

En Sciolla, Carolina, *Historia, Alimentación y Cultura en Chile. Una mirada interdisciplinaria*. Santiago (Chile): Catalonia.

“El licor de la vida’: Lactancia y alimentación materno-infantil, Chile (1900-1950)”.

Zárate, María Soledad.

Cita:

Zárate, María Soledad (2010). *“El licor de la vida’: Lactancia y alimentación materno-infantil, Chile (1900-1950)”*. En Sciolla, Carolina *Historia, Alimentación y Cultura en Chile. Una mirada interdisciplinaria*. Santiago (Chile): Catalonia.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/soledad.zarate/35>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pZQR/wQ4>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

CAROLINA SCIOLLA
Compiladora

HISTORIA Y CULTURA DE LA ALIMENTACIÓN EN CHILE

Miradas y saberes sobre nuestra culinaria

Victoria Castro - María Teresa Planella - Fernanda Falabella - Blanca Tagle -
Olaya Sanfuentes - Macarena Cordero - Rosario Cordero - Carolina Sciolla -
Ricardo Couyoumdjian - Carlos Rodríguez - Carolina Odone - Soledad Zárate -
Sonia Montecino - Claudia Giacoman

Esta publicación contó con el auspicio de la Fundación para la Innovación Agraria (FIA)
y del Comité Agrogastronómico de Chile (CAG)



Catalonia

SCIOLLA, CAROLINA (COMP.)

Historia y Cultura de la alimentación en Chile / Victoria Castro - María Teresa Planella - Fernanda Falabella - Blanca Tagle - Olaya Sanfuentes - Macarena Cordero - Rosario Cordero - Carolina Sciolla - Carlos Rodríguez - Ricardo Couyoumdjian - Carolina Odone - Soledad Zárate - Sonia Montecino - Claudia Giacoman

Santiago de Chile: Catalonia, 2010

328 p. 17 x 24 cm

ISBN 978-956-324-075-7

COCINA CHILENA

641

Diseño de portada: Guarulo & Aloms

Fotografía de portada: "Bodegón andino, Carolina Sciolla" y "Detalle de la carta marina de Martin Waldseemüller de 1516"

Composición: Salgó Ltda.

Impresión: Salesianos Impresores S.A.

Dirección editorial: Arturo Infante Reñasco

Todos los derechos reservados.

Esta publicación no puede ser reproducida, en todo o en parte, ni registrada o transmitida por sistema alguno de recuperación de información, en ninguna forma o medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin permiso previo, por escrito, de la editorial.

Primera edición: noviembre, 2010

ISBN 978-956-324-075-7

Registro de Propiedad Intelectual N° 198.481

© Carolina Sciolla (comp.), 2010

© Catalonia Ltda., 2010

Santa Isabel 1235, Providencia

Santiago de Chile

www.catalonia.cl

EL LICOR DE LA VIDA. LACTANCIA Y ALIMENTACIÓN MATERNO-INFANTIL EN CHILE, 1900-1950

María Soledad Zárata C.¹

Los niños mueren antes de esa edad [un año] por tres causas fundamentales: trastornos nutritivos, lúes congénita y debilidad congénita. De estas tres (...) dos tienen relación con la alimentación: los trastornos nutritivos, no son en general, sino la consecuencia de una alimentación artificial mal conducida que se hace necesaria por falta de leche de la madre mal alimentada; y la debilidad es, en la mayoría de los casos, la consecuencia de una mala alimentación de la madre durante el embarazo.²

La interrogante sobre cómo y con qué se alimentaba el pueblo durante la primera mitad del siglo XX en Chile, fue parte de una extensa reflexión política y médica. La ausencia de una nutrición apropiada –por razones económicas, ignorancia o prácticas populares reñidas con los supuestos de una “alimentación científica”– era uno de los factores centrales de las altas tasas de morbilidad y mortalidad, específicamente, entre la población infantil.

En el debate público sobre las causas de la mortalidad infantil, tan importante como la disponibilidad, calidad y cantidad del consumo lácteo, era la ignorancia de las madres respecto de los alimentos apropiados a los pequeños intestinos de los niños, aún no desarrollados por completo en sus primeros años. A juicio de médicos como Lucas Sierra y Eduardo Moore, aquella ignorancia estimulaba prácticas alimenticias altamente reprobables a fines del siglo XIX:

¿Quien no ha oído exaltar la bondad de la harina de frijoles, para los niños de pecho, de la carne de perro para la cura de algunas de sus dolencias, etc., y así otras aberraciones a las que jamás se habría dado cabida, ni mucho menos puesto en práctica, si en la escuela se le hubieran insinuado nociones fisiológicas sobre los alimentos?³

1 Historiadora, Departamento de Historia, Universidad Alberto Hurtado.

2 Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Consejo Nacional de Alimentación, *¿Por qué cada niño debe tomar al menos medio litro de leche al día?*, Serie de Difusión N° 1, Imprenta Universo, 1937, p.1.

3 Lucas Sierra M., Eduardo Moore, *La mortalidad de los niños en Chile*, estudio enviado por Augusto Matte, Ministro de Chile en Francia a la Oficina de la 1° circunscripción del Registro civil en Valparaíso. Publicación de la Sociedad Protectora de la Infancia, Imprenta y Litografía Central, Valparaíso, 1895, p. 13.

La aparición de enfermedades intestinales crónicas o de molestias que de por vida aquejaban a los bebés, era reflejo de costumbres ancestrales heredadas entre mujeres, que contravenían las restricciones que los médicos comenzaban a difundir, por ejemplo, evitar beber *al pie de la vaca la leche y con ella muy frecuentemente los gérmenes de la tuberculosis que una ebullición previa habría destruido*, o el consumo de sangre animal entre los infantes cuando se visitaba el matadero y sus alrededores con el *laudable, pero no por eso menos ridículo y anti-fisiológico propósito de robustecerlos*.⁴

La progresiva condena de hábitos y prácticas alimenticias populares de parte de la medicina científica a fines del siglo XIX, marcó el derrotero de la fundamental vinculación entre salud y alimentación. El quehacer de entidades caritativas, la publicación de estudios, el diseño e implementación de campañas y la puesta en marcha de políticas estatales se concentraron en la concreción de dicho vínculo. Este artículo revisa algunas de esas recomendaciones, estudios y políticas destinadas al aumento del escaso consumo lácteo, y a la difusión de prácticas alimenticias básicas, dirigidas específicamente a embarazadas, nodrizas e infantes, protagonistas centrales del proceso de renovación demográfica y vigorización del alicaído pueblo chileno. ¿Por dónde comenzaron aquellas campañas? Ciertamente, el estímulo y supervisión del amamantamiento materno fue la primera tarea de la cruzada alimenticia de esta época.

Dar pecho: madres y amas de leche

Tempranamente, médicos y ensayistas preocupados por la protección de la infancia, repararon en la importancia de asegurar una buena y correcta alimentación de aquella población. Dicha alimentación reconocía tres distinciones centrales en los primeros meses de vida del niño; la *alimentación natural* provista por la leche de la madre biológica –leche materna– o de la *ama de leche*, la *alimentación artificial* que aludía a la leche animal fresca, luego en modalidades como desecada o condensada y, finalmente, la combinación de ambas modalidades, la *alimentación mixta*. Dicha clasificación tenía valor para los primeros ocho meses, aproximadamente, pues pasado ese plazo la mayor parte de los lactantes recibía alimentación artificial y un menú básico.

El fomento de la lactancia natural fue ampliamente difundido desde fines del siglo XIX, en virtud de los beneficios que suponía para la conservación de la vida del infante. De ser una recomendación pasó a ser presentada como una actividad obligatoria, supeditada a un mandato perentorio que descansaba en diversas razones, entre ellas, la del derecho del infante sobre la leche que producía

4 Sierra y Moore, p. 13-14.

la madre, la concepción de que la leche materna era un recurso de menor costo económico para la alimentación de la infancia proletaria y que solo aquella aportaba grados de inmunidad a ciertas enfermedades. Es relevante para la historia de la crianza y de la maternidad, el estudio de los factores culturales, sociales y económicos que justificaron la persistente y drástica campaña en favor de la lactancia natural y contra la lactancia artificial y, más adelante, contra el uso alternativo de *nodrizas mercenarias*. Ciertamente este artículo no aborda en profundidad estos factores, pero sí podemos adelantar que la lactancia materna ha alcanzado amplios niveles de transversalidad social y extensión temporal solo en el siglo XX. El progresivo conocimiento científico de las virtudes de la leche materna sobre el crecimiento y desarrollo de la infancia, desde inicios del siglo XX, justificó que el amamantamiento adquiriera carácter de mandato entre mujeres de distintas clases sociales.

En las primeras décadas del siglo XX, la relación entre menor capacidad y dedicación al amamantamiento y trabajo femenino urbano parece ser una de las claves comprensivas de las intensas campañas retóricas en favor de la lactancia natural, término que se usaba como opuesto al de la lactancia artificial o basada en leche de origen animal. La naturaleza y larga extensión de las jornadas laborales femeninas y las presiones síquicas y económicas ligadas a ellas, tenían directa repercusión en la menor producción de leche materna. Esta realidad era bien conocida por Raúl Ortega, Jefe de la Sección Madre y Niño de la Caja del Seguro Obligatorio, donde eran examinadas las madres trabajadoras:

*Hoy día la mujer tiene obligaciones de fábrica u oficina que le impiden dar el pecho a ciertas horas. Con esto disminuye la secreción y el niño queda con hambre. Se agregan mamaderas, y como el niño mama cada vez menos, el pecho no se vacía y la madre queda sin leche en el curso de unos pocos días. Esta es una historia de frecuencia verdaderamente alarmante, sobre todo entre nosotros en que la mayor parte de las muertes infecciosas se deben, en último término, a errores en la alimentación artificial, en tanto que con la natural los errores apenas son posibles.*⁵

En el caso de aquellas mujeres que no exhibían interés alguno por el amamantamiento, en particular las de clases acomodadas, la opción de recurrir a los servicios de nodrizas mercenarias constituía una práctica habitual, y fue eje de tempranas discusiones médicas ligadas a la difusión de la puericultura. Por ejemplo, el médico Wenceslao Hidalgo sostenía en 1885 que ... *la resolución de criar no debe tomarse jamás por violencia o complacencia, y las mujeres que no tienen la voluntad y vocación para criar a sus hijos deben renunciar a ello. De ninguna manera, ni la familia, ni el marido mismo, debe tratar de ejercer una gran violencia a este respecto,*

5 Raúl Ortega, *Manual de puericultura*, Santiago, Ed. Zig-Zag, 1945, p. 38.

para obtener por fuerza lo que se solicita, y por una clase de presión moral...⁶ Pero la actitud liberal del autor cambiaba al ofrecer conclusiones sobre la lactancia materna: ... *la madre no tiene el derecho de descargarse de este deber, sino cuando su salud puede sufrir o hay otras causas tan imperiosas como esta: en todos los otros casos, la obligación es más estricta.*⁷

A fines del siglo XIX, ante la imposibilidad de controlar significativamente la lactancia materna e intervenir el mercado de las amas, los médicos optaron por listar algunas cualidades que se debían resguardar al momento de emplearlas. Para el mismo Hidalgo, la nodriza debía tener un *temperamento sanguíneo*, pues las *linfáticas o nerviosas* no podían ser buenas amas; tampoco las *flacas*, pues carecían de *la suficiente resistencia para llegar al término de la lactancia...*⁸ Sugería someterlas a un examen médico completo y, al momento de seleccionarlas, preocuparse de que tuvieran *buen genio*, que fueran *jóvenes y limpias*. Algunos médicos compartían algunos predicamentos de la cultura popular, por ejemplo, cuando sostenían que la brusca variación de los estados de ánimo del ama, podía afectar negativamente al niño. Por ejemplo, Hidalgo estaba convencido de que ... *los niños que han tomado leche de una nodriza que ha tenido antes de dar de mamar, una viva emoción, ya sea de cólera, sentimiento o de susto, lloran mucho después de que maman y son atacados de cólicos, de diarreas y algunas veces de convulsiones. Ha habido casos en que después de haber tenido una mujer un gran acceso de cólera, ha dado de mamar un niño y este ha muerto mamando.*⁹

La comprensiva actitud de Hidalgo respecto de la existencia de las amas disminuyó entre los médicos con el cambio de siglo. Por ejemplo, las madres que después de parir tenían leche sin problemas y no se dedicaban a amamantar, eran catalogadas de *desnaturalizadas* por el médico Isauro Torres en su manual en 1926.¹⁰ El combate contra el empleo de nodrizas también fue parte de campañas institucionales, por ejemplo, la de la Cruz Roja, que en una cartilla de 1930 sostenía que dar pecho era una *obligación sagrada* y condenaba que algunas mujeres se vendieran como amas pues lo que hacían era *robar y vender alimento que por legítimo derecho pertenece a su guagua.*¹¹

La falta de leche, pese a los remedios administrados para aumentarla, y la enfermedad de la madre aún eran razones poderosas para recurrir a los servicios de nodrizas, pero se listaban restricciones. Los manuales que las mencionaban, usualmente,

6 Wenceslao Hidalgo, *Medicina Doméstica de la Infancia o sea Consejos a las Madres sobre el modo de criar, educar y curar a sus hijos por sí mismas*. Obra al alcance de todos y premiada en el Certamen Literario Científico del 17 de Septiembre de 1877, Santiago, Impr. El Progreso, 1885. p. 80.

7 Hidalgo, p. 83.

8 Hidalgo, p. 100.

9 Hidalgo, p. 119.

10 Isauro Torres, *Cómo tener y criar hijos sanos y robustos*, Prólogo del Dr. Ángel C. Sanhueza. Santiago, Editorial Nacimiento, 1926.

11 Cruz Roja de Los Ángeles, *Cartilla de Puericultura*, Chillán, *La Discusión*, 1930, p. 9.

apelaban a precauciones comunes como la higiene, el cuidado de su alimentación y, en ocasiones, la preocupación por el hijo de la *nodriza mercenaria*. Idealmente, se creía que la madre debía amamantar naturalmente tres meses a su hijo, y solo después entregarlo a la nodriza. Otros facultativos, como Félix Valenzuela, prolífico autor de manuales médicos de uso popular, sostenían que la leche de nodriza remunerada debía ser la segunda opción después de la leche materna y antes de la de vaca, porque esta última adolecía de dos inconvenientes importantes: si se suministraba cruda, aumentaba el riesgo de transmitir enfermedades como la tuberculosis y si era cocida eventualmente perdía sus propiedades alimenticias.¹² Y pese a considerar la leche de ama la segunda opción alimenticia del lactante, sugería que este oficio debía ser prohibido por ley pues se quitaba injustamente la leche al propio hijo.¹³

Lo cierto es que la disminución del empleo de las amas, consecuencia de las campañas de desprestigio contra ellas y del fomento de la lactancia natural por la propia madre, no significó su inmediata desaparición en las primeras décadas del siglo XX.¹⁴ Lo plausible es plantear que la disminución de las amas de leche, la existencia de lactarios, la difusión de técnicas más higiénicas en el uso de biberones, el científico establecimiento de porciones y mezclas, y las campañas en favor del amamantamiento de la madre a su hijo refuerzan la hipótesis de que la primera alimentación al recién nacido, y al infante en sus primeros meses, no estaba garantizada y reportaba el primer obstáculo para afianzar el vínculo entre salud y alimentación correcta y científica.

Un buen ejemplo de las transiciones que experimentaba el proceso de afianzamiento del amamantamiento de la madre a su hijo son las reflexiones en torno al empleo de nodrizas mercenarias del citado destacado salubrista, Raúl Ortega. A su juicio, la elección del ama no era tan restrictiva en la década de 1940, pero se mantenían ciertas exigencias como su limpieza y buena salud, en especial la ausencia de enfermedades como la sífilis y la tuberculosis u otra afección contagiosa. Asimismo, se enfatizaba en visibilizar la preocupación por el hijo/a del ama y su propia alimentación. Ortega afirmaba que cada vez era más inusual que una familia contratara los servicios de un ama, porque ... *la clase entre la cual se reclutaban ha elevado su posición económica y su sentido de responsabilidad frente a su hijo*.¹⁵

No menos desafiante era el juicio en torno a la creación de los lactarios en la primera mitad del siglo XX. Aquellos constituyeron un punto específico y singular de las campañas de lactancia natural, pero también suponían un procedimiento similar al de las amas: la comercialización de la leche humana, pero

12 Félix Valenzuela, *El libro de las madres*, Santiago. Editorial Cultura. Libro de Utilidad práctica n 3, 1933.

13 Valenzuela, p. 27.

14 El censo de 1885 consignaba 1.718 amas, en tanto el de 1920 daba cuenta de solo 309, *Censos*, 1885, 1920.

15 Ortega, *Manual de puericultura*, p. 44.

sujeta a regulaciones externas. Los lactarios tenían por fin asegurar la ingesta de la valiosa leche humana ante la imposibilidad del amamantamiento mercenario o el directo, es decir, de la madre a su hijo. Los lactarios eran recintos, dirigidos por profesionales sanitarios, donde se recolectaba leche humana que era:

... debidamente conservada y expendida al público o consumida en los nuevos establecimientos en que se la obtiene. Para ello, se buscan madres en lactancia que acceden una o dos veces al día al lactario y se ordeñan por expresión manual (en algunos países por medio de aparatos de succión), maniobra que las nodrizas aprenden con gran facilidad, se la paga por gramo de leche entregada y se les ofrece, generalmente, un refrigerio antes o después de la ordeña. El lactario debe seguir, por cierto, una rigurosa técnica aséptica y ejercer una activa vigilancia para evitar adulteración. El niño de las nodrizas queda sometido a control médico regular.¹⁶

Las recomendaciones sobre la mejor modalidad para suministrar la leche materna se multiplicaron en las primeras décadas del siglo XX y eran detalladas en manuales de alimentación popular y de puericultura. Pese a las dificultades de universalizar la lactancia natural de la madre a su hijo, lo cierto es que las campañas de la primera mitad del siglo XX fueron intensas, y son antecedente importante de progresivos cambios de conductas y hábitos, capitalizados por las políticas emprendidas por el Servicio Nacional de Salud desde fines de la década de 1950 en adelante.

Un examen somero y transversal de aquellos manuales indica que la mayoría planteaba que luego del parto, y pasadas 12 horas, aproximadamente, no había necesidad de alimentar al bebé. Se aconsejaba proveer el pecho cada cuatro o tres horas al día, acostumbándolo a un horario fijo, a diferencia de lo que se sugiere en nuestros días con la difusión del método de *libre demanda* de leche materna. Asimismo, se insistía en dar pecho entre cinco a 15 minutos por lado hasta conseguir el vaciamiento de la mama, y no ofrecerlo cada vez que el bebé lloraba. Se enumeraban instrucciones para mejorar la succión y facilitar la salida del aire ingerido junto a la leche, haciendo eructar al infante. La limpieza de los pechos era una recomendación muy persistente, lo que hace pensar que cumplía también con el propósito de extender prácticas higiénicas, especialmente, entre las mujeres más pobres.

¿Eran visibles las diferencias entre el niño alimentado con leche materna y el que recibía *alimentación artificial*? Médicos como Otto Schwarzenberg, de la Dirección General de Sanidad, indicaban que el niño de pecho tenía mejor ánimo, semblante, sus tejidos tenían una *consistencia de dureza elástica*, el sueño era de mayor profundidad, el aumento de peso era progresivo, el temperatura más uniforme, el llanto menos frecuente y la resistencia a las enfermedades mayor, es decir,

16 Ortega, *Manual de puericultura*, p. 45. La mayoría de los recintos, debidamente formalizados, estaban ubicados en Santiago.

17
dra
19
18
Ra
19
Un
20

la inmunidad a las infecciones era más alta. Las razones de esta mayor estabilidad estaban dadas porque la leche materna contenía los componentes vitales para el desarrollo del organismo en una proporción que no tenía ningún alimento.¹⁷

La alimentación de la embarazada y de la nodriza

Una de las convicciones más transversales entre los contenidos de la puericultura y la higiene era la vigilancia de una correcta alimentación entre embarazadas y nodrizas.¹⁸ Las restricciones en la dieta de la madre que amamantaba eran variadas; por ejemplo, en algunos textos de fines del siglo XIX y principios del XX, se señalaba la inconveniencia de consumir carnes, ciertas verduras, bebidas excitantes como el té, el café, ciertos alimentos *flatulentos* como el repollo y otros, restricciones que, pasada la década de 1930, desaparecían o, en algunos casos, disminuían.

Por ejemplo, para Alfredo Moraga, médico de fines del siglo XIX, el esquema alimenticio debía ser el habitual, evitando aquellos de difícil digestión, las cantidades excesivas y el consumo a *deshora*. Moraga concedía veracidad al deseo casi irrefrenable de consumir un alimento, conocido histórica y universalmente como *antojo*, y advertía de la necesidad imperiosa de ser satisfechos pues, en caso contrario, podían ocurrir *accidentes desgraciados, como un aborto o parto antes de tiempo...*¹⁹ Por su parte, Isauro Torres apostaba por una alimentación rica en variedad de alimentos, pero restringida en la ingesta de *excitantes como el ají, la pimienta, el vinagre, limón, té y café* y de grasas como el aceite y la mantequilla por sus directos efectos en el aumento de peso. Pese a los desagradables síntomas que acompañaban a los clásicos vómitos durante el embarazo, Torres advertía de la importancia de nutrirse adecuadamente apelando a alimentos sólidos más difíciles de ser rechazados por el cuerpo, por ejemplo, la carne –prohibida en otros manuales–, las sopas espesas, los purés y la leche caliente o fría, nunca tibia, y abundante consumo de agua mineral.²⁰

El médico de la Casa de Huérfanos, Luis Fuenzalida Bravo, aconsejaba un estricto suministro de sustancias nutritivas, evitando excesos, pero llama la atención la escasa atención que brindaba al consumo de verduras, pues el menú que sugería contemplaba dos huevos, doscientos gramos de carne, un litro de leche,

17 Otto Schwarzenberg, *Educación, alimentación e higiene del niño. Un consejero para las madres*, Santiago, Dirección General de Sanidad, Departamento de Bienestar de la Madre y del Niño, 1934.

18 Véase nuestro artículo, "Embarazo y amamantamiento: cuerpo y reproducción en Chile", en Rafael Sagredo y Álvaro Góngora, *Historia del Cuerpo en Chile*, en prensa.

19 Alfredo Moraga P., *Higiene de la embarazada y del recién nacido*, Santiago, Imprenta de la Unión, 1888, pp. 7-8.

20 Torres, *Cómo tener y criar hijos sanos y robustos*, p. 38.

un guiso durante el almuerzo o comida y pan a discreción.²¹ Por su parte, Félix Valenzuela insistía en el consumo de alimentos frescos como verduras y frutas que contrarrestaran el estreñimiento clásico de las mujeres grávidas, acompañado de una serie de males físicos como las hemorroides, jaquecas, malestares estomacales y al hígado y hasta neurosis.

Schwarzenberg detectaba imprecisiones y errores en varias de las indicaciones dirigidas a las embarazadas, por ejemplo, hacerlas beber *aguas y cocimientos de harinas y cereales*, someterlas a privaciones de ciertas verduras, todas ideas provenientes de *supersticiones de nuestras abuelas*, porque lo cierto es que la madre, a juicio de este médico, no necesitaba privarse de nada.

La posibilidad de que la futura madre contara con abundante leche también dependía de su propia alimentación, objetivo que sustentaba la sólida creencia popular de que la embarazada debía comer diariamente raciones correspondientes a dos personas, y que comenzó a ser combatida con la difusión de conocimientos nutricionales en la década de 1930. La correcta *alimentación científica* consistía en la atención de la calidad –y menos de la cantidad– de los alimentos, en el control de dolencias habituales como constipación y flatulencia, la vigilancia del consumo necesario de calcio y fierro y del consumo restrictivo de grasas y azúcares. Productos frescos como verduras y frutas, calóricos y proteicos como la leche, yogurt, pan integral, pescados y carnes blancas cocidas; entre las grasas, solo la mantequilla complementada con abundante consumo de agua mineral, leche, café de malta y té con leche,²² y entre las sugerencias específicas, se recomendaba el consumo de cucharadas de aceite de hígado de bacalao.²³

Es interesante observar que el estado emocional femenino comenzó a incorporarse en los manuales del siglo XX como una de las razones que impedían que la madre tuviera una producción de leche abundante:

*El amor al recién nacido trae como consecuencia, a menudo, una nerviosidad especial. La joven madre pasa atormentada por no tener leche suficiente. Preocupación absolutamente infundada y además perjudicial. Puede en realidad observarse en estas madres excesivamente nerviosas que su leche se les agota después de algún tiempo. Pero vuelve a menudo, cuando se les procura tranquilidad de espíritu, que es necesaria para el buen desarrollo de toda función orgánica.*²⁴

21 Luis Fuenzalida Bravo, *Para las madres*, Profesor extraordinario de clínica infantil de la Universidad de Chile, Santiago, s/editorial, 1922, pp. 92-93.

22 Luis Roos, (Calama), "Métodos modernos de alimentación de las embarazadas", *Acción Social*, Año X, n 86, febrero 1940, p. 33-36; "La dietética en las embarazadas enfermas", *Acción Social*, Año X, n 87, marzo-abril 1940, pp. 20-22.

23 Ricardo Rolando G., *Consejos para las futuras madres y cuidado de los niños*, Valparaíso, Imp. Universo, 1938.

24 Schwarzenberg, *Educación, alimentación e higiene del niño*, p. 22.

Mamaderas o la *alimentación artificial*

En general, la leche de vaca era considerada la mejor *alimentación artificial* para quienes no podían consumir leche materna, pese a la menor cantidad de agua e hidratos de carbono que tenía respecto de la humana. Las características de la crianza de las vacas y las maniobras higiénicas para extraer, envasar y conservar esta leche eran factores que determinaban su calidad. El uso de la leche desecada solo se recomendaba cuando la leche fresca era imposible de conseguir, lo que en virtud del crecimiento urbano era un problema por varias razones. La leche fresca corría mayores riesgos de descomposición si no se contaba con medios de refrigeración adecuados y, en el caso de las pasteurizadas, el precio era más oneroso.

Para el médico Luis Calvo Mackenna, la introducción de *innumerables alimentos para niños* en el comercio local, durante la primera década del siglo XX, era alarmante. A su juicio, la propaganda de las leches desecadas y condensadas ocultaba inconvenientes como el exceso de grasa y azúcares que las caracterizaban, dato que las madres desconocían. El empleo frecuente de estas leches, según Calvo Mackenna, era evidente entre las mujeres acomodadas en razón del temor al uso de leche de vaca en mal estado, al atractivo que infundía el *uso precoz de mamaderas* y la *tendencia tan funesta y cada día mayor de sustraerse a los ineludibles deberes de la maternidad*.²⁵ Su crítica al uso de leche de origen animal era reflejo de una consecuencia central: la disminución del tiempo que las mujeres dedicaban a la lactancia natural.

Pero ¿qué tan cierto era el empleo masivo de leche en polvo o desecada en 1915? Curiosamente, nuestro médico parece contradecirse al sostener que sus conclusiones negativas respecto del uso de leche desecada se basaban en el único preparado que encontró en el comercio local, el Glaxo. Según Calvo Mackenna, este producto, que no recomendaba a su clientela privada ni hospitalaria, era usado con frecuencia entre la población más pobre pese a su alto valor económico:

*No son raras las madres pobres, madres de conventillo, que han llegado a la policlínica con su niño enfermo a consecuencia del uso del "Glaxo", madres que lo han usado porque a la humilde alcoba en que vivían ha llegado una carta, escrita a máquina, en que se las dice distinguida señora – i esta es la primera vez de su vida en que tan honrosamente han sido tratadas – i en que se les aconseja usar tan excepcional alimento como medio seguro e infalible de asegurar un espléndido desarrollo de sus hijos.*²⁶

La versión de Calvo Mackenna era que los agentes comerciales de estos productos en Santiago, copiaban las inscripciones de nacimientos del Registro Civil y enviaban, luego de algunas semanas de nacidos los niños, *una lluvia de folletos*

25 Luis Calvo Mackenna, "Alimentos y preparados de la leche patentados para niños", *Revista Médica*, Año XLIII, febrero 1915, p. 33.

26 Calvo Mackenna, p. 41.

que con fines antihumanitarios y puramente mercantiles convencían a las madres de adquirir dichos alimentos. Es efectivo que los anuncios promocionales del uso de leches desecadas crecían en la prensa, pero que fueran consumidos por las clases más pobres resulta poco creíble en virtud de sus precios. Una hipótesis plausible puede ser que algunas madres trabajadoras, optaban por estos alimentos para reemplazar idealmente la leche materna que dejaban de producir tempranamente, en virtud de las extenuantes jornadas laborales y las presiones cotidianas que las afectaban.

Calvo Mackenna se cuidaba de no condenar drásticamente el uso del Glaxo pues atendía a bebés que crecían satisfactoriamente consumiéndolo, particularmente entre la clase acomodada que manipulaba, con cautela e higiene, la preparación de las mamaderas y desechaba, en frecuentes ocasiones, más de un tercio del tarro de Glaxo ante la sospecha de su descomposición.

Las fuentes indican que una práctica habitual en la llamada alimentación artificial era la mezcla de la leche con harinas y azúcar con el propósito, declarado entre las madres, de espesarla y, entre los médicos, de incorporar hidratos de carbono necesarios para el crecimiento infantil, pero solo después de los cuatro meses. Esta última advertencia era, en ocasiones, ignorada por lo cual muchos niños sufrían indigestión y constipaciones severas. Las harinas más empleadas eran la de trigo, arroz, maíz y avena, esta última con reconocidas propiedades laxantes. El médico Isauro Torres sugería adquirir las harinas naturales *que son baratas y menos peligrosas que cualquiera de las harinas compuestas que con el nombre de "Alimento para niños" se venden en el comercio, las cuales son más caras y tienen, entre otros, el grave defecto de tener cacao, como ser las harinas lateadas, harinas malteadas, fosfatina, etc.*²⁷ Entre los manuales de puericultura se criticaba, reiteradamente, la preparación de harinas con agua como alimento infantil entre las *madres del pueblo*, pues se las responsabilizaba de la aparición de distrofias entre las criaturas que podían, eventualmente, ocasionar la muerte a los infantes. Aparentemente, aquellas recomendaciones comenzaban a surtir efectos si damos crédito a lo que Ortega sostenía: *... poco a poco ha ido desapareciendo la errónea creencia de que el niño podría alimentarse sólo de harinas, al punto de que en una ciudad como Santiago tales cosas son excepcionales y generalmente proceden de afuera.*²⁸

Avanzada la década de 1930, los manuales de puericultura, por ejemplo, el escrito por el Médico Director del Consultorio de Asegurados de Quilpué, Gastón Valle, sugerían mayor tolerancia al uso de leche envasada cuando no se contaba con el pecho materno y la leche de vaca fresca, y siempre que se administrara con la vigilancia médica.²⁹ Según todos los tratados, los procedimientos para el

27 Isauro Torres, *Cómo tener y criar hijos sanos y robustos*, pp. 150-161.

28 Raúl Ortega, *Manual de Puericultura*, p. 100.

29 Dr. Gastón Valle O., *Nociones fundamentales de puericultura y alimentación infantil para los médicos rurales*, Santiago, Imp. Gutemberg, 1935, p. 25.

consumo entre lactantes y niños suponían su esterilización mediante la cocción, el aseo prolijo de mamaderas, biberones y botellas y la dosificación correcta en relación al tamaño y peso del bebé.³⁰ Las normas higiénicas se imponían como prácticas cotidianas e imprescindibles para una correcta alimentación. Entre los pediatras locales existía menos acuerdo respecto del número de raciones o mamaderas: para algunos la alimentación correcta era aquella que se ofrecía cada tres horas y seis veces al día, y para otros, como Schwarzenberg, el esquema alemán de cinco alimentaciones diarias con intervalo de cuatro horas y ocho horas de reposo nocturno era perfectamente adaptable al niño chileno.

¿Qué consecuencias tenía la difusión de la alimentación artificial? Según el médico Raúl Ortega existían estadísticas que evidenciaban que *la mortalidad de los niños alimentados con mamaderas es de dos a cinco veces mayor que la de los criados a pecho. La mayor mortalidad en este sentido se encuentra entre los niños de clase proletaria, ya que en ellos a la falta de defensa de la leche de mujer se suma la ofensa de un medio hostil por el desaseo, el calor y la infección. Por lo mismo, es en esta clase donde de preferencia se debe fomentar la alimentación natural, puesto que la mortalidad y la morbilidad son mayores, mayores son entonces los beneficios.*³¹ Aquellas estadísticas no son enseñadas por el autor, pero es plausible que la atribución de mortalidad al consumo de leche en mamadera, estuviera asociado a la falta de higiene y al empleo de leches descompuestas.

Alimentación infantil y familiar

Cuando la leche materna dejaba de ser alimento exclusivo entre los infantes, las recomendaciones sobre qué alimentos y cómo prepararlos eran tema obligado de los manuales de puericultura y de los consultorios médicos.

Para Schwarzenberg, entre los cinco y seis meses se debía incorporar a la dieta del lactante una sopa de verduras que, en el primer día, debía ser solo una cucharada, para aumentar progresivamente hasta suprimir el pecho a esa hora. Luego a los siete meses proponía sustituir el pecho de la tarde por una *papilla de harina* que podía ser acompañada por una compota de frutas; a los nueve meses, era ideal sustituir la succión por un biberón de leche de vaca con harina y azúcar para suprimir, definitivamente, el amamantamiento pasados los nueve meses. Al cumplir el año, Schwarzenberg sostenía que el niño/a estaba en condiciones de comer prácticamente todo: en el desayuno y once, *café de malta* o té con leche, servidos en taza y no en mamadera; el almuerzo podía componerse de sopa y un plato mixto de verduras con papas y carne, frutas crudas y cocidas como postre, y

30 Rolando, *Consejos para las futuras madres y cuidado de los niños*. Completar datos.

31 Raúl Ortega, *Manual de puericultura*, p. 37.

la cena podía ser similar, restringiendo la carne y sustituyéndola por algún farináceo como arroz, fideos o legumbres.³²

Entre los textos consultados de la primera mitad del siglo XX, parece unánime la recomendación de dar como primer alimento a los lactantes, distinto de la leche, un caldo de verduras por sus bondades digestivas y nutritivas, a diferencia de lo que planteaba E. Fernández Frías en 1885. Fernández Frías, médico y miembro de la comisión investigadora de la mortalidad de los párvulos en Chile, sugería alimentar entre los cinco o seis meses con *un poco de caldo de pollo primero, y después caldo de carne de vaca, sin mucha gordura. La harina láctea NESTLÉ, es un buen alimento, pero nunca equivale a una buena leche fresca y pura. Otro tanto puede decirse de todas las preparaciones que se expenden como alimentos para niños; son más bien perjudiciales que útiles.*³³

El caldo de verduras para lactantes pequeños parece ser uno de los alimentos que registraron mayor estabilidad en el tiempo. Como indicaba la receta de Schwarzenberg, este se preparaba con los siguientes ingredientes: un cuarto de kilo de carne no especificada, una papa o bien un trozo de camote o zapallo; una zanahoria y un porrón, o bien dos verduras como acelgas y espinacas; alverjitas y porotos verdes; repollo y coliflor; bruselas con coles chilenas, etc.; dos cucharadas soperas de porotos secos, o bien de otra legumbre como arvejas, garbanzos o lentejas. El procedimiento era hervir *en un medio litro de agua durante tres horas. Se reintegra el agua que se evapora. Se pasa por cedazo toda la verdura. Se pone sal. Se vuelve a hervir con sémola, arroz, fideos, quaker, etc.*³⁴ La no disponibilidad de sistemas de refrigeración obligaba a que la preparación de los caldos fuera diaria, lo que requería tiempo para adquirir los componentes frescos y para su elaboración.

La alimentación infantil, al igual que el amamantamiento, estaba rodeada de poderosas creencias populares que los profesionales asistenciales y los manuales se propusieron combatir tenazmente, en particular, después de 1920 a través de las agencias estatales. Sin duda, una de esas creencias más populares era la difundida convicción de ofrecer a los niños la comida que los adultos ingerían para así evitar que se le rompiera la hiel. Según el médico Ricardo Rolando, Jefe del Servicio de Obstetricia de la Maternidad San Agustín en 1938, la mayoría de los problemas que afectaban al niño estaban relacionados a la nutrición, por ende la consulta al médico resultaba imprescindible, dejando atrás las sugerencias de los amigos y no olvidando que cada niño *era diferente* y que la alimentación debía acomodarse a esa realidad.³⁵ El éxito de una alimentación adecuada tenía como principal indicador el peso del bebé, controlado por los profesionales sanitarios

32 Schwarzenberg, p. 28.

33 E. Fernández Frías, *La Salud de los Niños o sea Catecismo Higiénico de la Infancia*, Santiago, Imp. Victoria, 1885, p. 42.

34 Schwarzenberg, pp. 40-41.

35 Rolando, *Consejos para las futuras madres y cuidado de los niños*, p. 29.

y que, al no registrar incremento con la incorporación de las harinas a la leche de vaca, era estimulado, por ejemplo, con la introducción de la mantequilla con que era frita la harina que se ponía en la mamadera.³⁶

Si bien el bajo consumo de leche era uno de los factores centrales de las carencias nutricionales de la población más pobre, no era el único problema que preocupaba a los profesionales de la salud y de la asistencia social, comprometidos con la difusión de la alimentación científica. A mediados de la década de 1940, Julio Santa María publicó un nuevo estudio que aportaba nuevos datos respecto del consumo alimenticio, particularmente de madres e hijos, acompañados de interpretaciones de largo plazo y plenamente inspirados en lo que era popularmente conocido como *bases de la alimentación científica*. El prólogo del salubrista Hernán Romero, destacaba el aporte de Santa María como organizador de las dietas de recintos hospitalarios y escolares, y valorizaba el progreso que estos reportaban pues solo dos décadas atrás, en su propia infancia, no eran conocidos ni por los profesores de la Escuela de medicina: ... *no tenemos sino que recordar que en nuestra niñez era criterio para determinar que un biberón estaba bien preparado y nutritivo cuando la harina le confería suficiente espesor como para que la cuchara con que se lo revolvía se mantuviera vertical.*³⁷

Como profesor de la joven Escuela de Salubridad de la Universidad de Chile y médico de la Unidad Sanitaria de Quinta Normal, la preocupación de Santa María se concentraba en el establecimiento de una ración teórica para cada etapa humana y en consideración de factores como edad, estado de embarazo y actividad entre otras. Coincidiendo con la mayoría de los estudios respecto de la deficiente alimentación y escasa nutrición de la población, sus recomendaciones proponían para el caso de las embarazadas:

*Si consideramos a la luz de esas ideas nuestra realidad nacional, especialmente en la clase obrera, debemos concluir que se impone ese aumento de las calorías y tanto más cuanto que la madre corrientemente trabaja hasta el momento mismo del parto. No creemos, pues, que haya peligro de llegar a producir obesidad inducida en mujeres que parten desnutridas, salvo en clientela acomodada y en este último caso, bastará con aplicar simplemente las buenas normas dietéticas de restricción de las calorías excesivas sin detrimento de la calidad de la ración.*³⁸

La acumulación de estudios comparativos permitía a Santa María concluir que entre las causas de la alta mortalidad infantil, *fácilmente el 45%*, eran consecuencia de *la deficiente alimentación del lactante*. La identificación de trastornos

36 Schwarzenberg, p. 35.

37 Julio Santa María, *La alimentación como problema de salubridad*, Santiago, Imprenta Universitaria, 1946, p. 12.

38 Santa María, *La alimentación como problema*, p. 54.

nutritivos directos, gastroenteritis, entre otras patologías, permitían entender el origen de distrofias recurrentes *en niños de pobre inmunidad*.³⁹

Siguiendo el predicamento de sus pares, Santa María insistía en la importancia del consumo de leche entre embarazadas y nodrizas, pero sugería ampliar la discusión a otros aspectos como la disponibilidad y precios de otros productos, principalmente el manejo de información sobre el valor nutricional de los mismos, indicaciones de higiene y, sorprendentemente, conocimientos de cocina. Sobre este último aspecto, Santa María describía una experiencia implementada en la Unidad Sanitaria que reunía a grupos de madres entre tres y seis personas (70 en total), en el hogar de algunas de ellas, para educarlas por tres meses en la preparación de comidas nutritivas y de bajo costo.⁴⁰ La selección de las alumnas supuso la exclusión de las más pobres a quienes se estimaban no calificadas, pues no contaban con el presupuesto mínimo requerido. Se eligió a las mujeres consideradas más receptivas: madres jóvenes y embarazadas.

Los objetivos del curso eran motivar a las mujeres a cocinar diariamente e instruir las en el correcto aprovechamiento de los ingredientes disponibles, en función del número de miembros de la familia y de los costos económicos de los menús. El curso suponía la supervisión de los platos realizados por las madres y la recopilación de información a través de la aplicación de encuestas. Por medio de la consulta a los hijos, maridos y parejas, se evaluaba la calidad y sabor de los alimentos, y el atento seguimiento de las reglas impartidas a las mujeres.

Entre las dificultades del programa estaban la asistencia irregular a los cursos y la escasez de algunos alimentos en la comuna, por ejemplo, leche, pescado y carne congelada.⁴¹ No obstante, el principal problema para Santa María era la falta de conocimientos culinarios de las madres y sus efectos en los lactantes e infantes:

*No puede menos que impresionar la falta de conocimientos técnicos de nuestras madres y su escasísimo horizonte culinario. Un trabajo más intenso sobre este aspecto demuestra, hasta la saciedad, el hecho. En un grupo de 30 madres hemos podido comprobar que 13 conocían, en forma aceptable, menos de ocho guisos, lo que condiciona la monotonía de la dieta familiar, su desequilibrio nutritivo y, no menos importante, la ausencia frecuente del marido a las horas de comida.*⁴²

A partir de la muestra del estudio, las deficiencias de la dieta que los niños consumían eran aún más graves: entre las 58 familias controladas en la Unidad Sanitaria Quinta Normal, de las 48 que asistían, 24 no conocían las *sopas, purés*

39 Santa María, *La alimentación como problema*, p. 100.

40 Las instructoras eran profesoras de economía doméstica graduadas en el Instituto de Educación Física y Técnica de la U. de Chile.

41 Santa María, *La alimentación como problema*, pp. 133-143.

42 Santa María, *La alimentación como problema*, p. 144.

lactantes y 13 las habían repetido. Para Santa María, este escenario era un problema no solo instruccional sino profundamente cultural:

*No basta la explicación del médico ni la otra, algo más detallada, de la enfermera para que la madre realice en la casa la fórmula normal o dietética que se le ha indicado. Recordemos sólo una de nuestras experiencias: al llegar a uno de esos conventillos la cazuela estaba 'a punto' y la madre la vaciaba en los platos para los 'grandes' y en la misma olla, sin ninguna preparación previa, echaba el 'Eledón' que le habían dado en el Seguro para su niño enfermo. Ante este cuadro, que hemos visto repetirse en sus líneas generales innumerables veces, no nos extraña la perplejidad del pediatra frente a tratamientos que no evolucionan según sus cánones.*⁴³

La discusión sobre la dieta familiar e infantil introducía el debate público sobre técnicas educativas y aspectos que trascendían el conocimiento de valores nutricionales y hábitos alimenticios, ampliándose a la disponibilidad de mínimos utensilios de cocina. En consideración de que ... *entre 57 familias en que había lactantes, solamente 22 contaban con un mínimo de elementos, tales como cacerola, lechero, etc. para prepararles independientemente su alimentación*, las normas sobre composición, porciones e higiene tenían poco sentido porque, en definitiva, se trataba de instrucciones imposibles de practicar. La información de las encuestas arrojaba cifras preocupantes: ninguna familia contaba con una *cocina aparte* y las ollas disponibles eran en promedio 2,7 por familia. Santa María presentaba preocupaciones que escapaban a los objetivos iniciales de la experiencia: *Hay menos de una unidad de plato o cuchara por persona, ¿qué educación cabe en buenos hábitos de comer?, ¿qué posibilidades de que se cumpla la indicación del fisiólogo de que el enfermo tenga su cubierto propio?*⁴⁴

Junto a la escasez de menaje, la resistencia de las madres a realizar compras semanales y programadas tenía obstáculos no menos poderosos: la conservación de los alimentos y la disponibilidad de envases apropiados. En el mercado no existía ... *una adecuada subdivisión de envases: no puede adquirirse un cuarto, ni aún un medio litro de leche pasteurizada, pues sólo se vende en botellas de un litro.*⁴⁵

El licor de la vida: producción y consumo

Pasada la década de 1920, la generación médica sensibilizada con la cuestión social y el higienismo, y propulsora de la intervención estatal en cuestiones sanitarias, destinó esfuerzos clínicos e intelectuales para describir y evaluar el estado

43 Santa María, *La alimentación como problema*, pp. 144-145.

44 Santa María, *La alimentación como problema*, p. 152.

45 Santa María, *La alimentación como problema*, p. 155.

alimenticio de la población chilena, en particular, la más desposeída. Por su parte, la clase obrera organizada e ilustrada, reparaba en que el bajo consumo lácteo, fuera leche de origen materno o animal, no era consecuencia exclusiva de la falta de voluntad de las madres. La falta de instrucción y la miseria eran factores sustantivos de que no se suministrara la cantidad apropiada del *licor de la vida* a los niños proletarios.⁴⁶

Iniciado a fines del siglo XIX, el debate adoptaba matices y crecía en virtud de una floreciente asociación creada por el mundo científico: salud y alimentación. Los vínculos entre ambos conceptos eran materia sustantiva del repertorio de problemas que trajo consigo la visibilidad y el crecimiento de la pobreza urbana y proletaria del Chile de la primera mitad del siglo XX. Las altas tasas de mortalidad, de morbilidad materno-infantil asociadas a estados fisiológicos vulnerables, enfermedades congénitas, gastrointestinales o contagiosas como la tuberculosis eran atribuidas de manera significativa a una alimentación deficiente.

La ciencia de la nutrición –y la comprensión de la desnutrición como un severo estado fisiológico– fruto de las disyuntivas del racionamiento alimenticio impuestas en Europa y Estados Unidos luego de la Gran Guerra, estimuló la elaboración de estudios y estadísticas, y la aplicación de encuestas que sustentaban la formulación de políticas estatales dirigidas a incentivar la estratégica producción y consumo de ciertos alimentos. Un proceso similar se dio en Latinoamérica, pero con objetivos distintos. Tomando el caso de Chile, las políticas alimenticias emprendidas por el Estado buscaron recomponer el estado físico de las clases populares expoliadas por el capitalismo industrial y fomentar el nacimiento de ciudadanos vigorosos y comprometidos con una República pujante.

Este diagnóstico impulsó, en la primera mitad del siglo XX, la investigación de los hábitos alimenticios de la población trabajadora y de la más pobre del país, entre médicos como Luis Calvo Mackenna, Eduardo Cruz-Coke, Julio Santa María, Aurora Rodríguez, Salvador Allende. El Consejo Nacional de Alimentación, fundado por Eduardo Cruz Coke en 1937, multiplicó la publicación de estudios dirigidos a mejorar las políticas distributivas del gobierno e impulsó la elaboración de folletos educativos.⁴⁷ La década de 1930 y 1940 fueron fructíferas en la publicación de diversos estudios nacionales y de investigadores extranjeros, por ejemplo, los de Burnet y Dragoni, patrocinados por la Sociedad de Naciones en base a una encuesta aplicada en 1935. Cabe señalar que la encuesta fue un instrumento crucial para conocer la trayectoria seguida por el consumo alimenticio a partir de la

46 “Porque mueren los niños. No responsabilicemos a las madres de la mortalidad infantil”, *Federación Obrera*, 24 de marzo de 1924, p. 1, 4ª y 5ª columna abajo (sin autor).

47 Numerosos son los suplementos en la *Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva*. Por su parte, los laboratorios se dedicaron al tema de la composición, y el Ministerio de Sanidad desarrolló una intensa campaña de divulgación en folletos elaborados por el Departamento de Higiene de la Nutrición de la Dirección General Sanitaria de Santiago entre 1938 y 1939.

década de 1920, no obstante, la información que proveía contaba con el obstáculo de que la cantidad del consumo alimenticio diario era muy difícil de determinar, por tanto, la mayoría de sus resultados se basaban en *apreciaciones* generales.

Entre los médicos citados estaban los que identificaban a mujeres y niños como las principales *víctimas* de la explotación capitalista del periodo; otros sostenían que aquellos eran el grupo social que debía concentrar la asistencia del Estado pues estaban llamados a liderar la renovación demográfica nacional. Más allá de los distintos énfasis en el diagnóstico y causas del problema, todos coincidían en que la alimentación de la embarazada y el lactante eran la base de una población acorde a los objetivos económicos que desafiaban al país. El punto de partida para mejorar la alimentación de ambos grupos era el incremento del consumo de leche de vaca en la madre y de leche materna en el niño. Las investigaciones médicas corroboraban que las enfermedades digestivas y las respiratorias que padecían los lactantes, en una alta proporción, se relacionaban, respectivamente, a la incapacidad de la madre de amamantar de manera prolongada a sus hijos, y a la ausencia de agentes inmunológicos presentes en forma privilegiada en la leche materna.

En un temprano estudio, Eduardo Cruz-Coke sostenía que la carencia de proteínas en la dieta de los infantes era uno de los problemas más severos. Reconociendo la importancia de factores genéticos, es decir, la historia alimenticia de la madre, Cruz Coke abogaba por el aumento del consumo de carne en pos de la prevención de enfermedades como la tuberculosis infantil. Y en virtud de los resultados de una encuesta aplicada entre familias pobres de la capital, concluía que el consumo de leche por habitante no superaba los 100 g en promedio y que dado el alto consumo de trigo –aproximadamente la mitad de la ración alimenticia individual diaria– era pertinente aumentar sus propiedades energéticas, interviniendo en el proceso de producción de este cereal.⁴⁸

El informe del médico Julio Santa María, inspector dietista de la Dirección General de la Beneficencia, recogía información sobre la ingesta diaria de leche para el periodo 1912-1937, la que apenas fluctuaba entre los 115 y 92,9 gramos.⁴⁹ Entre las conclusiones, se sostenía que el déficit de producción era sustantivo, su costo sensiblemente más alto que el de otros alimentos protectores, por ejemplo, la carne, verduras y papas y la ración recomendada para embarazadas, nodrizas y niños debía ser significativamente superior a la del resto de la población.

Casi quince años más tarde del texto clave de Cruz Coke, citado anteriormente, los médicos Jorge Mardones Restat y Ricardo Cox revisaban las características del abastecimiento y precios de los principales productos consumidos y

48 Eduardo Cruz Coke, "Los equilibrios alimenticios y la alimentación del pueblo chileno" (clase inaugural del curso de química fisiológica y patológica del año 1928), *Revista Médica de Chile*, año LVI, n° 4, junio de 1928, pp. 519-549.

49 Julio Santa María, "Características de la alimentación en Chile", *Revista Médica de Chile*, Año LXIX, n° 6, junio de 1941, pp. 308-322.

sugerían pasos para una futura política de alimentación de 1942.⁵⁰ Respecto de la leche se indicaba que la producción no se distribuía uniformemente por el territorio nacional: solo entre Aconcagua y Llanquihue se producía el 91% de la leche. La producción del licor vital era principalmente de carácter industrial y no doméstico, y la escasez y pobreza de las instalaciones fabriles no eran un dato menor.⁵¹

A juicio de los autores, el consumo de leche en el país era bajo; según el censo agropecuario de 1936, la producción del año anterior había sido de 2.277.682 hectolitros,⁵² lo que representaba en promedio un consumo de 50.53 litros por habitante, cifra que agrupaba al grupo lácteo en todas sus modalidades (leche fresca, condensada, desecada, queso, mantequilla). Esta cifra crecía en centros urbanos como Santiago donde el promedio, para igual fecha, era de 63 litros por habitante, y a la leche se agregaban la mantequilla y el queso que llegaban a la ciudad. Los resultados de dos encuestas que estudiaban la estratégica relación entre consumo de leche y salario confirmaban dos tendencias: por una parte, la falta de hábito de consumo de leche en hogares económicamente provistos y el aumento gradual del consumo en la medida que crecía el salario.

Para los autores, la ley N° 4.869 de pasteurización de la leche dictada en 1930, y vigente en Santiago desde 1935, trajo consigo un cambio notable en la distribución de la leche. La leche transportada por carretelas y por ferrocarril, que no estaba protegida por la acción de frigoríficos, sufría serios reveses en su calidad. Al entrar en vigencia la pasteurización, esa leche era *destinada a industrialización por su acidez. Dejó entonces de venir a Santiago, para industrializarse en queso y mantequilla, y fue sustituida por leche producida en los alrededores de la capital, transportada en camiones automóviles. De este modo, el tiempo transcurrido entre la ordeña y la recepción en la planta pasteurizadora se redujo al mínimo.*⁵³ Un informe de la Municipalidad de Santiago de 1936, señalaba que el 80% de la leche llegaba en camión, un 13% en carretela y solo el 7% en ferrocarril.

La pasteurización podía ser realizada por cualquier productor o industrial, por ejemplo, lo fue la Caja del Seguro Obligatorio (CSO), que instaló una planta; la Central Santiago, que recibía la mayor cuota de leche de consumo capitalino, proceso altamente beneficioso desde una perspectiva sanitaria. Sin embargo, la competencia con otras plantas particulares, que podían asegurar mejor la clientela, fue una de las razones de las cuantiosas pérdidas que la CSO sufrió por esos años. Lo cierto es que la CSO terminó comprando las otras plantas convirtiendo la pasteurización de la leche en un monopolio que, inevitablemente, encarecía el

50 Jorge Mardones Restat, Ricardo Cox, *La alimentación en Chile. Estudios del Consejo Nacional de Alimentación*, Santiago, Imprenta universitaria, 1942.

51 Mardones Restat *et al.*, pp. 42-44.

52 Medida de capacidad equivalente a 100 litros.

53 *Ibid.*, p. 51.

proceso de producción, contribuyendo al descenso del consumo entre quienes no podían pagar el nuevo precio.⁵⁴

Consumo lácteo y política estatal

Junto a las transformaciones tecnológicas que beneficiaron los indicadores de mejor producción y distribución de la leche, particularmente desde la perspectiva sanitaria, el fomento del consumo de la leche estuvo dado por ciertos hitos en la política estatal de la época. Se cuentan entre los antecedentes de aquellas políticas, los primeros servicios de distribución de leche entre la población más pobre, provistos por la caridad privada, y conocidos como las Gotas de Leche.

Más adelante se contó con la modesta acción de los servicios Madre y Niño de la Caja del Seguro Obligatorio, reforzada por la gestión del ministro Eduardo Cruz Coke, quien se propuso estimular, a través de las leyes de Medicina Preventiva y Madre y Niño, el consumo de una alimentación rica en proteínas en que la leche aparecía como un componente insustituible para el desarrollo del organismo.

La distribución láctea que hacían los servicios asistenciales planteó la necesidad de diversificar las modalidades ante desafíos ligados a la producción y conservación láctea y respecto de la población infantil que la recibía. En los consultorios de la Caja del Seguro se entregaban tres tipos de leche que eran distribuidas en diferentes dosis, sometidas a distintos sistemas de conservación y envasado: condensada, desecada y pasteurizada. La distribución de los tipos de leche se hacía de acuerdo a las características de las zonas en que están ubicados los consultorios o con factores de otra índole.⁵⁵

El médico de la CSO, Raúl Ortega, que también trabajaba en el Hospital Roberto del Río, publicó un pequeño instructivo motivado por las preguntas que recibía de médicos de provincias, sobre el empleo de la leche albuminosa y del *babeurre* en tratamientos pediátricos. Su análisis recogía la experiencia de *clínicas y centros pediátricos de Santiago* y la transmitida por *los clásicos de la pediatría en sus manuales y tratados, muy interesantes, muy valiosos, pero de difícil consulta para el médico general que ejerce en pequeñas ciudades o pueblos y para quién la pediatría es solo una aspecto de su noble, interesante y múltiple actividad.*⁵⁶

54 *Ibíd.*, pp. 52-54.

55 Pedro Araya. "Alimentación artificial el lactante sano", *Revista Chilena de Pediatría*, Año XIII, n° 8, agosto de 1942, pp. 715-767. La leche condensada era de marca 'Nestlé', la leche total desecada 'Marina', Pelargón Nestlé era leche completa desecada y acidificada y, además, leche albuminosa y Eledón Nestlé (*babeurre*).

56 Raúl Ortega, *La leche albuminosa y el babeurre en pediatría*, Edición de Divulgación de la Revista Medicina y Alimentación. Ed. Zig-Zag, 1937.

La leche albuminosa,⁵⁷ promovida por el pediatra alemán Heinrich Finkelstein, radicado en Chile en la década de 1940, era *el producto resultante de la fina suspensión del coágulo de un litro de leche en una mezcla de medio litro de babeurre y medio litro de agua.*⁵⁸ La disponibilidad de este tipo de leche dependía de su elaboración en grandes cantidades:

*Por eso su estado fresco, se ve limitado a clínicas donde se dispone de personal competente, leche de vaca de calidad irreprochable y de un buen babeurre. En cambio para el uso a domicilio, la industria ha obviado los inconvenientes con la preparación de leche albuminosa desecada, reconstituible en cualquier momento y con las mismas garantías que la leche albuminosa frescamente preparada. En este sentido goza de merecido prestigio entre nosotros la leche albuminosa en polvo "MILKO-SANTAS".*⁵⁹

Para Ortega, la promoción de la leche albuminosa en polvo y del babeurre producidos por la marca MILKO-SANTAS se debía a que eran *los más conocidos en el país, ya que diariamente están sometidos al control clínico que resulta de su empleo en los 2.500 niños de las Gotas de Leche y en los 8 a 10.000 niños en los consultorios lactantes de la Caja de Seguro Obrero.*⁶⁰

El control de los efectos de esta alimentación se centraba en la revisión pediátrica de la curva de peso semanal o quincenal en los lactantes menores y, cada tres o cuatro semanas, en los niños mayores y eutróficos. Las enfermeras sanitarias y las visitadoras sociales ejercían estrecha vigilancia de las modalidades de preparación de las mamaderas, especialmente entre aquellos niños que no progresaban satisfactoriamente. No obstante, el método de control más singular era la revisión de la entrega de los tarros sin etiqueta de la leche condensada, ... *exigiéndose, al mismo tiempo la devolución de los vacíos. Esta política es de absoluta necesidad en nuestro país, dada la idiosincrasia de la gente del pueblo.*⁶¹

La idealización de la cruzada alimenticia promovida por algunos médicos merece contrastarse con las noticias de los problemas cotidianos –escasez del vital elemento y exceso de demanda– que traía consigo la distribución de la leche entre las madres inscritas en servicios estatales:

Ante reiterados reclamos que nos habían llegado sobre la forma en que se hace la repartición de la leche a \$0.80 el litro para el consumo popular y de las madres

57 Leche ácida, rica en proteínas y pobre en grasa e hidratos de carbono, empleada en el tratamiento de las diarreas infantiles.

58 Ortega, *La leche albuminosa...*, p. 1.

59 Ortega, *La leche albuminosa...*, p. 2-3. Babeurre o suero de leche de vaca, usado en recién nacidos con intestinos delicados y con trastornos digestivos agudos. Su valor calórico es pequeño por lo que se recomienda su uso solo en un breve periodo. Ortega definía la leche ácida y descremada, babeurre (voz francesa) como un producto del "empirismo" pues era preparada por algunas clínicas Su engorrosa preparación era similar a la leche albuminosa.

60 Ortega, *La leche albuminosa...*, p. 8.

61 *Ibid.*, p. 754.

*necesitadas en los puestos que mantiene el Ministerio de Salubridad, hemos comprobado que efectivamente en el puesto que está en San Francisco 668, la cantidad de que se dispone duramente no alcanza ni para la mitad de las doscientas personas inscritas, debiendo retirarse los compradoras con las manos vacías, lo que pasa desde el momento mismo que se inaugurara la venae de leche popular, hace ya como un mes.*⁶²

La producción deficitaria de leche, sin duda, era uno de los problemas más graves para la política de distribución del vital elemento entre la población pobre y más joven. A juicio del médico Arturo Scroggie, los estímulos para los productores no eran atractivos pues junto a los imprevistos habituales de cualquier actividad ligada a lo agropecuario, las restricciones estatales al precio de la leche se convertían en un desincentivo para el negocio. Por otra parte, si bien las políticas de pasteurización habían mejorado la calidad sanitaria de la leche la habían encarecido, restringiendo su consumo al *núcleo asalariado*.⁶³ No obstante, Scroggie confiaba en que el fomento de la pasteurización podía verse favorecido con la instalación de industrias en zonas de abundante producción. La leche fresca así se convertiría en desecada o condensada, asegurando su conservación por más tiempo, fenómeno que comenzaba a ser visible, pues la producción de leche condensada se había incrementado de 6 millones de tarros en 1936 a 16 y 17 millones en 1941. Pero había que considerar que en el proceso se producían filtraciones que arriesgaban la higiene del mismo y que entre 50 y 60 mil litros de leche eran producto directo de establos y comercializada clandestinamente.⁶⁴ Tampoco había que perder de vista que la existencia de una central de pasteurización, en la década de 1940, no era garantía de elaboración de una leche de buena calidad, pues la proliferación de bacterias para Scroggie era altamente posible ante la ausencia de un sistema de transporte refrigerado:

*En consecuencia, la cocción como la pasteurización, aporta un beneficio relativo sólo a aquellas personas, mejor dicho a la gente adinerada, que puede mantener la leche pasteurizada o cocida en refrigeración. Pero en cuanto a la gente proletaria, la leche llega en malas condiciones, porque no paga el envase y hay necesidad entonces del trasiego a un recipiente no muy higiénico y en contacto con moscas y mosquitos que pueden ser vectores de infecciones entéricas, especialmente del bacilo disintérico.*⁶⁵

Pero no todas las conclusiones eran negativas. Según el análisis de Scroggie, los efectos de las políticas de distribución de leche, examen médico preventivo, enseñanzas de la puericultura, y difusión de una dieta basada considerablemente en alimentos industriales, a base de leche, eran factores que estimularon el descenso

62 "Reclamo sobre el expendio de leche para las madres", *Frente popular*, 4 abril, 1939, p. 2.

63 Arturo Scroggie, "El problema de la leche", *Revista Chilena de Pediatría*, Año XIII, n° 10, octubre de 1942, pp. 864-865.

64 Scroggie, "El problema de la leche", p. 865.

65 Scroggie, "El problema de la leche", p. 866.

de las tasas de mortalidad infantil entre la población beneficiada por la Caja del Seguro Obligatorio. La provisión de leche desecada, y luego condensada, habría favorecido a 70.000 niños:

Creo que esta gran cifra ha repercutido sobre la estadística de la mortalidad infantil, porque se ve que de 250 por mil en 1936, en el año 41 llega a 200 por mil y en las grandes ciudades ha bajado a 183 por mil.

No quiero entrar en detalles sobre los beneficios de este empleo de la leche condensada y desecada, pero tenemos desde luego que los medios de conservación son más fáciles y principalmente los medios de transporte; además, no existe el problema de la ebullición, artefactos de mamaderas ni agregados de azúcar, con lo cual se ha simplificado la dietética en estas instituciones médico-sociales.⁶⁶

Por sugerencia de médicos como Arturo Scroggie, a cargo de la sección Madre y Niño, la CSO entregaba alimentos de distintos tipos, entre ellos leches desecadas y condensadas en virtud de las precarias condiciones de las madres y de las dificultades de aquellas para prolongar la lactancia natural. Esta política asistencial podía tener efectos negativos en el compromiso de las madres de extender el amamantamiento el mayor tiempo posible. No obstante, otras voces como la del médico Pedro Araya, estimaban que la relación entre el abandono de la lactancia natural y su reemplazo por la artificial, se explicaba fundamentalmente por razones económicas más que por una voluntad de las mujeres:

No dejamos de reconocer, sin embargo, que esta política de dación de alimentos a los hijos de aseguradas adormece y extingue el sentido de responsabilidad de los padres frente a sus hijos, pero mientras subsistan en Chile los salarios de hambre, propios de una economía liberal de un Estado sin una economía controlada y dirigida, habrá que persistir en el temperamento adoptado por la CSO.⁶⁷

Esta política generaba ciertas aprensiones entre la comunidad médica. El propio Araya advertía que no se debía calificar a la CSO como *una institución oficial fomentadora y patrocinadora de la alimentación artificial*, pues la primera responsabilidad de la institución era fomentar *la prédica diaria del pediatra, enfermera, visitadora social y del subsidio de lactancia que alcanzara el 10% del salario base durante todo el periodo que la madre alimenta a su hijo y por un lapso de un año como máximo.⁶⁸*

La acción estatal debía concentrar sus esfuerzos en asegurar una alimentación adecuada entre la población más vulnerable que para los autores eran los recién nacidos, el niño, la madre embarazada y la que criaba, y el adulto, en general. Los nuevos fondos aportados a la CSO, a partir de las leyes Cruz Coke, permitieron financiar la distribución de leche, en distintas modalidades, en los servicios asistenciales de la madre y el niño. ¿Fue este factor determinante en el descenso de

66 Scroggie, "El problema de la leche", pp. 867-868.

67 *Ibid.*, p. 718.

68 Araya. "Alimentación artificial el lactante sano", pp. 717-718.

la mortalidad materno-infantil que comienza en la década de 1940? ¿Qué relación se puede establecer entre deficiencias nutritivas y mortalidad infantil? Según el texto de Mardones Restat y Cox, las enfermedades respiratorias como neumonía y bronconeumonía, las relativas a debilidades congénitas y distrofias, y las diarreas y enteritis acaparaban más del 60% de las causas de mortalidad infantil, y todas ellas tenían su principal origen en una alimentación defectuosa.⁶⁹ Específicamente, en las primeras el estado nutritivo del bebé al nacer y, en las otras, una lactancia materna deficiente o una lactancia artificial inadecuada. Se concluía categóricamente que el bajo consumo de leche entre las madres determinaba carencias alimenticias que se traducían en defectos físicos de sus hijos.

¿Se puede atribuir a la distribución masiva y gratuita de leche de iniciativas privadas y estatales, el descenso de la mortalidad infantil registrado a partir de la década de 1940? Es preciso señalar que el descenso se ha explicado, en parte, gracias a la introducción de los antibióticos en los tratamientos curativos de la medicina estatal durante esa década. Pero también el descenso de la mortalidad infantil -215 por mil nacidos vivos en 1932 y 162 por mil nacidos vivos en 1941- es atribuible a la ampliación de políticas estatales de distribución de leche como sostienen los estudios citados. Si bien se hace la salvedad que el destino de la madre después del parto, es decir, en el periodo de la lactancia, no constituía una *preocupación primordial* para ninguna institución.

La sección Madre y Niño concentraba la misión de disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad perfeccionando la distribución de leche entre sus beneficiados, pero no menos importante era seguir estimulando el amamantamiento, al menos en los primeros seis meses de vida, en virtud de las ventajas de esta alimentación. Los escasos estudios que comparaban los resultados entre los hijos de madres aseguradas y no aseguradas, enseña que el tiempo de lactancia entre el segundo grupo era menor en función de que las primeras recibían un auxilio de lactancia en dinero mientras amamantaban hasta los ocho meses del niño. También la *gratuidad absoluta de las leches para niños*, representaba un efectivo estímulo para disminuir el tiempo de lactancia.⁷⁰ Pedro Araya complementaba estas apreciaciones, señalando que de 5.000 madres del Seguro, ... *sólo 30% de ellas fue capaz de amamantar más allá de los tres meses y sólo el 7% más allá de los cinco meses*. Con este panorama, concluirá Scroggie, ... *la alimentación artificial adquiere para nosotros enorme importancia*.

Araya no estaba solo en su decepcionante conclusión. El médico Raúl Ortega en su calidad de Jefe de la sección Madre y Niño de la CSO hacía un juicio retrospectivo respecto de la expansión de la lactancia natural, concluyendo que

69 *Ibid.*, pp. 254-255.

70 Ortega, Raúl; Castro, Adriana. "Actitud de las madres frente al Seguro Social. (Comparación entre la asegurada y la no asegurada)" en *Boletín Médico Social de la CSO*, 1944, n° 120-122, oct-dic, pp. 487-492

era lamentable que se viviera en una época, 1945, en que había que ... afirmar y defender la opinión que ésta es la mejor forma de alimentar al lactante. Esto es lo que sucede hoy día, en que vemos que cada vez más es menor la capacidad de lactancia de las madres, sean ellas de clase acomodada o proletaria.⁷¹

Las políticas de subsidio a la lactancia natural y de subsidio de la alimentación también contenían en sí mismas incentivos perversos que podían potenciarse entre ellos como lo sugería la cita de Araya:

Habría que descontar también el pequeño porcentaje de las madres que podríamos llamar 'madres economistas', que hacen gala de su hipo o agalactia, siendo en realidad excelentes amas de leche, con el único objeto de recibir alimentos que luego venden o truecan en el comercio por otros, operación que les reporta mayor beneficio pecuniario que el auxilio de lactancia mismo. Así, por ejemplo, el promedio diario en dinero recibido por las madres aseguradas en calidad de auxilio de lactancia durante el año 1941, alcanzó a la exigua suma de \$0,57 y el año 1940 a \$0,48, en cambio en la otra forma percibían, por lo menos, \$0,75 a \$ 0,85 diarios.⁷²

La falta o disminución de la leche después del parto en las *madres del pueblo* era la ocasión en que aquellas recurrían, por ignorancia o prejuicios ancestrales, a la denostada alimentación farinácea exclusiva en lactantes de escasos meses, dando lugar a graves cuadros de trastornos nutritivos. Por tanto, la entrega de alimentos lácteos en la sección Madre y Niño no solo contribuía a ... *desplazar y relegar al olvido esta nefasta costumbre, sino que a influir directa e indiscutiblemente sobre la curva de mortalidad infantil...*⁷³

Los subsidios en alimentación eran una de las herramientas sustantivas de la medicina preventiva pre y post natal al anticiparse a la aparición de enfermedades como gestosis, distosis, sífilis y tuberculosis, contribuyendo, particularmente, en la disminución de la mortalidad de los pequeños entre los seis y 12 meses respecto de la de infantes entre cero a menos de seis meses.⁷⁴ Estas virtudes sostenían una cerrada admiración de Araya por el programa de la CSO respecto de la labor de la Gotas de Leche que solo tenían el control de aproximadamente 3.300 a 3.500 niños cuando en Chile existían más de 140.000 lactantes (no todos necesitaban ser atendidos por instituciones de protección social).⁷⁵ La trayectoria de la CSO revelaba un crecimiento sustantivo en la cobertura alimenticia: hasta 1936, el número de niños controlados alcanzaba a 5.000 menores de un año en todo el

71 Raúl Ortega, *Manual de Puericultura*, Santiago, Ed. Zig-Zag, 1945, p. 37.

72 Araya. "Alimentación artificial el lactante sano", p. 761.

73 Araya. "Alimentación artificial el lactante sano", p. 762.

74 Araya. "Alimentación artificial el lactante sano", p. 765

75 De ese total, el 51% aproximadamente correspondía a niños menores de 1 año; entre 1.680 a 1.780 lactantes.

país, en tanto que en 1942 esa cifra se empinaba a los 40.000, aproximadamente la cuarta parte de los nacidos vivos.⁷⁶

Conclusión

Un reciente estudio histórico dedicado a las políticas estatales de distribución láctea sostiene que el *problema de la leche* se explicaba, por una parte, porque era un producto esencial, pero de escasa y onerosa producción, deficiente desde el punto de vista sanitario y que estaba afectado por problemas de distribución y transporte. Adicionalmente su distribución no era *prioridad dentro de las reivindicaciones que exigían los sectores populares*.⁷⁷ No obstante, existen fuentes, como la investigación del médico Mardones Restat de 1951, que contradicen parte de esos supuestos cuando afirma que el obstáculo para ampliar la oferta estatal de entrega de leche no era *una escasa producción de leche, sino que una disponibilidad económica limitada de las instituciones para adquirirla*.⁷⁸ Según los cálculos presentados por este médico, las instituciones materno-infantiles solo compraban ocho millones de litros de los 750 que se producían, frente a este escenario el autor sostenía:

... si se aumenta el poder comprador, las industrias existentes podrán echar mano de estas fuentes para elaborar conservas de una mayor cantidad de leche. Por último, la pérdida de una mayor cantidad de leche en los meses de primavera y verano no sólo se producen en la zona ganadera del Sur, sino también en el Centro, cerca de grandes zonas de consumo como Santiago, en cuya planta pasteurizadora sobraron seis millones de litros en 1949 y siete millones en 1950. Este excedente será absorbido por la planta deshidratadora que se instalará en San Fernando con la ayuda de UNICEF.

*Estos antecedentes han justificado el rechazo por nuestro gobierno de recibir leche de UNICEF y la solicitud en cambio de ayuda, para instalar una planta deshidratadora de leche para aprovechar la producción estacional que no absorbe el consumo nacional.*⁷⁹

76 Araya. "Alimentación artificial el lactante sano", p. 766.

77 Mariela Aguilera y Carla Zúñiga. *Políticas estatales de asistencia social en Chile: el Problema de la Leche (1930-1970)*. Santiago, Tesis para optar al grado de Licenciatura en Historia, Universidad de Chile, enero de 2006, p. 7.

78 Francisco Mardones Restat. "Alimentación del lactante sano en servicios de protección materno-infantil. Uso de la leche semi-descremada. Discusión de los requerimientos del lactante menor de 1 año", *Revista Chilena de Pediatría*, Año XXII, n° 10, octubre de 1951, p. 415.

79 Mardones Restat, "Alimentación del lactante sano en servicios de protección materno-infantil", p. 415.

Bibliografía

- Aguilera, Mariela y Carla Zúñiga, *Políticas estatales de asistencia social en Chile: el Problema de la Leche, 1930-1970*. Santiago, Tesis para optar al grado de Licenciatura en Historia, Universidad de Chile, 2006.
- Araya, Pedro, "Alimentación artificial el lactante sano". En *Revista Chilena de Pediatría*, Año XIII, n° 8, agosto de 1942.
- Calvo Mackenna, Luis, "Alimentos y preparados de la leche patentados para niños". En *Revista Médica*, Año XLIII, febrero 1915.
- Cruz Coke, Eduardo, "Los equilibrios alimenticios y la alimentación del pueblo chileno" (clase inaugural del curso de química fisiológica y patológica del año 1928), *Revista Médica de Chile*, año LVI, n° 4, junio de 1928.
- Cruz Roja de Los Ángeles, *Cartilla de puericultura*, Chillán, La Discusión, 1930.
- Fernández Frias, E., *La salud de los niños o sea catecismo higiénico de la infancia*, Santiago, Imp. Victoria, 1885.
- Fuenzalida Bravo, Luis, *Para las madres, Profesor extraordinario de clínica infantil de la Universidad de Chile*, Santiago, s/editorial, 1922.
- Hidalgo, Wenceslao, *Medicina doméstica de la Infancia o sea consejos a las madres sobre el modo de criar, educar y curar a sus hijos por sí mismas*. Obra al alcance de todos y premiada en el Certamen Literario Científico del 17 de Septiembre de 1877, Santiago, Impr. El Progreso, 1885.
- Mardones Restat, Francisco, "Alimentación del lactante sano en servicios de protección materno-infantil. Uso de la leche semi-descremada. Discusión de los requerimientos del lactante menor de 1 año". En *Revista Chilena de Pediatría*, Año XXII, n° 10, octubre de 1951.
- Mardones Restat, Jorge, Ricardo Cox, *La alimentación en Chile. Estudios del Consejo Nacional de Alimentación*, Santiago, Imprenta universitaria, 1942.
- Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Consejo Nacional de Alimentación, *¿Por qué cada niño debe tomar al menos medio litro de leche al día?*, Serie de Difusión N° 1, Imprenta Universo, 1937.
- Moraga, Alfredo, P., *Higiene de la embarazada y del recién nacido*, Santiago, Imprenta de la Unión, 1888.
- Ortega, Raúl, *La leche albuminosa y el babeurre en pediatría*, Edición de Divulgación de la Revista Medicina y Alimentación. Ed. Zig-Zag, 1937.
- Ortega, Raúl, *Manual de puericultura*, Santiago, Ed. Zig-Zag, 1945.
- Ortega, Raúl, Castro, Adriana, "Actitud de las madres frente al Seguro Social (Comparación entre la asegurada y la no asegurada)". En *Boletín Médico Social de la CSO*, n° 120-122, 1944.
- Rolando G., Ricardo, *Consejos para las futuras madres y cuidado de los niños*, Valparaíso, Imp. Universo, 1938.
- Roos, Luis, "Métodos modernos de alimentación de las embarazadas". En *Acción Social*, Año X, n° 86, febrero 1940.
- Santa María, Julio, "Características de la alimentación en Chile", *Revista Médica de Chile*, Año LXIX, n° 6, junio de 1941.
- Santa María, Julio, *La alimentación como problema de salubridad*, Santiago, Imprenta Universitaria, 1946.
- Schwarzenberg, Otto, *Educación, alimentación e higiene del niño. Un consejero para las madres*, Santiago, Dirección General de Sanidad, Departamento de Bienestar de la Madre y del Niño, 1934.
- Scroggie, Arturo, "El problema de la leche". En *Revista Chilena de Pediatría*, Año XIII, n° 10, octubre de 1942.
- Sierra M., Lucas, Eduardo Moore, *La mortalidad de los niños en Chile, estudio enviado por Augusto Matte, ministro de Chile en Francia a la Oficina de la 1ª circunscripción del Registro Civil*

- en Valparaíso*. Publicación de la Sociedad Protectora de la Infancia, Imprenta y Litografía Central, Valparaíso, 1895.
- Torres, Isauro, *Cómo tener y criar hijos sanos y robustos*, Prólogo del Dr. Ángel C. Sanhueza. Santiago, Editorial Nacimiento, 1926.
- Valenzuela, Félix, *El libro de las madres*, Santiago. Editorial Cultura. Libro de Utilidad práctica n° 3, 1933.
- Valle O., Gastón, *Nociones fundamentales de puericultura y alimentación infantil para los médicos rurales*, Santiago, Imp. Gutemberg, 1935.
- Zárate, María Soledad, "Embarazo y amamantamiento: cuerpo y reproducción en Chile". En Rafael Sagredo y Álvaro Góngora, *Historia del Cuerpo en Chile*. Aguilar Chilena de Ediciones, Taurus, Santiago, 2010.