

La Mortalidad Infantil durante el Gobierno de la Unidad Popular (Santiago de Chile, 1970-1973)

Child Mortality during the Government of the Popular Unity (Santiago de Chile, 1970-1973)

Pablo Chávez Zúñiga*

Víctor Brangier Peñailillo**

RESUMEN

Este artículo analiza la problemática de la mortalidad infantil en Santiago de Chile durante el gobierno de la Unidad Popular, entre 1970 y 1973, con foco en: entorno de vida de los infantes, problemas alimentarios y principales enfermedades, caracterizándose los puntos críticos de la época, expresados esencialmente en: desnutrición, falta de infraestructura urbana y crisis hospitalaria. El estudio se sustenta en los siguientes registros históricos: prensa, publicaciones médicas y Anuario Estadístico de la República de Chile. Esa base documental permite comprender los proyectos desarrollados por el gobierno de la Unidad Popular, la implementación de planes y el rol de las comunidades en materia de salud infantil. Las conclusiones distinguen: reducción de las cifras de mortalidad; mejoras sanitarias; avance en la prevención de las enfermedades infantiles. Como telón de fondo, la profunda polarización política que derivó en el quiebre institucional.

Palabras clave: mortalidad infantil; Unidad Popular; desnutrición; enfermedades; Santiago; siglo XX.

ABSTRACT

This article analyzes the problem of infant mortality in Santiago de Chile during the Popular Unity government, between 1970 and 1973, focusing on: infants living environment, main food problems and diseases, characterizing the critical points of the time, increased a lot in: malnutrition, lack of urban infrastructure and hospital crisis. The study is based on the following historical records: press, medical publications and Statistical Yearbook of the Republic of Chile. This documentary base allows us to understand the projects developed by the Popular Unity government, the implementation of plans and the role of communities in child health. The conclusions distinguish: reduction in mortality figures; sanitary improvements; progress in the prevention of childhood diseases. As a backdrop, the deep political polarization that led to the institutional breakdown.

Keywords: Infant mortality; Popular Unit; Malnutrition; Diseases; Santiago; 20th Century.

* Universidad de Chile, Santiago, Chile. pablo.chavez.zuniga@gmail.com <<http://orcid.org/0000-0002-1726-7954>>

** Universidad de Talca, Talca, Chile. victor.brangier@utalca.cl <<https://orcid.org/0000-0003-3583-2221>>

INTRODUCCIÓN

En 1972, el periódico *La Nación* consultaba a sus lectores “¿Cuánto demora usted en hojear este diario? ¿Quince minutos? Pues bien, en estos quince minutos ha muerto un niño chileno menor de un año. Y en los quince minutos que vienen, morirá otro” (Mala leche, 1972, p. 3). Según el Anuario Estadístico de la República de Chile de ese año, la mortalidad infantil fue de 51.6. Eso significa que, por cada mil nacidos vivos en el país, 51 morían antes de cumplir el primer año de vida. En relación con las cifras, la nota explicaba que: “por eso se les está dando medio litro de leche [a los infantes], por eso se les da leche a las madres. Los niños mueren por la subalimentación de sus madres y por la propia. Mueren por las oprobiosas condiciones de higiene en que han vivido. Mueren por el frío, mueren por falta de educación de sus padres” (Mala leche, 1972, p. 3). Este balance expresaba que los números de infantes fallecidos seguían siendo altísimos en la década del setenta. Para los gobiernos, la situación representaba una de las problemáticas más graves de salud pública, lo que requería una serie de planes, inversiones y organización hospitalaria infantil.

La Unidad Popular surgió a finales de 1969, constituida por varios partidos políticos de centro izquierda. El propósito de esta alianza era llevar a la Presidencia de Chile al médico Salvador Allende, lo que fue logrado en la elección presidencial de 1970. Históricamente, el surgimiento de la coalición respondía a la crisis económica y social que atravesaba el país, expresada en una serie de índices, entre ellos la elevada mortalidad infantil. El 4 de noviembre de 1970 se inició el gobierno de Salvador Allende, teniendo como eje profundas transformaciones estructurales a través de medidas cruciales, tales como la reforma agraria, la nacionalización de empresas y la entrega de medio litro de leche a cada niño del país. Durante su gobierno, la oposición se fue organizando provocando una aguda polarización política que paralizó por varios meses la administración, derivando en una grave crisis social, económica e institucional que terminó abruptamente el 11 de septiembre de 1973, con un golpe de Estado y con la instalación de la Junta Militar que dirigió al país hasta el 11 de marzo de 1990 (Corvalán, 2003; Fonck, 2020).

En los últimos años, la historiografía ha destacado las transformaciones históricas que condujeron a la disminución de la mortalidad infantil en la segunda mitad del siglo XX (Bynum; Porter, 2013). Las investigaciones han sostenido que los gobiernos implementaron políticas de salud pública y planes que alcanzaron soluciones para los sectores más pobres de la sociedad. A su

vez, la expansión del sistema de salud y los progresos pediátricos evidenciaron la precaria situación en que se encontraban los infantes (Rodríguez, 1998). También se ha señalado el papel de las prácticas médicas en los cuidados infantiles, sobre todo los efectos de la atención profesional con relación a los problemas nutricionales y a los tratamientos para afecciones gastrointestinales (Luna Freire, 2008; Di Liscia, 2002). En ese contexto, los gobiernos cumplieron un rol determinante al llevar a cabo políticas que permitieron identificar las principales enfermedades infantiles y, lentamente, respaldar las reformas de la administración médica (Medeiros, 2013; Biernat; Ramacciotti, 2008; Birn, 2007). Otra de las aristas se ha preocupado en abordar la medicalización infantil y la aplicación de los conocimientos médicos en las comunidades (Rauld, 2020; Díaz; Hurtado, 1993).

Este trabajo se enmarca en varios estudios sobre la mortalidad infantil en Chile. Eduardo Cavieres sostiene que hasta inicios del siglo XX, no se otorgaban mayores cuidados frente a las enfermedades de los niños y que existía un desconocimiento generalizado sobre las normas de higiene infantil, lo que incidía en el contagio de infecciones (Cavieres, 1999; Cavieres, 2001). Desde la historiografía de la salud, Soledad Zárata (2007) señala que el desarrollo de la obstetricia, la higiene en el parto y la preocupación por la alimentación de los recién nacidos repercutieron en la disminución de los elevadísimos índices de mortandad. A su vez, González y Zárata (2018) han profundizado el debate sobre la conformación del Estado Asistencial a partir del rol que jugaron las enfermeras y las visitadoras sociales. Respecto a los aportes desde la historia social, Gabriel Salazar (2007) destaca la situación paupérrima en que se encontraban los niños, diferenciando entre los hogares acomodados y los pobres, que forman infantes marcados por la desigualdad cultural, económica y social.

En Chile, la historiografía de la medicina ha realizado investigaciones que demuestran el trabajo de los pediatras, junto al diagnóstico de las circunstancias en que se hallaban los infantes y cómo se impulsaron medidas para mejorar sus condiciones de vida (Vargas, 2002; Chávez; Brangier, 2020). El enfoque desarrollado por los médicos contribuye a indagar las relaciones entre las tendencias demográficas, las enfermedades infecciosas y el nivel de salud de las comunidades (Kaempffer; Medina, 2006; Medina; Kaempffer, 2007; Laval, 2003; Milos, 2013). A ello se agregan los análisis que vinculan la mortalidad con la falta de cuidados, la precaria infraestructura urbana y los efectos nocivos de ese medio en la salud infantil (Chávez; Soto, 2018; 2019a).

Este trabajo intenta contribuir al debate desde un ángulo poco estudiado:

la mortalidad infantil en un período álgido de nuestra historia. El propósito de la investigación consiste en indagar las políticas de salud pública durante el gobierno de la Unidad Popular, enfocando el análisis menos en los antecedentes que llevaron al quiebre político que terminó con el gobierno socialista y más en la implementación de las políticas de asistencia social orientadas a disminuir las altas cifras de desnutrición, las cuales incidieron en la reducción de las cifras de mortalidad infantil. A pesar del programa reformista que presentaba el nuevo gobierno, continuaron funcionando muchas de las instituciones que existían en décadas anteriores, tales como el Servicio Nacional de Salud y la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas. No obstante, el cambio de estrategia estuvo en el desarrollo y valorización que adquirió la comunidad en materia de salud infantil, principalmente por el aumento de la red de consultorios y las postas infantiles.

La metodología empleada consideró varias fuentes primarias relacionadas con las políticas de salud y la mortalidad en la infancia durante el gobierno de la Unidad Popular. Con respecto a los registros públicos, fueron utilizados los periódicos *El Mercurio* y *La Nación* y, en menor medida, *El Clarín*, *El Siglo* y *Diario Ilustrado*, que desarrollaron contenidos sobre problemáticas del binomio salud/enfermedad en la niñez, cada uno desde su punto de vista editorial. Esto último, en la época, adquirió gran relevancia en cuanto a la polarización entre una prensa favorable y otra opositora al gobierno. También considera las discusiones parlamentarias en el Congreso, registro de carácter oficial que aborda la configuración de normativas establecidas en leyes, reglamentos y disposiciones gubernamentales. Cabe indicar que los debates parlamentarios muestran disputas, tensiones y discusiones sobre las medidas propuestas desde el gobierno, las que están marcadas por el sesgo político ideológico de cada uno de los interlocutores. Por último, el análisis contempla publicaciones, memorias y tesis médicas de la época, las que incluyen múltiples informaciones sobre la salud, estado y mortandad de los infantes.

Este trabajo se estructura en tres secciones, en la primera ingresamos a los componentes de las cifras y el entorno en que habitaban los infantes; en la segunda tratamos sobre la organización del sistema de salud infantil, las principales características de las enfermedades y el fortalecimiento de una red comunal encargada de la protección y prevención en la niñez; en la tercera exploramos los problemas alimenticios y la desnutrición en que se encontraban amplios sectores de la población infantil.

LAS CIFRAS DE LA MORTALIDAD Y EL ENTORNO DE LOS INFANTES

Al comparar las cifras de Chile a nivel latinoamericano, se establece que la mortalidad en la niñez era uno de los problemas de salud pública más graves. En 1970 y en la ciudad de Santiago, las muertes de niños menores de un año representaban el 18.6 % del total de los decesos. A pesar de que los números estaban disminuyendo, paulatinamente, desde la década de 1940, continuaban marcando cantidades elevadísimas. Se estima que en 1970 murieron 20.649 niños en el país, y alrededor de 4.809 de las defunciones ocurrieron en la capital.

Las probabilidades de fallecimiento eran diferentes según el período de vida del neonato: la primera semana era la etapa más peligrosa porque “a medida que el niño crece, su riesgo de muerte va bajando muy rápidamente en los primeros días, más lentamente después” (Guemes, 1945). Para el médico Osvaldo Olguín, del Partido Demócrata Cristiano, en los primeros treinta días de vida del infante, período en que se concentraba la mortalidad infantil, los programas de distribución de leche no tendrían mayores impactos porque “suplantar la leche materna por leche artificial, es decir, la leche humana por leche de vaca, no sólo es inconveniente en esta etapa, sino que podría aumentar la tasa de mortalidad infantil” (República de Chile, 1971, p. 709b). En este debate, se reiteraba la necesidad de una serie de medidas que conformaran un sistema de reducción de tasas, como aumentar la atención de las madres en los partos en los sectores rurales o disponer de personal paramédico para desempeñar servicios fuera de los hospitales.

El cuadro 1 muestra varias tendencias demográficas del quinquenio. En cuanto al crecimiento de la población en Santiago se evidencia un alza constante, aumentando en casi 400.000 habitantes, lo que profundizaba las carencias de redes de alcantarillado o el acceso al agua potable, ámbito clave del saneamiento para conservar la salud de los infantes. Siguiendo la curva demográfica ascendente, los nacimientos también se incrementaron en el período. Las defunciones totales prosiguieron estables, pero las muertes en menores de un año disminuyeron sostenidamente. Sin embargo, en la década del setenta, la mayoría de los países de Latinoamérica redujeron sus tasas de mortandad, aunque Chile, a pesar de estos avances, todavía marcaba uno de los índices más altos de la región. Entre 1970 y 1980, “la tasa de mortalidad infantil se redujo en 60%, la mortalidad neonatal en 48% y la mortalidad general en 23%” (Castañeda, 1984).

Cuadro 1: Parámetros demográficos Provincia de Santiago, 1969-1973.

Concepto	1969	1970	1971	1972	1973
Población	3.316.937	3.408.695	3.629.308	3.606.353	3.701.073
Nacimientos	83.114	83.569	90.105	93.283	91.743
Defunciones	26.438	25.828	27.028	28.409	26.662
Defunciones menores de 1 año	4.976	4.809	4.718	4.817	4.423
Mortalidad infantil	59.9	57.5	52.4	51.6	48.2

Fuente: Elaboración de los autores a partir del *Anuario Estadístico de la República de Chile*, 1969-1973.

Las cifras mostradas en el cuadro 2 detallan las principales enfermedades que ocasionaron las muertes infantiles y que fueron publicadas por el Anuario Estadístico. Con relación a los métodos de cuantificación, la estadística médica atravesó varios cambios para definir las causas de los óbitos de la manera más precisa posible (Chávez; Soto, 2019b). Según la tabla, las defunciones totales y la mayoría de las causales disminuyeron. Tomando como ejemplo el año 1973, del total de muertes en menores de un año (17.657) las enfermedades que marcaron porcentajes importantes fueron las neumonías, los malestares particulares de la primera infancia y las afecciones gastrointestinales con 23.7%, 16.5% y 12.4 %, respectivamente.

La subalimentación influía en las enfermedades, ya que las bajas defensas dejaban los organismos vulnerables frente a las afecciones. Los efectos nocivos entre ambas variables se potenciaban y generaban un círculo vicioso. La desnutrición crónica afectaba de manera tan profunda, que los certificados de defunción sólo consideraban las causas finales de la muerte, como por ejemplo, una diarrea. Así, “la verdadera causa de estas muertes en la gran mayoría de los casos es la subalimentación previa, siendo la diarrea sólo la complicación final” (República de Chile, 1971, pp. 2.171-2.172). Incluso, el médico Fernando Monckeberg afirmaba en una sesión del Senado que “la deshidratación aguda por diarreas, tiene una mortalidad de casi el 30% cuando se produce en niños desnutridos, siendo sólo del 2 % en niños en condiciones nutritivas normales” (República de Chile, 1970, p. 2.645).

Cuadro 2: Causales de mortandad infantil en Chile, 1968-1973.

Enfermedades	1968	1969	1970	1971	1972	1973
Defunciones totales en el país	22.797	20.948	20.649	19.296	19.600	17.657
Neumonía	7.389	8.026	6.342	5.308	5.400	4.184
Gastritis, enteritis y colitis, salvo diarreas del recién nacido	3.701	3.499	3.382	3.056	2.913	2.192
Otras enfermedades particulares de la primera infancia	2.065	1.800	1.624	1.920	3.211	2.911
Otras enfermedades bacterianas	975	930	982	850	951	973
Avitaminosis y otras deficiencias nutricionales	1.232	1.203	993	900	481	1.058
Síntomas y estados morbosos mal definidos	1.513	1.444	1.172	920	353	443
Afecciones anóxicas e hipóxicas no clasificadas en otra parte		1.369	1.713	1.822	2.150	2.057

Fuente: Elaboración de los autores a partir del *Anuario Estadístico de la República de Chile*, 1968-1973.

En 1973, la comprobación de las defunciones infantiles, según el cuadro 3, era realizada por médicos tratantes, legistas o patólogos en 1.914 casos, lo que representaba el 43.3% del total, mientras que las categorías “otros”, que podía ser un policia, auxiliares o trabajadores de la salud, y “testigos” sumaban 56.7%. Las declaraciones generaban alteraciones en las cifras porque las descripciones de los declarantes tenían escaso rigor científico, en ocasiones se aseguraban determinados tipos de enfermedades sin ningún examen que los respaldase. Para el doctor Hugo Behm (1962), las fuentes sobre las causas de muerte no tenían un alto grado de confiabilidad, “porque la mitad de todas las defunciones no tienen una certificación médica de la causa de muerte. Aún en aquellas en que este respaldo existe, tenemos evidencia de que ella adolece de variadas inexactitudes”. En cuanto al método, la necesidad de entregar certeza científica al trabajo estadístico era fundamental para crear tratamientos que atendieran a cada una de las afecciones.

A ello se agregaba la distribución irregular de los recursos médicos, donde el acceso a los centros hospitalarios dependía del nivel económico familiar, “cuando éste es bajo, también la atención médica es insuficiente, incompleta, tardía y de baja calidad” (Behm, 1962). Además, el número de nacimientos en los hogares todavía era elevado, lo que tenía efectos negativos tanto en la madre como en el infante, “la mortinatalidad, es mucho más susceptible a la influencia de una buena atención del parto que del embarazo mismo” (Lagos, 1952). A pesar de que los índices de morbilidad mejoraron en el período, el médico Pedro Jáuregui Castro, del Partido Socialista, destacaba que “un alto porcentaje de ciudadanos, prácticamente, están al margen de lo que se ha llamado, con toda razón, el derecho a la salud” (República de Chile, 1970, p. 4.878). De esa manera, parlamentarios que eran parte de la coalición del gobierno de la Unidad Popular manifestaban la necesidad de otorgar una adecuada cobertura de salud a los habitantes y aumentar la formación de médicos.

Cuadro 3: Clasificación por comprobación de defunciones infantiles Provincia de Santiago, 1969-1973

Especialista médico	1969	1970	1971	1972	1973
Total de defunciones	4.976	4.809	4.718	4.817	4.423
Tratante	2.281	1.978	1.922	1.568	1.468
Legista o patólogo	141	209	263	450	446
Otros	1.788	2.200	2.358	2.362	1.990
Testigos	766	422	175	437	519

Fuente: Elaboración de los autores a partir del *Anuario Estadístico de la República de Chile*, 1969-1973.

En Santiago, a inicios de la década de 1970, cientos de infantes fallecían por el saneamiento ambiental desastroso en que habitaban. Para Óscar Jiménez Pinochet, Ministro de Salud, la mortalidad infantil se relacionaba con la falta de alcantarillado, la acumulación de basuras y las moscas. Esto “lleva al surgimiento de enfermedades tales como diarreas infantiles, fiebre tifoidea, etc.” (Alarma ante mortalidad..., 1970, p. 21). El agua potable era indispensable para la higiene familiar. Este problema en la infraestructura sanitaria urbana se agravaba porque un gran porcentaje de la población no contaba con instalaciones de salubridad pública, “el 40% de la población urbana no posee

alcantarillado. Cada persona produce 2.6 kilos de basura diaria. Todo esto origina un crecimiento ilimitado de moscas, lo que desemboca en el surgimiento de enfermedades infecciosas” (Ojo a las madres con las diarreas..., 1970, p. 11). En estas zonas se recomendaba que las letrinas sanitarias no permitieran el ingreso de moscas y que el cajón debía poseer una tapa ajustada al pozo. Las dificultades para “la eliminación de excretas contamina el ambiente y propicia la diseminación de gérmenes y enfermedades. Una mejora en la disponibilidad de estos servicios contribuiría a reducir la incidencia de enfermedades” (Ministerio de Salud, 1980).

El Ministerio de Obras Públicas, las Municipalidades y el Servicio Nacional de Salud, con el fin de mejorar las condiciones descritas, coordinaron el plan de saneamiento del cinturón de basuras y desperdicios que se acumulaban en el entorno de Santiago. Los Ministerios de Salud, Obras Públicas, Interior, Vivienda y Urbanismo en conjunto con las municipalidades, los militares, la Central Unitaria de Trabajadores y la Corporación de Fomento de la Producción, se preocuparon de poner en marcha una profunda campaña de higiene ambiental, entendiendo de manera integral los problemas que precarizaban a la infancia. Para tal proyecto se invirtieron más de cinco millones de dólares en equipos recolectores de basuras, abarcando varias etapas a partir de la “eliminación de los basurales para iniciar después la recolección domiciliaria de desperdicios. Luego viene la operación desinfección y finalmente un programa de educación sanitaria intensiva de la población” (Plan nacional de leche, 1971, p. 1).

EL SISTEMA DE SALUD Y LAS ENFERMEDADES EN LA INFANCIA

A mediados del siglo XX, el aumento de la población en la capital originó mayores exigencias al sistema hospitalario. Desde 1952, el Servicio Nacional de Salud era el organismo encargado de administrar la salud pública del país. En el ámbito infantil, se encontraba desplegado a través de dispensarios infantiles y consultorios, los que estaban sobrepasados por la alta demanda. En reiteradas ocasiones, la sobrecarga de los servicios no tenía resultados positivos, por ejemplo, un infante desnutrido probablemente requeriría hospitalizaciones periódicas, las que lograban mejorarlo, pero debía retornar al mismo medio ambiente de donde provenía y en que la subalimentación continuaba sus efectos nocivos. Para el médico Gustavo Monckeberg, miembro del Partido Conservador, en los hospitales pediátricos, “alrededor del 80% de los niños hospitalizados presentan una subalimentación de grado variable. Muchos

pueden ser los diagnósticos al ingreso (tifoidea, diarrea, bronconeumonía, sarampión, etc.), pero la verdadera causa es la subalimentación crónica” (República de Chile, 1971, pp. 2.171-2.172). En este caso, la finalidad de la discusión consistía en aprobar una Ley para enriquecer la harina de trigo, o sea, para fortalecer las propiedades nutritivas de los alimentos.

En algunas áreas de Santiago, la expansión del radio urbano debido a la construcción de nuevas moradas, impulsada por la Corporación de la Vivienda (CORVI) así como la ocupación de terrenos, produjeron un crecimiento acelerado de la población, lo que generó nuevos problemas en la atención de la salud (Valenzuela, 2020; Rodríguez, 2015; Murphy, 2015). En 1970, la zona norte era habitada por unas 650.000 personas y contaba con 16 consultorios periféricos. Según el doctor Patricio Hevia existía “un déficit de pediatras, enfermeras, obstetras y auxiliares” (En el área norte de Santiago, 1970, p. 2), lo que complicaba mucho el acceso a consultas pediátricas. Para el médico Jorge Sabat, del Partido Socialista, la situación se agravaba debido al desfinanciamiento del Servicio Nacional de Salud, lo que incidía en la falta de contratación de médicos y en que “los niños son atendidos por el personal subalterno que no tiene los antecedentes técnicos para atender a un enfermo. Porque, ¿qué hace esa persona? Sólo le coloca un termómetro y, si no tiene fiebre, lo manda para su casa enfermo” (República de Chile, 1971, p. 839). Según el médico Manuel Ferreira, del Partido Radical, la política de salud requería una reforma del Servicio Nacional de Salud, ya que su estructura propiciaba una dispersión de los recursos, multiplicidad de centros de poder y falta de coordinación con el Ministerio de Salud.

Frente a ese escenario, las políticas de salud se preocuparon por asegurar el ingreso a la red médica de todos los infantes y la protección de la salud mediante la “eliminación de las causas de enfermedades más importantes, en especial, aquellas que afectan a los sectores de población de peores condiciones de vida” (Salud, 1970, p. 3). A lo que se agregaba, el fomento de la salud, centrado en los cuidados del niño, aún antes de su nacimiento. Para ello, el gobierno extendió el control prenatal, amplió el número de consultorios y desarrolló una adecuada vigilancia médica.

En 1971, un año después del inicio del gobierno de Salvador Allende, se planificó la extensión de los servicios de salud materno-infantil hasta cubrir el 90% de la población. El plan impulsado por el Ministerio de Salud, con metas a cuatro años, tenía como finalidad reducir la mortalidad materna y pre natal, que ocurrían por la multiparidad, evitar la procreación en épocas precoces o muy tardías, el cáncer de cérvix y otras patologías de carácter ginecológico. El

Servicio Nacional de Salud aumentó las prestaciones dirigidas a los infantes, “mientras que en el primer semestre de 1970 se atendió en el país un millón seiscientos mil consultas médicas pediátricas, en el mismo período de 1971 estas ascendieron a un millón novecientos mil” (Atención sanitaria para todos..., 1971, p. 2). En ese marco, se impulsó el programa control del niño sano, el cual contemplaba la vigilancia médica, la colocación de vacunas, examen de peso y estatura. Todo ello con el fin de comprobar el estado nutricional del infante y evitar las enfermedades provocadas por una prolongada desnutrición.

Para la mayoría de los médicos, la población no tenía arraigada la costumbre de una salud preventiva de la enfermedad, conducía a los infantes al hospital sólo en situaciones de gravedad, “después de haber empleado, inútilmente, los remedios y tratamientos sugeridos por vecinos, boticarios de barrios o por policlínicas de las más variadas índoles” (Figueroa, 1951). Para los legisladores era necesario aumentar las campañas de difusión de conocimientos entre las madres “para cuidar al niño y prevenir en él los riesgos de enfermar”. El debate parlamentario se enmarcó en el aumento de financiamiento para la Junta Nacional de Jardines Infantiles, lo que generó divergencias por parte de parlamentarios que calificaban el financiamiento como excesivo (República de Chile, 1970, pp. 2.618-2.622). Tampoco los lactantes eran trasladados mensualmente a los consultorios para medir su talla y peso. Además, resultaba prioritario fortalecer los programas de vacunación para frenar la transmisión de enfermedades. Con este diagnóstico médicos, matronas, asistentes sociales, parvularios, enfermeras y auxiliares emprendieron una campaña de educación sanitaria que tuvo como centro “la higiene en la manipulación de los alimentos; la calidad de hervir el agua de la mamadera, la urgencia de la consulta precoz en los casos de diarrea, prevenir la deshidratación y el tratamiento adecuado” (Alarma ante mortalidad..., 1970, p. 21).

La ejecución de los planes requería la acción de los consultorios y la articulación entre los establecimientos asistenciales y las dirigencias de las juntas vecinales. Según el doctor Florencio Baeza, Jefe del Programa Infantil, para evitar los fallecimientos ocasionados por diarreas estivales era clave la participación de la comunidad, su estrategia consistía en “trabajar con unidades vecinales, las que hemos agrupado en José María Caro, La Feria, San Joaquín, La Legua, Clara Estrella, Villa Sur, Dávila, Santa Anselma, Valledor 3, Cisterna Sur y Recreo” (Plan de salud revitaliza..., 1971, p. 5). Además, en los consultorios, las asistentes sociales jugaron un rol fundamental en la prevención de las causas de la diarrea infantil, en su voluntariado se preocuparon por enseñar a los habitantes, materias como “primeros auxilios en accidentes caseros, prepa-

ración de mamaderas, conocimientos mínimos de leyes sociales, registro civil, seguro social y otras materias” (En San Joaquín, 1972, p. 3). Con su trabajo, hogar por hogar, se convirtieron en el nexo entre el consultorio y la comunidad, donde destacaban la importancia de realizarse el traslado del infante a los recintos hospitalarios apenas aparecieran los síntomas de alguna enfermedad.

Los factores culturales eran claves en las materias de salud. Las afecciones estomacales podían tener su origen en la mala preparación de los alimentos, ya fuera por mala higiene de quien los ejecutaba o de los utensilios. Buena parte de la alimentación, a los pocos meses de vida, era de carácter artificial y si el ambiente era antihigiénico, implicaba bastante riesgo, porque “la principal fuente alimentaria es la leche de vaca, excelente medio de cultivo para los gérmenes patógenos. En general todos los productos están expuestos al contacto de manos y elementos sucios, vehículos de la infección” (Meneghello; Roselot; Manterola, 1961). Algunos artículos reforzaban la idea de la contaminación por cuestiones culturales: “la leche, chupetes, jarros y otros enseres del niño, que dejan descuidadamente expuestos a las moscas y al polvo ambiente” (Ojo a las madres con las diarreas..., 1970, p. 11).

Los médicos también reiteraban, continuamente, una serie de medidas para evitar las dolencias estomacales veraniegas, entre ellas “limpiar bien las mamaderas, hervir el agua, no guardar residuos de leche, matar las moscas y enterrar las basuras si estas no son recolectadas oportunamente” (La colaboración popular es básica..., 1970, p. 6). Como efecto de estas campañas se redujo de manera considerable la mortandad por diarreas, además la educación era clave para prevenir la aparición de esta afección e impedir su agravamiento. Estas transformaciones de larga duración requerían informar didácticamente a la comunidad sobre el control de las diarreas y el peligro que significaba la deshidratación.

Durante los meses invernales, los brotes de enfermedades respiratorias, que comprendían resfríos, gripes, neumonías y bronconeumonías infantiles, tuvieron como causales la falta de abrigo, la humedad, la desnutrición y el frío, agravado por los temporales de lluvias. El Ministerio de Salud desplegaba profesionales de la salud que apoyaban a los equipos móviles para trabajar en zonas periféricas, siendo los sectores donde las afecciones tenían mayores incidencias. Se sumaba la aparición frecuente del virus del sarampión, altamente contagioso y que afectaba sobre todo a los niños. El doctor Sergio Infante recomendaba como tratamiento “sólo la vacunación masiva, por evento esta es una de las enfermedades más transmisibles. Ella se produce en el período ca-

tarral y es casi imposible aislar el foco” (Oportunas medidas sanitarias..., 1971, p. 6).

La situación se agravó en 1972, cuando se produjo el desabastecimiento de varios productos de primera necesidad en el país. No fue extraño que en ese contexto ocurriera una escasez de medicamentos. Esto se explicaba por la insuficiente capacidad del Laboratorio Chile para fabricar la demanda del mercado, además la ausencia de divisas dificultaba la importación de elementos farmacéuticos. Según el pediatra Ulises Aravena, era “frecuente que el médico se entere de la falta de un producto cuando los pacientes comienzan a decirle que no lo encuentran en las farmacias” (Escasez de medicamentos, 1972, p. 23). Estas circunstancias se agudizaban por la carestía de artículos básicos en los hospitales, como algodón, agua oxigenada, gasas y adhesivos. De esa manera, aumentaba el número de enfermos que veían interrumpidos sus tratamientos médicos, lo que afectaba la salud de los infantes.

En esa época, los antibióticos resultaban de extraordinaria utilidad para combatir diversas enfermedades infecciosas. Desde la década de 1950, significó un enorme progreso en la medicina porque favoreció una sustantiva reducción de la morbilidad y de la mortalidad en la infancia por las infecciones. Estas sustancias tenían dobles efectos en los pacientes que eran sometidos a cirugías: por un lado, permitía el tratamiento evitando ciertas operaciones y, por el otro, extendía los grados de seguridad en las etapas posteriores a la intervención. Asimismo, a nivel de internación en los hospitales infantiles se habían consolidado los principios de aislamiento y antisepsia del internado, “la preocupación es que no adquiera nuevas infecciones y que no pueda, de ninguna manera, transmitir la suya a otros hospitalizados” (Meneghello; Roselot; Manterola, 1961).

Cuando los especialistas observaron la efectividad de los antibióticos, notaron que la nutrición y el medio en que vivían los infantes jugaba un rol importante en la resistencia y recuperación de las afecciones. Para los médicos, “esta interrelación es especialmente notoria con las enfermedades infecciosas, que repercuten en diversos grados sobre el organismo, particularmente evidente en el lactante” (Scroggie; Steeger, 1958). Además, las infecciones adquirían relevancia en la primera infancia por su alta tasa de incidencia y la mayor gravedad porque en esa etapa los sistemas defensivos aún se encontraban en formación.

En abril de 1972, el Presidente de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y miembro del Partido Nacional, doctor Aníbal Scarella manifiesta la grave situación en que se hallaba el sistema de salud. En su intervención,

destacaba que el Servicio Nacional de Salud tenía duplicación de funciones y que algunos equipos no prestaban ningún beneficio porque no existía personal técnico adecuado. No sólo el desabastecimiento era crónico en los recintos, sino que muy pocos establecimientos contaban “con las facilidades que exige la medicina moderna, en equipos, instrumentos y elementos de trabajo, lo que redundaba en un manifiesto atraso tecnológico y científico en las prestaciones” (República de Chile, 1972, pp. 548 y 592). A ello se agregaba la escasez de camas hospitalarias, las listas de espera y el colapso por la acumulación de pacientes en las salas de los dispensarios. En dichos lugares, las madres aguardaban durante varias horas para que sus hijos fueran atendidos y era muy complicado conseguir alguna cama para que pudieran ser hospitalizados.

LA DESNUTRICIÓN Y LAS ENFERMEDADES ESTOMACALES

La desnutrición provocó múltiples trastornos nutritivos agudos en amplios sectores de la población infantil. Desde la década de 1960 algunos estudios se preocuparon por caracterizar a los segmentos más carenciados, indicando que “en las clases obreras, las de menores recursos económicos y más bajo nivel cultural es donde se aprecia el déficit entre las cuotas y calidades de las sustancias nutritivas consumidas y los mínimos fisiológicos establecidos, la mayor morbilidad y deficientes índices de desarrollo” (Ariztía; Adriasola; Aguilera, 1967). La mala nutrición adquiría caracteres más relevantes debido a que perjudicaba al recién nacido durante su primer año de vida. Se reiteraba que las principales causales de la desnutrición comenzaban en etapas tempranas porque el amamantamiento materno duraba muy poco y se daba en un entorno sanitario inadecuado.

Durante el siglo XX, la población aumentó a un ritmo muy acelerado, lo que repercutió en que amplios sectores infantiles se encontraran sin acceso a una dieta rica y diversa en alimentos. La escasez de productos agrícolas repercutía directamente en “la creciente desnutrición de la población de menores ingresos y en las altas tasas de mortalidad infantil” (República de Chile, 1973, p. 3.857). Dicha situación se veía profundizada por la abundante cantidad de tierras sin trabajar y en manos de grandes propietarios. La Corporación de la Reforma Agraria (CORA), cuya finalidad era impulsar la subdivisión de las tierras, intentó localizar a una población en Lampa, zona donde había “un comité de noventa campesinos que están cesantes [...] y se presentaba uno de los más altos índices de mortalidad infantil por desnutrición” (República de Chile, 1970, p. 4.387). Aunque la propuesta no logró concretarse, demuestra los

intentos por parte del gobierno de mejorar la calidad de vida de las comunidades.

Resulta importante subrayar que en la capital esta carencia afectó, fuertemente, a los segmentos de las clases populares que no contaban con los recursos económicos necesarios para proveerse de alimentos de calidad. Así, la insuficiencia de elementos básicos para la nutrición ocasionaba raquitismo, malformaciones psíquicas, elevada mortandad y una serie de otros males. Según el médico Fernando Monckeberg, en un informe ante la Academia de Medicina que se ocupaba de la salud en zonas periféricas de Santiago, “a los siete años de edad como promedio, un niño mide 17 centímetros menos de estatura que lo que debiera medir a esa edad” (República de Chile, 1972, p. 1.391). Además, se evidenciaban las dificultades para realizar investigación científica en el país, ya que el Instituto de Nutrición no recibía aportes fiscales y solo se financiaba con ayuda extranjera.

Durante el período en cuestión, disminuyó fuertemente la mortalidad infantil tardía, o sea el lapso comprendido entre uno y once meses de edad, en cambio, la mortandad neonatal, que abarcaba a los menores de veintiocho días, se mantuvo constante. Parte de las muertes en el nacimiento eran efecto de la debilidad materna: con madres alimentadas insuficientemente, los neonatos nacían con un porcentaje menor al peso mínimo de 2.5 kilos, lo que representaba desnutrición según el parámetro médico de la época. Para el Ministro de Salud Pública, Ramón Valdivieso, las variables que se ocupaban de medir este índice “se obtienen mediante un estudio de ponderación relativa a la estatura, peso y edad del niño, o bien se puede ir directamente a una encuesta alimentaria para saber qué está comiendo un grupo escolar” (República de Chile, 1970, p. 224). La intervención en este ámbito se encontraba respaldada en la Carta del Atlántico, en la cual Chile y todos los países de América se comprometieron a reducir las tasas de mortalidad en sus países durante el decenio de 1960-1970.

Las difíciles circunstancias de vida de las mujeres durante la etapa de embarazo, vinculadas con la desnutrición y el trabajo excesivo, aumentaban la probabilidad de partos prematuros, otro factor importante de la mortandad. Un estudio practicado en la maternidad del Hospital San Borja, confirmaba “un 25% de mortalidad entre los prematuros, es decir, que existe una mortalidad muchas veces mayor que la que existe entre los niños de término” (Vera, 1960). Justamente, la asistencia médico-sanitaria debía enfocarse en el segmento materno-infantil por encontrarse expuesto a severos problemas de salud. En ese sentido, se afirmaba que “la idea básica en los planes de protección

biológica de la madre y del niño, debe residir en la extensión a esos sectores, de los programas actualmente en desarrollo en otras áreas” (Rosselot, 1965). Además, para enfrentar la alta desnutrición resultaba clave que las mujeres recibieran una alimentación que las fortaleciera y así pudieran amamantar al neonato con la cantidad suficiente de leche. Se indicaba que la alimentación de la mujer embarazada tenía “influencia en las condiciones del parto y, posteriormente, en la calidad de la lactancia y la salud del recién nacido” (Servicio Nacional de Salud, 1961).

En este debate, también participaban las explicaciones médicas del crecimiento demográfico, donde las elevadas tasas de natalidad se traducían en un alto número de hijos por familias. En ese contexto: “para un porcentaje de la población es materialmente imposible que pueda proveerse de una alimentación adecuada” (Cómo encarar el problema..., 1970, p. 3). Sumado a ello, la cantidad de leche entregada por el Servicio Nacional de Salud no alcanzaba a satisfacer las necesidades vitales, haciendo que las madres distribuyeran entre toda la familia, la porción correspondiente a un bebé. A juicio de Fernando Monckeberg, era probable que el desconocimiento sobre una alimentación correcta del lactante y la presencia de muchos niños en el hogar no dejaba “recursos para atenderlos a todos. A veces la madre vende esa leche para comprar pan, té, fideos, azúcar” (Dr. Monckeberg llama a salvar..., 1969, p. 5).

Durante el gobierno de la Unidad Popular, el Estado, con énfasis en una mirada integral, consideró que la nutrición precaria de los infantes era el resultado de la interacción de factores de distinto origen. En 1974, fue creada la Corporación Nacional para la Nutrición Infantil (CONIN) y una labor complementaria llevó a cabo el Instituto de Investigación y Tecnología de Alimentos de la Universidad de Chile (INTA). Ambas instituciones estudiaron la alimentación infantil en los campos fisiológicos, terapéuticos y sociales.

LOS PROGRAMAS DE APOYO ALIMENTARIO, “EL MEDIO LITRO DE LECHE”

Para cubrir las necesidades alimentarias descritas surgieron los programas de apoyo en esta materia, en sus orígenes vinculados a la administración estatal, desde 1924, con la creación de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio. Posteriormente, en 1937 comenzaron los planes de carácter oficial de suplementación alimentaria dirigida a los lactantes menores de dos años que se encontraban bajo control médico periódico. Luego, en 1952, con la fundación

del Servicio Nacional de Salud, se produjo un paso clave en el avance de políticas de salud destinadas a enfrentar el problema de la desnutrición en el país (Consejo Nacional para la Alimentación y Nutrición, 1980). A partir de esa base, se estableció un sistema robusto de reparto de leche.

Entre las cuarenta medidas fundamentales del programa de gobierno de la Unidad Popular, se incluyó una política de distribución de leche, el denominado “medio litro de leche”. Su propósito era cubrir los requerimientos básicos de la madre y del niño, reducir la elevada desnutrición entre el nacimiento y la adolescencia. Este proyecto estatal consistió en proporcionar “a los lactantes 2 kilogramos de leche – cada kilo es igual a diez litros – los pre escolares, 1.5; los escolares, 1.5; las embarazadas, 2; y las madres un kilo durante el segundo semestre” (Hoy comienza el reparto, 1971, p. 5). Estas acciones se complementaban con la tarea realizada por la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, “en lo relacionado con desayunos escolares. En 1964 se proporcionaron 350 mil desayunos diarios, y en 1970, 1.250.000” (República de Chile, 1971b, p. 708). Con este régimen dietético se aportaba en el consumo de ciertos alimentos cuyo propósito era proteger la salud de los escolares.

El plan de suministrar una cantidad mínima de leche como parte de la nutrición diaria a todos los infantes del país, significaba un avance en la disminución de la desnutrición y la salud de las futuras generaciones. Además, se enmarcaba en el fortalecimiento de vínculos entre el gobierno de Chile con otras naciones y demás organismos internacionales para fomentar el consumo de productos lácteos. Dicho intercambio se expresaba en el apoyo destinado al mejoramiento ganadero, la construcción de plantas lecheras, inversión del Banco Mundial para el desarrollo de la industria lechera y ayuda alimentaria de la FAO (Ministerio de Agricultura-FAO-ICIRA, 1973).

El éxito del plan requería una elevada cantidad de leche para concretar lo planificado. No obstante, la producción de los años setenta era insuficiente para alcanzar el consumo total de la población. Para ello se requería ampliar la capacidad de las instalaciones y fomentar una profunda inversión de capitales. Los dirigentes de la Federación Nacional de Cooperativas Lecheras y de la Sociedad Nacional de Agricultura informaron al Presidente de la República que “los productores estarían en condiciones de cubrir las necesidades del país y el consumo adicional de medio litro por cada niño en los próximos cinco años” (Mejor nutrición infantil, 1970, p. 3). Los progresos tecnológicos eran fundamentales para cumplir la meta y adecuar los antiguos establos a los nuevos parámetros exigidos por la modernización de la industria lechera.

Otra dificultad era coordinar un sistema que permitiera la eficaz entrega

de leche a los niños beneficiados. El Ministerio de Salud coordinó la logística que requería la implementación del plan, los principales organismos que participaron fueron: Servicio Nacional de Salud, Servicio Médico Nacional de Empleados, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, Servicios Sanitarios de las Fuerzas Armadas, Cuerpo de Carabineros, Investigaciones y Empresa de Ferrocarriles del Estado. Junto a las instituciones estatales, la participación activa de la comunidad organizada era decisiva para que las iniciativas del gobierno tuvieran resultados positivos. Por ese motivo el Servicio Nacional de Salud movilizó redes comunitarias, constituidas por juntas de vecinos, centros de madres y colegios, “para trabajar en la campaña de diarreas que, realmente, constituye una experiencia positiva y logramos disminuir en forma importante [la mortalidad de infantes] (...) en los meses de enero a abril” (República de Chile, 1971a, pp. 559 y 708-709).

En las reuniones entre el Ejecutivo y los gremios lecheros fueron presentadas las cifras de ejecución del plan comparando el mes de enero del último quinquenio. Según el cuadro 4, en el primer mes del año 1971, y con respecto a 1967, fue duplicada la entrega de leche, informándose que el mayor consumo se había producido entre los grupos de edades de los pre escolares y escolares; en cambio, no hubo aumentos considerables entre los lactantes y las madres embarazadas, ya que los porcentajes correspondientes estaban cubiertos a través del Programa del Servicio Nacional de Salud.

Cuadro 4: Reparto de leche a nivel nacional durante el mes de enero de cada año

Año	Toneladas de leche
1967	1.400
1968	1.800
1969	970
1970	1.100
1971	2.980

Fuente: Campaña del “medio litro de leche”..., 1971, p. 20.

El programa nutricional del gobierno también recibió críticas de los médicos, quienes argumentaron que se preocupaba por apenas una variable, cuando en la práctica la desnutrición tenía múltiples aristas. Para el doctor Fernando Monckeberg, no fueron tomadas en cuenta las malas condiciones ambientales, dado que “no más del 22 por ciento de la población dispone de conductos para eliminar excretas. En algunos sectores urbanos, el retiro de

desperdicios es inexistente o se hace cada 15 días con las consecuentes plagas de moscas que contaminan los alimentos” (Doctor Monckeberg pronostica, 1973, p. 25). En ese marco, los lácteos se convertían en un medio de infección. También, los parlamentarios manifestaron reparos sobre el producto que se entregaba, porque no era posible que “el reparto de leche para los niños menores de dos años se haga sobre la base de un producto con 12% de materias grasas. Para que el contenido de lactosa de la leche, que llega al 40%, pueda ser asimilado por un organismo infantil, es necesario que ella tenga 28% de grasa. En caso contrario, provoca dolores de estómago, contracciones violentas y diarreas mortales” (República de Chile, 1972, p. 652).

CONCLUSIONES

El presente estudio permitió analizar las principales circunstancias que muestran el descenso de la mortalidad infantil en la provincia de Santiago durante 1970 y 1973. La Unidad Popular fue un gobierno que planteaba la llamada “vía chilena al socialismo” lo que significaba realizar profundas reformas estructurales. En sus comienzos parecía iban a lograrse resultados positivos, pero en los meses siguientes la grave crisis económica, las múltiples paralizaciones, el desabastecimiento y la polarización política relegaron a un segundo plano las reformas en materia de salud pública.

A partir del relato presentado aquí, resulta evidente que el programa de gobierno de la Unidad Popular y, en especial, el proyecto de mejora a la nutrición de la infancia fue exitoso en su etapa inicial. Los consultorios, el aumento de la producción y la aplicación de una tecnología adecuada eran factores indispensables aunque no suficientes para la reducción de la mortandad en la infancia. Además, a poco andar, las decisiones políticas se vieron complicadas por múltiples circunstancias que relegaron la problemática de la salud a un segundo plano, priorizándose la mantención de un gobierno que, posteriormente, terminó cayendo en manos de una dictadura militar que administró el país durante los siguientes diecisiete años.

El Estado ejecutó una política de salud con énfasis en la atención materno-infantil, lo que era fundamental para aumentar las expectativas de vida y la disminución de la mortandad en ambos grupos. En esos años fueron emprendidas campañas con la finalidad de mejorar las condiciones de salubridad ambiental, el mayor conocimiento de los preceptos de higiene, el establecimiento de servicios de asistencia médica en las poblaciones y las construcciones hospitalarias, aspectos que conformaron múltiples variables tendientes a resguardar la vi-

da de los infantes. En esa dinámica, la creación de pequeños hospitales, consultorios y dispensarios infantiles en varias comunas periféricas de la capital, lograron propagar conceptos de higiene en amplios sectores de la población y permitieron descongestionar la concentración de trabajo en los principales hospitales de niños. A su vez, el intercambio de experiencias y la conexión entre pediatras y comunidad tuvo como efecto que la población comprendiera mejor los graves problemas nutricionales que ocurrían en la infancia.

Durante este período, gran cantidad de enfermedades, la desnutrición y el raquitismo disminuyeron de manera considerable debido a la utilización de antibióticos, vacunaciones e implementación de disposiciones en los servicios de salud pública. Con la extensión de dispensarios infantiles, centros de vacunación y recintos específicos para atenciones de baja complejidad, se lograron propagar los adelantos de la medicina en amplias capas sociales, así como controlar enfermedades transmisibles agudas, con la consiguiente reducción de las tasas de mortandad en casos de poliomielitis o de sarampión, por ejemplo. Además, se consolidaron varias medidas de carácter preventivo, tal como el control del niño sano. El sistema de vacunaciones periódicas también aumentó la esperanza de vida y protegió a los niños contra enfermedades que años atrás los atacaban fatalmente.

REFERENCIAS

- ALARMA ANTE MORTALIDAD infantil. *El Mercurio*, Santiago, p. 21, 7 dic. 1970.
- EN EL ÁREA NORTE DE SANTIAGO. Explosión demográfica crea problemas en atención médica. *La Nación*, Santiago, p. 2, 28 ene. 1970.
- ARIZTÍA, Aníbal; ADRIASOLA, Guillermo; AGUILERA, Avogadro. El hambre o desnutrición en la población de Chile. Apartado de la *Revista Chilena de Pediatría*, [s.n.], pp. 1-10, 1967.
- ATENCIÓN SANITARIA PARA TODOS los chilenos: meta del SNS. *La Nación*, Santiago, p. 2, 8 sep. 1971.
- BEHM, Hugo. *Mortalidad infantil y nivel de vida*. Santiago: Ediciones de la Universidad de Chile, 1962.
- BIERNAT, Carolina; RAMACCIOTTI, Karina. La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 15, n. 2, pp. 331-351, 2008.
- BIRN, Anne-Emanuelle. Child Health in Latin America: Historiographic Perspectives and Challenges. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 14, n. 3, pp. 677-708, 2007.

La mortalidad infantil durante el gobierno de la Unidad Popular (Santiago de Chile, 1970-1973)

- BYNUM, William; PORTER, Roy (Eds.). *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*. London: Routledge, 2013.
- CAMPAÑA DEL “MEDIO LITRO DE LECHE” alcanza a 48.000 toneladas. *El Mercurio*, Santiago, p. 20, 8 feb. 1971.
- CASTAÑEDA, Tarsicio; Contexto socio económico y causas del descenso de la mortalidad infantil en Chile. *Estudios Públicos*, Santiago, n. 16, pp. 1-49, primavera 1984.
- CAVIERES, Eduardo. Salud Pública. Estrategias, políticas fiscales y cambio cultural en la reducción de la mortalidad. Valparaíso, 1920-1960. *Cuadernos de Historia*, n. 19, pp. 195-224, dic. 1999.
- CAVIERES, Eduardo. Ser infante en el pasado. Triunfo de la vida o persistencia de estructuras sociales. La mortalidad infantil en Valparaíso, 1880-1950. *Revista de historia social y de las mentalidades*, n. 5, pp. 31-58, 2001.
- CHÁVEZ, Pablo; BRANGIER, Víctor. Esa diaria gotera de la muerte: Mortalidad infantil y los albores de la medicina pediátrica en la provincia de Santiago, Chile, 1870-1913. *Salud Colectiva*, v. 16, pp. 1-16, 2020.
- CHÁVEZ, Pablo; SOTO, José. Historia de la mortalidad infantil en la Casa de Huérfanos de Santiago (1898-1923). *Anuario de Estudios Americanos*, v. 76, n. 2, pp. 645-677, 2019a.
- CHÁVEZ, Pablo; SOTO, José. La primera estadística sanitaria infantil de la provincia de Santiago de Chile (1860-1929). *Revista Dynamis*, v. 39, n. 1, pp. 149-174, 2019b.
- CHÁVEZ, Pablo; SOTO, José. Mortalidad infantil en Santiago: representaciones y discursos, Chile, 1860-1914. *Revista História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 25, n. 4, pp. 1281-1300, 2018.
- LA COLABORACIÓN POPULAR ES BÁSICA para planes de salud. *La Nación*, Santiago, p. 6, 5 dic. 1970.
- CÓMO ENCARAR EL PROBLEMA de la desnutrición. Por el doctor Fernando Monckeberg, profesor de nutrición de la Universidad de Chile. *El Mercurio*, Santiago, p. 3, 30 oct. 1970.
- CONSEJO NACIONAL PARA LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN. *Estadísticas básicas en alimentación y nutrición 1969-1978*. Santiago: Ministerio de Salud, 1980.
- CORVALÁN, Luis. *El gobierno de Salvador Allende*. Santiago, LOM Ediciones, 2003.
- DOCTOR MONCKEBERG PRONOSTICA: Golpe de gracia a la desnutrición. *El Mercurio*, Santiago, p. 25, 23 nov. 1973.
- DR. MONCKEBERG LLAMA A SALVAR los niños. *El Siglo*, Santiago, p. 5, 14 oct. 1969.
- DÍAZ, Marcela; HURTADO, Josefina. Acciones y programas estatales en salud dirigidos a las mujeres. 1990-1993. *Documento de trabajo FLACSO-Programa Chile. Serie de Estudios Sociales*, n. 56, pp. 1-85, dic. 1993.
- ESCASEZ DE MEDICAMENTOS. *El Mercurio*, Santiago, p. 23, 5 feb. 1972.

- FIGUEROA, Ernesto. *El consultorio externo del Hospital de Niños y su misión médico-social*. Santiago: Imprenta El Esfuerzo, 1951.
- FONCK, Antonia. *Miradas desclasificadas: El Chile de Salvador Allende en los documentos estadounidenses (1969-1973)*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, 2020.
- FREIRE, Maria Martha de Luna. Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 15, pp. 153-171, 2008.
- GONZÁLEZ, Maricela; ZÁRATE, María Soledad. Profesionales, modernas y carismáticas: enfermeras y visitadoras sociales en la construcción del Estado Asistencial en Chile, 1900-1930. *Tempo* (online), v. 24, n. 2, pp. 369-387, 2018.
- GUEMES, Marta. *Factores médicos y económicos-sociales que condicionan la mortalidad infantil en Chile*. Santiago: Talleres Gráficos Simiente, 1945.
- HOY COMIENZA EL REPARTO: el pueblo conquistó el medio litro de leche. *El Siglo*, Santiago, p. 5, 4 ene. 1971.
- KAEMPFER, Ana; MEDINA, Ernesto. Mortalidad infantil reciente en Chile: éxitos y desafíos. *Revista Chilena de Pediatría*, v. 77, n. 5, pp. 492-500, 2006.
- LAGOS, Rubén. *El control prenatal y el recién nacido*. Santiago: Talleres gráficos La Nación, 1952.
- LAVAL, Enrique. La epidemia de sarampión de 1899-1900 en Chile y la creación del primer hospital de niños de Santiago. *Revista Chilena de Infectología*, v. 20, Edición aniversario, pp. 105-106, 2003.
- DI LISCIA, María Silvia. Hijos sanos y legítimos: sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 9, pp. 209-232, 2002.
- MALA LECHE. *La Nación*, Santiago, p. 3, 3 ene. 1972.
- MEJOR NUTRICIÓN INFANTIL. *El Mercurio*, Santiago, p. 3, 17 nov. 1970.
- MEDEIROS, Aline da Silva. A dinâmica hospitalar da Maternidade Dr. João Moreira, em Fortaleza, nas primeiras décadas do século XX. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 20, n. 3, pp. 963-981, 2013.
- MEDINA, Ernesto; KAEMPFER, Ana. Tendencias y características de la mortalidad chilena 1970-2003. *Revista Médica de Chile*, v. 135, n. 2, pp. 240-250, 2007.
- MENEGHELLO, Julio; ROSSELOT, Jorge; MANTEROLA, Alejandro. *Lecciones de pediatría clínica y social. Puericultura individual y colectiva. Recién nacido y prematuro*. Santiago: Editorial Universitaria, 1961.
- MILOS, Pedro (Ed.). *Chile 1971: El primer año de gobierno de la Unidad Popular*. Santiago: Universidad Alberto Hurtado, 2013.
- MINISTERIO DE AGRICULTURA-FAO-ICIRA. *Plan Internacional para la Coordinación del Fomento Lechero*. Santiago: Imprenta Central de Talleres SNS, 1973.

- MINISTERIO DE SALUD. *Anuario 1979*. Santiago: Departamento de Planificación – Instituto Nacional de Estadísticas, 1980.
- MURPHY, Edward. *For a proper home: housing rights in the margins of urban Chile, 1960-2010*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 2015.
- OJO A LAS MADRES CON LAS DIARREAS infantiles de verano. *El Siglo*, Santiago, p. 11, 27 dic. 1970.
- OPORTUNAS MEDIDAS SANITARIAS evitan epidemia de sarampión. *La Nación*, Santiago, p. 6, 2 jul. 1971.
- PLAN NACIONAL DE LECHE. *La Nación*, Santiago, p. 1, 3 nov. 1971.
- PLAN DE SALUD REVITALIZA campaña contra diarreas. *La Nación*, Santiago, p. 5, 13 sep. 1971.
- RAULD, Juan Carlos. Desprotección, institucionalización y gobierno en la infancia del bajo pueblo chileno: un análisis desde el pensamiento de Michel Foucault. *Sociedad e infancias*, v. 4, pp. 135-146, 2020.
- REPÚBLICA DE CHILE. *Diario de Sesiones – Cámara de Diputados*, Santiago, sesión 39ª extraordinaria, p. 4387, 10 mar. 1970.
- REPÚBLICA DE CHILE. *Diario de Sesiones – Cámara de Diputados*, Santiago, sesión 44ª extraordinaria, p. 4878, 1 abr. 1970.
- REPÚBLICA DE CHILE. *Diario de Sesiones – Cámara de Diputados*, Santiago, sesión 4ª ordinaria, p. 224, 16 jun. 1970.
- REPÚBLICA DE CHILE. *Diario de Sesiones – Cámara de Diputados*, Santiago, sesión 20ª extraordinaria, pp. 559 y 708-709, 13 ene. 1971a.
- REPÚBLICA DE CHILE. *Diario de Sesiones – Cámara de Diputados*, Santiago, sesión 23ª ordinaria, pp. 2171-2172, 18 ago. 1971.
- REPÚBLICA DE CHILE. *Diario de Sesiones – Cámara de Diputados*, Santiago, sesión 11ª extraordinaria, p. 839, 10 nov. 1971.
- REPÚBLICA DE CHILE. *Diario de Sesiones – Cámara de Diputados*, Santiago, sesión 10ª extraordinaria, pp. 548 y 592, 19 abr. 1972.
- REPÚBLICA DE CHILE. *Diario de Sesiones del Senado*, Santiago, sesión 38ª extraordinaria, p. 2618, 14 ene. 1970.
- REPÚBLICA DE CHILE. *Diario de Sesiones del Senado*, Santiago, sesión 39ª extraordinaria, p. 2645, 14 ene. 1970.
- REPÚBLICA DE CHILE. *Diario de Sesiones del Senado*, Santiago, sesión 20ª extraordinaria, p. 708 y p. 709, 13 ene. 1971b.
- REPÚBLICA DE CHILE. *Diario de Sesiones del Senado*, Santiago, sesión 19ª extraordinaria, p. 652, 17 oct. 1972.
- REPÚBLICA DE CHILE. *Diario de Sesiones del Senado*, Santiago, sesión 35ª extraordinaria, p. 1391, 15 nov. 1972.
- REPÚBLICA DE CHILE. *Diario de Sesiones del Senado*, Santiago, sesión 97ª extraordinaria, p. 3857, 3 may. 1973.

- RODRÍGUEZ, Esteban. La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España. *Cuadernos de Historia Contemporánea*, n. 18, pp. 19-52, 1998.
- RODRÍGUEZ, Paula. Era lo justo. Producción de periferia en Santiago de Chile en los años cincuenta. *Territorios*, n. 32, pp. 97-120, 2015.
- ROSSELOT, Jorge. *Problemática de la protección materno-infantil en el Servicio Nacional de Salud de Chile*. Santiago: Servicio Nacional de Salud, 1965.
- SALAZAR, Gabriel. *Ser niño "huacho" en la historia de Chile (siglo XIX)*. Santiago: LOM Ediciones, 2007.
- SALUD: ningún chileno sin atención médica. *El Clarín*, Santiago, p. 3, 14 jun. 1970.
- EN SAN JOAQUÍN. Guerra a la basura para prevenir las diarreas. *La Nación*, Santiago, p. 3, 4 ene. 1972.
- SCROGGIE, Arturo; STEEGER, Adalberto. *Tratado de pediatría: enfermedades infecciosas*. Santiago: Andrés Bello, 1958.
- SERVICIO NACIONAL DE SALUD. *Ración recomendada durante el embarazo y la lactancia*. Santiago: Ministerio de Salud, 1961.
- VALENZUELA, Catherine. El movimiento de pobladores en Chile y las tomas de terreno como principal sujeto territorial en la segunda mitad del siglo XX. *Revista Territorios y Regionalismos*, n. 2, pp. 24-47, 2020.
- VARGAS, Nelson. *Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría*. Santiago: Editorial Universitaria, 2002.
- VERA, Luis. *Recién nacido: apuntes del curso de puericultura*. Santiago: Editorial Universitaria, 1960.
- ZÁRATE, Soledad. *Dar a luz en Chile, siglo XIX: De la ciencia de hembra a la ciencia obstétrica*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 2007.

Artículo presentado el 31 de diciembre de 2021.

Aprobado el 15 de diciembre de 2022.

