leche en polvo.¹⁰⁵ Gracias a esos fondos, el Estado esperaba desarrollar fábricas de medicamentos y aumentar la distribución gratuita de leche.

Atendiendo la relación prematuridad-mortalidad, el Estado firmó un convenio con la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para crear el Centro del Niño Prematuro. Para ello, la UNICEF entregó diez incubadoras, estufas eléctricas, refrigeradores, lavadoras y esterilizadoras.¹⁰⁶ El Centro, que fue el primero en América Latina, aspiró a formar un núcleo de especialistas para el hemisferio sur. El doctor Jorge Howard, quien retornó a Santiago luego de una estancia en Estados Unidos, lo dirigió y dispuso becas para enfermeras.¹⁰⁷



102 Stefan Rinke, *Chile y Estados Unidos. Cien años de relaciones internacionales* (Santiago: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana/DIBAM, 2013).

103 “En defensa de la salud”, *El Mercurio*, 31 de mayo de 1943, 4.

104 “400 mil dólares para ayuda a la infancia en América Latina”, *El Mercurio*, 21 de junio de 1950, 2.

105 “Ejecución de un plan para incrementar la producción de penicilina en el país”, *El Mercurio*, 26 de abril de 1952, 2.

106 “Plan de operaciones para la atención de niños prematuros”, *El Mercurio*, 2 de mayo de 1955, 3.

107 “Centro del Niño Prematuro, un paso más en la lucha contra la mortalidad infantil en Chile”, *El Mercurio*, 8 de mayo de 1955, 4.

Como informó el Ministro de Salubridad Pública al canciller chileno, los principales patrocinadores internacionales que ayudaban al establecimiento de los programas sanitarios existentes en Chile provenían del gobierno estadounidense, por medio del Instituto de Asuntos Interamericanos y la ONU. Con el primero, se firmó un convenio básico de cooperación en 1943, vigente hasta 1955, y, al momento de redactarse el informe, había donado 5 400 000 dólares¹⁰⁸ (La Moneda, durante ese mismo periodo, había contribuido con 134 556 000 pesos chilenos).¹⁰⁹

En el establecimiento de vínculos sanitarios entre Chile y Estados Unidos pueden apreciarse determinantes globales de orden productivo y financiero. Concretamente, en el primer país, ese nexo se tradujo en la adquisición de leche en polvo y descremada proveniente de los excedentes de la producción estadounidense. Sin embargo, cabe mencionar que, durante algunos años, el Servicio Nacional de Salud tuvo dificultades para adquirir la leche, debido a la volatilidad del dólar y su alto costo de producción, cuestiones que provocaron alzas extraordinarias de los precios. Esa situación favoreció la activación de convenios entre ambos Estados, para que una agencia privada gestionara la donación de leche por parte de la Casa Blanca, con el objeto de desarrollar el programa de atención materno-infantil.¹¹⁰

Otra de las donaciones fue gestionada por la bacterióloga Pearl Kendrick, representante de la UNICEF, con lo cual se obtuvieron materiales para fabricar vacunas en el Instituto Bacteriológico.¹¹¹ En el mismo ámbito vacunal, I. A. Botty, vicepresidente de la u.s. Vitamin & Pharmaceutical Co., donó equipamiento para investigar la nutrición infantil, el cual fue utilizado por el médico estadounidense Nathan Smith, con el apoyo de su homólogo chileno Julio Meneghello y un grupo de sociólogos, antropólogos y asistentes sociales. Todos ellos fueron patrocinados por la Universidad de Wisconsin y la Fundación Rockefeller.¹¹² Otra donación monetaria contra la



108 En 1952, 71.00 pesos chilenos equivalían a 1 dólar. Por lo tanto, 5 400 000 dólares representaban 384 400 000 pesos chilenos. Gert Wagner y José Díaz, *Inflación y tipo de cambio: Chile 1810-2005* (Santiago: Facultad de Economía y Administración-Pontificia Universidad Católica de Chile, 2008), 87.

109 ARNAD, Fondo: Ministerio de Salud, vol. 1202, "Respuesta oficio n.º 960 del Ministerio de Relaciones Exteriores sobre consulta del Convenio Económico para América Latina", 19 de febrero de 1952, s/f.

110 Servicio Nacional de Salud, "Antecedentes sobre convenio de abastecimiento de leche descremada en polvo y queso, con Caritas-Chile", *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año IV, núm. 3 (1958): 437.

111 "Intensa campaña contra difteria y tos convulsiva", *La Nación*, 6 de marzo de 1950, 3.

112 "Donación de u.s. Vitamin permitirá la investigación de nutrición infantil", *La Nación*, 3 de abril de 1964, 6.

desnutrición la hizo Leonard Wolf, jefe de la “Operación Niños”, un proyecto creado por el presidente Kennedy y continuado por Johnson.¹¹³ La misma fundación, en conjunto con el Departamento Cooperativo Interamericano de Obras de Salubridad, permitió la formación de médicos, enfermeras e ingenieros en materia sanitaria.¹¹⁴

Ese tipo de inversiones se hizo común y reforzó la dependencia tecnológica chilena. En ese sentido, cuando se inauguró el edificio nuevo de la Posta Central, el Estado solicitó otro crédito, pero ahora a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, con el propósito de obtener en Washington implementos médicos. Para la ocasión, el director de la Posta, doctor Raúl Zapata, elogió el apoyo valioso de Ralph Dungan, embajador estadounidense en Santiago.¹¹⁵ Tiempo después, gracias a los contactos establecidos por la doctora Eliana Roseblit en Estados Unidos con las doctoras Marguerite Markarian y Anne Bannon, y la ayudante Jackeline Jackson, las tres últimas investigaron la prematuridad en el Hospital San Borja, con la ayuda de un trombo elastógrafo.¹¹⁶

Uno de los logros importantes del campo pediátrico fue la celebración, en Santiago, de la Conferencia Mundial de Pediatría, en 1969. Los contactos establecidos entre John Bowers, presidente de la Josiah Macy Foundation, y los médicos del Centro de Demostración sobre Atención Materno Infantil de Quinta Normal, Gilda Gnecco y Benjamín Viel, hicieron posible el intercambio de conocimientos entre pediatras de Chile, Estados Unidos, Inglaterra y Francia, entre otros países. Bowers explicó que escogió Chile como anfitrión por ser un “paladín” de la medicina general y de las políticas de salud pública. A ello se sumó la experiencia fenomenal liderada por Gnecco y Viel, quienes redujeron la mortalidad infantil en el Centro de Demostración de 85 por mil nacidos en 1967 a un 19 por mil nacidos a comienzos de 1969.¹¹⁷

Hacia 1970, la fisonomía de la mortalidad infantil en Santiago había cambiado. Los datos y las prácticas sociales de la década de 1930, debido al conjunto de esfuerzos efectuados por pediatras y otros especialistas, más la acción de los políticos comprometidos con la reducción de la mortandad, atenuaron la calamidad. Y, aunque el



113 “Gestionan ayuda para los niños de hogares de limitados recursos”, *La Nación*, 1 de diciembre de 1965, 2.

114 “Plan de salubridad para 1951”, *La Nación*, 24 de agosto de 1950, 2.

115 “El 7 de agosto de 1911 abrió sus puertas”, *La Nación*, 7 de agosto de 1966, 6.

116 “Tres investigadoras refuerzan estudios para el tratamiento de niños prematuros”, *La Nación*, 26 de septiembre de 1964, 6.

117 “Conferencia Mundial de Pediatría se reúne mañana en Santiago”, *El Mercurio*, 23 de marzo de 1969, 3.

problema persistió principalmente por las condiciones de la alimentación, el nuevo fantasma que apareció ante esos actores públicos fue el descontrol de la natalidad, aspecto tematizado en el marco del aniversario veinticinco de la FAO, celebrado en Roma, donde tuvo una destacada participación el representante chileno, Hernán Santa Cruz.¹¹⁸

CONCLUSIONES

La presente investigación permitió distinguir, enmarcar y explicar los principales factores que dilucidan el descenso de la mortalidad infantil en Santiago durante 1930-1970. Ese movimiento demográfico se debió a la emergencia de una nueva concepción de la pediatría centrada en la medicina y la sociedad. En la práctica, triunfó un modelo de pediatría que trató las causas de las enfermedades infantiles desde una mirada sistémica y no exclusivamente corpórea. Gracias a esa aproximación al fenómeno, los médicos “descubrieron” los componentes sociales (“ignorancia”, entorno y habitaciones, pobreza) que en sinergia con los componentes médicos (agentes infecciosos, desnutrición y prematuridad) empujaban inexorablemente a cientos de niños hacia la muerte.

Este giro pediátrico que produjo una “cura social” evidenció la urgencia de estudiar las enfermedades infantiles desde una perspectiva médica, que continuó profundizando y ampliando evidencias científicas de valor, pero sólo a condición de que el Estado apoyase un conjunto de reformas y programas que se dedicaran al in-

IMAGEN 3. MÉDICO EXAMINANDO A UN BEBÉ
PREMATURO



FUENTE: “LA ESPECIALIZACIÓN PERMITE EL PROGRESO DE LA MEDICINA”, *LA NACIÓN*, 3 DE FEBRERO DE 1963, 4.



118 “Alcances del problema demográfico”, *El Mercurio*, 19 de noviembre de 1970, 4.

cremento de las condiciones materiales de vida de la población. Esa relación estrecha entre medicina y Estado, vista en perspectiva histórica, evidencia con fuerza el poder de la ciencia como relato legítimo ante la clase política.

La inserción del conocimiento pediátrico en la vida política del Estado abrió un campo de opinión y acción gubernamental que, poco a poco, se materializó en la constitución de nuevas instituciones republicanas. A ellas se sumaron obras públicas de transcendencia sanitaria, como las redes de alcantarillado y agua potable. Ambas, sin lugar a dudas, evidenciaron su eficacia paulatinamente, al provocar la caída de la mortalidad infantil, pues redujeron el azote que significaban para los niños las enfermedades estomacales.

Cabe insistir, una vez más, repasando el conjunto de datos cuantitativos presentados, en la reducción sorprendente de la mortalidad infantil y el crecimiento de la población. Ese cruce de circunstancias se debió al incipiente control de las enfermedades de transmisión más peligrosas y su decrecimiento como causante de muertes, con lo cual aumentó la esperanza de vida. Junto con ello fueron importantes también los programas sistemáticos de vacunación, los que aumentaron el nivel de salud e inmunidad de los infantes. Sin embargo, el incremento formidable de nacidos que no perdían la vida generó un nuevo problema al Estado para cubrir las necesidades de vivienda, alimentación y una educación centrada en producir “buenas” madres.

Con todo, los cambios producidos en la estructura demográfica santiaguina, como consecuencia de la reducción de la mortalidad infantil, fueron alcanzados con el apoyo monetario de Estados Unidos y de organismos internacionales. Esa inserción del Estado chileno en la órbita de influencia estadounidense durante la Guerra Fría abre una serie de nuevas interrogantes para el estudio de la mortalidad infantil no sólo en Santiago, sino también en las grandes urbes de América Latina, para apreciar con exactitud el precio real de las ayudas científicas y sanitarias que circularon desde el norte hacia el sur. Gracias a éstas, a la coordinación estatal y comunitaria en la capital chilena, al finalizar el siglo xx, el país exhibió un índice de mortalidad infantil de los más bajos en la región.¹¹⁹ La “tremenda sangría colectiva” de niños que socavaba el orgullo nacional, como protestó Federico Patiño Mac Iver en la década de 1930, había coagulado.



119 Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2018* (Santiago: Organización de las Naciones Unidas, 2019).

ARCHIVO

Archivo Nacional de la Administración (ARNAD)
Ministerio de Salud

HEMEROGRAFÍA

Boletín Médico
El Mercurio
El Siglo
La Nación

BIBLIOGRAFÍA

- Adriasola, Guillermo. "Mortalidad infantil chilena". *Revista Chilena de Pediatría*, vol. xxiv, núm. 12 (1953): 483-494, disponible en [<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v24n12/art02.pdf>], consultado: 22 de noviembre de 2020.
- Alfaro, René. *Estudio clínico del niño prematuro basado en el análisis de 258 observaciones*. Santiago: Imprenta El Esfuerzo, 1941.
- Angell, Alan. *Chile de Alessandri a Pinochet: en busca de la utopía*. Santiago: Editorial Andrés Bello, 1993.
- Ariztía, Aníbal, Guillermo Adriasola y Avogadro Aguilera. "El hambre o desnutrición en la población de Chile". *Revista Chilena de Pediatría*, s. n. (1967): 1-10.
- Armus, Diego. *La ciudad impura. Salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950*. Buenos Aires: Edhasa, 2007.
- Baeza Goñi, Arturo. "Pediatría y seguridad social. El problema y su solución en Chile". *Revista Chilena de Pediatría*, vol. xxi, núm. 1 (1950): 1-12, disponible en [<https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v21n1/art01.pdf>], consultado: 29 de noviembre de 2020.
- Baeza Goñi, Arturo. *Progresos de la pediatría y de la medicina social de la infancia*. Santiago: Imprenta El Esfuerzo, 1950.
- Behm, Hugo. *Mortalidad infantil y nivel de vida*. Santiago: Ediciones de la Universidad de Chile, 1962.
- Bynum, William y Roy Porter. *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. Londres: Routledge, 2013.
- Castañeda, Tarsicio. *Contexto socioeconómico y causas del descenso de la mortalidad infantil en Chile*. Santiago: Centro de Estudios Públicos, 1984.

- Cavieres, Eduardo. “Salud pública. Estrategias, políticas fiscales y cambio cultural en la reducción de la mortalidad. Valparaíso, 1920-1960”. *Cuadernos de Historia*, núm. 19 (1999): 195-224, disponible en [<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134575/Salud-publica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>], consultado: 25 de noviembre de 2020.
- Chávez Zúñiga, Pablo. “La mortalidad infantil en las viviendas: las consecuencias de la migración campo-ciudad en Santiago (Chile, 1865-1930)”. *Temas Americanistas*, núm. 40 (2018): 265-286, disponible en [<https://idus.us.es/handle/11441/82238>], consultado: 28 de noviembre de 2020.
- Chávez Zúñiga, Pablo y José Julián Soto Lara. “Historia de la mortalidad infantil en la Casa de Huérfanos de Santiago (1898-1923)”. *Anuario de Estudios Americanos*, vol. LXXVI, núm. 2 (2019): 645-677, DOI: [doi.org/10.3989/aeamer.2019.2.09].
- Chávez Zúñiga, Pablo y José Julián Soto Lara. “La primera estadística sanitaria infantil de la provincia de Santiago de Chile (1860-1929)”. *Dynamis*, vol. xxxix, núm. 1 (2019): 149-174, DOI: [doi.org/10.30827/dynamis.v39i1.8670].
- Chávez Zúñiga, Pablo y José Julián Soto Lara. “Mortalidad infantil en Santiago: representaciones y discursos, Chile, 1860-1914”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. xxv, núm. 4 (2018): 1281-1300, DOI: [doi.org/10.1590/s0104-59702018000500023].
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2018*. Santiago: Organización de las Naciones Unidas, 2019.
- Comité conjunto de UNICEF y Organización Mundial de la Salud. “Conclusiones y recomendaciones de un ‘estudio sobre las actividades de higiene maternal e infantil’”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año iv, núm. 1 (1958): 64-66, disponible en [<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-enero-febrero1958.pdf>], consultado: 2 de diciembre de 2020.
- Cueto, Marcos. “La ‘cultura de la sobrevivencia’ y la salud pública internacional en América Latina: la Guerra Fría y la erradicación de enfermedades a mediados del siglo xx”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. xxii, núm. 1 (2015): 255-273, DOI: [doi.org/10.1590/S0104-59702015000100015].
- Cueto, Marcos. *La salud internacional y la Guerra Fría: erradicación de la malaria en México, 1956-1971*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2013.
- Cueto, Marcos y Matheus Alves Duarte da Silva. “Trayectorias y desafíos en la historiografía de la ciencia y de la medicina en América Latina”. *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, vol. lxxii, núm. 2 (2020): 1-14, DOI: [doi.org/10.3989/asclepio.2020.21].

- Estefane Jaramillo, Andrés. “Un alto en el camino para saber cuántos somos... Los censos de población y la construcción de lealtades nacionales. Chile, siglo XIX”. *Historia*, vol. I, núm. 37 (2004): 33-59, disponible en [<http://ojs.uc.cl/index.php/rhis/article/view/11304>], consultado: 9 de diciembre de 2020.
- Eyzaguirre, Sara. *Nociones de puericultura*. Santiago: Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación-Pontificia Universidad Católica de Chile, 1966.
- Figueroa, Ernesto. *El consultorio externo del Hospital de Niños y su misión médico-social*. Santiago: Imprenta El Esfuerzo, 1951.
- Goldsmith Weil, Jael. “Milk makes state: The extension and implementation of Chile’s state milk programs, 1901-1971”. *Historia*, vol. I, núm. 50 (2017): 79-104, DOI: [doi.org/10.4067/S0717-71942017000100003].
- González, Maricela. *Logros sin acciones. Prácticas de intervención social y sanitaria en Chile. El Servicio Nacional de Salud, 1952-1973*, tesis de doctorado en Historia. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile, 2017.
- Grushka, Carlos. “Casi un siglo y medio de mortalidad en la Argentina...”. *Revista Latinoamericana de Población*, vol. VIII, núm. 15 (2014): 93-118, DOI: [doi.org/10.31406/relap2014.v8.i2.n15.4].
- Gumes, Marta. *Factores médicos y económicos-sociales que condicionan la mortalidad infantil en Chile*. Santiago: Talleres Gráficos Simiente, 1945.
- Horwitz, Abraham. “El problema de la tifoidea en la Ciudad de Santiago”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año III, núm. 1 (1957): 56-60, disponible en [<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-Enero-Febrero-1957.pdf>], consultado: 29 de noviembre de 2020.
- Hübner, Jorge Iván. “Vacunación contra la poliomiélitis en Chile”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año III, núm. 2 (1957): 223-225, disponible en [<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-mar-abr-1957.pdf>], consultado: 28 de noviembre de 2020.
- Kaempfer, Ana María y Ernesto Medina. “La salud infantil en Chile durante la década del setenta”. *Revista Chilena de Pediatría*, vol. LIII, núm. 5 (1982): 468-480, disponible en [<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcp/v53n1-6/art55.pdf>], consultado: 25 de noviembre de 2020.
- Lavados, Iván. *Evolución de las políticas sociales en Chile 1964-1980*. Santiago: Comisión Económica para América Latina/Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1984.
- Livingstone, Mario y Dagmar Raczynski. “Distribución geográfica de la salud preescolar”. En *Salud pública y bienestar social*, edición de Mario Livingstone y Dagmar

- Raczynski, 170-217. Santiago: Centro de Estudios de Planificación Nacional de la Universidad Católica de Chile, 1976.
- Livingstone, Mario y Dagmar Raczynski. “Análisis cuantitativo de la evolución de algunas variables de salud durante el periodo 1964-1972”. *Estudios de Planificación de la CEPLAN*, núm. 40 (1974): 1-63.
- Livingstone, Mario y Dagmar Raczynski. “Políticas y programas de salud en Chile 1964-1970”. *Estudios de Planificación de la CEPLAN*, núm. 35 (1974): 1-42.
- Llanos, Claudio. “El Estado frente a la estructura y salud de la población: Chile (1964-1973)”. *Estudios Ibero-Americanos*, vol. xxxix, núm. 2 (2013): 262-284, DOI: [doi.org/10.15448/1980-864x.2013.2.12965].
- Llanos, Claudio y María Fernanda Lanfranco. “La discusión política sobre mortalidad infantil en Chile durante la década de 1930. Elementos para una aproximación histórico política”. *Anuario de Estudios Americanos*, vol. lxxiv, núm. 2 (2017): 675-703, DOI: [doi.org/10.3989/aeamer.2017.2.10].
- Márquez, Jorge y Óscar Gallo. “Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940”. *Historia y Sociedad*, núm. 32 (2017): 21-48, DOI: [doi.org/10.15446/hys.n32.55508].
- Mazzeo, Victoria. “La tendencia histórica de la mortalidad infantil y la situación reciente en la ciudad de Buenos Aires”. *Población de Buenos Aires*, año xiv, núm. 26 (2017): 47-60, disponible en [https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2017/10/poblacion_2017_026.pdf], consultado: 2 de diciembre de 2020.
- Meckel, Richard. *Save the Babies: American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality, 1850-1929*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1990.
- Miranda, René. *Algunas nociones sobre los problemas de alimentación, nutrición y dietética*. Santiago: Imprenta San Jorge, 1950.
- Molitoris, Joseph. “The effect of birth spacing on child mortality in sweden, 1878-1926”. *Population and Development Review*, vol. xliii, núm. 1 (2017): 61-82, DOI: [doi.org/10.1111/padr.12050].
- Molitoris, Joseph. “Industrialization and inequality revisited: Mortality differentials and vulnerability to economic stress in Stockholm, 1878-1926”. *European Review of Economic History*, vol. xx, núm. 2 (2016): 176-197, DOI: [doi.org/10.1093/ereh/hev023].
- Nicolai, George. *Mortalidad infantil y natalidad*. Santiago: Prensas de la Universidad de Chile, 1934.

- Nunes, Eduardo. "The lives of children and their public intimacy: Social work as a new factor in attending to the needs of children in Latin America, 1928-1948". *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, vol. XIX, núm. 2 (2012): 1-23, DOI: [doi.org/10.1590/S0104-59702012000200006].
- Ortega, Raúl. *El prematuro en las clínicas y en la literatura médica*. Santiago: Imprenta Carabineros, 1944.
- Park, Heejin, Sangwoo Han y Bongoh Kye. "Changes in child mortality in Korea during the mid-twentieth century: Gender, birth order and sibling composition". *The History of the Family*, vol. XXIII, núm. 2 (2018): 594-622, DOI: [doi.org/10.1080/1081602X.2018.1485114].
- Raczynski, Dagmar. "Contexto socioeconómico del descenso de la mortalidad infantil en Chile". *Estudios Públicos*, núm. 16 (1984): 58-65, disponible en [https://www.cepchile.cl/cep/estudios-publicos/n-1-a-la-30/estudios-publicos-n-16/contexto-socioeconomico-del-descenso-de-la-mortalidad-infantil-en-chile-1], consultado: 3 de diciembre de 2020.
- Raymont, Henry. *Vecinos en conflicto. La historia de las relaciones entre Estados Unidos y Latinoamérica desde Franklin Delano Roosevelt hasta nuestros días*. México: Siglo XXI Editores, 2007.
- Reid, Alice. "Infant mortality and working-class child care, 1850-1899. By Melanie Reynolds (London and New York: Palgrave Macmillan, 2016)". *Journal of Social History*, vol. LI, núm. 4 (2018): 1115-1117, DOI: [doi.org/10.1093/jsh/shw146].
- Rinke, Stefan. *Chile y Estados Unidos. Cien años de relaciones internacionales*. Santiago: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana/DIBAM, 2013.
- Riquelme, Alfredo. "Salud pública y alimentación". *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año III, núm. 2 (1957): 200-201, disponible en [http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-mar-abr-1957.pdf], consultado: 30 de noviembre de 2020.
- Roos Rosman, Luis y Salvador Valdés B. "Estructura, recursos y rendimiento del Hospital de Niños Roberto del Río". *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año V, núm. 5 (1959): 734-742, disponible en [http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/boletin_sep-oct_1959.pdf], consultado: 30 de noviembre de 2020.
- Rustoyburu, Cecilia. "Maternidad e infancia. Los consejos médicos y psicológicos en la revista *Hijo Mío*...! Buenos Aires, en la década de 1930". *Arenal*, vol. XXIII, núm. 1 (2016): 117-142, DOI: [doi.org/10.30827/arenal.v23i1.5001].

- Schwarzenberg, Otto. *Educación, alimentación e higiene del niño: un consejero para madres*. Santiago: Imprenta La Nación, 1934.
- Scroggie, Arturo y Humberto Garcés. “La diarrea aguda del lactante mirada desde el punto de vista clínico”. *Revista Chilena de Pediatría*, vol. xxiv, núm. 9 (1953): 1-9, disponible en [<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcpv/v24n9/art01.pdf>], consultado: 30 de noviembre de 2020.
- Servicio Nacional de Salud. “Antecedentes sobre convenio de abastecimiento de leche descremada en polvo y queso, con Caritas-Chile”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año iv, núm. 3 (1958): 437-438, disponible en [<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-may-jun-1958.pdf>], consultado: 1 de diciembre de 2020.
- Servicio Nacional de Salud. “Enfermedades del pasado y del presente”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año iv, núm. 4 (1958): 632-637, disponible en [<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-julio-agosto-1958.pdf>], consultado: 2 de diciembre de 2020.
- Servicio Nacional de Salud. “Inauguración de un nuevo pabellón de maternidad del Hospital Barros Luco”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año iii, núm. 2 (1957): 308-311, disponible en [<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-mar-abr-1957.pdf>], consultado: 1 de diciembre de 2020.
- Servicio Nacional de Salud. “La magnitud y jerarquía de los problemas de salud”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año iii, núm. 4 (1957): 504-530, disponible en [http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/boletin_jul-ago_1957.pdf], consultado: 2 de diciembre de 2020.
- Servicio Nacional de Salud. “Desarrollo de la comunidad y servicios conexos”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año iii, núm. 6 (1957): 871-894, disponible en [http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/boletin_nov-dic_1957.pdf], consultado: 1 de diciembre de 2020.
- Servicio Nacional de Salud. “Reglamento de subsidios de enfermedad, maternidad y auxilio de lactancia”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año ii, núm. 1 (1956): 25-33, disponible en [<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-enero-febrero-1956.pdf>], consultado: 1 de diciembre de 2020.
- Servicio Nacional de Salud. “Primer Seminario Interamericano Regional sobre Diarreas Infantiles”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año ii, núm. 5 (1956): 769-773, disponible en [<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-sep-oct-1956.pdf>], consultado: 1 de diciembre de 2020.

- Servicio Nacional de Salud. “Estructura del Servicio Nacional de Salud”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año I, núm. 1 (1955): 2-5, disponible en [<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-octubre-1955.pdf>], consultado: 1 de diciembre de 2020.
- Servicio Nacional de Salud. “Exposición del señor director general sobre la marcha del Servicio Nacional de Salud”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año I, núm. 2 (1955): 58-72, disponible en [<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-noviembre-diciembre-1955.pdf>], consultado: 2 de diciembre de 2020.
- Sociedad Chilena de Pediatría. “El Séptimo Congreso Chileno de Pediatría y sus conclusiones”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año II, núm. 6 (1956): 916-918, disponible en [<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-nov-dic-1956.pdf>], consultado: 30 de noviembre de 2020.
- Tulchin, Joseph. “Los Estados Unidos y América Latina en la década del 60”. *Estudios Internacionales*, vol. XXI, núm. 84 (1988): 462-497, doi.10.5354/0719-3769.2011.15675.
- Urrutia, Carlos. *Hospital Luis Calvo Mackenna, diez años de labor 1945-1954. Servicio de cirugía del hospital*. Santiago: Organización Hipócrates, 1956.
- Valenzuela Lavín, Guillermo. “Las acciones del Servicio para combatir la poliomiélitis”. *Boletín Servicio Nacional de Salud*, año III, núm. 3 (1957): 423, disponible en [<http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/Boletin-may-jun-1957.pdf>], consultado: 1 de diciembre de 2020.
- Vera, Luis. *Recién nacido: apuntes del curso de puericultura*. Santiago: Universitaria, 1959.
- Vergara, Ángela. “De la higiene industrial a la medicina del trabajo: la salud de los trabajadores en América Latina, 1920-1970”. En *Ampliando miradas. Chile y su historia en un tiempo global*, edición de Fernando Purcell y Alfredo Riquelme, 215-234. Santiago: Instituto de Historia-Pontificia Universidad Católica de Chile/RIL Editores, 2009.
- Wagner, Gert y José Díaz. *Inflación y tipo de cambio: Chile 1810-2005*. Santiago: Facultad de Economía y Administración-Pontificia Universidad Católica de Chile, 2008.
- Yáñez Andrade, Juan Carlos. “Cuando los médicos hablaron de economía: familia, salario y alimentación en Chile (1930-1950)”. *América Latina en la Historia Económica*, vol. XXVI, núm. 2 (2019): 1-22, DOI: [doi.org/10.18232/alhe.955].
- Yáñez Andrade, Juan Carlos. “Los pobres están invitados a la mesa. Debates y proyectos transnacionales de alimentación popular en América del Sur, 1930-1950”. *Historia Crítica*, núm. 71 (2019): 69-91, DOI: [doi.org/10.7440/histcrit71.2019.04].

- Yáñez Andrade, Juan Carlos (coord.). *Gobernar es alimentar. Discursos, legislación y políticas de alimentación popular. Chile, 1900-1950*. Valparaíso: Centro de Investigación en Innovación, Desarrollo Económico y Políticas Sociales/América en Movimiento Editorial, 2018.
- Yáñez Andrade, Juan Carlos. “El problema de la alimentación: un enfoque desde las encuestas de nutrición. Chile, 1928-1938”. *América Latina en la Historia Económica*, vol. xxiv, núm. 1 (2017): 66-97, DOI: [doi.org/10.18232/alhe.v24i1.754].
- Zárate, Soledad. “El licor de la vida. Lactancia y alimentación materno-infantil en Chile, 1900-1950”. En *Historia y cultura de la alimentación en Chile*, compilación de Carolina Sciolla, 235-261. Santiago: Catalonia, 2010.
- Zárate, Soledad. *Dar a luz en Chile, siglo XIX*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado/Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 2007.
- Zárate, María Soledad y Andrea del Campo. “Curar, prevenir y asistir: medicina y salud en la historia chilena”. *Nuevo Mundo/Mundos Nuevos*, 10 de junio de 2014, disponible en [http://journals.openedition.org/nuevomundo/66805], consultado: 26 de noviembre de 2020.

Pablo Chávez Zúñiga: Es profesor en Historia (2009) y magíster en Ciencias Sociales (2011) por la Universidad de Tarapacá. En 2014 obtuvo el grado de magíster en Historia en la Universidad de Chile. En 2015 recibió la Beca de Doctorado Nacional de la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). En 2019, finalizó el doctorado en Historia de la Universidad de Chile. Su línea de investigación abarca la mortalidad infantil como problema de salud pública en los siglos XIX-XX.

José Julián Soto Lara: Es investigador asociado de la Universidad Bernardo O'Higgins, doctor en Historia Comparada por la Universidad Autónoma de Barcelona (2022) y doctor en Historia de Europa por la Universidad de Valladolid (2017). Su área de investigación es la Historia Cultural. Sus publicaciones recientes son: "Psicoanálisis e historia: una aproximación interdisciplinaria a la agresividad durante los preparativos del plebiscito fallido de Tacna y Arica, 1925-1926", *El Futuro del Pasado*, vol. XIV (2022); "The spirit is within us! Ritual practices of Latin American pentecostals in Barcelona", *Religions*, vol. XIII, núm. 6 (2022) y "Mortalidad de niños en la Provincia de Tacna (1900-1930)", *Historia Unisinos*, vol. XVI, núm. 1 (2022).

D.R. © Pablo Chávez Zúñiga, Ciudad de México, enero-junio, 2023.

D.R. © José Julián Soto Lara, Ciudad de México, enero-junio, 2023.