


Políticas alimentarias del Estado chileno contra la mortalidad de niños (1930-1970)

Chilean State Food Policies to Reduce Child Mortality (1930-1970)


José Julián Soto Lara*

 <https://orcid.org/0000-0003-2263-1674>

Universidad Bernardo O'Higgins, Chile / Freie Universität Berlin, Alemania

jose.julian.soto@gmail.com

Pablo Sebastián Chávez Zúñiga**

 <https://orcid.org/0000-0002-1726-7954>

Universidad Bernardo O'Higgins, Chile

pablo.chavez.zuniga@gmail.com

Resumen: Se analiza la relación de la mortalidad de niños con la alimentación durante los años 1930-1970. Este periodo está definido en sus extremos por

* Doctor en Historia Comparada, Política y Social por la Universidad Autónoma de Barcelona. Líneas de investigación: historia de la salud, historia de los periódicos. El autor agradece a ANID/FONDECYT Postdoctorado 74220019 por la beca concedida para estudiar en la Freie Universität Berlin. Esta investigación es resultado de los intereses investigativos de los autores y no contó con financiación.

Rol de participación en la investigación: conceptualización, investigación, metodología, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

** Doctor en Historia por la Universidad de Chile. Línea de investigación: historia de la salud.

Rol de participación en la investigación: conceptualización, investigación, metodología, redacción-borrador original, redacción-revisión y edición.

CÓMO CITAR: Soto Lara, J. J. y Chávez Zúñiga, P. S. (2025). Políticas alimentarias del Estado chileno contra la mortalidad de niños (1930-1970). *Secuencia* (123), e2325. <https://doi.org/10.18234/secuencia.v0i123.2325>



Esta obra está protegida bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

la Ley de Pasteurización, que higienizó la leche y redujo las enfermedades gastrointestinales y la mortandad, y por la profundización de los programas distribuidores de leche y el trabajo del Servicio Nacional de Salud. La hipótesis sugiere que la carencia de alimentos nutritivos y escasa higiene, causantes de una alta mortalidad, descendieron paulatinamente debido a la construcción de una institucionalidad estatal proinfancia. La metodología fue mixta, centrándose en los aspectos cualitativos de las fuentes textuales (leyes, artículos médicos, memorias, prensa, etc.) y en los aspectos cuantitativos de los registros estadísticos (anuarios estadísticos). Las conclusiones afirman que el motor del ideario y práctica “niño-céntrica” estatal dinamizó otros campos sociales, interpelando actores heterogéneos que hacia finales de los años sesenta cristalizaron cambios en la alimentación y demografía infantil.

Palabras clave: mortalidad de niños; alimentación; higiene; nutrición; Chile.

Abstract: This article analyzes the relationship between infant mortality and nutrition from 1930 to 1970, a period framed by the Pasteurization Act, which sanitized milk and reduced gastrointestinal illnesses and mortality, and the expansion of milk distribution programs and the work of the National Health Service. The hypothesis suggests that the lack of nutritious food and poor hygiene, causing high mortality gradually declined due to the creation of pro-child state institutions. The study is based on mixed methodology, focusing on the qualitative aspects of written sources (such as laws, medical articles, memoirs, and the press) and the quantitative aspects of statistical records (such as statistical yearbooks). It concludes that the state's child-centered ideology and practice spilled over into other social fields, attracting a range of actors who crystallized changes in child nutrition and demographics in the late 1960s.

Keywords: child mortality; food; hygiene; nutrition; Chile.

Recibido: 15 de enero de 2024 Aceptado: 9 de abril de 2025

Publicado: 17 de julio de 2025

INTRODUCCIÓN

En Chile, según las cifras publicadas en el Mapa Nutricional de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB) en 2020, el índice de desnutrición del país era de 2.6%. El dato coincide con el de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación (FAO) que incluyó al país entre los menos desnutridos y seguros alimentariamente en América Latina (FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF, 2020).

El guarismo actual difiere de los registros de mediados del siglo pasado cuando el hambre y la escasez alimentaria afectaron a los niños, de acuerdo con los índices de mortalidad en la infancia, y dañaron el desarrollo físico e intelectual de los sobrevivientes. Al contrario, hacia finales de los años sesenta las políticas del Estado en salud pública habían reducido la desnutrición infantil. Una comprensión de la transformación que produjo la mejora nutricional puede alcanzarse analizando históricamente los factores médico-políticos que incrementaron la salud infantil.

La mortalidad infantil fue uno de los grandes problemas de salud pública. Por lo mismo, el desastre fue abordado por médicos y políticos, quienes vieron en la alimentación un factor de la mortandad. Para ellos, la carestía y baja calidad nutricional de los alimentos más la escasa higiene explicaban las enfermedades digestivas que causaban la mortalidad.

Ante esta catástrofe demográfica, ¿qué políticas sanitarias implementó el Estado durante los años 1930-1970?, ¿cómo legislaron los parlamentarios para reducir la mortalidad infantil?, ¿qué organismos creó el Estado para favorecer la alimentación infantil? Esta investigación responderá estas interrogantes, observando las décadas centrales del siglo xx, cuando la tasa de mortalidad infantil fue descendiendo gracias al acceso de las familias a una dieta más nutritiva e higiénica. Al mismo tiempo, fue durante estos años cuando las políticas públicas sanitarias fortalecieron la protección materno-infantil con planes de industrialización y distribución de leche y enseñanzas en los centros de salud para tratar la desnutrición.

Al día de hoy, la historiografía chilena ha estudiado las discusiones médico-políticas, la elaboración de políticas sanitarias y el papel de los pediatras en el vínculo mortalidad infantil-alimentación (Birn, 2007; Márquez y Gallo, 2017; Mazzeo, 2017). El corpus de conocimiento considera los proyectos estatales que aumentaron la cobertura, acceso y calidad de los servicios de salud. Por ejemplo, Grushka (2014) investigó la expansión de los progra-

mas de protección materno-infantiles. También se han estudiado las consecuencias de la nutrición en la morbilidad y mortalidad infantil, siguiendo el debate médico que diferenció una alimentación “científica” de otra tradicional, carente de lácteos y carnes (Llorca-Jaña et al., 2020; Zárate, 2008, 2010).

Como plantea Brinkmann (2021), el estudio de la leche tiene un ángulo historiográfico enfocado en los mercados, la importación láctea y las tensiones ocasionadas por prácticas de consumo que promovieron su ingesta cruda. En Brasil, las instituciones sanitarias buscaron evitar los contagios de tuberculosis bovina a través de la leche, mientras que la comunidad médica internacional comenzaba a cuestionar la validez de esta relación. Para el caso mexicano, Aguilar (2021) propone que el fomento estatal del consumo de leche fue respaldado por médicos e industriales, quienes defendieron la calidad de las dietas que la incorporaban. Por su parte, Pohl-Valero (2021) analiza la construcción estatal del sistema lechero colombiano y las consecuencias de esta intervención en la nutrición.

En un sentido similar, contamos con investigaciones centradas en los programas de distribución de leche y en la conformación de una infraestructura que la ofertó con éxito (Aguilar, 2011; Chávez y Soto, 2023; Goldsmith, 2017). Otros estudios analizan las reformas de mediados del siglo xx que mejoraron los índices de salud y calidad de vida poblacional (Llanos, 2013). También, destacamos las investigaciones sobre la alimentación popular que han aumentado el área de estudio, pasando de un enfoque nacional a otro continental (Yáñez, 2017, 2019a, 2019b). Esta línea de trabajo ha profundizado las discusiones relacionadas con el aporte nutritivo de los alimentos fundamentales en la salud de poblaciones necesitadas y los programas estatales que intentaron mejorar su alimentación (Yáñez, 2023).

Una revisión meticulosa de los estudios precedentes sugiere que la historiografía chilena ha investigado la desnutrición y la mortalidad infantil por vías separadas. Esta decisión metodológica ha soslayado cómo el aumento de los conocimientos nutricionales fue consecuencia, en parte, de la búsqueda de soluciones al problema de la salud infantil, tematizado en discusiones políticas de asistencia social enfocadas en reducirlo. Los estudios históricos tampoco se han interesado en la influencia del conocimiento médico en las políticas alimentarias estatales.

Considerando la cobertura temática y los vacíos del estado del arte, el objetivo de nuestro artículo es analizar cómo las políticas alimentarias estatales, centradas en la nutrición y la sanidad, disminuyeron paulatinamente

las enfermedades y la mortalidad de niños. Esta estrategia gubernamental se entiende como las acciones impulsadas para mejorar el régimen alimenticio de la población (Ruiz y Cadavid, 2025). El Estado, al valerse de su poder para intervenir en la vida de la nación, conformó un sistema de protección social que disminuyó la mortalidad infantil. Eso sí, cabe mencionar que la transformación demográfica-social fue producida por tres ejes que actuaron sinérgicamente.

El primero fue estatal, porque el Estado se preocupó por estudiar científicamente la mortalidad y mejorar la producción y distribución alimentaria, sobre todo de la leche. El segundo fue médico, porque varios funcionarios de este campo se especializaron en nutriología y gastroenterología, aumentando y socializando el saber relativo al uso de las vitaminas para fortalecer el sistema inmunológico infantil. De esta manera, los médicos y sus equipos redujeron los efectos gravísimos de las afecciones gastrointestinales, que eran la principal causa de mortalidad. El tercero fue el eje familiar, porque sin la disciplina de los miembros de este grupo para considerar los cuidados médicos, la prevención y la higienización, el esfuerzo estatal y médico hubiese naufragado sin reducir la mortalidad infantil.

Las fuentes históricas que sostienen nuestra interpretación están relacionadas con la política, la medicina y la alimentación. En tal sentido, las leyes y programas de distribución alimentaria fueron recopiladas del fondo Ministerio de Salud, del Archivo Nacional de la Administración de Chile (ARNAD). Las discusiones parlamentarias en el Congreso, posteriormente codificadas en reglamentos, leyes y disposiciones gubernamentales, fueron revisadas en los Diarios de Sesiones de la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile.¹ El comportamiento de los indicadores demográficos infantiles fue obtenido de los Anuarios Estadísticos de la República de Chile. Por otro lado, las explicaciones médicas sobre la mortalidad de niños fueron publicadas en artículos especializados, libros, memorias de titulación, monografías y estudios relativos a la materia custodiados en la Biblioteca Nacional de Chile. Por último, las características de la mortalidad infantil, la repercusión de los programas alimentarios, los cambios en los índices nutricionales y la opinión pública producida por estos fenómenos fue tomada de los periódicos de la época resguardados en la Biblioteca Nacional de Chile.

¹ Disponible en <https://www.bcn.cl/historiapolitica/buscar/index.html?terminos=>

LAS CIFRAS DE LA MORTALIDAD Y MORBILIDAD INFANTIL

La información proporcionada por los anuarios estadísticos entre 1930-1970 muestra una disminución considerable de la tasa de mortalidad infantil en Chile, de manera general, y en Santiago, de manera particular (véase cuadro 1). Esta disminución comenzó con una mortalidad infantil altísima en Chile que hacia 1930 era de 234.4 por 1 000 nacidos vivos y en Santiago de 248.8 por 1 000 nacidos vivos; 40 años después el índice era de 78.8 y 57.5, respectivamente.

La explicación del descenso debe considerar varios acontecimientos políticos sanitarios referentes a la alimentación infantil, a saber: la Ley de Pasteurización Obligatoria (1935), la Ley Madre y Niño (1938), el Consejo Nacional de Alimentación (1938), el Servicio Nacional Escolar (1943), la Sociedad de Productores de Leche (1949), el Programa Materno Infantil de Reparto de Leche (1955), el Programa de Salud Comunal (1962) y el Programa Medio Litro de Leche (1970). Paralelamente, la nutriología fue propagándose entre los médicos, quienes demostraron cómo las malas condiciones de vida y alimentación deterioraban la salud. Tales constataciones fundamentaron la formación de la Escuela de Dietistas (1939), la Sociedad Chilena de Nutrición (1943) y la cátedra de alimentación en la Escuela de Nutrición (1948).

Como es sabido, la cuantificación de datos históricos sanitarios encubre condiciones clínicas carenciales, trastornos nutritivos y explicaciones relacionadas con una alimentación que deterioraba la salud infantil (Servicio Nacional de Salud, 1956a). Las deficiencias nutricionales fueron asignadas de manera asociada a las muertes, dejando sólo el hecho más destacado que la causó, como enfermedades respiratorias, intestinales o infecciosas (Fuente et al., 1986). Los trastornos digestivos representaron una proporción considerable en la etapa preescolar que disminuyó en los siguientes grupos etarios (Servicio Nacional de Salud, 1959). Sólo elegimos para referencia tres causas de muerte, dos relacionadas con la alimentación y una respiratoria, porque la complejización de la clasificación de enfermedades las fue integrando en nomenclaturas muy extensas. Cabe indicar que las enfermedades que produjeron las muertes se distribuyeron de manera distinta entre las edades. Así, en la primera semana de vida, las defunciones se atribuyeron a enfermedades infecciosas y debilidades congénitas. Después de la primera semana y hasta el mes de vida, predominaron las enfermedades infecciosas, gastrointestinales y

Cuadro 1. Parámetros demográficos de Chile
y de la Provincia de Santiago (1930-1970)

Año	<i>Población Provincia de Santiago</i>	<i>Mortalidad infantil, Chile</i>	<i>Mortalidad infantil, Provincia de Santiago</i>	<i>Defunciones menores de un año, Chile</i>	<i>Defunciones menores de un año, Provincia de Santiago</i>
1930	967.603	234.4	248.8	39.706	8.667
1931	1 053 531	231.9	236.6	34.663	7.822
1933	1 050 685	257.9	255.9	38.106	8.194
1934	1 048 693	261.9	250.6	39.383	8.095
1935	1 056 209	250.9	210.1	38.432	6.905
1937	1 111 047	240.7	212.3	36.914	7.193
1938	1 132 265	235.7	194.6	36.512	6.756
1939	1 142 123	224.6	216.4	36.736	7.864
1940	1 261 717	217.2	202.6	36.190	7.179
1941	1 348 615	200.2	176.4	33.033	6.514
1943	1 464 522	194.0	162.4	33.378	6.630
1944	1 499 024	180.8	149.6	31.616	6.290
1945	1 536 892	163.6	147.8	32.831	6.420
1947	1 734 103	145.1	141.7	30.048	7.061
1948	1 799 035	147.0	131.5	30.358	6.786
1949	1 841 071	155.2	134.9	32.064	7.032
1950	1 933 445	139.4	119.0	28.842	6.367
1951	1 954 981	135.5	109.9	28.149	5.932
1956	2 053 880	110.4	81.8	27.572	5.957
1957	2 106 249	114.4	86.5	30.062	6.904
1961	2 617 599	111.2	91.1	31.505	7.990
1963	2 715 936	105.4	80.7	30.737	7.610
1964	2 824 493	103.7	82.7	31.444	7.776
1965	2 907 455	97.3	72.2	29.409	6.707
1966	2 992 546	98.5	76.5	29.013	6.892
1968	3 225 000	83.4	60.6	22.797	5.108
1969	3 316 937	79.7	59.9	20.948	4.976
1970	3 408 695	78.8	57.5	20.649	4.809

Fuente: República de Chile (1935-1939, 1941-1942, 1945-1949, 1951-1955, 1958, 1960-1970);
República de Chile (1932-1935).

congénitas. Entre el primero y sexto mes fueron relevantes las afecciones gastrointestinales.² En la práctica, estas categorías no eran excluyentes, porque las muertes infantiles pudieron ocasionarlas varios motivos; por ejemplo una afección durante una epidemia agravada por desnutrición (Rodríguez, 2003; Tovar, 2015) (véase cuadro 2).

EL FLAGELO DE LA DESNUTRICIÓN

Para los pediatras, una de las causas principales de la mortalidad infantil era la desnutrición producida por la ingesta insuficiente de alimentos. De acuerdo con sus conocimientos, las dietas desequilibradas afectaban el crecimiento y desarrollo normal de las capacidades físicas e intelectuales. El diagnóstico era realista, pues en los años cincuenta la desnutrición severa infantil era un problema gravísimo, palpable en que 80% de las camas pediátricas en Chile eran ocupadas por menores de dos años (Mönckeberg, 2003).

El Estado quiso subsanar estas condiciones nutricionales precarias mejorando el acceso a los productos de subsistencia básica y reduciendo el hambre en las familias (Frens-String, 2021; Yáñez, 2018b). En tal sentido, la elite médico-política localizó los sectores de la población más afectados por el hambre. Para Ariztía et al. (1967, p. 3), el grupo social que contaba con menores recursos económicos y capital sociocultural era el proletariado. Los médicos identificaron entre sus miembros un “déficit entre las cuotas y calidades de los elementos nutritivos consumidos y los mínimos fisiológicos establecidos”.

La baja calidad nutritiva de los alimentos dañó la vida de los niños desnutridos. El estado físico de los infantes se encontraba influido por su pasado alimentario (Santa María, 1945). Varias muertes de menores por enfermedades pudieron evitarse de haber contado con mayor resistencia orgánica, como en el caso del sarampión (Scroggie y Steeger, 1960). Con esta infección, el desnutrido tenía más posibilidad de desarrollar un cuadro grave, porque las defensas estaban en formación debido a la alimentación insuficiente y al ambiente nocivo donde habitó (Scroggie y Steeger, 1958). Las afecciones en

² Comunicación de la Dirección General de Sanidad al Ministro de Salubridad, 4 de febrero de 1939. Fondo Ministerio de Salud, vol. 225, s. f. Archivo Nacional de la Administración (en adelante ARNAD), Chile.

Cuadro 2. Causa de muerte en menores
de un año en Provincia de Santiago (1940-1966)

Denominación	1940	1944	1948	1951	1955	1957	1963	1964	1966
causa de muerte									
Distrofia simple y grave y no especificadas, trastornos nutritivos en los niños menores de cinco años	321	343	464	492					
Neumonía					1.659	1722	1.534	1.634	1.358
Gastritis, enteritis y colitis, salvo diarreas del recién nacido					337	341	1.450	1.289	1.138

Fuente: República de Chile, *Anuario* (1935-1939, 1941-1942, 1945-1949, 1951-1955,1958, 1960-1970); República de Chile, *Estadística* (1932-1935).

que la nutrición desempeñaba un papel preponderante eran el raquitismo, las caries y las anemias.

Carlos Garcés, médico jefe del Departamento de Utilidad Pública del Instituto Bacteriológico y asesor técnico de la Dirección de Sanidad, por encargo del Ministerio de Salubridad, estudió, en 1937, la alimentación pre-escolar y escolar. En su informe, Garcés estableció que amplios sectores de la población chilena padecían subalimentación. Los resultados fueron respaldados por la encuesta del Departamento de Nutrición, informada por Etienne Burnet y Carlo Dragoni de la Sociedad de las Naciones dos años antes (Yáñez, 2018a). La investigación extranjera concluyó que la población chilena tenía una dieta insuficiente debido a los bajos salarios que limitaban la adquisición de alimentos nutritivos y a la educación popular deficiente, traducida en la “barbaridad del menú”³ cotidiano. Respecto al último aspecto, la prensa

³ “Enseñanza de la nutrición”, *El Mercurio*, 16 de octubre de 1937, p. 3.

destacó que la clase baja desconocía las cualidades de los alimentos, ingiriéndolos sin considerar el desgaste fisiológico efectuado. Décadas más tarde, una encuesta de 1960 demostró que 37% de las 1 640 personas consultadas ingerían menos de 2 000 calorías diarias, lo que se consideraba un rango nutricional mínimo. Además, la dieta era deficitaria de alimentos “protectores” como la leche, el pescado, la carne, los huevos, frutas y verduras (Riquelme, 1965).

El progreso de la nutrición requirió coordinar diversos servicios pertenecientes a los ámbitos político, agrícola, sanitario, educativo y de la asistencia social. En el caso rural, el cuidado médico de las familias era controlado por especialistas que no alcanzaban a cubrir las demandas ni a trasladarse por extensos territorios, situación que perfeccionó el desempeño de los técnicos auxiliares, practicantes y enfermeras (Mayers, 1929). A nivel político, por ejemplo, la discusión sobre la relación entre las necesidades alimenticias y los salarios y cómo esta perjudicaba la salud infantil, permitió crear organizaciones públicas de bienestar. En el debate se distinguieron voces como la del diputado comunista Abraham Quevedo, para quien la mortalidad infantil permanecería si continuaban los pésimos jornales del proletariado.⁴

Las opiniones de la izquierda chilena presionaron al Estado para mejorar la alimentación popular. Al respecto, un trabajo de diagnóstico del Departamento de Alimentación Nacional de la Dirección General de Sanidad, ejecutado en 1944, investigó el estado físico de los escolares rurales. Los resultados fueron tétricos: 60% de talla deficiente, 66% de peso deficiente, 42% de anemia, 86% de dentadura enferma y 13% de encías sangrantes.⁵ Los datos confirmaron que el consumo alimentario deficiente y el incumplimiento de los requerimientos fisiológicos mínimos perjudicaban la salud de los escolares. Durante estos años, el Estado también permitió que organismos internacionales estudiaran el desarrollo de los recién nacidos y lactantes mediante mediciones de peso y estatura (Bustamante, 1939).

La escuela rural presentaba dificultades asociadas a la provisión de alimentos, sobre todo para los desayunos y almuerzos. Los edificios correspondían “en el noventa por ciento de los casos a una antigua casa de campo (arrendada o cedida por algún vecino), y como tal no llena ninguna de las

⁴ Cámara de Diputados, sesión 2ª ordinaria, 26 de mayo de 1930, p. 106.

⁵ Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social dirige respuesta al oficio confidencial del Ministro de Defensa Nacional, 27 de diciembre de 1944. Fondo Ministerio de Salud, vol. 553, s. f. ARNAD, Chile.

condiciones pedagógicas e higiénicas” (Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social, 1927). Incluso, se recomendaba “la cooperación vecinal para llevar a la práctica las indicaciones que el médico aconseje, a fin de salubrizar el recinto de la escuela” (Duarte, 1943). En ese momento, las salas de clases padecían de los efectos de las estaciones. Allí, en verano, al carecer de ventilación, la temperatura aumentaba considerablemente; en invierno, debido a las lluvias, se transformaban en espacios fríos y húmedos que promovían la transmisión de enfermedades respiratorias (Drobny, 1943).

Al problema higiénico e infraestructural se sumó el de la producción alimentaria rural insuficiente. Las causas de esta rémora fueron la concentración de la propiedad agrícola, la deficiencia tecnológica y el consecuente descuido de vastas extensiones cultivables.⁶ La concentración del suelo arable tuvo efectos económicos negativos, porque cuando las haciendas experimentaban temporadas de bajo rendimiento en trigo o ganado afectaban a la población dependiente de estas (Errázuriz, 1938).

A juzgar por las estadísticas censales, la evolución demográfica entre 1865 y 1982 demuestra el aumento de la población urbana en detrimento de la rural en Chile. Puntualmente, en la Provincia de Santiago se aprecia una reducción considerable de los habitantes rurales. Los censos proporcionan información que permite comprobar la exactitud de otros parámetros demográficos, como los de mortalidad infantil, natalidad y movimiento migratorio (Cabello, 1943) (véase cuadro 3).

En la salud pública el concepto de “lo rural” abarcó diversas realidades. Una definición contextual fue ofrecida por el médico Onofre Avendaño (1939), quien definió la asistencia rural como aquella que actúa sobre poblaciones de escasos habitantes localizadas en el campo, la costa o la montaña. En estas áreas la atención médica padeció problemas de organización administrativa (Servicio Nacional de Salud, 1961), pese al trabajo efectuado por la Sociedad Nacional de Agricultura (1943). Las dificultades del sistema se tradujeron, en el caso de la atención para niños, en la falta de infraestructura hospitalaria y de conexión entre las comunidades (Flisfisch, 1961; Iturra et al., 1965; Urzúa, 1961). A estas carencias se sumaron las del entorno de los consultorios, pues el número inapropiado de escuelas o retenes de carabine-

⁶ “Hambre de tierra es la tragedia del campesinado chileno”, *Boletín Médico de Chile*, 27 de marzo de 1937, p. 1.

Cuadro 3. Población urbana-rural,
Chile y Provincia de Santiago, 1865-1982

Año	Chile		Provincia de Santiago	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
1865	520 663	1 298 560	141.535	200.118
1875	725 545	1 350 426	185.710	180.230
1885	1 041 765	1 456 032	227.626	102.127
1895	1 223 407	1 464 577	300.082	115.554
1907	1 392 026	1 828 505	363.187	153.683
1920	1 723 552	1 991 335	546.812	138.546
1930	2 119 221	2 168 224	777.939	189.664
1940	2 639 311	2 384 228	1.057.425	211.080
1952	3 573 122	2 359 873	1.521.831	233.123
1960	5 028 056	2 346 055	2.193.966	243.459
1970	6 675 137	2 209 631	2.684.439	30.777
1982	9 316 127	2 013 609	3.676.126	18.813

Fuente: República de Chile, *Censo* (1865-1982).

ros donde podían socializarse las políticas preventivas o distribuir la leche, obstaculizó el impacto de las mismas (Iturra, 1963).

Una observación crítica del sistema de salud rural para niños fue publicada por el pediatra Alberto Daza (1957). Basándose en la comuna rural de Til-Til, Daza perfiló la morbilidad de los infantes y la asistencia a los controles médicos. Además, detalló los problemas infraestructurales del entorno que favorecían la aparición de enfermedades, como la ausencia de alcantarillado, la proliferación de pozos sépticos, el transporte manual de agua, la recolección de basura insuficiente y el material de las viviendas.

La acción de los médicos en la ruralidad se efectuó mediante visitas semanales a los pueblos donde prescribieron tratamientos que, posteriormente, eran vigilados por los practicantes o auxiliares. Entre los más importantes estaban los seguimientos gestacionales y las vacunaciones. Con la llegada de los médicos fueron introduciéndose en las comunidades los medicamentos —que dependían del *stock* existente en la ciudad (Espinosa, 1961)—

y los textos educativos con información sobre puericultura y alimentación infantil (Valle, 1935).

Hacia la segunda mitad del siglo, el Estado extendió los servicios de salud infantil centrándose en la población rural con edades de riesgo (Neghme, 1977). Durante el proceso, el personal sanitario visitó distintas zonas y controlaron la higiene de la comunidad (Montero, 1975). La evaluación de los programas fue efectuada por los especialistas quienes, atendiendo las metas proyectadas, los calificaron de exitosos o fracasados (Duarte, 1963).

La Sociedad Médica se integró en la discusión de la desnutrición, y uno de sus miembros, Julio Santa María, conferenció sobre sus características en Chile, detallando cuatro agravantes: déficit de alimentos protectores, déficit calórico, ignorancia en temas higiénico-dietéticos, y falta de disponibilidad de verduras, frutas y pescados.⁷ Este y otros estudios confirmaron que la alimentación era deficitaria en calidad “más que en su aporte energético total” (Santa María, 1937, p. 5). Años más tarde, validando esos postulados, el Departamento de Alimentación del Servicio Nacional de Salud reafirmó la existencia de una carestía alimentaria en el país presentada de la siguiente manera: leche 32%, carne 35%, huevos 62%, leguminosas 46%, papas 46%, verduras 46%, frutas cítricas 49% y grasas 42 por ciento.⁸

En medio del panorama nebuloso, los pediatras Luis Calvo Mackenna, Cora Mayers, Julio Santa María, Arturo Baeza Goñi y Arturo Scroggie, destacaron que para abordar el problema alimentario era fundamental aumentar el consumo de leche (Deichler, 2016). Esta comunidad médica organizó los criterios que definieron la nutrición en términos de salud y calidad dietética, adecuándola a las necesidades fisiológicas. Sus miembros recomendaron regímenes compuestos por alimentos vegetales como trigo, arvejas y frijoles, además de carnes y lácteos (Macchiavello y Cifuentes, 1939; Mardones, 1940; Puelma, 1920).

Un rasgo distintivo del Estado de Bienestar chileno fue la extensión de la educación y la propaganda alimentaria en las poblaciones populares para combatir la desnutrición. Esta política de control permitió a los gobiernos difundir conocimientos que ayudaran al proletariado a “racionalizar” la ali-

⁷ “Estudio del problema de la alimentación fue abordado por la Sociedad Médica”, *El Mercurio*, 25 de mayo de 1941, p. 5.

⁸ Cámara de Diputados, sesión 6ª ordinaria, 6 de junio de 1961, p. 419.

mentación de acuerdo con el salario.⁹ Para cumplir el objetivo, el Estado utilizó las escuelas donde además inculcó métodos preventivos contra las enfermedades (Servicio Nacional de Salud, 1957a). Los servicios de higiene escolar estuvieron encargados de esta misión propendiendo al fomento, protección y reparación sanitaria. Cada una de las tres actividades transmitió conocimientos sobre las enfermedades y la atención de niños enfermos (Servicio Nacional de Salud, 1958).

Pese al esfuerzo mancomunado del Estado, los pediatras y la población, a inicios de los años sesenta, muchos niños padecían desnutrición debido al consumo bajo de legumbres, carnes, verduras, frutas y grasas. Por entonces, Benjamín Viel, director de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, acusaba que el “derecho a comer” tenía privilegiados, porque la mortalidad infantil persistía, aunque el índice era menos escandaloso.¹⁰

Entre los mayores de un año la desigualdad era similar, pues la calidad de la alimentación tuvo relación directa con el salario familiar. Las consecuencias del desajuste fueron visibles en la altura y peso del alumnado de clase media (diez centímetros más grande y con seis kilos más que el alumnado de la clase baja). El diputado Eduardo Magalhaes explicó que esa diferencia era lógica si se comparaba la asignación familiar de un niño obrero (2.76 escudos mensuales), la de un empleado público (5.60 escudos mensuales), y la de un empleado particular (8.99 escudos) en 1960.¹¹

El mejoramiento de la fisiología infantil tardó en cristalizarse. Así lo demostró una encuesta realizada por el Servicio Nacional de Salud en 1966. Algunas medidas de los escolares chilenos fueron las siguientes: 60% tuvo talla y peso bajo lo normal; 42% era anémico y 86% tuvo la dentadura enferma.¹² La profesora y diputada comunista Gladys Marín Millie reiteró entre los parlamentarios la desgraciada estadística con estas palabras: “un niño de 14 años que vive en una población modesta, tiene 10 centímetros menos de altura y 10 kilos menos de peso que un niño de la misma edad que vive en el barrio alto”.¹³

⁹ Comunicación del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, 31 de diciembre de 1942. Fondo Ministerio de Salud, vol. 395, s. f. ARNAD, Chile.

¹⁰ Cámara de Diputados, sesión 26^a ordinaria, 19 de julio de 1961, p. 1905.

¹¹ Cámara de Diputados, sesión 26^a ordinaria, 19 de julio de 1961, p. 1905.

¹² Cámara de Senadores, sesión 13^a especial, 21 de octubre de 1966, p. 1076.

¹³ Cámara de Diputados, sesión 33^a extraordinaria, 29 de abril de 1969, p. 3481.

Esta desigualdad corporal fue investigada en la zona rural. Un estudio sobre la desnutrición en la localidad de Los Lagos se efectuó en 1969. Los médicos encargados concluyeron que la ignorancia de las madres sobre cómo alimentar a los lactantes y el uso indebido de la leche entregada por el Servicio Nacional de Salud repercutía en la desnutrición (Soto et al., 1969). La muestra evidenció que los niños recibieron leche materna por menos de cuatro meses y que circulaba la idea de que esta no alimentaba. La relevancia del contexto en la desnutrición había sido explicada por un médico poco antes, afirmando que en el país los niños de todas las clases sociales nacían con el peso y la talla normales, pero los déficits experimentados posteriormente por las clases sociales bajas marcaban la diferencia (Behm, 1967).

LA CALIDAD NUTRICIONAL

Hacia los años treinta la pediatría renovó su comprensión de la salud infantil al explicar que la causa de las enfermedades era una nutrición deficiente. Este paradigma significó la desnutrición como una enfermedad multifactorial ocasionada por razones económicas, sociales y culturales (González, 1935; Lipschütz, 1933; Santa María et al., 1950). Un planteamiento capital de este marco nuevo fue que el consumo de vitaminas modificaría la relación mortalidad-alimentación. La tesis se basó en el descubrimiento de la individualización química y biológica de las vitaminas mediante la cual se definió la regulación orgánica de las vitaminas según “diferentes edades y condiciones fisiológicas o patológicas” (Fernández, 1940, p. 9).

Mientras la acción vitamínica fue clave para el crecimiento normal y el bienestar de las personas, la avitaminosis alteraba el organismo desbalanceándolo de diversas formas (Garretón, 1941). Por ejemplo, los enfermos carentes de vitamina C habían sido recién nacidos que durante los primeros meses recibieron escasa alimentación natural, pero mucha leche en polvo o de vaca y mamaderas de harina (Brücher, 1937). Estos niños enfermizos se contagiaban fácilmente de enfermedades gripales.

Otro hallazgo nutricional fue que los alimentos contaban con nutrientes cuya acción comenzaba sobre los niños antes de nacer. Por ello, el embarazo se concibió como un estado fisiológico que requería cuidados especiales. Precisamente, las dificultades de la maternidad revelaron el desempeño pobre de los servicios sociales estatales. Así, los Centros Maternales dependientes

de la Dirección General de Sanidad funcionaban en ocasiones en recintos “insalubres”, según el médico Guillermo Morales, para quien en el listado de rémoras de dichos centros sobresalía la falta de medicamentos para las embarazadas con molestias; la falta de matronas y utensilios para atender partos en domicilios, y los salarios bajísimos de las mismas, que impedían concitar la atención de las mujeres mejor instruidas.¹⁴

Por su parte, Arturo Baeza Goñi destacaba que una nutrición materna óptima contribuiría al fortalecimiento del bebé. No obstante, el aumento de la alimentación artificial y una ausencia de control médico dejaba a las madres pobres sin las raciones de leche de vaca indispensables durante el posparto, haciendo que los niños enfermaran.¹⁵ Las posibilidades de fallecer aumentaban por la insuficiencia de la leche materna y su reemplazo por alimentos artificiales, ocasionalmente, mal administrados. Así, la cifra de mortalidad infantil abarcaba defectos en la alimentación de las madres y niños (Mardones, 1935).

De acuerdo con el discurso médico hegemónico, muchos infantes nacieron débiles porque las madres tuvieron dietas nocivas durante la gestación. Como en este periodo el feto obtenía calcio de su madre para componer los dientes y huesos (Miranda, 1950), la calidad de la leche materna vio mermado su valor nutritivo. Por tal razón, en el crecimiento intrauterino era fundamental que la madre incorporara leche en la dieta debido a su aporte fisiológico (Servicio Nacional de Salud, 1961).

En opinión de los especialistas, la subalimentación era producida por el insuficiente consumo de grasas y aceites que repercutía en la carencia de vitaminas liposolubles A, D y E (Landa, 1939). Más específicamente, la avitaminosis causó en los niños problemas visuales por falta de vitamina A; atrofas musculares por falta de vitamina B; escorbuto por falta de vitamina C, y deformaciones óseas por falta de vitamina D. Para combatir estas carencias, la leche materna era vital, porque contenía anticuerpos que fortalecían al lactante, haciéndolo más resistente a las infecciones. De tal modo, se afirmó que

¹⁴ Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia dirige comunicación al Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, 1 de febrero de 1943. Fondo Ministerio de Salud, vol. 470, s. f. ARNAD, Chile.

¹⁵ “Alimentación infantil”, *El Mercurio*, 2 de abril de 1945.

la leche materna era el mejor alimento infantil, esencial para una dieta balanceada, rica en fósforo y calcio, y vitaminas.¹⁶

Sobre esta última vitamina, una encuesta de la Dirección General de Sanidad afirmó su ausencia total en vastos sectores de la población, fenómeno que explicaba la desnutrición.¹⁷ Una década después, los indicadores habían cambiado poco, a juzgar por la exposición que los miembros de la Junta Nacional de Auxilio Escolar hicieron sobre los escolares desnutridos ante el presidente Carlos Ibáñez. La alimentación de la mayoría de ellos era “pan y azúcar (100%), papas (75%), fideos, porotos y cebollas (50%), [...] leche, huevos, carne y pescado se consumen en mínima cantidad”.¹⁸ Estos indicadores, según *El Mercurio*, demostraban que 60% de los escolares carecía de energías, 54% de proteínas, 98% de calcio, 91% de vitamina A, 90% de vitamina B y 85% de vitamina C¹⁹ (véase imagen 1).

PROBLEMAS HIGIÉNICOS EN LA ALIMENTACIÓN

La suciedad reinante en las poblaciones que carecían de agua potable afectó la salud infantil. Tempranamente, a comienzos de los años treinta, los parlamentarios acusaban la inmundicia de las ciudades carentes de alcantarillado, pavimentación y de hogares para el proletariado.²⁰ Entre ellos, pero también en la elite médica, primó una explicación holística de la mortalidad infantil que la conectó con los problemas de higiene en la alimentación.

En tal sentido, el relato imperante mencionó que una de las causas de las enfermedades diarreicas infantiles era producida por el déficit de agua potable y la exposición a los gérmenes que ocasionaban infecciones. Una segunda causa del desastre demográfico era el hacinamiento poblacional que facilitaba la propagación de enfermedades y deterioraba la higiene. Al res-

¹⁶ Informe de la Sección Médica del Departamento de Previsión Social sobre La Central de Leche Santiago, 1 de abril de 1939. Fondo Ministerio de Salud, vol. 223, s. f. ARNAD, Chile.

¹⁷ Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social dirige respuesta al oficio confidencial del Ministro de Defensa Nacional, 27 de diciembre de 1944. Fondo Ministerio de Salud, vol. 553, s. f. ARNAD, Chile.

¹⁸ “Imperiosa necesidad de acudir en auxilio del escolar desnutrido”, *El Mercurio*, 4 de febrero de 1954, p. 3.

¹⁹ “Imperiosa necesidad de acudir en auxilio del escolar desnutrido”, *El Mercurio*, 4 de febrero de 1954, p. 3.

²⁰ Cámara de Diputados, sesión 39ª extraordinaria, 2 de febrero de 1931, p. 1.928.

¡Lindo niño y qué sano... con Cerelac!

LINDO Y SANO CON
una buena alimentación:
le doy Cerelac.

**CEREALES ENRIQUECIDOS
CON VITAMINAS
Y MINERALES**
en una sabrosa papilla para
la guagua a partir
del 5.º mes, ¡cómo le gusta!
Cerelac contiene trigo,
leche con toda su crema,
hierro (vigorizante), calcio,
fósforo y vitamina D
(para fortalecer huesos y dientes),
vitamina B (para el desarrollo)
y vitamina A (para el crecimiento
y resistencia contra las infecciones).



PREPARACION INSTANTANEA.
No necesita cocción: basta agregar
agua o leche y ya está...

CERELAC ES DE CALIDAD
NESTLÉ, la marca que representa
casi un siglo de experiencia
en la alimentación infantil. Por eso,
los chicos crecen más sanos con



Cerelac

M. R.

el alimento indicado a partir del 5.º mes.
Compre un tarro en su farmacia o emporio.



CH-17

Imagen 1. "Publicidad de alimentación nutritiva".

Fuente: *Revista Eva*, 2 de enero de 1959, p. 61.

pecto, los parlamentarios sabían que en el país debían construirse más de 10 000 habitaciones al año, porque el déficit era de 300 000. Por entonces, Chile tenía uno de los índices de hacinamiento más altos de la región.²¹

En este contexto ambiental mefítico se produjo y consumió la leche que, como hemos visto, era trascendental en la formación del organismo. Para la Comisión Técnica de la Organización de Higiene, la leche suministraba 75% de calorías necesarias en el primer bienio de vida; 30% hasta los cinco años y 25 % hasta los 16 (Landa, 1939). Pese a este conocimiento médico, su bajo consumo continuó provocando raquitismo infantil (Araya, 1945). Según Arturo Baeza Goñi, en 1946 existían 2 000 000 de niños en Chile, de los cuales 700 000 eran menores de cinco años, quienes debían tomar medio litro de leche diario para subsistir en buenas condiciones; el 1 300 000 restante necesitaba ingerir un cuarto de litro. Según Baeza, para satisfacer a ambos grupos se requería una producción media de 700 000 litros diarios de leche, cifra inalcanzable considerando que la leche consumida en todo Chile rondaba los 600 000 litros diarios (110 gramos por habitante).²² El senador y doctor Salvador Allende compartió un diagnóstico similar en su libro *La realidad médico social chilena*, donde acusó una carencia cercana a los 1 000 millones de litros por año que afectaba a la población. En la publicación también analizó las características salariales, habitacionales y nutricionales que influyeron en la mortalidad.

La crisis láctea trató de resolverse con la pasteurización de la leche que buscó extender la duración de la conservación del líquido y la destrucción de los gérmenes que la contaminaban (Landa, 1939). Antes de la aplicación de la Ley de Pasteurización Obligatoria de 1931, la producción de la leche se efectuaba sin criterios higiénicos, deteriorándose por la mala manipulación y contaminación, pues no existían reglamentaciones para su producción y venta (Maldonado, 1927). En concreto, la corrupción láctea fue ocasionada por las condiciones de los establos carentes de agua potable y por los métodos primitivos de ordeña (Sievers, 1934). La leche era un medio excepcional para la multiplicación de los microbios, convirtiéndose en un agente de enfermedades. Los gérmenes más recurrentes que la atacaron fueron el bacilo de la tuberculosis humana y el de las infecciones intestinales como la fiebre tifoidea, el tifus y las disenterías, hallados en los contenedores lavados con agua de acequias, alcantarillado, servicios higiénicos o pozos negros (Ministerio

²¹ Cámara de Diputados, sesión 18ª ordinaria, 27 de junio de 1945, p. 582.

²² “Importancia de la leche en la alimentación infantil”, *El Mercurio*, 31 de mayo de 1949, p. 3.

de Salubridad, Previsión y Asistencia Social-Consejo Nacional de Alimentación, 1938).

Un catalizador cultural del problema fue que en Chile estuvo muy arraigada la costumbre de vender leche “al pie de la vaca”, es decir, apenas ordeñada la bestia. Esta práctica fue validada por la creencia de que la leche podía adulterarse en las industrias o por comerciantes clandestinos e inescrupulosos.²³ Ante esta situación, los miembros de la Cooperativa Agrícola Lechera Santiago Limitada solicitaron al gobierno arbitrar las medidas necesarias para cumplir la Ley 4869 de 31 de julio de 1930. Aún así, más de un tercio de la leche consumida en la ciudad de Santiago no era controlada. Según datos recopilados por el Comisariato, el consumo de leche era de 142 000 litros diarios, de los cuales sólo 86 000 eran fiscalizados, pasando por diferentes plantas pasteurizadoras. Los 56 000 litros restantes quedaban en manos de productores y comerciantes torcidos que dañaban la sanidad pública.²⁴

Farisaicos parecidos a los anteriores proliferaron en las poblaciones, obteniendo pingües ganancias al adulterar la leche con agua, descremándola parcialmente o vendiéndola cruda, como si estuviera pasteurizada o a medio pasteurizar. Tales prácticas afectaron la materia grasa necesaria para nutrir a los niños correctamente. Pese a la puesta en ejercicio de la Ley 4869, a los fiscalizadores les costaba vigilar a los pequeños productores que tenían ganado sin control veterinario y que laboraban en establos inmundos. Para las autoridades de la Dirección General de Sanidad, estos comerciantes estaban en contra de la pasteurización de la leche porque la vendían adulterada.²⁵

Cuando el Estado acentuó el control sanitario de los alimentos creó una burocracia científica que vigiló la higiene de los mismos e intentó impedir las ventas fraudulentas. Un buen ejemplo de la nueva institucionalidad fue la Dirección General de Sanidad y la Municipalidad de Santiago que, en conjunto, instituyeron un servicio de inspección contra la adulteración de productos indispensables para los niños, como la leche.²⁶ Otro alimento vigi-

²³ Dirección General de Sanidad transmite oficio a Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, 22 de agosto de 1936. Fondo Ministerio de Salud, vol. 119, s. f. ARNAD, Chile.

²⁴ Sociedad Nacional de Agricultura. Cooperativa Agrícola Lechera envió de comunicación al Ministro de Salubridad, 28 de abril de 1937. Fondo Ministerio de Salud, vol. 185, s. f. ARNAD, Chile.

²⁵ Dirección General de Sanidad transmite oficio a Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, 22 de agosto de 1936. Fondo Ministerio de Salud, vol. 174, s. f. ARNAD, Chile.

²⁶ “El precio de la leche”, *El Mercurio*, 29 de abril de 1936.

lado fueron las carnes del matadero de Santiago, que continuaron circulando no siempre en buen estado, debido a la vigilancia insuficiente.²⁷

El ministro de Salubridad, Eduardo Cruz Coke, durante su gestión de 1937 a 1938, mostró preocupación por la higiene en la alimentación popular. En el caso de la leche, declaraba que esta era el alimento principal e irremplazable para la raza chilena.²⁸ Al abordar el problema de la desnutrición, adoptó una mirada multicausal considerando la nutrición, la salubridad preventiva, la salubridad curativa y la previsión social.

Poco tiempo después, el Reglamento General de Alimentos fijó normas sobre la inspección de alimentos, las que debieron articularse con los reglamentos municipales y el Código Sanitario.²⁹ Mediante este corpus se diferenciaron los alimentos en tres categorías: contaminados, adulterados y falsificados. La primera categoría incluyó las sustancias con gérmenes capaces de transmitir enfermedades; la segunda, los productos que les habían extraído total o parcialmente cualquiera de sus componentes o sumado sustancias, mientras que la tercera incluyó los alimentos que se designaban con el nombre de otro.

De acuerdo con los datos manejados por la Dirección General de Sanidad, la aplicación de normas sanitarias era incumplida en los 12 000 establecimientos elaboradores, manipuladores y acopiadores de alimentos. La institución afirmó que 4 000 de estos debían cerrarse “definitivamente”.³⁰ De manera similar, el Servicio Nacional de Salud combatió la venta clandestina de alimentos notificando a los vendedores ambulantes y de ferias libres para que se abstuviesen de “comercializar alimentos de procedencia desconocida o sin rotulación”.³¹

²⁷ “Alimentos adulterados”, *La Nación*, 27 de abril de 1937.

²⁸ Cámara de Diputados, sesión 5ª extraordinaria, 11 de mayo de 1948, p. 114.

²⁹ Ministerio de Bienestar Social, Aprobación del Reglamento de Alimentos, 26 de septiembre de 1939. Fondo Ministerio de Salud, vol. 209, s. f. ARNAD, Chile.

³⁰ “Deficiente profilaxis de alimentos aumenta problemas de la salubridad”, *El Mercurio*, 9 de mayo de 1951, p. 3.

³¹ “SNS toma medidas para eliminar comercio clandestino de productos”, *La Nación*, 10 de febrero de 1963, p. 19.

LAS ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES POR ALIMENTACIÓN

Las altas temperaturas de primavera y verano descomponían aceleradamente los alimentos, sobre todo los lácteos.³² La putrefacción aumentó el número de infantes diarreicos que requirieron cuidados médicos y, en varias ocasiones, funerarios. Los cuidados del primer tipo no siempre satisficieron la alta demanda, porque los hospitales públicos carecían de recursos económicos (Servicio Nacional de Salud, 1957b), lo cual complicó el tratamiento de los casos graves que requerían camas para la hospitalización (Scroggie y Garcés, 1953), más aun cuando, según los especialistas, la población acudía tardíamente a los hospitales cuando el estado de salud de los niños estaba enervado.³³

A mediados del siglo xx la pediatría pasó de ser una ciencia orientada a la creación de conocimientos sobre el niño enfermo a una que prevenía las afecciones. Así, la medicina destacó la importancia de la alimentación en la ocurrencia de los fenómenos morbosos. A la par, la puericultura estudió el desarrollo normal del infante y cómo mantener al lactante con buena salud (Scroggie y Steeger, 1958). En consecuencia, para los pediatras fue vital el tratamiento precoz de los casos y el control periódico del niño y su alimentación (Servicio Nacional de Salud, 1956b).

Algunos pediatras que atendieron a los menores de un año en los consultorios, formados en una tradición clasista-patriarcal, culparon a las madres de los niños por las complicaciones de las diarreas. Según ellos, dichas mujeres preparaban los alimentos con las manos sucias, no hervían las mamaderas y permitían que los hermanos o mascotas jugaran con los chupetes.³⁴ Tales prácticas los motivaron para inculcarles nuevos hábitos higiénicos.

Hasta finales de los años sesenta, las causas de la mortalidad entre los lactantes y los preescolares se debían mayoritariamente a diarreas agudas e infecciones. Ambos grupos, en pleno desarrollo corporal, eran teóricamente dependientes de otros para nutrirse con abundancia y calidad. Sin embargo, en la realidad, miles de ellos eran subalimentados, padeciendo efectos orgánicos graves, siendo común las enfermedades gastrointestinales que los deshi-

³² “Aplazamiento de la vigencia de la ley de pasteurización de la leche”, *La Nación*, 25 de septiembre de 1935, p. 9.

³³ “Gran batalla de verano en defensa de la salud. Polio, tifoidea y diarreas infantiles, tres tenaces enemigos de la población”, *La Nación*, 2 de enero de 1959, p. 3.

³⁴ “La muerte silenciosa: desnutrición infantil”, *El Clarín*, 7 de junio de 1967, p. 3.

drataba. Una vez más las diferencias de clase social determinaban el comportamiento mortífero. Así lo hizo ver el diputado Gustavo Monckeberg cuando aseveró que entre las muertes de los menores de un año la deshidratación aguda por diarrea causaba 30% de la mortalidad entre desnutridos, pero sólo 5% entre los normales.³⁵

Ante este panorama clasista, el Servicio Nacional de Salud fortaleció la atención materno-infantil mejorando las atenciones médicas (Castillo et al., 1985). En efecto, la institución previno y trató las dolencias infantiles, especialmente entre los pobres, diagnosticando y rehidratando rápidamente cuando era posible en los consultorios.³⁶ También controló a los niños sanos transmitiendo conocimientos sobre higiene infantil a las madres. Asimismo, para cumplir con la gran cantidad de consultas médicas, implementó campañas de adquisición de equipos de salas de hidratación y contrató más personal técnico. Por último, para producir más leche y potenciar la alimentación de madres y niños, el gobierno de Chile y la UNICEF firmaron un convenio *ad hoc* que, con el paso del tiempo, demostró su atinencia (Servicio Nacional de Salud, 1956c) (véase imagen 2).

SISTEMA DE ASISTENCIA SOCIAL Y PROTECCIÓN DE LA INFANCIA

Para hacer frente a la mortalidad infantil, especialmente durante el primer mes de vida, el Estado construyó una red de organismos de asistencia social que le permitió aplicar las políticas públicas favorables a las madres e hijos, pues consideró que con el bienestar de ambos disminuiría la mortalidad.³⁷ Una de las primeras instituciones fue el Patronato Nacional de la Infancia (1912) que, por medio del Asilo Maternal, el Ajuar Infantil y las Gotas de Leche se preocupó de la alimentación, vacunación y atención médica infantil. Posteriormente, la Caja de Seguro Obligatorio (1924) colaboró con profesionales durante el embarazo, parto y puerperio; estos últimos periodos fueron

³⁵ Cámara de Diputados, sesión 41ª extraordinaria, 11 de mayo de 1965, p. 3 257.

³⁶ “Dos millones de kilos de leche para atención materno-infantil”, *La Nación*, 20 de junio de 1961, p. 3.

³⁷ Creación de la Junta Central de Protección a la Infancia dependiente del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, 27 de diciembre de 1937. Fondo Ministerio de Salud, vol. 17, s. f. ARNAD, Chile.



Imagen 2. "Publicidad de alimentación nutritiva".

Fuente: *Santiago Elegante*, marzo de 1940, s. p.

los más críticos en la salud de los neonatos (Ortega et al., 1944). En la década de 1930, la Caja entregó de manera gratuita leche entre los hijos de las aseguradas en la institución (Rosselot, 1965).

La crisis económica de 1929 afectó de manera profunda a los niños más pobres. En este contexto, surgió el Consejo de Defensa del Niño (1934), que desarrolló la educación popular centrándose en la higiene y la distribución de alimentos en las escuelas. Las secciones dependientes del Consejo fueron la Ciudad del Niño, la Casa de la Madre, los Centros de Defensa y el Sistema de Colocaciones Familiares. En torno al Consejo se relacionaron representantes de varias organizaciones, entre ellos el intendente de Santiago, el director general de Sanidad, el director de la Caja de Seguro Obligatorio y el delegado de la Sociedad de Pediatría.³⁸ Esta burocracia institucional coordinó programas de asistencia social y acciones dirigidas a los niños pobres de la población.

Las autoridades médico-políticas constataron que un alto porcentaje de los escolares de primaria sufrían afecciones dentarias graves. Para paliarlas fue creado el Servicio Dental Escolar Obligatorio (1932) que sólo funcionó en la Provincia de Santiago.³⁹ Al contrario, con la promulgación de la Ley Orgánica del Servicio Dental Obligatorio, el Estado concientizó a los escolares y sus familias en el cuidado de la dentadura.⁴⁰ La nueva política fue miope, porque, debido a su lógica capitalina, soslayó los gastos extraordinarios para establecerla en las demás provincias del país. Asimismo, el Servicio Médico Escolar vigiló la alimentación proporcionada a los niños en las escuelas, revisando los ingredientes, la combinación y cantidad de estos para satisfacer las necesidades calóricas de los niños según sus edades.⁴¹

A finales de la década de 1940, la red asistencial presentaba defectos que limitaban su accionar, ya que sus secciones, al estar descoordinadas, duplicaban en muchas ocasiones sus labores. Espacios como el Consejo de

³⁸ “Consejo de Defensa del Niño”, *El Mercurio*, 29 de diciembre de 1934, p. 3.

³⁹ Este servicio atendió en 1932, 1933 y 1934 a 20 089, 30 399 y 33 833 niños, respectivamente. Comunicación del Decano de la Facultad de Medicina y Director del Hospital Clínico de San Vicente dirigida al Rector de la Universidad de Chile, 10 de diciembre de 1934. Fondo Ministerio de Salud, vol. 17, s. f. ARNAD, Chile.

⁴⁰ Comunicación del Decano de la Facultad de Medicina y Director del Hospital Clínico de San Vicente dirigida al Rector de la Universidad de Chile, 10 de diciembre de 1934. Fondo Ministerio de Salud, vol. 17, s. f. ARNAD, Chile.

⁴¹ Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Organización y atribuciones del Servicio Médico Escolar en establecimientos educacionales, 5 de noviembre de 1943. Fondo Ministerio de Salud, vol. 455, s. f. ARNAD, Chile.

Defensa del Niño, el Patronato Nacional de la Infancia y la Cruz Roja estaban incomunicados y carecían de establecimientos en forma para cubrir las necesidades de la población. Además, las instituciones padecían la falta de recursos económicos, debiendo descuidar la prevención de las enfermedades (Figueroa, 1951).

La magnitud de la crisis demográfica impulsó la reforma de la estructura encargada de la seguridad médica y social infantil. De tal manera, la creación del Servicio Nacional de Salud (1952) demostró el dinamismo del Estado en el ámbito sanitario y de resguardo social. Su fundación se debió a que las mejoras alimentarias de la población requerían transformaciones administrativas estructurales y epistemológicas. La principal fue la invención de una medicina preventiva mediante acciones sanitarias y servicios de bienestar materno-infantil. Esta medicina consideró el seguimiento del crecimiento infantil, la difusión de las prácticas de crianza y la preocupación por la salud materna.

El Servicio Nacional de Salud surgió por la fusión de la Dirección General de Beneficencia y Asistencia Social con la Dirección General de Sanidad, la Caja de Seguro Obrero, la Dirección de Protección a la Infancia y el Instituto Bacteriológico. A esta institución se agregaron entidades particulares como la Cruz Roja, el Patronato Nacional de la Infancia, los dispensarios y las políclínicas. La racionalización del sistema mejoró la gestión pública entregando más recursos, uniformando los métodos de atención, suprimiendo la duplicación de secciones y profundizando el control técnico de madres y niños.⁴²

Hacia la década de 1960 el Servicio Nacional de Salud fue trascendental para mitigar la desnutrición causada por la mortalidad infantil, distribuyendo leche y medicamentos en gran parte de la población. Este tipo de protección materno-infantil se efectuó mediante programas integrados de salud en los que participaron hospitales y consultorios. Ambos estuvieron encargados de fomentar la educación sanitaria, prevenir las enfermedades y extender los beneficios de la atención infantil (Mardones, 1988).

Aún más, el Servicio Nacional de Salud, en alianza con la Dirección General de Obras Públicas, concretó políticas sanitarias para frenar la muerte de menores por afecciones intestinales. Las de mayor impacto fueron la extensión del alcantarillado, el aumento de la entrega de agua potable y la organización de la recolección de desechos. Como es imaginable, tales pro-

⁴² “Realización del Servicio Nacional de Salud”, *El Mercurio*, 16 de marzo de 1953, p. 5.

gresos sanitarios hubiesen sido difíciles de concretar sin la contribución del Estado. Por último, cabe mencionar que el aumento de la preocupación política hacia los niños se debió a que varios miembros de la elite médico-política eran conscientes de que la mortalidad infantil chilena se reducía al ampliar la cobertura del acceso al agua potable⁴³ (véase imagen 3).

CONCLUSIONES

En Chile la mortalidad infantil descendió notablemente entre 1930 y 1970. Este comportamiento demográfico fue el resultado de la construcción de una institucionalidad estatal preocupada de la salud de los niños, la aplicación de las leyes de protección materno-infantil y la renovación de los métodos terapéuticos. El motor del ideario y de la práctica “niño-céntrica” fue el diagnóstico realizado por el Servicio Nacional de Salud que consideró el déficit alimentario y la subalimentación como factores clave de la mortalidad infantil. Con esta certeza el Estado impulsó programas de reparto de leche dirigidos a niños y embarazadas que aumentaron la disponibilidad de lácteos en los infantes y de calcio en las madres, fortaleciéndolos y disminuyendo su vulnerabilidad ante las enfermedades.

A mediados del siglo xx, las políticas alimentarias requirieron grandes trabajos para implementarse y transformar las pautas alimentarias de la nación. En conjunto, fueron el resultado de las relaciones entre el Estado y las reglamentaciones administrativas creadas por los grupos dirigentes, el conocimiento experto y el de los pobladores destinatarios de las políticas. Las intervenciones nutricionales se articularon con discusiones científicas más amplias que incluyeron actores heterogéneos, a saber, médicos, pediatras, nutricionistas, matronas, farmacéuticos, visitadoras sociales, profesores y comerciantes, entre otros, que complejizaron el debate médico-político. Así, aunque el Estado buscó imponer su razón, los programas alimentarios de los gobiernos no lograron imponerse verticalmente, produciendo controversias entre expertos de diferentes disciplinas.

Durante los años cincuenta, entre las autoridades médico-políticas se cristalizó la idea de que la desnutrición infantil resultaba de la interacción de causas diferentes. Basándose en este diagnóstico, los expertos construyeron una

⁴³ Cámara de Diputados, sesión 8ª extraordinaria, 20 de octubre de 1954, p. 498.



Hoy y siempre
ESMALTINA
será
mejor am

¡Qué fácil es conseguir que los niños
mantengan sus dientes limpios si usan ESMALTINA,
porque su agradable y suave sabor a menta les encanta!
ESMALTINA no raya el delicado esmalte de sus dientes, previene
las caries, limpia mejor y blanquea y da brillo a
la dentadura. ESMALTINA es la pasta que conserva los dientes sanos
desde chico hasta grande.

No olvide **PARA UNA SONRISA DIVINA**

PASTA Esmaltina

¡Pida el tubo Gigante, que es realmente GIGANTE!

Imagen 3. "Publicidad sobre la higiene bucal de los niños".

Fuente: *Revista Eva*, 16 de enero de 1959, p. 68.

burocracia para crear políticas públicas destinadas al bienestar de los menores de edad. Las instituciones a su haber estudiaron con criterio científico la alimentación infantil en los campos fisiológicos, terapéuticos y sociales. Al poco tiempo, y gracias a esta episteme, aumentaron los conocimientos nutricionales y los diagnósticos clínicos definieron la desnutrición como una enfermedad.

Finalmente, es destacable que, entre la diversidad de alimentos estudiados por los políticos y médicos interesados en la salud de los niños, la leche descolló. Las políticas alimentarias tuvieron una orientación hacia la leche por su relevancia nutritiva y propiedades para una dieta balanceada. En ambas cualidades descansó la preocupación de los especialistas por la mortalidad infantil, quienes promovieron debates acerca de la nutrición parvularia, debido a que una alta proporción de muertes era atribuida a la mala calidad de la leche.

LISTA DE REFERENCIAS

- Aguilar, S. (2011). Nutrition and modernity. Milk consumption in 1940s and 1950s Mexico. *Radical History Review*, 110, 36-58. <https://doi.org/10.1215/01636545-2010-025>
- Aguilar, S. (2021). El alimento más completo: debates y prácticas sobre el consumo de leche en México. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28(4), 1201-1219. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000400015>
- Araya, P. (1945). El raquitismo en Santiago de Chile. Frecuencia y profilaxis. *Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, 128-130, 323-336.
- Ariztía, A., Adriasola, G. y Aguilera, A. (1967). El “hambre” o desnutrición en la población de Chile. Apartado de la *Revista Chilena de Pediatría*, 1-10.
- Avendaño, O. (1939). La práctica obstétrica en el medio rural. *Boletín Médico Social*, 66/67, 527-531.
- Behm, H. (1967). Nutrición infantil y programas del Servicio Nacional de Salud. *Cuadernos Médico Sociales*, 8(3), 14-18.
- Birn, A. E. (2007). Child health in Latin America: historiographic perspectives and challenges. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14(3), 677-708. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702007000300002>
- Brinkmann, S. (2021). La lucha por la leche: consumo, salud pública y la industrialización del abasto de leche líquida en Sao Paulo, 1911-1945. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28(4), 1183-1200. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000400014>

- Brücher, R. (1937). *Contribución al estudio de la vitamina C en los niños* (Memoria para optar al título de médico cirujano), Universidad de Chile.
- Bustamante, W. (1939). *Contribución al estudio del recién nacido y del lactante chileno* (Santiago) (tesis de médico cirujano inédita). Universidad de Chile.
- Cabello, O. (1943). Comprobación de los censos con las estadísticas de mortalidad. *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*, 5(4), 459-467.
- Castillo, B., Solís, F. y Mardones, G. (1985). Atención médica y mortalidad infantil en Chile. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana*, 99(1), 41-52. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/16930>
- Chávez, P. y Soto, J. (2023). Un desafío de vida o muerte: medicina y Estado ante la mortalidad infantil (Santiago de Chile, 1930-1970). *Signos Históricos*, 25(49), 436-475. <https://signoshistoricos.izt.uam.mx/index.php/historicos/article/view/686>
- Daza, A. (1957). Atención pediátrica rural en la comuna de Til-Til. *Revista Chilena de Pediatría*, 28(5), 388-394.
- Deichler, C. (2016). *Historia y alimentación popular. Dos décadas de lucha médica contra la desnutrición en el Chile urbano, 1930-1950*. Ministerio de Salud de Chile.
- Drobny, A. (1943). *Contribución al saneamiento de los edificios escolares y proyecto de reglamentación* (tesis de médico cirujano inédita). Universidad de Chile.
- Duarte, A. (1943). Sanidad escolar rural. *Revista Chilena de Pediatría*, 14(5), 348-355.
- Duarte, A. (1963). A propósito del control de la mortalidad infantil en un consultorio semirrural. *Revista Médica de Chile*, 34(4), 325-327.
- Errázuriz, A. (1938). El campesino chileno y la visitadora social. *Servicio Social*, 12(5), 3-33.
- Espinosa, N. (1961). Realidad de la atención médica rural de Chile. *Revista Médica de Chile*, 89(2), 144-147.
- FAO, FIDA, OPS, WFP y UNICEF (2020). *Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe 2020*. <https://doi.org/10.4060/cb2242es>
- Fernández, H. (1940). *Necesidad diaria de vitamina C en el lactante* (tesis médico cirujano inédita). Universidad de Chile.
- Figueroa, E. (1951). *El consultorio externo del Hospital de Niños y su misión médico-social*. Imprenta El Esfuerzo.
- Flisfisch, H. (1961). La medicina rural en Chile. *Revista de Medicina Preventiva y Social*, 1(1), 23-52.
- Frens-String, J. (2021). *Hangry for revolution. The politics of food and the making of modern Chile*. University of California Press.
- Fuente, M. de la, Gamarra, O. y Mansilla, S. (1986). Desnutrición como causa originaria de muerte según Anuario de Defunciones. Chile 1970-1983. *Pediatría*, 29(1), 30-34.

- Garretón, A. (1941). *Algunas reflexiones de orden práctico acerca de las vitaminas*. Imprenta y Litografía Leblanc.
- Goldsmith, J. (2017). Milk makes state: the extension and implementation of Chile's state milk programs, 1901-1971. *Revista Historia*, 50(1), 79-104. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-71942017000100003>
- González, R. (1935). Cómo se alimenta la familia obrera en Santiago. *Revista de Medicina y Alimentación*, 2(1), 15-25.
- Grushka, C. (2014). Casi un siglo y medio de mortalidad en la Argentina... *Revista Latinoamericana de Población*, 8(15), 93-118. <https://doi.org/10.31406/relap2014.v8.i2.n15.4>
- Iturra, S. (1963). Atención materno infantil en el medio rural. *Revista Chilena de Pediatría*, 5, 387-390.
- Iturra, S., Torres, J. y Petrasic, J. (1965). Plan de atención médica en postas rurales comunitarias. *Pediatría*, 8(4), 296-301.
- Landa, F. (1939). *El problema de la leche en relación con la alimentación popular en Chile*. Imprenta y Litografía Universo.
- Lipschütz, A. (1933). La ciencia de la alimentación. *Revista de Medicina y Alimentación*, 1(1), 3-8.
- Llanos, C. (2013). El Estado frente a la estructura y salud de la población: Chile (1964-1973). *Estudios Ibero-Americanos*, 39(2), 262-284. <https://doi.org/10.15448/1980-864x.2013.2.12965>
- Llorca-Jaña, M., Nazer, R., Morales-Campos, D. y Navarrete-Montalvo, J. (2020). Milk and meat consumption and production in Chile, c. 1930-2017: A history of a successful nutrition transition. *Historia Agraria*, 82, 245-285. <http://hdl.handle.net/10234/191282>
- Macchiavello, A. y Cifuentes, O. (1939). Encuesta sobre la alimentación campesina en el valle de Choapa. *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*, 2(7-12), 265-232.
- Maldonado, C. (1927). Removiendo las causas de la mortalidad infantil. El importante problema de la leche. *Boletín Sanitario, Dirección General de Sanidad de Chile*, 9, 596-597.
- Mardones, J. (1935). El problema de la alimentación en Chile. *Revista de Medicina y Alimentación*, 1(6), 368-378.
- Mardones, J. (1940). Un método de evaluación del valor nutritivo total de los alimentos. *Revista de Medicina y Alimentación*, 4(2-3), 194-197.
- Mardones, F. (1988). Experiencias programáticas sobre lactancia materna y análisis de algunos de sus determinantes, Chile, 1917-1985. En M. Cusminsky, E. Moreno

- y E. Suárez (eds.), *Crecimiento y desarrollo. Organización Panamericana de la Salud. Hechos y tendencias* (pp. 277-293). Organización Panamericana de la Salud.
- Márquez, J. y Gallo, O. (2017). Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940. *Revista Historia y Sociedad*, 32, 21-48. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/68019>
- Mayers, C. (1929). La enfermera ante el problema de la atención médica rural. *Beneficencia*, 11, 703-705.
- Mazzeo, V. (2017). La tendencia histórica de la mortalidad infantil y la situación reciente en la ciudad de Buenos Aires. *Población de Buenos Aires*, 14(26), 47-60. <https://www.redalyc.org/journal/740/74053463003/html/>
- Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social-Consejo Nacional de Alimentación (1938). *¿Por qué se pasteuriza la leche?*. Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social.
- Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social (1927). El problema de la higiene en nuestras escuelas rurales. *Boletín del Ministerio de Bienestar Social*, 2, 5-7.
- Miranda, R. (1950). *Algunas nociones sobre los problemas de alimentación, nutrición y dietética*. Imprenta San Jorge.
- Mönckeberg, F. (2003). Prevención de la desnutrición en Chile. Experiencia vivida por un actor y espectador. *Revista Chilena de Nutrición*, 30(1), 160-176. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182003030100002>
- Montero, R. (1975). Equipos de salud y educación para atención en zonas rurales. *Revista Chilena de Pediatría*, 46(3), 268-274.
- Neghme, A. (1977). Extensión de los servicios médicos al área rural. *Revista Médica de Chile*, 105(7), 485-487.
- Ortega, R., Avendaño, O. y Araya, P. (1944). *Los servicios de madre y niño durante el año 1942*. Caja de Seguro Obligatorio.
- Pohl-Valero, S. (2021). La “anarquía” de la leche: ciencia, calidades e infraestructuras alimentarias en Bogotá, 1938-1960. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 28(4), 1221-1242. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702021000400016>
- Puelma, F. (1920). *La ración alimenticia diaria más conveniente al hombre*. Sociedad Imprenta i Litografía Universo.
- República de Chile (1865-1982). *Censo de población de la República de Chile*.
- República de Chile (1932-1935). *Estadística anual de demografía y asistencia social*. Años 1934-1938. Dirección General de Estadística.
- República de Chile (1935-1939). *Anuario estadístico de Chile*. Años 1934-1938. Demografía y Asistencia Social. Dirección General de Estadística.

- República de Chile (1941-1942). *Anuario estadístico de Chile*. Años 1939-1940. Demografía y Asistencia Social. Dirección General de Estadística.
- República de Chile (1945-1949). *Anuario estadístico de Chile*. Años 1942-1946. Demografía y Asistencia Social. Dirección General de Estadística.
- República de Chile (1951-1955). *Anuario estadístico de Chile*. Años 1947-1951. Demografía y Asistencia Social. Dirección General de Estadística.
- República de Chile (1958). *Anuario estadístico de Chile*. Año 1955. Demografía y Asistencia Social. Dirección General de Estadística.
- República de Chile (1960-1970). *Anuario estadístico de Chile*. Años 1956-1970. Demografía y Asistencia Social. Dirección General de Estadística.
- Riquelme, A. (1965). Malnutrición, problema nacional. *Cuadernos Médico Sociales*, 6(2), 17-26.
- Rodríguez, E. (2003). La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea. *Revista Dynamis*, 23, 27-36. <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/92862>
- Rosselot, J. (1965). *Problemática de la protección materno-infantil en el Servicio Nacional de Salud de Chile*. Servicio Nacional de Salud.
- Ruiz, A. y Cadavid, M. (2025). Una mirada a los sistemas alimentarios de Colombia para pensar las políticas públicas alimentarias y nutricionales. *Revista Economía y Política*, 41, 138-155. <https://doi.org/10.25097/rep.n41.2025.09>
- Santa María, J. (1937). *Alimentación científica del pueblo*. Imprenta Universitaria.
- Santa María, J. (1945). Apreciación del estado nutritivo. *Revista Médica de Chile*, 73(3), 230-233.
- Santa María, J., Sarue, E. y Pescio, S. (1950). Investigación sobre el estado nutritivo de 1167 niños de clase obrera de Santiago. *Revista de Medicina y Alimentación*, 9(1, 2 y 3), 1-4.
- Scroggie, A. y Garcés, H. (1953). La diarrea aguda del lactante mirada desde el punto de vista clínico. *Revista Chilena de Pediatría*, 24(9), 319-333. <https://www.scielo.cl/pdf/rcp/v24n9/art01.pdf>
- Scroggie, A. y Steeger, A. (1958). *Tratado de pediatría: enfermedades infecciosas*. Editorial Andrés Bello.
- Scroggie, A. y Steeger, A. (1960). *Tratado de pediatría. Alimentación del niño*. Editorial Andrés Bello.
- Servicio Nacional de Salud (1961). *Ración recomendada durante el embarazo y la lactancia. Folleto destinado al personal del Servicio que participa en funciones educativas*. Servicio Nacional de Salud.

- Servicio Nacional de Salud (1956a). Seminario Sobre las Diarreas Infantiles. *Servicio Nacional de Salud. Boletín*, 2(6).
- Servicio Nacional de Salud (1956b). Primer Seminario Interamericano Regional sobre Diarreas Infantiles. *Servicio Nacional de Salud. Boletín*, 2(5).
- Servicio Nacional de Salud (1956c). Resumen de los más importantes acuerdos del H. Consejo. *Servicio Nacional de Salud. Boletín*, 2(1).
- Servicio Nacional de Salud (1957a). Concepto de desarrollo de la comunidad y otros conceptos afines. *Servicio Nacional de Salud. Boletín*, 3(6).
- Servicio Nacional de Salud (1957b). Seminarios zonales sobre diarreas infantiles. *Servicio Nacional de Salud. Boletín*, 3(2).
- Servicio Nacional de Salud (1958). Proyecto de Sanidad Urbana y Rural en Ovalle y Copiapó. *Servicio Nacional de Salud. Boletín*, 4(4).
- Servicio Nacional de Salud (1959). Características de la mortalidad en Chile. *Revista Médica de Chile*, 87(2), 147-149.
- Servicio Nacional de Salud (1961). Atención médica en el área rural. *Pediatría*, 4(1), 37-39.
- Sievers, H. (1934). *El problema de la leche higiénica*. Prensas de la Universidad de Chile.
- Sociedad Nacional de Agricultura (1943). *Atenciones de primera urgencia en el campo*. Imprenta R. Neupert.
- Soto, R., Rodríguez, H. y González, J. L. (1969). La educación materna en la desnutrición infantil de un área rural. *Cuadernos Médico Sociales*, 10(2), 24-27.
- Tovar, R. (2015). La mortalidad parvularia en las familias de un núcleo urbano de finales de la época moderna: Trujillo. En A. M. Prieto García y M. J. Rodríguez (eds.), *Métodos y perspectivas de investigación en historia moderna* (pp. 39-49). Universidad de Extremadura.
- Urzúa, H. (1961). Algunos aspectos de la atención médica rural en Chile. *Revista Médica de Chile*, 89(9), 647-648.
- Valle, G. (1935). *Nociones fundamentales de puericultura y alimentación infantil para los médicos rurales*. Imprenta Gutenberg.
- Yáñez, J. C. (2017). El problema de la alimentación: un enfoque desde las encuestas de nutrición. Chile, 1928-1938. *América Latina en la Historia Económica*, 24(1), 66-97. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-22532017000100066
- Yáñez, J. C. (2018a). Encuesta Dragoni-Burnet sobre alimentación popular (1935). En J. C. Yáñez (coord.). *Gobernar es alimentar. Discursos, legislación y políticas de alimentación popular. Chile, 1900-1950* (pp. 103-131). América en Movimiento Editorial, Centro de Investigación en Innovación, Desarrollo Económico y Políticas Sociales.

- Yáñez, J. C. (coord.) (2018b). *Gobernar es alimentar. Discursos, legislación y políticas de alimentación popular. Chile, 1900-1950*. América en Movimiento Editorial, Centro de Investigación en Innovación, Desarrollo Económico y Políticas Sociales.
- Yáñez, J. C. (2019a). Los pobres están invitados a la mesa. Debates y proyectos transnacionales de alimentación popular en América del Sur, 1930-1950. *Historia Crítica*, 71, 69-91. <https://doi.org/10.7440/histcrit71.2019.04>
- Yáñez, J. C. (2019b). Cuando los médicos hablaron de economía: familia, salario y alimentación en Chile (1930-1950). *América Latina en la Historia Económica*, 26(2), 1-22. <http://orcid.org/0000-0003-0317-3292>
- Yáñez, J. C. (2023). *Los pobres están invitados a la mesa. La alimentación popular en Chile: 1930-1950*. Editorial RIL.
- Zárate, S. (2008). *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la “ciencia de la hembra” a la ciencia obstétrica*. Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Zárate, S. (2010). El licor de la vida. Lactancia y alimentación materno-infantil en Chile, 1900-1950. En C. Sciolla (comp.), *Historia y cultura de la alimentación en Chile* (235-261). Catalonia.

OTRAS FUENTES

Archivos

ARNAD Archivo Nacional de la Administración, Chile.

Hemerografía

Boletín Médico de Chile, 1937.

El Clarín, 1967.

El Mercurio, 1934, 1936, 1937, 1941, 1945, 1949, 1951, 1953, 1954.

La Nación, 1935, 1937, 1959, 1961, 1963.