

La mortalidad infantil y la medicalización de la infancia. El caso de Titiribí, Antioquia, 1910–1950*

Óscar Gallo Vélez**

Jorge Márquez Valderrama***

Resumen

Este artículo presenta un estudio de caso de la "mortalidad infantil" en un importante distrito minero colombiano a comienzos del siglo XX. Se estudia lo local y lo rural sin sacrificar un análisis de los ámbitos nacionales e internacionales, pues se trata de un problema que emergió en el campo médico internacional y de Colombia a la par que se expandía y se consolidaba una nueva sensibilidad hacia la infancia. Las filiaciones, fuentes y herramientas teóricas de los médicos colombianos del período para tratar la infancia se inscriben en un vasto movimiento internacional que fue a la vez científico, político, económico y demográfico. Analizar un caso concreto, a partir de las fuentes

* Artículo recibido el 11 de octubre de 2010 y aprobado el 30 de mayo de 2011. Artículo de investigación científica y tecnológica. Este artículo es uno de los resultados de la investigación "Emergencia de la medicina rural en Antioquia en el siglo XX", del grupo de investigación "Producción, circulación y apropiación de saberes PROCIRCAS", financiada por Colciencias (código 111845221370) y la Dirección de Investigaciones de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín DIME. No existe ningún tipo de conflicto de interés que involucre a los autores o a los contenidos del texto.

** Historiador y Magíster en Historia de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín. Estudiante del doctorado en Historia de la Universidad Federal de Santa Catarina (Florianópolis, Brasil). Becario de la Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Integrante del grupo de investigación "Producción, circulación y apropiación de saberes, PROCIRCAS" (Colombia) y del Laboratório de História, Saúde e Sociedade-LABHISS (Brasil). Dirección de contacto: oscargallovelez@gmail.com

*** Doctor en enseñanza y difusión de las ciencias y las técnicas. Profesor asociado del Departamento de Estudios Filosóficos de la Facultad de Ciencias Humanas y Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín. Director del grupo de investigación "Producción, circulación y apropiación de saberes PROCIRCAS". Dirección de contacto: jmarquezvalderrama@gmail.com

del Archivo Municipal de Titiribí, da una idea de la dimensión local y regional de la mortalidad infantil, pero también aporta a la historiografía de la salud pública en las zonas rurales de Colombia.

Palabras clave: infancia, mortalidad infantil, puericultura, Titiribí-Antioquia, políticas públicas, gota de leche, historia de Antioquia, Colombia.

Abstract

This paper presents a case study on "infant mortality" in a major Colombian mining district in the early 19th century. Local and rural aspects are examined without sacrificing the analysis in the national and the international levels, since this issue emerged in the international and Colombian medical fields at the same time as a new responsiveness towards infancy was expanding and consolidating itself. Filiations, sources and theoretical tools used by Colombian physicians to treat infancy at the time fit in a wide international movement, which was a scientific, political, economic and demographic movement all at once. The analysis of a particular case, from Titiribí Municipality Records, illustrates the local and regional dimensions of infant mortality, while contributing to public health historiography in Colombian rural areas.

Key words: childhood, infant mortality, childcare, public policy, milk station, goutte de lait, history of Antioquia, Colombia.

Introducción

¿Por qué estudiar la mortalidad infantil en Colombia? Uno de los "Objetivos de Desarrollo del Milenio", según el plan de acción pactado en la ONU, es reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad de menores de 5 años. Para ese mismo período, a Colombia le competen las metas de reducir a 17 las muertes por mil nacidos vivos en menores de 5 años y a 10 en menores de un año.¹ Según la documentación oficial el progreso en esta materia ha sido palpable desde 1960, al pasar

1. Según el Ministerio de la Protección Social de Colombia, en 2010 la tasa de mortalidad infantil fue de 16 muertes por cada mil nacimientos, mientras en 2005 había sido de 18 por mil nacidos vivos. Véase COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, "Mejora la tasa de mortalidad infantil en Colombia" (2011), en <http://www.minproteccionsocial.gov.co/Paginas/EI80delasmujeresmenoresde25a%C3%B1oshaparticipadoalgunavezenactividadessobreeducaci%C3%B3nsexual.aspx> (consultada el 29 de octubre de 2010).

de 60 por mil a menos de 30 en el quinquenio 1995-2000. No obstante, se afirma que "a pesar de los esfuerzos realizados [...] persiste la brecha rural-urbana [...] reflejo de la inequidad de vida y desarrollo de los niños"².

Este artículo presenta un estudio de caso de la "mortalidad infantil" (entendida como mortalidad en los primeros cinco años de vida)³ en un importante distrito minero colombiano a comienzos del siglo XX. Estudiar lo local y lo rural no significa sacrificar un análisis de los ámbitos nacionales e internacionales, pues, por un lado, el problema estudiado tiene la particularidad de haber emergido simultáneamente en Europa y las Américas y, por otro lado, la nueva sensibilidad hacia la infancia, así como las filiaciones, fuentes argumentales y herramientas teóricas de los médicos colombianos para tratar la infancia se registran en un vasto movimiento internacional que fue a la vez científico, político, económico y demográfico. De ahí que el problema local se comprenda mejor al inscribirlo en los contextos nacional e internacional de la historia de la mortalidad infantil.

Analizar un caso concreto, a partir de las fuentes del Archivo Municipal de Titiribí, aporta una idea de la dimensión local y regional de la mortalidad infantil, pero también contribuye a la historiografía de la salud pública en las zonas rurales de Colombia. Otro argumento para estudiar la mortalidad infantil es la escasez en la historiografía colombiana de resultados de investigación sobre este problema.

2. COLOMBIA, DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN, *Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Informe de Colombia Objetivos de Desarrollo del Milenio 2005*, Bogotá, Departamento Nacional de Planeación y Sistema de Naciones Unidas en Colombia, 2006, p. 109.

3. La mortalidad infantil (MI) en la documentación consultada generalmente se refiere al conjunto de muertes ocurridas entre el momento del nacimiento y el segundo año de vida. Los autores que se analizaron están de acuerdo en que se trata de la etapa de la vida humana de mayor vulnerabilidad frente a las enfermedades y de mayor riesgo de muerte. Ahora bien, la OMS considera muertes preescolares las que ocurren en niños de 1 a 5 años, y muertes infantiles, en menores de 1 año. El mejor indicador para medir la exposición acumulada al riesgo de morir durante los primeros años de vida es la mortalidad en la infancia, que abarca desde el momento del nacimiento hasta antes de los cinco años de edad. La UNICEF y la OMS definieron como indicador de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) el uso de la probabilidad de morir antes de los cinco años, la cual se obtiene al dividir las muertes de menores de cinco años de un lugar y período determinados sobre los nacidos vivos (NV) de ese mismo lugar y período, para después multiplicar el cociente por 1.000, reconocida como Tasa de Mortalidad en Menores de 5 años por 1.000 nacidos vivos.

Historiadores como Beatriz Castro y James Henderson y epidemiólogos como Jaime Carmona⁴, aunque no en trabajos especializados en la historia de la infancia en Colombia, han señalado cambios en las cifras de la mortalidad infantil para intentar comprender transformaciones positivas de la situación material de los colombianos en las primeras décadas del siglo XX. Un lugar común se ha formado en torno a un supuesto descenso de la mortalidad infantil a partir de la tercera o la cuarta décadas, pero esto queda aún en el plano de las especulaciones, debido al escaso desarrollo de la epidemiología y la demografía históricas en el país. De todas maneras, desde diferentes enfoques y renovando las fuentes, los historiadores han constatado que en las primeras décadas del siglo XX en Colombia, en los ámbitos político, social y médico, creció cierta sensibilidad frente a las condiciones de vida, la salud y la mortalidad de los niños. Por otra parte, parece que la primera mitad del siglo XX fue un período de cambios epidemiológicos y demográficos, resultado de transformaciones económicas, sociales y político-sanitarias, de las cuales el grupo poblacional más sensible y más beneficiado fue la infancia, pero esto apenas comienza a evaluarse.

Esto nos lleva a examinar un campo historiográfico más reciente y especializado: el de la historia de la infancia en Colombia. En él se distinguen cuatro ejes de estudio principales: infancia y educación⁵; infancia y sociedad (condiciones culturales, sociales y formas de protección)⁶; infancia y trabajo⁷, e historia de la pediatría⁸. Las

4. Al respecto veáanse CASTRO CARVAJAL, Beatriz, *Caridad y beneficencia: El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007; HENDERSON, James David, *La modernización en Colombia, Los años de Laureano Gómez, 1889-1965*, Medellín, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín-Editorial Universidad de Antioquia, 2006, y CARMONA FONSECA, Jaime, "Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX", *Biomédica*, 25 (4), Bogotá, Instituto Nacional de Salud, 2005, pp. 464-480.

5. SÁENZ OBREGÓN, Javier, Óscar SALDARRIAGA VÉLEZ y Armando OSPINA LÓPEZ, *Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946*, vol. II, Medellín, Colciencias, Foro Nacional por Colombia, Universidad de los Andes, Universidad de Antioquia, 1997.

6. MUÑOZ, Cecilia y Ximena PACHÓN, *La niñez en el siglo XX. Salud, educación, familia, recreación, maltrato, asistencia y protección*, Santafé de Bogotá, Planeta, 1991. El historiador chileno Jorge Rojas hizo críticas a este trabajo, pues considera que no presenta claramente un enfoque teórico y en cierto modo victimiza la infancia: ROJAS FLORES, Jorge, "Los niños y su historia: un acercamiento conceptual y teórico desde la historiografía", *Pensamiento crítico*, Revista electrónica de Historia, 1, 2001, pp. 2-39.

7. GARCÍA LONDOÑO, Carlos Edward, *Niños trabajadores y vida cotidiana en Medellín 1900-1930*, Medellín, Universidad de Antioquia, 1999.

8. YEPES, Jorge y Albenis MONTERROSA, "La salud y las enfermedades infantiles en Medellín: Clínica Noel,

posibilidades de estos ejes en ningún caso están agotadas y hay además otros todavía más inexplorados: mortalidad, instituciones de asistencia⁹, desnutrición, discursos médicos y enfoques de los modelos de asistencia en salud.

Al estudiar el problema de la medicalización de la infancia, los historiadores se han interesado particularmente en la mortalidad infantil y sus causas¹⁰. Se destaca la historiografía sobre el caso de Uruguay gracias a acontecimientos que favorecieron la sistemática y juiciosa acumulación de huellas. Este caso es singular porque en ese país de pequeño territorio, desde comienzos del siglo XX, se aplicaron políticas públicas que permitieron, por un lado, el acopio organizado y preciso de datos de cobertura nacional y, por otro, un sensible descenso de la mortalidad infantil¹¹, y en ese contexto, las estadísticas vitales sirvieron a los médicos para comprender la magnitud, así como las relaciones entre las acciones emprendidas y los períodos de estancamiento o avance del problema.

Además de la mortalidad infantil, en la historiografía latinoamericana¹² la medicalización de la infancia se ha estudiado desde otros puntos de vista orientados por otros problemas, como la medicalización de la familia y la mujer¹³; el surgimiento de

1924-1932", GUERRERO BARÓN, Javier (ed.), *Medicina y salud en la historia de Colombia*, Tunja, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 1997, pp. 163-172. RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, Pablo, "La pediatría en Colombia 1880-1960. Crónica de una alegría", Pablo RODRÍGUEZ JIMÉNEZ y María Emma MANARELLI (eds.), *Historia de la infancia en América Latina*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007, pp. 359-389.

9. Muñoz y Pachón traen algunas pistas sobre las instituciones de protección a la infancia en Bogotá. Para el caso de Medellín se puede citar el trabajo: LÓPEZ OSEIRA, Ruth, "Inventar la madre. Política, prácticas y representaciones de la maternidad en Medellín, 1930-1960", CEBALLOS GÓMEZ, Diana (ed.), *Prácticas, territorios y representaciones en Colombia 1849-1960*, Medellín, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, 2009, pp. 175-198.

10. BIRN, Anne-Emanuelle, "Child health in Latin America: Historiographic perspectives and challenges", *História, Ciências, Saúde -Manguinhos*, 14 (1), Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, julio-septiembre de 2007, pp. 677-708.

11. BIRN, A.E, Raquel POLLERO y Wanda CABELLA, "No se debe llorar sobre la leche derramada: el pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900-1940", *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, 14, Tel Aviv, Universidad de Tel Aviv, 2003, pp. 35-68; BIRN, A.E., "Doctors on record: Uruguay's infant mortality stagnation and its remedies, 1895-1945", *Bulletin of the History of Medicine*, 82 (2), Baltimore, American Association for the History of Medicine, 2008, pp. 311-354.

12. ROJAS FLORES, J., "Los niños y su historia: un acercamiento conceptual...".

13. VOSNE MARTINS, Ana Paula, "Vamos a criar seu filho, os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX," *Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15 (1), Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, enero-marzo de 2008, pp. 135-154.

la puericultura y la pediatría en la medicina universitaria; las trayectorias de instituciones especializadas como "Gotas de leche" y "Salas cuna"¹⁴; las políticas de salud y las legislaciones *ad hoc*, y los discursos y las políticas eugenistas¹⁵.

Este horizonte historiográfico coincide, a grandes rasgos, con la tendencia general en el ámbito internacional: mortalidad infantil y demografía histórica¹⁶, medicalización de la infancia, la mujer y la familia¹⁷, políticas públicas e instituciones

14. VIESCA TREVIÑO, Carlos, "La Gota de leche. De la mirada médica a la atención médico-social en el México postrevolucionario", AGOSTONI, Claudia (ed.), *Curar, sanar y educar: enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, UNAM, 2008, pp. 195-217; BIRN, AE., "No more surprising than a broken pitcher? Maternal and child health in the early years of the Pan American Sanitary Bureau", KRASNICK-WARSH, Cheryl y Verónica STRONG-BOAG, *Children's Health Issues in Historical Perspective*, Waterloo-Ontario-Canadá: Wilfrid Laurier University Press, pp. 73-100, 2005.

15. KUHLMANN, Moisés y MAGALHÃES, Maria das Graças Sandi, "A infância nos almanaques: nacionalismo, saúde e educação", *Educação em Revista*, 26 (1), Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação, 2010, pp. 327-350; WADSWORTH, James y Marko TAMERA, "Children of the Patria: Representations of childhood and welfare state ideologies at the 1922 Rio de Janeiro International Centennial Exposition", *The Americas*, 58 (1), Berkeley, CA, Academy of American Franciscan History, 2001, pp. 65-90; SCHELL, Patience Alexandra, "Nationalizing children through schools and hygiene: Porfirian and revolutionary Mexico City", *The Americas*, 60 (4), Berkeley, CA, Academy of American Franciscan History, 2004, pp. 559-587.

16. RAMIRO FARIÑAS, Diego y Alberto SANZ-GIMENO, "Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española 1860-1990", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 27 (1), Madrid, Asociación de Demografía Histórica, 1999, pp. 49-87; SANZ GIMENO, Alberto. "Infancia, mortalidad y causas de muerte en España en el primer tercio del siglo XX (1906-1932)", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas Reis*, 4 (1), Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, enero 2001, pp. 129-154; BERNABEU-MESTRE *et al.*, "El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones", *Revista de Demografía Histórica*, 21 (1), Madrid, Asociación de Demografía Histórica, 2003, pp. 167-193; DOPICO, Fausto, "Desarrollo económico y social y mortalidad infantil. Diferencias regionales (1860-1950)", *Dynamis*, 5-6, Granada, Universidad de Granada, Facultad de Medicina, Departamento de Historia de la Medicina, 1985-86, pp. 381-396.

17. Este campo de la medicalización de la infancia incluye aspectos muy variados: puericultura, lactancia materna y alimentación infantil, prácticas populares de salud. Algunos ejemplos pueden ser mencionados: RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban y Enrique PERDIGUERO, "Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España siglos XIX y XX", *Historia, ciências, saúde-Manguinhos*, 13 (2), Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, abril-junio de 2006, pp. 303-324; MEDINA DOMÉNECH, Rosa María y E. RODRÍGUEZ OCAÑA, "Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX", *Dynamis*, 14, Granada, Universidad de Granada, Facultad de Medicina, Departamento de Historia de la Medicina, 1994, pp. 77-94; BALLASTER, Rosa y Emilio BALAGUER, "La infancia como valor y como problema", *Dynamis*, 15, Granada, Universidad de Granada, Facultad de Medicina, Departamento de Historia de la Medicina, 1995, pp. 177-192; RODRÍGUEZ OCAÑA, E. y Olga GARCÍA-DUARTE ROS, "Rafael García-Duarte Salcedo (1894-1936). Supuestos científico sociales de un médico puericultor en la Segunda República española", *Dynamis*, 4, Granada, Universidad de Granada, Facultad de Medicina, Departamento de Historia de la Medicina, 1984, pp. 175-197.

de protección a la infancia (gotas de leche, salas cuna, consultorios infantiles, maternidades y hospitales materno-infantiles)¹⁸; historias de la pediatría¹⁹; historia del trabajo infantil, y objetivación de las llamadas "enfermedades sociales", entre ellas, la tuberculosis²⁰.

Según la historiadora Anne-Emanuelle Birn, las investigaciones recientes sobre la infancia en América Latina, por los énfasis que hacen, podrían agruparse en una "subespecialidad de la historia de la medicina y la salud"²¹. De modo general —y similar al caso colombiano—, esas investigaciones abarcan sobre todo el período que va de la transición del siglo XIX al siglo XX hasta 1950, momento de la emergencia de nuevas sensibilidades hacia la infancia y de una creciente preocupación por la mortalidad infantil y las enfermedades asociadas al embarazo y al parto. En particular, en América Latina, el debate y las políticas sobre protección de la infancia alcanzan su punto más álgido entre 1920 y 1950.

Si en la primera mitad del siglo XX la mortalidad infantil ocupó un lugar preponderante en la política, la medicina y el derecho, a comienzos del presente siglo la formulación de los Objetivos del Milenio puso de nuevo en el horizonte de prioridades la preocupación por la infancia, y ese acontecimiento detonó el interés en diversos sectores de las ciencias sociales y humanas, y ahí se inscriben los interrogantes de este artículo.

18. SANTOS SANCRISTÁN, Marta, "Los inicios de la protección a la infancia en España (1873-1918)", *IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica (Murcia)* (2008), en <http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/Los%20inicios%20de%20la%20proteccion%20infancia.pdf> (consultada el 9 de enero de 2010); ROLLET, Catherine, "La santé et la protection de l'enfant vues à travers les congrès internationaux (1880-1920)", *Belin. Annales de Démographie historique*, 1 (101), Paris, Société de Démographie Historique, 2001, pp. 97-116.

19. Véase, KRASNICK-WARSH, Cheryl y Veronica STRONG-BOAG (orgs.), *Children's Health Issues in Historical Perspectives*, Waterloo Ontario-Canada, Wilfrid Laurier University Press, 2005. Este trabajo, dividido en cinco ejes, abarca las temáticas arriba señaladas: políticas, nutrición, dimensión racial y étnica, expertos (sobre el conocimiento médico), instituciones. Véase también, FEATHERSTONE, Lisa, "The value of an infant: The rise of paediatrics in Australia, 1880-1910", *Health and History*, 10 (1), Journal of the Australian and New Zealand Society for the History of Medicine, 2008, pp. 110-133.

20. MARÍN MARTÍNEZ, Porfirio, "El Preventorio Infantil Antituberculoso de Almería (1945-1965)", *Dynamis*, 10, Granada, Universidad de Granada, Facultad de Medicina, Departamento de Historia de la Medicina, 1990, pp. 275-301; REBER, Vera Blinn, "Poor, ill, sometimes abandoned: Tubercular children in Buenos Aires 1880-1920", *Journal of Family History*, 27 (128), Canada, Carleton University, April 2002, pp. 128-149.

21. BIRN, A.E., "Child health in Latin America ...", p. 678.

1. Pobreza, infancia y mortalidad infantil en Colombia

La pobreza material de la mayor parte de la población colombiana ha sido una realidad histórica incontestable desde antes y después de la república y del proyecto de Estado-nación²². Frente a este problema, más estructural que coyuntural, ha habido sensibilidades, preocupaciones, estrategias y propuestas de solución de muy diversa índole, pero no parece haberse acertado lo suficiente, pues las recientes cifras son aún desalentadoras²³.

Los historiadores James Henderson y Beatriz Castro, entre otros, hablan de una reducción de la mortalidad en Colombia durante la primera mitad del siglo XX, a causa del mejoramiento de las condiciones de vida y las reformas sanitarias, especialmente en las ciudades. Aunque la morbilidad asociada a enfermedades gastrointestinales y parasitarias varió, el panorama fue bastante heterogéneo, e incluso en buena parte de las cabeceras municipales alejadas de los centros urbanos los problemas de salubridad conservaron durante décadas un aire decimonónico, con la variante del aumento de la población. Parece que el factor más patogénico en casi todas las regiones seguía siendo el desigual acceso al agua limpia y la ausencia de redes de alcantarillado. De ello da testimonio la fuerte presencia de la fiebre tifoidea y de una gran variedad de enfermedades infecciosas y parasitarias asociadas al consumo de agua contaminada. La transformación sanitaria de Europa y Estados Unidos en el cambio del siglo XIX al siglo XX, considerada como ejemplo y meta, tardaba en llegar a las ciudades y a las regiones rurales de Colombia: "En 1934 solamente el 14% de los centros urbanos

22. Un estudio histórico reciente corrobora una vez más lo que parece una obviedad: CASTRO CARVAJAL, B., *Caridad y beneficencia...*, pp. 29-61.

23. Según un informe del 2009, entre los años 2002 y 2008 la pobreza en Colombia pasó de un 53,8% a un 46% de la población, y la indigencia pasó, en el mismo período, de un 15% a un 17,8% (DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN Y DANE, MESEP-*Misión para el Empalme de las Series de Empleo, Pobreza y Desigualdad*, Bogotá, 2009, pp. 24-36). No se trata aquí de debatir los resultados de la MESEP sobre los niveles de pobreza en Colombia, sin embargo, en términos más prosaicos se está en el umbral de pobreza cuando se gana 6,13 dólares diarios y en el de indigencia con 2,5. De acuerdo con otro informe: "[...] esto significa que una familia de cuatro personas está en situación de pobreza si vive con menos de 1.086.000 pesos al mes y de indigencia si sus recursos mensuales no sobrepasan los 468.000 pesos", ver VARGAS, Lina, "¿Qué hay detrás de las cifras?", Centro de Investigación y Educación Popular (CINEP), 16 de octubre de 2009, en <http://www.cinep.org.co/node/761> (consultada el 29 de octubre de 2010).

colombianos tenían suministro de agua, electricidad y alcantarillado"²⁴. En los años 1930, en las zonas rurales y en los "pueblos" eran rarísimos los alcantarillados completos, muy pocas poblaciones contaban con mataderos, sistemas de recolección de basuras, plaza de mercado cubierta o expendio higiénico de víveres²⁵.

En cuanto al control de una de las parasitosis más expandidas, la anquilostomiasis²⁶, las campañas para la construcción de letrinas y escusados, asesoradas desde 1918 por la Fundación Rockefeller, no alcanzaban a cubrir la mayoría de lugares infectados, aunque la desparasitación con aceite de quenopodio se propagaba cada vez más. En 1937 se estimaba un índice global de infestación por uncinariasis del 95%, es decir, de 98.648 exámenes coprológicos realizados ese año, únicamente 3.960 fueron negativos. Estas cifras reflejan parte de la realidad sanitaria de los campesinos colombianos. El 70% de la población rural continuó por largo tiempo sometida a "pésimas" condiciones de habitación, a la ausencia de "protección contra las endemias tropicales"; a esto se suman los reducidos salarios, la alimentación inadecuada, el trabajo excesivo y las carencias de vestido y calzado²⁷.

Respecto de las dificultades de la población rural, en 1937 Antonio García afirmaba sobre los campesinos de Caldas: "Acosado por las deudas permanentes a pesar de la intervención de la familia en el cultivo y el beneficio del café, el pequeño cultivador, propietario o agregado, tiene que recortar a su alimentación, a su vestido, a su higiene, a su cultura [...]"²⁸. En 1953, el médico Humberto Salazar hizo un dramático balance: la malnutrición generalizada en todas las clases sociales colombianas que, según él, era causada primero por la excesiva pobreza y segundo por la ignorancia²⁹.

24. CASTRO CARVAJAL, B., *Caridad y beneficencia...*, p. 36.

25. REPÚBLICA DE COLOMBIA, *Anexo a la memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social*, Bogotá, El Gráfico, 1938, p. 66.

26. En las fuentes consultadas para esta investigación predomina el uso de la palabra "anquilostomiasis", pero esta enfermedad es nombrada también "anemia tropical" o "uncinariasis" en el campo científico. Su denominación popular a lo largo del siglo XX en Colombia es "tuntún".

27. REPÚBLICA DE COLOMBIA, *Anexo a la memoria...*, p. 66.

28. GARCÍA, Antonio, *Geografía económica de Caldas*, Bogotá, Banco de la República, p. 218, citado por HERNÁNDEZ, Mario, *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2002, p. 99.

29. SALAZAR SALAZAR, Humberto, *Hambre humana (observaciones de un médico rural)*, Tesis doctorado en Medicina y Cirugía, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Pax, 1953.

Todo esto muestra cuán difícil es deshilar la madeja de factores que han afectado históricamente los índices de mortalidad y de morbilidad de Colombia y, en especial, los de la población infantil.

De acuerdo con los datos estadísticos recogidos por el doctor Tiberio Rojas para su ponencia ante el Tercer Congreso Médico Nacional, reunido en Bogotá en 1918, las enfermedades gastrointestinales en Colombia mataban anualmente cerca del 34,4% de los niños menores de dos años y el 18,7% entre dos y diez años. Un 28,4% de los niños moría por infecciones del aparato respiratorio como bronconeumonía y neumonía. Para la capital de la República, Tiberio Rojas sacó los datos del informe del director general de higiene de Bogotá. Se estimaba allí que la mortalidad en menores de un año era de 9,44 y en los de dos a diez años de 4,9 por cada mil habitantes. Del mismo informe extrajo Rojas que de la mortalidad general de Bogotá, en 1917, el 33,1% fueron menores de un año y el 7,7% niños de dos a diez años. También presentó estadísticas de Cali y Barranquilla, ciudades donde la gastroenteritis aparecía como la enfermedad dominante.

En 1919, ante el Cuarto Congreso Médico Nacional, el doctor Miguel Arango completó los datos estadísticos sobre la mortalidad infantil en Barranquilla. Los había presentado el año anterior al Presidente de la Junta Central de Higiene. En ambas ocasiones había señalado la necesidad de crear una "gota de leche" en Barranquilla donde, en 1918, la mortalidad infantil había alcanzado los 806 niños, o sea el 67,19% de la mortalidad general de la ciudad. De esas muertes infantiles, el 41,4% correspondía a "infecciones diarreicas" y el 5,5% a atrepsia³⁰. Según Arango, la creación de las "gotas de leche" evitaría la mortalidad por enfermedades fácilmente controlables

30. Respecto al concepto de "atrepsia" no hay unanimidad en el corpus consultado. De ahí que, en lugar de proponer una definición de diccionario médico, se prefiera aquí recurrir a las fuentes. Para Cardona, la atrepsia era una variación de la gastroenteritis, por lo tanto se podría presumir un gran subregistro de niños muertos por deficiencia nutricional. Véase, CARDONA CORREA, Pedro Nel, "Contribución al estudio de la mortalidad infantil en la ciudad de Medellín", Tesis de doctorado en Medicina y Cirugía, Medellín, Universidad de Antioquia, 1918, p. 35. Según el médico Andrés Borja, la atrepsia era una infección gastrointestinal crónica cuya manifestación más visible eran los síntomas de una "nutrición comprometida": enflaquecimiento considerable, piel delgada que se deseca y conserva los pliegues que se le imprimen al pellizcarla, aspecto de viejo descarnado, fontanelas deprimidas, córneas secas y sin brillo, piel con erupciones y ulceraciones, respiración lenta y débil y pulso imperceptible. Véase, BORJA, Andrés, *Contribución al estudio de algunos trastornos de origen alimenticio en los niños*, Tesis de Medicina y Cirugía, Universidad de Cartagena, Cartagena, Imprenta Departamental, 1925, p. 29.

de unos 368 niños cada año, si se aplicaba además una adecuada profilaxis de la alimentación³¹. Por su parte, Tiberio Rojas expone que, en 1915, en Colombia, murieron 10.839 niños menores de un año, 7.735 menores entre uno y dos años, 5.454 de tres a cinco años y 3.879 de seis a diez años. Para el conjunto del país, Rojas concluye que entre 1914 y 1917 más del 80% de las muertes de niños eran causadas por infecciones y, por lo tanto, prevenibles³².

Los datos utilizados por Rojas y Arango son fragmentarios. Los del primero provienen de las direcciones de higiene de 14 departamentos y 2 intendencias, las únicas que pudieron enviarle alguna información. Se puede sospechar un margen de error inmenso en esos datos, sobre todo si se tiene en cuenta el muy probable subregistro y las condiciones precarias en que se recogía la información, pues muchas veces lo que se hacía era pedirla por telegrama a funcionarios sin ninguna instrucción en medicina³³. Sería ingenuo leer literalmente esas cifras, o creer que facilitan una interpretación del estado epidemiológico de Colombia a comienzos del siglo XX, donde, en términos estrictos, no había estadística ni epidemiología, sino más bien diversos usos de la cifra que sería necesario analizar³⁴.

Aun así, el historiador no puede despreciar estos acontecimientos: la sustentación de una tesis de medicina en 1918 sobre la mortalidad infantil y, la lectura en 1918

31. ARANGO, Miguel, "Gota de leche y sala cuna en Medellín", *Revista Médica de Bogotá*, XL (474-486), Bogotá, Academia de Medicina de Bogotá, enero-diciembre de 1922, p. 183.

32. ROJAS, Tiberio, "Mortalidad infantil-Gota de leche (Conferencia Tercer Congreso Médico Nacional, Cartagena)", *Revista Médica de Bogotá*, 36 (429-432), Bogotá, Academia de Medicina de Bogotá, abril-julio de 1918, p. 265.

33. En 1931 el Director Nacional de Higiene en informe al Ministro de Gobierno le decía que en muy pocos departamentos se llevaba registro de los nacimientos, de modo que los datos sobre mortalidad infantil tenían este error. GARCÍA MEDINA, Pablo, *Informe del director, jefe del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1931, p. 135.

34. Es probable que un uso retórico de las cifras por parte de los médicos colombianos tuviera como objetivo alarmar a las autoridades y a la sociedad, sensibilizarlas, y así sacar adelante la reforma sanitaria. Con la lepra, casi todas las estadísticas del país, cuál de todas más alarmante, durante el período 1890-1925, fueron manipuladas por los médicos y más tarde desmentidas. Esta "retórica de la exageración" ha sido analizada por dos historiadores: OBREGÓN TORRES, Diana, *Batallas contra la lepra. Estado, medicina y ciencia en Colombia*, Medellín, Eafit, 2002 (sobre todo los capítulos 4 y 5, pp. 159-248), y MARTÍNEZ Martín, Abel Fernando, *El Lazareto de Boyacá: Lepra, Medicina, Iglesia y Estado 1869-1916: cómo Colombia fue convertida en la primera potencia leprosa del mundo, y Boyacá, en una inmensa leprosería*, Tunja, UPTC, 2006.

y en 1919, en sendos congresos médicos nacionales, de ponencias que relacionaban la fuerte mortalidad infantil de Colombia con las enfermedades gastrointestinales, las infecciones respiratorias y la desnutrición y, además, la presentación de la tecnología sanitaria de las "gotas de leche" como una estrategia salvadora³⁵.

Según el informe del Ministerio del Trabajo, Higiene y Previsión Social, en 1938 aún no había en Colombia estadísticas fiables como para sacar conclusiones precisas sobre mortalidad, no obstante, se estimaba que en 1935 el 51,9% de la mortalidad general de Colombia había sido de menores de 15 años, y en 1936 el porcentaje de muertes en menores de 15 años fue de 52,7%.

Tabla 1. Mortalidad Infantil en Colombia 1935-1936

| Edad | Tasa 1935 | Porcentaje 1935 | Tasa 1936 | Porcentaje 1936 |
|----------------------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|
| Menores de 1 año | 38,561 | 30,50% | 37,839 | 29,10% |
| De 1 año a menos de 5 años | 20,544 | 15,30% | 22,505 | 17,30% |
| De 5 a menos de 15 años | 7,69 | 6,10% | 8,158 | 6,30% |
| De 15 a menos de 50 años | 32,086 | 25,50% | 29,834 | 22,90% |
| De 50 a menos de 70 años | 15,672 | 12,40% | 16,086 | 12,40% |
| De 70 a más años | 10,555 | 8,40% | 14,577 | 11,20% |
| No especificados | 958 | 0,80% | 977 | 0,80% |

Fuente: Elaborada a partir de los datos de: REPÚBLICA DE COLOMBIA, *Anexo a la memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social*, Bogotá, El Gráfico, 1938, p. 68.

Las causas de mortalidad eran inciertas. El 32,5% de las muertes aparece clasificado como causas no especificadas, mal definidas o con certificado de defunción expedido por personas sin título de médico. La situación de morbilidad es muy difícil

35 Al hacer la historia de la gota de leche y la protección sanitaria de la infancia en México, el historiador Carlos Viesca muestra que también en ese país la medicalización de la infancia comenzó por la atención a la alimentación y la crianza, ésta a su vez motivada por la elevadísima tasa de mortalidad infantil de comienzos del siglo XX. Véase, VIESCA TREVIÑO, C., "La Gota de leche. De la mirada médica a la atención médico-social en el México postrevolucionario", pp. 196-198. Un segundo hallazgo coincidente para los casos de México y Colombia es la inscripción de la atención a la mortalidad infantil en la objetivación médica de las enfermedades ligadas a la pobreza, sobre todo las respiratorias agudas y las gastrointestinales. Véase, VIESCA TREVIÑO, "La Gota de leche...", p. 199.

de rastrear, pero los reportes hablan del predominio de paludismo, tuberculosis, gripe o influenza, disenterías, fiebre tifoidea, bronconeumonías, diarreas en menores de dos años y bronquitis³⁶.

Con esto no se pretende hacer epidemiología histórica, sino subrayar los fuertes indicios de la grave situación de los niños denunciada por los médicos, en un momento en que se instauraban la higiene y la asistencia públicas en Colombia como estrategias de gobierno, y emergía una nueva sensibilidad social que ponderaba la protección especial de la infancia.

2. El problema de la mortalidad infantil en Titiribí, 1920-1950: un terreno de acción para la medicina social

En 1922, los datos registrados por el médico oficial de Titiribí, Jaime Orozco Ramírez, revelaron 56 niños menores de tres años muertos por lombrices, raquitismo y sarampión. Los registros de las dos primeras corresponden a los meses de mayo y junio y los de sarampión a una epidemia de julio. Esta constatación hizo que el doctor Orozco manifestara su inquietud por la "notoria mortalidad infantil" y las difíciles circunstancias que la originaban. Recordó la importancia de la higiene de la infancia para la conservación y el mejoramiento de la raza y concluyó con pesimismo: "[...] la inutilidad de indicarle a una madre obrera las condiciones de crianza de sus hijos, si tiene que dejarlos desde por la mañana hasta por la noche que vuelva del trabajo"³⁷. Al final del año, en otro informe, se sumaron 39 defunciones del mes de octubre, de las cuales 33 fueron de niños. Si bien, según Orozco, ese mismo mes habían nacido 45 niños, "eso no aminora" la gravedad de la situación. Para él, la cifra de mortalidad "[...] era exponente bien significativo de la culpable indiferencia con que se mira la salud de la infancia"³⁸.

En Titiribí el escenario era desolador. El 92% de las muertes reportadas por el médico oficial durante 1922 fueron de niños menores de dos años, y en 1925 el 70,6% de las 323 muertes fueron infantiles. Al respecto, en octubre de 1925 anotaba

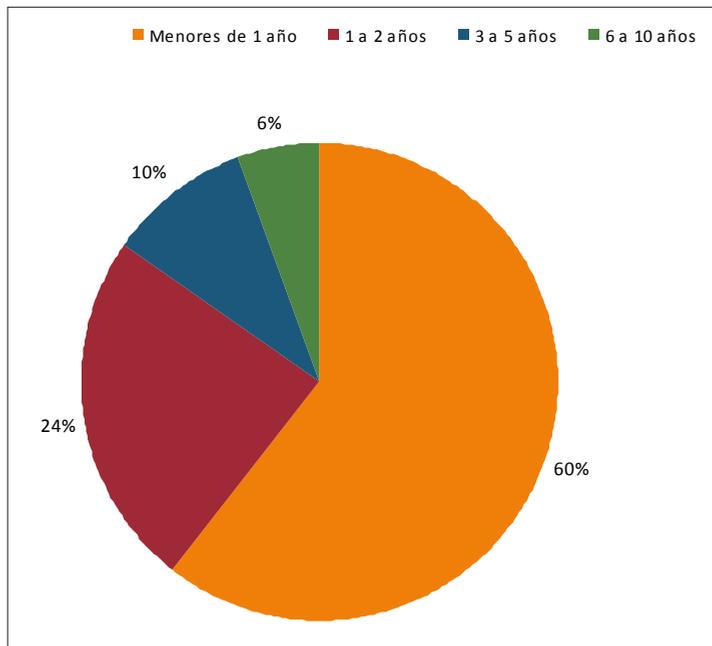
36. REPÚBLICA DE COLOMBIA, *Anexo a la memoria...*, p. 70.

37. ARCHIVO MUNICIPAL DE TITIRIBÍ (AMT), VARIOS, Informe trimestral médico oficial, 1º de agosto de 1922.

38. AMT, VARIOS, Informe trimestral médico oficial, 1º de diciembre de 1922, s.f.

Jaime Orozco: "Las defunciones durante el mes en el Municipio fueron 27, entre las cuales se encuentran 18 niños que equivale a un 66% de la mortalidad infantil número exagerado, que tiene hondas raíces en la miseria del pueblo, y especialmente del minero"³⁹. Estos datos concuerdan con los de la mortalidad infantil del departamento de Antioquia, de acuerdo con el informe del director departamental de higiene, doctor Vespasiano Peláez: 85% de los niños muertos en el departamento eran menores de tres años, es decir, 5.294 niños (véase el gráfico 1).

Gráfico 1. Mortalidad en menores de 10 años en el departamento de Antioquia (1923) expresado en porcentaje de edad



Fuente: Elaborado a partir de los datos de ARCHIVO HISTÓRICO DE ANTIOQUIA (AHA), SECRETARÍA DE HIGIENE, Peláez, Vespasiano, Informe que presenta el director departamental de higiene al Sr. Pablo García Medina, Director Nacional de Higiene, 1923.

39. AMT, ALCALDÍA PAPELES VARIOS, Informe médico oficial, octubre de 1925, s.f.

En su informe de labores de 1925, el médico oficial de Titiribí apuntaba que en 47 casos se ignoraban las causas, mientras en 17 las catalogó como "otras". De las muertes infantiles, 91 fueron causadas por enfermedades del aparato digestivo, atrepsia, consunción y raquitismo⁴⁰. Incluso en los casos de las muertes por causa desconocida y las clasificadas como "otras" era posible suponer causas asociadas a la mala alimentación como edemas en miembros inferiores, hipo o hiperpigmentación de la piel, retardo psicomotor y cuadros febriles. El número de muertes infantiles cuya causa se ignoraba se explica, en parte, por la dificultad para elaborar un diagnóstico en "[...] los recién nacidos muertos en los primeros días de vida"⁴¹. En efecto, como señalaba el doctor Juan Bautista Londoño, la dificultad para identificar las causas de la mortalidad infantil radicaba en la regularidad y la complejidad de los cuadros clínicos que casi siempre involucraban parásitos intestinales. De manera que generalmente se veían acompañados de dispepsias, gastroenteritis, rectitis, nefritis, anemias y neurosis⁴².

Londoño clasificó la mortalidad infantil en cuatro grupos, según las causas: 1) enfermedades de los recién nacidos o "sépticas de los recién nacidos" (tétanos, meningitis, congestión, debilidad congénita, asfixia y falta de cuidados, infecciones, descenso); 2) "infecciones alimentarias" o parasitarias y gastrointestinales (gastroenteritis, enteritis-diarreas, colerín, lombrices, parásitos intestinales, disenterías, consunción, atrepsia y raquitismo); 3) "afecciones traqueo-bronco-pulmonares" (bronquitis, bronco-neumonías, neumonías, tos ferina, tuberculosis, difteria); "[...] pueden agregarse las enfermedades del corazón y de los riñones"; 4) "fiebres palúdicas, tifoideas, de estación, etc."⁴³. Conforme a esta clasificación, casi la mitad de los niños de Titiribí moría a causa de enfermedades asociadas a una inadecuada alimentación, como es el caso de la atrepsia, el raquitismo, la consunción y las enfermedades del aparato digestivo (véase el gráfico 2).

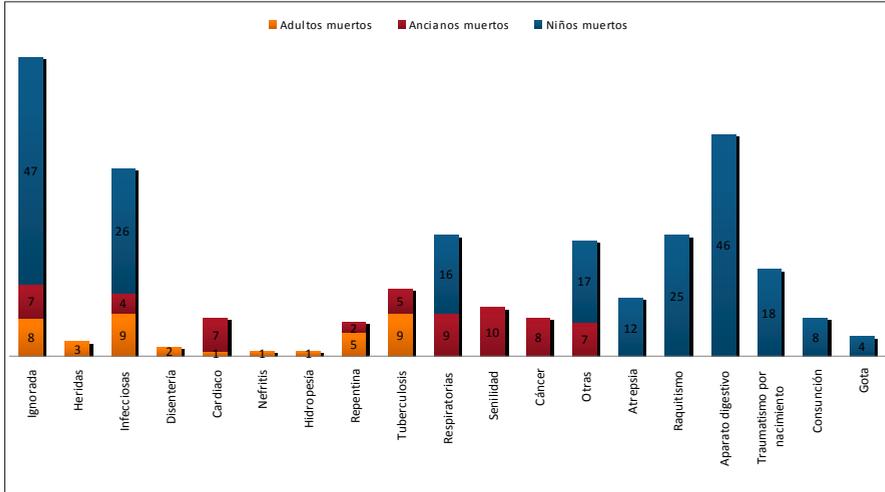
40. AMT, VARIOS, Informe anual del médico oficial, enero de 1926, s.f.

41. LONDOÑO, Juan Bautista, "Mortalidad infantil", *Revista Clínica*, VI (20-23), Medellín, Órgano de la Sociedad Clínica del Hospital de Medellín, junio de 1923, p. 544.

42. LONDOÑO, J. B., "Parásitos intestinales", *Anales de la Academia de Medicina de Medellín (AAMM)*, XVI (5), Medellín, Academia de Medicina de Medellín (AMM), mayo de 1912, p. 138.

43. LONDOÑO, J. B., "Parásitos...", p. 138.

Gráfico 2. Causas de mortalidad general en Titiribí (1925)



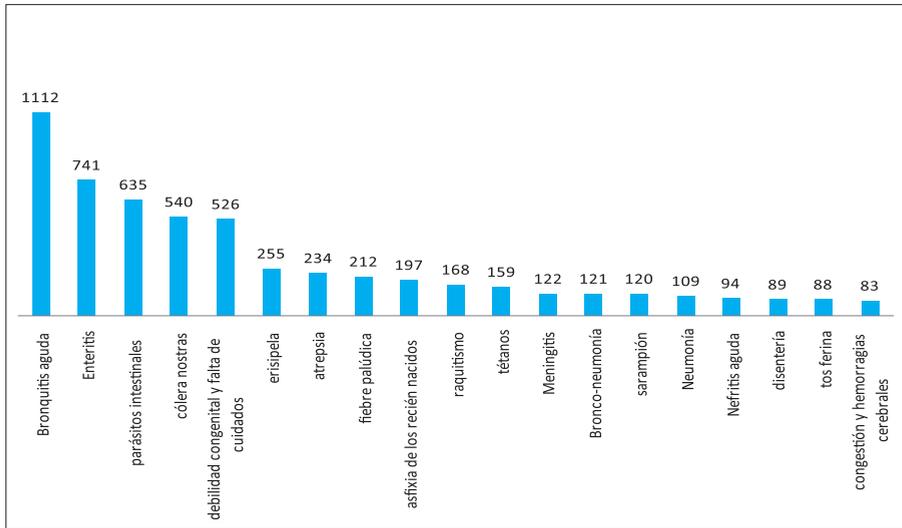
Fuente: Elaborado a partir de los datos de AMT, ALCALDÍA PAPELES VARIOS, Informes médico oficial, 1925, folios 1052-1053.

Las complicaciones gastrointestinales dominaban el espectro. Las causas quizás eran, como reiteran los médicos de Titiribí, la pobreza general de los mineros⁴⁴ y la "primitiva forma de criar los niños"⁴⁵. El predominio de muertes infantiles siguió la misma tendencia durante varios años, por la mala alimentación en los primeros días de vida y la excesiva pobreza. De acuerdo con el registro de las causas de mortalidad infantil en el departamento de Antioquia, en 1923 predominaban las enfermedades respiratorias, las parasitarias y las enfermedades asociadas a la desnutrición: raquitismo, atrepsia y falta de cuidados (véase el gráfico 3).

44. Sobre la situación sanitaria de los mineros y sus familias véase, GALLO VÉLEZ, Óscar, "Modelos sanitarios, prácticas médicas y movimiento sindical en la minería antioqueña. El caso de la Empresa Minera El Zancudo 1865-1950", Tesis de Maestría en Historia, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, 2010.

45. AMT, VARIOS, Informe médico oficial, agosto de 1922, s.f.

Gráfico 3. Principales causas de mortalidad infantil en Antioquia (1923)



Fuente: Elaborado a partir de los datos de AHA, SECRETARIA DE HIGIENE, Peláez, Vespasiano, Informe que presenta el director departamental de higiene al Sr. Pablo García Medina, Director Nacional de Higiene, 1923.

El médico Rafael Pérez había vaticinado el desalentador panorama a finales del siglo XIX, cuando examinaba el costo promedio de la ración diaria y el salario de los peones del departamento: “[...] un hombre, vigoroso y trabajador como es el antioqueño, no alcanza a darle de comer a uno de sus hijos: que para el pueblo empiezan ya la escasez y las privaciones y que esto acarreará forzosamente un aumento de la mortalidad”⁴⁶. Casi lo mismo concluía el ingeniero Alfonso Mejía en 1917:

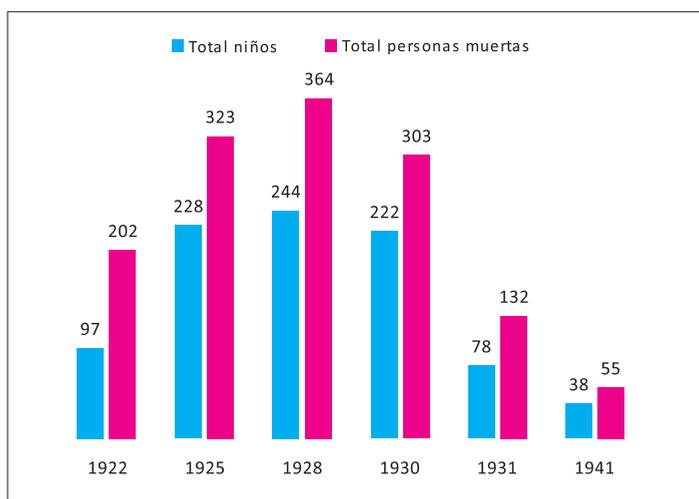
El jornal del peón raso es próximamente cincuenta centavos diarios y a veces menos, lo que da como su máxima, durante los veintiséis días útiles del mes, restando los domingos y toda contingencia de enfermedad, \$13,00. Aunque el promedio parece mayor, supongamos que cada familia obrera conste de tres hijos, el padre y la madre. Total,

46. PÉREZ, Rafael, “Demografía: ración alimenticia del peón antioqueño”, *AAMM*, IV (8), Medellín, AMM, agosto de 1892, p. 258

cinco personas. Dividiendo \$13 por 5, da \$2,60 para la manutención mensual de cada persona, o sea 86 milésimos de peso oro diarios, sin contar el vestido y el alojamiento⁴⁷.

En 1930, cuando los reportes del Oficial de Estadística registraron 222 muertes infantiles, el médico oficial Julio Quintero sugirió que las causas de esa mortalidad eran la gastroenteritis y la bronquitis⁴⁸. En los años siguientes, cambios sustanciales en la calidad de vida en el ámbito nacional parecen haber producido un aumento de la esperanza de vida: según Henderson, 34,2 años en 1932. No obstante, “[...] uno de cada cinco niños morían antes de cumplir cinco años”⁴⁹. En el caso de Titiribí, el número de muertes infantiles era muy alto en comparación con la mortalidad general (véase el gráfico 4).

Gráfico 4. Mortalidad infantil y general en Titiribí (1922-1940)



Fuente: Elaborado a partir de los datos de AMT, ALCALDÍA PAPELES VARIOS, Informes médico oficial, 1922-1931.

47. MEJÍA, Alfonso, "El obrero y el trabajo en Antioquia", *Anales de la Escuela Nacional de Minas*, II (17), Medellín, Escuela Nacional de Minas, junio de 1918, p. 442.

48. AMT, ALCALDÍA PAPELES VARIOS, Informe médico oficial, 1930, s.f.

49. HENDERSON, J. D., *La modernización en Colombia...*, p. 224.

Entre agosto y septiembre de 1940, el Hospital San Juan de Dios de Titiribí atendió 181 personas, de ellas se reportaron 55 muertes, entre adultos, niños y ancianos. En las muertes infantiles, 4 fueron durante el parto, 21 ocurrieron en menores de dos años, 8 entre los nueve y los diez años y 5 entre los diez y los quince, es decir, un total de 38 muertes en menores de quince años⁵⁰. Las causas de muerte de las restantes 17 personas fueron: tuberculosis pulmonar (4), tisis (1), anemia tropical (1), cirrosis (3), colerín (1), dolor de bazo (1), locura (1), gastroenteritis (1), endocarditis (1), fiebres (1), hinchazón (1) y absceso hepático (1)⁵¹. Todas estas cifras velaban quizás una causa más severa, planteada por el mismo doctor Julio Quintero, en septiembre de 1944, respecto a las 19 muertes infantiles registradas en ese mes. Los niños morían “[...] por inanición, es mejor decir la palabra clara, se mueren de hambre, la madre no tiene leche para darle y el padre no tiene dinero para comprársela”⁵². Según el médico, la creación de una gota de leche urbana frenaría el avance demográfico negativo y sin control. En contraste con la recomendación de Quintero, cuatro años atrás el Concejo Municipal había concedido al Centro Mixto Cafetero⁵³, al dispensario de salud y al programa gota de leche la exención en el pago de impuestos y la gratuidad en el servicio de energía eléctrica⁵⁴. Y en la década anterior, el gobierno nacional, con Luis López de Mesa como ministro de educación nacional, había apoyado con 600.000 pesos la creación de restaurantes escolares, los cuales, en un comienzo, deberían satisfacer la necesidad del desayuno, pero más tarde, al ampliar su presupuesto, tendrían que suplir también la del almuerzo⁵⁵.

50. Según informe del oficial de estadística durante septiembre de 1940 nacieron 55 niños.

51. AMT, ALCALDÍA PAPELES VARIOS, Informe movimiento de entrada y salida del hospital municipal, 1940, s.f. En contraste con estos datos, el reporte del oficial de estadística municipal sobre movimiento de entradas y salidas del hospital durante nueve meses de 1941, no incluyó a los menores de cinco años atendidos, no por un triunfo médico sobre la mortalidad infantil, sino porque fueron incluidos en un listado alerno de la mortalidad del distrito, extraviado en el archivo municipal. Véase, AMT, ALCALDÍA PAPELES VARIOS, Informe movimiento de entrada y salida del hospital municipal, 1941, s.f.

52. AMT, VARIOS, Informe médico oficial, 4 de septiembre de 1944, s.f.

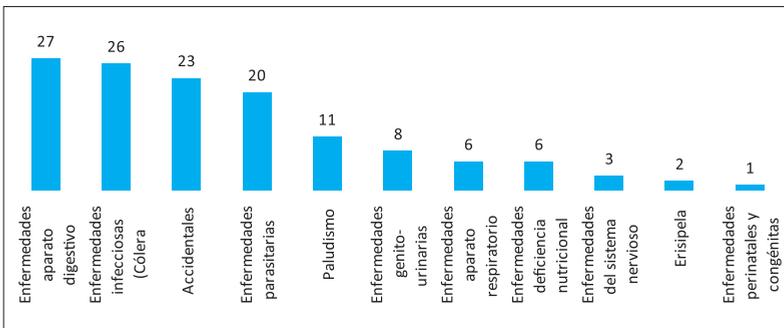
53. La primera Unidad Sanitaria Experimental se organizó en Pereira en 1936, con el tiempo pasaron a denominarse Centros Mixtos de Salud o Centros Mixtos Cafeteros, HERNÁNDEZ, M., *La salud fragmentada en Colombia...*, pp. 136-137.

54. AMT, ALCALDÍA VARIOS, Acuerdo 1, 1 de enero de 1940, s.f.

55. AMT, ALCALDÍA PAPELES VARIOS, julio de 1935, s.f.

En una ponencia de abril de 1941 ante la Academia de Medicina de Medellín, el médico Alberto Saldarriaga señaló que el índice de mortalidad infantil era el principal indicador del grado de civilización de una sociedad, esto en razón de la capacidad del Estado de satisfacer las necesidades alimenticias y cuidar de la mujer durante el embarazo, a más de controlar las condiciones higiénicas urbanas y rurales⁵⁶. En este sentido, si la mortalidad infantil indicaba las condiciones sanitarias y sociales, el análisis de la morbilidad era la alerta sobre los riesgos a que estaba sometida la población infantil y por ello era igualmente elocuente. Entre 1937 y 1941, el Hospital de Titiribí recibió 151 menores de 15 años con edad promedio de 8 años cuyas enfermedades dominantes fueron las parasitarias y las gastrointestinales (véase el gráfico 5).

Gráfico 5. Morbilidad infantil en menores de 15 años en Titiribí (1937-1941)⁵⁷



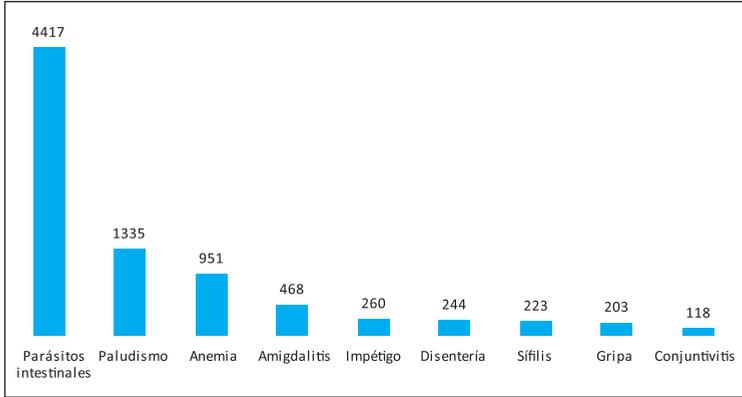
Fuente: Elaborado a partir de los datos de AMT, ALCALDÍA PAPELES VARIOS, Informes médico oficial, 1922-1931, s.f.

El predominio de enfermedades gastrointestinales y parasitarias concuerda con la tendencia del servicio asistencial del Consultorio Médico Escolar de Medellín, donde 4.417 niños fueron curados de parásitos intestinales, seguidos de 1.335 tratados por paludismo entre 1939 y 1941 (véase el gráfico 6).

56. SALDARRIAGA, Alberto, "La protección infantil en Antioquia", *Boletín Clínico*, VII (4), Medellín, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, mayo de 1941, p. 168.

57. El cálculo se basa en la población menor de quince años, incluso teniendo en cuenta que para el mismo período la Secretaría Departamental de Higiene y Asistencia Social del departamento de Antioquia midió la mortalidad infantil sobre esta base. SALDARRIAGA, A., "La protección...", pp. 179-180.

Gráfico 6. Enfermedades tratadas en el Consultorio Médico Escolar en Medellín (1939-1941)



Fuente: Elaborado a partir de los datos de Saldarriaga, A., "La protección...", pp. 179-180.

Las principales causas de mortalidad infantil fueron de nuevo los trastornos gastrointestinales y las enfermedades infecciosas y parasitarias⁵⁸. Según Alberto Saldarriaga, las estadísticas registraban 400 niños muertos anualmente de gastroenteritis en el municipio de Medellín, uno de los más acaudalados del departamento. En el ámbito departamental, el cálculo de la Secretaría Departamental de Higiene y Asistencia Social era de una mortalidad promedio anual de 12.626 menores de quince años entre 1935 y 1940⁵⁹. Saldarriaga indica que en 1937, en Antioquia, murieron de gastroenteritis 4.487 niños entre uno y dos años de edad: "[...] el mal de Antioquia es el de la República; y ese mal [...] mata 24.898 niños colombianos al año"⁶⁰.

Para enfrentar esta alarmante situación, el departamento de Antioquia contaba en 1940 con dos centros mixtos cafeteros: uno a cargo de los municipios de Fredonia, Salgar, Cocorná y Titiribí, y el Centro Mixto de Salud de Bello. Según los informes de la Secretaría de Higiene y Asistencia Social del Departamento de Antioquia, esos mismos municipios, además de Concordia, Cisneros, Abejorral, Cañasgordas, Urrao, Barbosa,

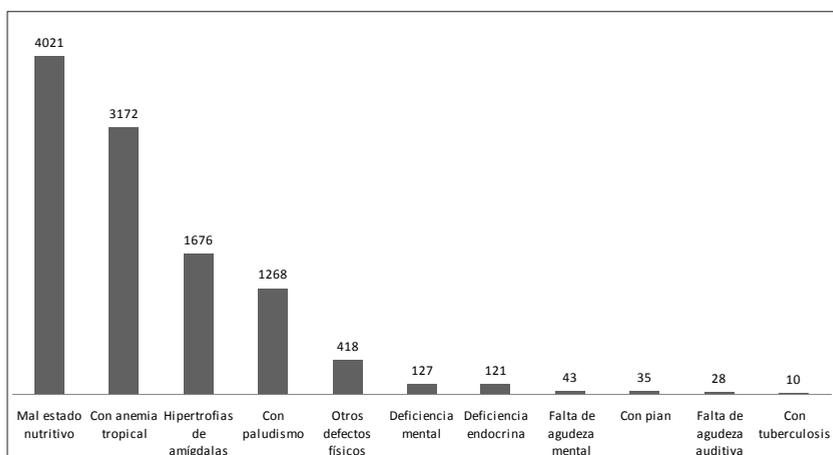
58. Saldarriaga, A., "La protección...", p. 183.

59. Saldarriaga, A., "La protección...", p. 185.

60. Saldarriaga, A., "La protección...", p. 186.

Sopetrán, San Rafael y Turbo, tenían comisiones sanitarias, esto es, instituciones ocupadas de la protección infantil y materna a través de servicios de protección infantil como gotas de leche, consultorio del niño sano, consultorio del niño enfermo, servicio prenatal y de partos y salas cuna. Según el mismo documento, citado por el doctor Alberto Saldarriaga, de 12.476 niños que acudían a escuelas controladas por las diversas comisiones, el 94,9% resultó con exámenes coprológicos positivos y casi la tercera parte manifestaba "hiponutrición" (véase el gráfico 7).

Gráfico 7. Comisiones sanitarias y enfermedades detectadas en las escuelas rurales (1940)



Fuente: Elaborado a partir de los datos de SALDARRIAGA, A., "La protección...", p. 168.

De las 38 muertes infantiles ocurridas en Titiribí en 1940, 21 fueron en lactantes. En el nivel departamental la mayor mortalidad infantil estaba en ese mismo grupo de edad y las causas principales fueron la gastroenteritis y la desnutrición. De acuerdo con la documentación consultada, entre 1922 y 1940 murieron 1.244 personas, de ellas el 46% fueron niños. Ante semejante panorama, Alberto Saldarriaga se preguntaba:

La obra departamental sí ataca a problemas básicos de higiene nacional y busca por

medio de las comisiones sanitarias y las unidades sanitarias sanificar (sic) el inmenso territorio, pero ¿qué son dos centros de protección infantil, el de Fredonia y el de Bello y la unidad de Sonsón, cuando los otros municipios no tienen la menor ayuda, fuera de algunos comités de Cruz Roja?⁶¹

Por su parte, el secretario municipal de higiene de Medellín, al referirse a los servicios de protección de la infancia, en 1940, anotaba:

Soy partidario de que se estimulen las actividades particulares de beneficencia o de asistencia social pero encaminando esas actividades dentro de normas fijas bajo una misma dirección. La distribución de auxilios a casas y establecimientos fundados con las mejores intenciones de servir a la sociedad, no tienen otro resultado que el que se preste un servicio en una reducida escala y con desconocimiento perfecto no sólo por las entidades que dan esos auxilios, sino por la sociedad misma. Considero, por lo tanto, que es necesario propender por la centralización (dentro del municipio) de los fondos de beneficencia y asistencia social, los que debiera manejar una junta especial que permitiera y estimulara las actividades particulares y oficiales.⁶²

A la idea del historiador y economista español Jordi Nadal, citada por dos historiadores de las prácticas médicas en la minería española, según la cual "[...] el hambre puede estar en el origen de importantes desplazamientos humanos, pero mata poco"⁶³, podemos oponer la realidad de Titiribí y Antioquia donde el hambre y la desnutrición causaron numerosas muertes infantiles. Esto no era una novedad epidemiológica, de ahí la pertinencia de la pregunta del doctor Alberto Saldarriaga: "[...] si sabemos cuál es la causa, ¿por qué no se ha buscado el remedio? ¡Criminal ha sido nuestra inercia!"⁶⁴.

Al terminar su conferencia sobre la protección infantil en Antioquia, Alberto Saldarriaga señaló varios aspectos que bien pueden resumir la situación de Titiribí. Primero, los trastornos digestivos eran la principal causa de mortalidad infantil, de ahí la recomendación de la lactancia, siempre y cuando se actúe en la prevención de la desnutrición de la madre. Segundo, la mortalidad infantil predominó en la primera

61. SALDARRIAGA, A., "La protección...", p. 194.

62. SALDARRIAGA, A., "La protección...", p. 195.

63. MARTÍNEZ, Juan José y Adela TARIFA FERNÁNDEZ, *Medicina social, demografía y enfermedad en la minería giennense contemporánea. El Centenillo 1925-1964*, Jaén (España), Instituto de Estudios Giennenses, 1999, p. 103.

64. SALDARRIAGA, A., "La protección...", pp. 179-180.

infancia, es decir, en los menores de dos años. Tercero, predominaron la debilidad e ineficiencia de los servicios de protección infantil, no en vano el médico Julio Quintero recomendó la creación de una gota de leche que, según las fuentes, funcionaba desde antes. Cuarto, las fuentes analizadas permiten coincidir con el doctor Quintero: los niños morían por inanición.

Conclusiones

Cuando los médicos colombianos de comienzos del siglo XX propusieron la tecnología sanitaria de las "gotas de leche" eran conscientes de un grave problema de morbilidad y mortalidad infantiles, un "mal de civilización". Quizás no tenían las herramientas adecuadas para medirlo, pero detentaban ya un poder para denunciar públicamente que no se trataba de una fatalidad sino de un problema evitable, así como para señalarles a los poderes públicos un problema vergonzosamente ligado al hambre que crecía, como la población, en ciudades y campos.

También se puede suponer que el manejo de las cifras por parte de los médicos era un tanto alarmista. Si hubiera sido así, hay que admitir que en una sociedad tan desigual, con un Estado tan débil, los más beneficiados con tal "manipulación" de datos habrían sido los niños. Quizás esas alarmas fueron el medio más eficaz para llamar la atención del Estado y la burguesía para que reforzaran la asistencia pública y privada, para interpelar a la sociedad, para penetrarla con la nueva sensibilidad social de la infancia como semilla de futuro. En ese momento, el uso de las cifras cumplió al menos la función de difundir una imagen realista que sirviera para poner en la palestra pública las necesidades de intervención social. En eso los médicos no eran ingenuos, sabían que estaban haciendo nacer la medicina social. Y los políticos que los escucharon estaban entre los más avisados, o sea, entre quienes se percataron del capital humano y la riqueza potencial que representaba la infancia. Algunos políticos y médicos de ese momento se mostraron muy conscientes del enorme subregistro de morbi-mortalidad en Colombia, y podían adivinar en las "estadísticas médicas" una especie de punta de iceberg. La cifra servía como medio de sensibilización frente a la

realidad. Su utilización en la administración de pruebas y argumentos científicos se inscribe en la objetivación de las enfermedades ligadas a la pobreza y en la medicina social que surgía en ese momento.

En la primera mitad del siglo XX, el saber médico colombiano acerca del cuerpo de los niños fue resultado de al menos dos procesos simultáneos: por un lado, la apropiación de la medicina europea que en ese momento inventaba la puericultura y la pediatría; por otro, un conocimiento directo y preciso de las condiciones de vida de los pobres. En esos procesos fueron determinantes la violencia política, la iglesia católica, las rivalidades entre los poderes locales y nacionales y la debilidad del Estado⁶⁵. Así mismo, la marginalidad social, política y económica de la población rural repercutió en los procesos de apropiación de los saberes médicos sobre la infancia. Esos determinantes sociopolíticos se materializaron en instituciones y prácticas locales dedicadas a la asistencia pública. La heterogeneidad y cobertura real de estas instituciones y prácticas está todavía por estudiarse.

En efecto, entre los años 1920 y 1940 el Estado colombiano tuvo dificultades presupuestales que le impidieron realizar campañas sanitarias y sociales prolongadas. Esas dificultades han sido mostradas en diferentes estudios, entre los que cabe destacar los de la lucha contra la anquilostomiasis⁶⁶. Las intermitencias del recaudo fiscal afectaron visiblemente el funcionamiento de las instituciones de asistencia pública encargadas de enfrentar la mortalidad infantil en el país, y Titiribí es un claro ejemplo de ello. Aunque este distrito se destacó, entre los demás municipios de la cuenca de la Sinifaná, por su prosperidad económica, sus instituciones de salud estuvieron marcadas por el lento proceso de configuración de la gobernabilidad estatal en Colombia, en los ámbitos nacional, regional y local.

El difícil proceso de legitimación del Estado a través de las formas de asistencia pública se vio obstaculizado por el continuo incumplimiento de las leyes: "ni siquiera las Asambleas departamentales estaban comprometidas a fondo con las Direcciones

65. Factores subrayados en: SÁENZ OBREGÓN, J., Ó. SILDARRIAGA VÉLEZ y A. OSPINA LÓPEZ, *Mirar la infancia: pedagogía, moral...*, p. XV.

66. QUEVEDO, Emilio et al., *Café y gusanos, mosquitos y petróleo, El tránsito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2004, pp. 217-218.

Departamentales de Higiene"⁶⁷, y también por el lento proceso de apropiación de las mismas. Ejemplo: el servicio de protección a la infancia de la Dirección Nacional de Higiene y Asistencia Pública teóricamente se organizó en 1929, pero en 1931 "ni la inspección escolar, ni la protección de niños en la industria y niños maltratados habían sido puestas en marcha"⁶⁸.

La tendencia a descentralizar y comprometer las regiones y municipios con el sostenimiento de la asistencia pública benefició a las localidades fuertes, pero dejó la salud de los habitantes de los demás distritos al vaivén de la política y de la incipiente organización de las instituciones locales. Los programas para enfrentar la mortalidad infantil en el campo se quedaron cortos. La popularización de las prácticas higiénicas y la medicalización de la infancia no fueron suficientes para reducir la mortalidad por enfermedades parasitarias e infecciosas, gastrointestinales y respiratorias en los niños. A su vez, la atención a las enfermedades infecciosas de fácil control impidió muchas veces comprender que una causa de esa mortalidad era la desnutrición.

Varios investigadores han mostrado que la higiene se propuso a comienzos del siglo como el medio para sacar a la población de la "ignorancia" y la "barbarie"⁶⁹, pero parece que la higiene de la infancia y, más tarde, la pediatría tardaron en encontrar el camino para enfrentar un problema que, más que de la "ignorancia", era resultado de las precarias condiciones de vida.

Bibliografía

Fuentes primarias

ARANGO, Miguel, "Gota de leche y sala cuna en Medellín", *Revista Médica de Bogotá*, XL (474-486), Bogotá, Academia de Medicina de Bogotá, enero-diciembre de 1922, pp. 181-188.

BORJA, Andrés, *Contribución al estudio de algunos trastornos de origen alimenticio en los niños*, Tesis de doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad de Cartagena, Carta-

67. QUEVEDO, E., *Café y gusanos...*, p. 235.

68. QUEVEDO, E. *Café y gusanos...*, p. 245.

69. HERNÁNDEZ, M., *La salud fragmentada...* y NOGUERA, Carlos Ernesto, *Medicina y Política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*, Medellín, Eafit, 2003.

gena, Imprenta Departamental, 1925.

BUDIN, Pierre, *Étude sur la mortalité de la première enfance, rapport sur un mémoire de MM. Balestre et Gilletta de Saint-Joseph*, Melun, Impr. administrative, 1904.

CARDONA CORREA, Pedro Nel, "Contribución al estudio de la mortalidad infantil en la ciudad de Medellín", Tesis de doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad de Antioquia, Medellín, 1918.

COLOMBIA, DIRECCIÓN NACIONAL DE HIGIENE, *Informe de las labores del Departamento Nacional de Higiene presentado al señor Ministro de Gobierno por el Director Técnico y el Administrador General*, Bogotá, Minerva, 1931-1932.

CASAS, Bernardo, *Contribución al estudio sobre las causas de mortalidad infantil en los primeros años de la vida*, Tesis de doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Imprenta Eléctrica, 1907.

GARCÍA MEDINA, Pablo, *Informe del director, jefe del Departamento Nacional de Higiene y Asistencia Pública*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1931, p. 135.

LOBO, Manuel y Luis ZEA URIBE, *Higiene Infantil, consejos a las madres y las nodrizas, redactados por la Comisión de Higiene de la infancia de la Academia de Medicina de París*, Bogotá, Imprenta Nacional, 1913.

LONDOÑO, Juan Bautista, "Mortalidad infantil", *Revista Clínica*, VI (20-23), Medellín, Órgano de la Sociedad Clínica del Hospital de Medellín, junio de 1923, p. 544.

LUNÁS, Pablo A., *Dietética del recién nacido*, Tesis de doctorado en Medicina y Cirugía Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Imprenta Pasaje Hernández, 1898.

MARTÍNEZ ECHEVERRI, Miguel, *Algunas consideraciones sobre higiene pre-natal y de la primer infancia*, Tesis de Medicina y Cirugía, Medellín, Tipografía Sansón, 1929.

MARTÍNEZ, Julio C., *Higiene de los niños desde el nacimiento hasta la época del destete*, Tesis de Doctorado en Medicina y Cirugía, Bogotá, Imprenta Echeverría, 1888.

PARDO CALDERÓN, Luis Enrique, *Consideraciones sobre las Gotas de Leche*, Tesis de doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Tipografía Minerva, 1920.

RENGIFO, Claudio, *Lactancia*, Tesis Facultad de Medicina y Ciencias Naturales, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Imprenta Medardo Rivas, 1893.

REPÚBLICA DE COLOMBIA, *Anexo a la memoria del Ministro de Trabajo, Higiene y Previsión Social*, Bogotá, El Gráfico, 1938.

ROBLEDO CORREA, Emilio, *Higiene de la infancia*, Tesis de doctorado en Medicina y Cirugía, Universidad de Antioquia, Medellín, Imprenta del Departamento, 1900.

ROJAS, Tiberio, "Mortalidad infantil-Gota de leche (Conferencia Tercer Congreso Médico Nacional, Cartagena)", *Revista Médica de Bogotá*, XXXVI (429-432), Bogotá, Academia de Medicina de Bogotá, abril-julio de 1918, pp. 246-285.

TROCONIS, Fernando, *Apuntaciones sobre la mortalidad infantil en Bogotá*, Tesis Facultad de Ciencias Naturales y Medicina, Bogotá, Imprenta J. Casís, 1912.

SAA, Luis Carlos, *Algunos datos sobre mortalidad infantil en Medellín, Nociones elementales de puericultura*, Tesis doctorado en Medicina y Cirugía de la Universidad de Antioquia, Medellín, Tipografía Industrial, 1928.

SALAZAR SALAZAR, Humberto, *Hambre humana (observaciones de un médico rural)*, Tesis de doctorado en Medicina y Cirugía, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Pax, 1953.

SALDARRIAGA, Alberto, "La protección infantil en Antioquia", *Boletín Clínico*, VII (4), Medellín, Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, mayo de 1941, pp. 167-202.

Fuentes secundarias

BERNABEU-MESTRE *et al.*, "El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones", *Revista de Demografía Histórica*, 21 (1), Madrid, Asociación de Demografía Histórica, 2003, pp. 167-193.

BIRN, Anne-Emanuelle; Raquel POLLERO y Wanda CABELLA, "No se debe llorar sobre la leche derramada: el pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900-1940", *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe*, 14, Tel Aviv, Universidad de Tel Aviv, 2003, pp. 35-68.

BIRN, Anne-Emanuelle, "Child health in Latin America: Historiographic perspectives and challenges", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 14 (1), Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, julio-septiembre de 2007, pp. 677-708.

BIRN, Anne-Emanuelle, "No more surprising than a broken pitcher? Maternal and child health in the early years of the Pan American Sanitary Bureau", KRASNICK-WARSH, Cheryl y Veronica STRONG-BOAG, *Children's health issues in historical perspective*, Waterloo-Ontario-Canadá, Wilfrid Laurier University Press, 2005, pp.73-100.

BIRN, Anne-Emanuelle, "Doctors on record: Uruguay's infant mortality stagnation and its remedies, 1895-1945", *Bulletin of the History of Medicine*, 82 (2), Baltimore, American Association for the History of Medicine, 2008, pp. 311-354.

CARMONA FONSECA, Jaime, "Cambios demográficos y epidemiológicos en Colombia durante el siglo XX", *Biomédica*, 25 (4), Bogotá, Instituto Nacional de Salud, 2005, pp. 464-480.

CASTRO CARVAJAL, Beatriz, *Caridad y beneficencia: El tratamiento de la pobreza en Colombia 1870-1930*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007.

DOPICO, Fausto, "Desarrollo económico y social y mortalidad infantil. Diferencias regionales (1860-1950)", *Dynamis*, 5-6, Granada, Universidad de Granada, Facultad de Medicina, Departamento de Historia de la Medicina, 1985-1986, pp. 381-396.

FEATHERSTONE, Lisa, "The value of an infant: The rise of pediatrics in Australia, 1880-1910", *Health and History*, 10 (1), Journal of the Australian and New Zealand Society for the History of Medicine, 2008, pp. 110-133.

GALLO VÉLEZ, Óscar, "Modelos sanitarios, prácticas médicas y movimiento sindical en la minería antioqueña. El caso de la Empresa Minera El Zancudo 1865-1950", Tesis de Maestría en Historia, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, 2010.

GUTIÉRREZ, María Teresa, "Proceso de institucionalización de la higiene: Estado, salubridad e higienismo en Colombia en la primera mitad del siglo XX", *Revista de Estudios Socio-Jurídicos*, 12 (1), Bogotá, Facultad de Jurisprudencia, Universidad del Rosario, enero-junio de 2010.

HENDERSON, James David, *La modernización en Colombia. Los años de Laureano Gómez, 1889-1965*, Medellín, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas de la Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín-Editorial Universidad de Antioquia, 2006.

KRASNICK-WARSH, Cheryl y Veronica STRONG-BOAG (orgs.). *Children's health issues in historical perspectives*, Waterloo Ontario-Canada, Wilfrid Laurier University Press, 2005.

HERNÁNDEZ, Mario, *La salud fragmentada en Colombia, 1910-1946*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2002.

LÓPEZ OSEIRA, Ruth, "Inventar la madre. Política, prácticas y representaciones de la maternidad en Medellín, 1930-1960", CEBALLOS Diana (ed.), *Prácticas, territorios y representaciones en Colombia 1849-1960*, Medellín, Facultad de Ciencias Humanas y Económicas, Universidad Nacional de Colombia, Sede Medellín, 2009, pp. 175-198.

MARÍN MARTÍNEZ, Porfirio, "El Preventorio Infantil Antituberculoso de Almería (1945-1965)", *Dynamis*, 10, Granada, Universidad de Granada, Facultad de Medicina, Departamento de Historia de la Medicina, 1990, pp. 275-301.

MARTÍNEZ MARTÍN, Abel Fernando, *El Lazareto de Boyacá. Lepra, Medicina, Iglesia y Estado 1869-1916. Cómo Colombia fue convertida en la primera potencia leprosa del mundo, y Boyacá, en una inmensa leprosería*, Tunja, UPTC, 2006.

MEDINA DOMÉNECH, Rosa María y Esteban RODRÍGUEZ OCAÑA, "Profesionalización médica y campañas sanitarias. Un proceso convergente en la medicina española del primer tercio del siglo XX", *Dynamis*, 14, Granada, Universidad de Granada, Facultad de Me-

dicina, Departamento de Historia de la Medicina, 1994, pp. 77-94.

MUÑOZ, Cecilia y Ximena PACHÓN, *La niñez en el siglo XX. Salud, educación, familia, recreación, maltrato, asistencia y protección*, Santafé de Bogotá, Planeta, 1991.

NOGUERA, Carlos Ernesto, *Medicina y Política: discurso médico y prácticas higiénicas durante la primera mitad del siglo XX en Colombia*, Medellín, Eafit, 2003.

OBREGÓN TORRES, Diana, *Batallas contra la lepra. Estado, medicina y ciencia en Colombia*, Medellín, Eafit, 2002.

QUEVEDO, Emilio *et al.*, *Café y gusanos, mosquitos y petróleo, El tránsito de la higiene hacia la medicina tropical y la salud pública en Colombia 1873-1953*, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 2004.

RAMIRO FARIÑAS, Diego y Alberto SANZ-GIMENO, "Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española 1860-1990", *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, 27 (1), Madrid, Asociación de Demografía Histórica, 1999, pp. 49-87.

REBER, Vera Blinn, "Poor, ill, sometimes abandoned: tubercular children in Buenos Aires 1880-1920", *Journal of Family History*, 27 (128), Canada, Carleton University, April 2002, pp. 128-149.

YEPES, Jorge y Albenis MONTERROSA, "La salud y las enfermedades infantiles en Medellín: Clínica Noel, 1924-1932", GUERRERO BARÓN, Javier (ed.), *Medicina y salud en la historia de Colombia*, Tunja, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 1997, pp. 163-172.

RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, Pablo, "La pediatría en Colombia 1880-1960. Crónica de una alegría", RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, Pablo y María Emma MANARELLI (eds.), *Historia de la infancia en América Latina*, Bogotá, Universidad Externado de Colombia, 2007, pp. 359-389.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, y Enrique PERDIGUERO, "Ciencia y persuasión social en la medicalización de la infancia en España siglos XIX y XX", *Historia, ciências, saúde-Manguinhos*, 13 (2), Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, abril-junio de 2006, pp. 303-324.

RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban y Olga GARCÍA-DUARTE ROS, "Rafael García-Duarte Salcedo (1894-1936). Supuestos científico sociales de un médico puericultor en la Segunda República española", *Dynamis*, 4, Granada, Universidad de Granada, Facultad de Medicina, Departamento de Historia de la Medicina, 1984, pp. 175-197.

ROJAS FLORES, Jorge, "Los niños y su historia: un acercamiento conceptual y teórico desde la historiografía", *Pensamiento Crítico*. Revista electrónica de Historia, 1, 2001, pp. 2-39.

ROLLET, Catherine, "La santé et la protection de l'enfant vues à travers les congrès internationaux (1880-1920)", *Belin. Annales de Démographie historique*, 1 (101), Paris, Société de Demographie Historique, 2001, pp. 97-116.

ROSEN, George, *A history of public health*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1993.

SANZ GIMENO, Alberto, "Infancia, mortalidad y causas de muerte en España en el primer tercio del siglo XX (1906-1932)", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas Reis*, 4 (1), Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, enero de 2001, pp. 129-154.

SÁENZ OBREGÓN, Javier, Óscar SALDARRIAGA Vélez y Armando OSPINA LÓPEZ, *Mirar la infancia: pedagogía, moral y modernidad en Colombia, 1903-1946*, vol. II, Medellín, Colciencias, Foro Nacional por Colombia, Universidad de los Andes, Universidad de Antioquia, 1997.

SANTIAGO ANTONIO, Zoila, "Los niños en la historia. Los enfoques historiográficos de la infancia", *Takwá*, 11-12, Guadalajara-Jalisco, División de Estudios Históricos y Humanos del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades, primavera-otoño 2007, pp. 31-50.

SANTOS SANCRISTÁN, Marta, "Los inicios de la protección a la infancia en España (1873-1918)", *IX Congreso Internacional de la Asociación Española de Historia Económica (Murcia)* (2008), en <http://www.um.es/ixcongresoaehe/pdfB3/Los%20inicios%20de%20la%20proteccion%20infancia.pdf> (consultado el 9 de enero de 2010).

SANZ GIMENO, Alberto, "Infancia, mortalidad y causas de muerte en España en el primer tercio del siglo XX (1906-1932)", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* *Reis*, 4 (1), Madrid, Asociación de Demografía Histórica, enero de 2001, pp. 129-154.

SHELL, Patience Alexandra, "Nationalizing children through schools and hygiene: Porfirian and revolutionary Mexico City", *The Americas*, 60 (4), Berkeley, CA, Academy of American Franciscan History, 2004, pp. 559-587.

VIESCA TREVIÑO, Carlos, "La Gota de leche. De la mirada médica a la atención médico-social en el México postrevolucionario", AGOSTONI, Claudia (ed.), *Curar, sanar y educar: enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX*, México, UNAM, 2008, pp. 195-217.

VOSNE MARTINS, Ana Paula, "Vamos a criar seu filho, os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX", *Historia, Ciências, Saúde-Manguinhos* 15 (1), Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, enero-marzo de 2008, pp. 135-154.

WADSWORTH, James y Marko TAMERA, "Children of the Patria: Representations of childhood and welfare state ideologies at the 1922 Rio de Janeiro International Centennial Exposition", *The Americas*, 58 (1), Berkeley, CA, Academy of American Franciscan History, 2001, pp. 65-90.