

La discusión política sobre mortalidad infantil en Chile durante la década de 1930. Elementos para una aproximación histórico política*/

The Political Discussion on Infant Mortality in Chile during the 1930s. Elements for a Political Historical Approach

Claudio Llanos Reyes

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-7612-5497>

María Fernanda Lanfranco

ORCID iD: <http://orcid.org/0000-0002-3264-4527>

Pontificia Universidad Católica de Valparaíso

Este artículo busca comprender cómo la discusión política chilena se planteó frente a los problemas de la mortalidad infantil durante la década de 1930. Las fuentes que se utilizarán serán principalmente los Diarios de Sesiones del Congreso Nacional junto con algunos informes del Estado sobre temas relativos a la salud pública y artículos científicos de la época sobre el problema en cuestión.

PALABRAS CLAVE: Discusión Política; Mortalidad Infantil; Chile; 1930.

The aim of this paper is to understand how the Chilean political discussion was raised against the problems of infant mortality during the 1930s. The sources used are mainly Diaries of Sessions of National Congress with some reports of the State on issues relating to public health and scientific papers of the time on the problem.

KEYWORDS: Political Discussion; Infant Mortality; Chile; 1930.

Copyright: © 2017 CSIC. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de una licencia de uso y distribución *Creative Commons Attribution (CC-by)* España 3.0.

* Agradecemos a las/los evaluadoras/es del *Anuario de Estudios Americanos* por el conjunto de recomendaciones que ayudaron a mejorar este trabajo. El profesor Claudio Llanos desarrolló parte de este trabajo en su estadia como Humboldt Fellow (Fundación Alexander von Humboldt) en la Universidad de Múnich, en 2015.

Introducción

El fenómeno de la mortalidad infantil en Chile durante la década de 1930¹ fue un tema que entró en la discusión política de manera importante. En ese terreno se plasmaron y combinaron proyectos sociales, ideas científicas y críticas a la sociedad. De esta forma la alta mortalidad infantil fue un tema que no se expresó solamente como un problema demográfico, sino que también es posible observar y estudiar en su impacto sobre la discusión política.

El problema central que aborda este artículo es la forma en que la discusión política chilena se planteó frente a los problemas de carácter demográfico, sus elementos cuantitativos (natalidad y mortalidad) y particularmente las tasas de mortalidad infantil (entre el nacimiento y el primer año). Se reconocen en las posiciones políticas diversas referencias científicas, que se usaban para dar validez a las miradas sobre los problemas de población. A partir de esta combinación política/ciencia se estudiará la discusión sobre la mortalidad infantil en la política chilena,² en el marco del desarrollo de las discusiones de la medicina social durante parte inicial del siglo XX.³

Una parte importante de las discusiones de especialistas y políticos reconocía junto a la mortalidad infantil, la necesidad de enfrentar y reducir la mortalidad materna y mejorar las condiciones maternas. Trabajos como el de Zárata y Godoy han resaltado los desarrollos de las políticas dirigidas a madres e hijos desde este punto de vista.⁴ Con esto en consideración nos centraremos en las discusiones políticas sobre mortalidad infantil, reconociendo que abordar la importante situación materna llevaría este trabajo más allá de sus límites y dejando así un campo de desarrollo para problematización e indagación histórica.

1 El médico Guillermo Adriasola apuntaba que las tasas de mortalidad, particularmente en referencia a las muertes sucedidas antes del primer mes de vida, se mantuvieron altas hasta inicios de la década de 1950; además, señalaba que gracias al temprano desarrollo de los censos vitales, las tasas de mortalidad infantil hacían que Chile fuera —como dijo Passmore— «el país con las mejores malas tasas del mundo». Adriasola, 1953, 483.

2 Las fuentes que se utilizan para acceder al debate político son principalmente los Diarios de Sesiones del Congreso Nacional (en adelante DSCN), que se encuentran en la Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Los documentos elegidos son sesiones legislativas que abordaron problemas demográficos en el transcurso de los años treinta. Adicionalmente se ocupan algunos informes del Estado sobre temas relativos a la salud pública y artículos científicos de la época sobre el problema en cuestión.

3 Labra, 2004.

4 Zárata y Godoy, 2011.

En este marco, el supuesto de este trabajo es que las discusiones políticas desarrolladas en Chile sobre la situación demográfica se relacionaron principalmente con las tasas de mortalidad, lo cual se diferenciaba del énfasis puesto en los países desarrollados sobre la tendencia a la caída en las tasas de natalidad. De acuerdo a esto, este estudio se aproxima a la interrogante sobre cómo desde la política se comprendió el fenómeno de la mortalidad infantil, sin pretender hacer una lectura interpretativa desde la demografía.

Así, se busca comprender cómo a partir de un diagnóstico común, las causas, implicaciones y soluciones que se atribuyen al problema de la mortalidad infantil fueron diversas de acuerdo con las múltiples visiones existentes en los distintos sectores de las elites sociales y políticas acerca de la sociedad. Esto último no implica que se puedan esquematizar o encasillar aquellas variables de manera rígida, obviando la complejidad del pensamiento y los matices de las ideologías y proyectos, sino destacar algunos elementos importantes y establecer ciertas tendencias observadas en el pensamiento político y su interacción con el discurso científico

La década de 1930 resulta un periodo de interés ya que la discusión internacional sobre la situación demográfica asume matices importantes dentro de la política y la economía.⁵ Se manifestaron posiciones ligadas al nacionalismo demográfico (Alemania o Italia), que vinculaban las tendencias en las tasas de natalidad a una decadencia de la nación;⁶ y otras que ligaban la disminución de nacimientos a un proceso normal y necesario de modernización, respecto a la mejora de las condiciones de vida tanto de los hijos como de los padres. A nivel de la historia de Chile y de muchos países de América Latina, la década está marcada por el impacto de la crisis de 1929, la progresiva crisis de la industria del salitre, el crecimiento de la población pobre en las ciudades, el desarrollo de organizaciones políticas de izquierda (como el socialismo, en Chile) y el enriquecimiento de la discusión política a nivel parlamentario, resultado en parte de la diversificación de la política.

Por otro lado, resulta necesario dar una mirada a la discusión demográfica a nivel internacional para comprender las dinámicas del debate político desarrollado en Chile. Así se puede observar de forma más amplia las

5 En general las investigaciones sobre la relación entre política y demografía durante la década de 1930 se han concentrado en los desarrollos experimentados en Argentina, en particular, sobre cuestiones raciales y diversos estudios migratorios sobre Chile. Reggiani, 2010. Sobre migraciones ver como referencias, entre otros: Estrada, 2005. Estrada y Salinas, 1987.

6 Wasserstein, 2010, 209-211.

líneas comunes y divergencias existentes en la forma en que se enfrentó a nivel nacional un fenómeno global. La amplitud de esta perspectiva para abordar la relación entre demografía y política es vital para comprender cómo las consideraciones sobre la primera se han convertido en un factor relevante dentro la política de Estado, tal como ha sido observado en el caso del fascismo alemán y su imperialismo nacionalsocialista.⁷

La preocupación sobre estos temas partía de la noción de «modernización» de las sociedades y sus conductas reproductivas y vitales, con el objeto de lograr un «óptimo de población» referido a la relación entre población y recursos disponibles que permitiera mantener las mejores condiciones de vida.⁸ Este concepto fue definido con claridad después de la Primera Guerra Mundial, configurándose como parte de un neo-maltusianismo que se presentaba como una ruptura con las formas anteriores de entender los temas demográficos, que habían estado principalmente influenciados por criterios militares, mercantiles o nacionalistas.⁹

Para Chile, el estudio histórico de los fenómenos demográficos se ha centrado en el XVIII y XIX,¹⁰ con avances importantes para el siglo XX con trabajos como los de Salinas o Zárate y González,¹¹ entre otros. Sobre el siglo XX se puede señalar que la tendencia general muestra una caída en la tasa de mortalidad asociada a enfermedades vinculadas a condiciones de pobreza.¹² Específicamente respecto a las tasas de mortalidad infantil, el país se mantuvo hasta la década de 1960 entre las naciones que mostraban menos avances a nivel occidental. Incluso en un plano regional países como Argentina, Brasil y México presentaban mejores índices.¹³

Para entender este fenómeno en el contexto de los desarrollos sociales y de la familia en Chile, Valenzuela observa la relación entre altas tasas de

7 Ver: Paxton, 2005.

8 Sin embargo, aun con estas nuevas consideraciones presentes dentro del campo académico y científico, los motivos nacionalistas de provisión de soldados o de reserva de población continuaron presentes, por ejemplo, en las supuestas supremacías raciales de corte fascista. Este fue el caso de los llamados que las dictaduras de Mussolini y Hitler hicieron a la reproducción del «pueblo». Wasserstein, 2010, 210-211.

9 En los países desarrollados de occidente, diversos estudios de la década de 1920 nos indican el interés con que eran observados los fenómenos de natalidad y mortalidad. Particularmente después de la Primera Guerra Mundial uno de los temas de discusión política en muchos de los países fue la caída en las tasas de natalidad observadas luego de 1918 que significó una ruptura de la tendencia presente en Europa hasta 1914. Ver: Wolfe, 1928, 87-88.

10 Ver: Mellafe, 1971. Pinto, 1983. Salinas, 2001, 14-16.

11 Salinas, 2014, 213-216. Zárate y González, 2015.

12 Ver: Cavieres, 1999, 204-205.

13 Ibidem, 195-224.

natalidad y la mortalidad infantil en el escenario de la importancia económica de los hijos en el marco de pobreza familiar y precariedad de las medidas de bienestar presentes en Chile (como el sistema de pensiones). Así, «el elevado porcentaje de mortalidad infantil exigía una alta tasa de natalidad, para asegurar que más de algún hijo o hija pudiese proporcionar el apoyo requerido en el ocaso de la vida».¹⁴

Esta realidad social se proyecta políticamente en el debate sobre cómo y para qué se debía resolver la situación de la mortalidad infantil durante la década de 1930, desplegándose una discusión que vincula la preocupación por la «seguridad» de la población¹⁵ a consideraciones sobre la situación sanitaria, junto con una diversidad de ideas sobre la estructura social, la cultura y la política en Chile.¹⁶

La discusión política en torno a la demografía y el uso del discurso científico

Al observar el gráfico 1, los índices de mortalidad infantil en Chile desde fines de la década de 1950 evidencian una escasa mejora comparados con la situación de otros países de la región. Esto nos conduce a pensar que en la década de 1930 el problema era aun más preocupante. En efecto, se debe tener en cuenta que muchas de las políticas públicas de salud inauguradas en la década de 1930, comenzaron a mostrar progresos importantes desde los años cuarenta y cincuenta, siendo resultado «de una mantención y

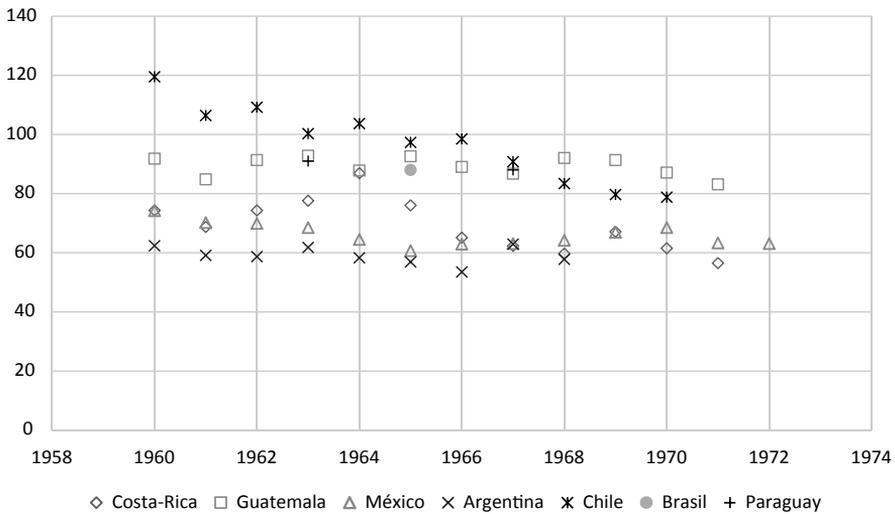
14 Valenzuela, 2006,104, 109-110.

15 Un importante referente para aproximarse a la relevancia de la población para la política es la clase impartida por Michel Foucault en 1978: «Seguridad, territorio y población». Respecto a ello desde el siglo XVIII se observa en las sociedades occidentales modernas un tránsito desde los mecanismos del poder centrados en la disciplina hacia las estrategias centradas en la seguridad. En este fenómeno lo importante «ya no es la seguridad del príncipe y su territorio, sino la seguridad de la población y, por consiguiente, de quienes la gobiernan». De acuerdo a esto, particularmente «con los economistas del siglo XVIII, la población va a dejar de presentarse como un conjunto de sujetos de derecho, un agrupamiento de voluntades sometidas que deben obedecer la voluntad del soberano por intermedio de los reglamentos, las leyes, los edictos, etc. Se la considerará como un conjunto de procesos que es menester manejar en sus aspectos naturales y a partir de ellos». Esto implica que la población no es vista como dato básico sino como un fenómeno de la naturaleza dependiente de un conjunto de variables (clima, entorno material, comercio y riquezas, valores morales o religiosos, etc.), que no permiten que la relación con el soberano sea de mera obediencia, y que a través de su observación y contabilización puede revelarse su regularidad, en perjuicio de su apariencia azarosa y accidental. Foucault, 2006, 86-98.

16 Huneeus y Lanús (2002) en su estudio sobre el ministro Eduardo Cruz-Coke (1937-1938) dan un ejemplo de la importancia de la política de salud y la serie de medidas iniciadas desde fines de la década de 1920 y los años treinta.

convicción de políticas públicas»,¹⁷ que incluían, entre otras, «campañas de vacunación masiva, atención hospitalaria, difusión de precauciones higiénicas». ¹⁸ Siguiendo los datos usados por Valenzuela, recién desde mediados de los años cuarenta se aprecia una mortalidad infantil inferior a los 200 por cada mil nacidos vivos.¹⁹

GRÁFICO 1
MORTALIDAD INFANTIL EN CHILE Y OTROS SEIS PAÍSES LATINOAMERICANOS



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Festy, 1974.

Desde el último cuarto del siglo XIX, frente a la mortalidad se desarrollaron medidas gubernamentales que con relativa claridad pretendían mejorar los niveles de vida y salud general. Según Salinas, los chilenos del siglo XIX tuvieron una clara percepción sobre la salud de su época y a menudo se impactaron con algunas de sus consecuencias, como la muerte.

¹⁷ Zárata y González, 2015, 216. Para la relación entre «modernización», industria y salud en las primeras décadas del siglo XX, ver: Veneros, 2012.

¹⁸ Salinas, 2014, 215.

¹⁹ Parte de la serie confeccionada por Valenzuela muestra para la mortalidad infantil (por cada mil habitantes) estos datos: 1925: 258; 1930: 234; 1935: 251; 1940: 196,4; 1945:163,6; 1950:139,4; 1955: 119,8; 1960: 119,5; 1965: 97,3; 1970: 82; 1975: 57,6; 1980: 33. Valenzuela, 2006, 107.

Particularmente la denominada «desigualdad social ante la muerte», presente ya en aquella época, implicaba concebir la salud como un fenómeno social y a menudo se determinaba en relación con la miseria social y sobre mortalidad.²⁰

De acuerdo con esto, ya durante las primeras décadas del siglo XX la política de vacunación se desplegó con fuerza hacia los recién nacidos, generando incluso temores dentro de la población.²¹ Aun con estas resistencias, estas medidas, sumadas a otras, tendieron a disminuir la viruela en la década de 1930 y erradicarla finalmente en los años cincuenta,²² y la presencia de algunas enfermedades que, directa o indirectamente, afectaban los niveles de sobrevivencia de los menores de un año. Sin embargo, aun considerando estos avances, la situación de mortandad infantil era un tema preocupante para diversos sectores políticos.

Según la información que manejaban los contemporáneos, las causas de la mortalidad infantil en cuatro distritos de la zona central²³ en 1929 (con 2.737 nacimientos, 635 fallecidos menores de un año y 47 mortinatos) eran: alteraciones digestivas (28,2 %), enfermedades respiratorias agudas (26,2 %), traumatismos obstétricos (9,61 %), sífilis congénita (8,7 %), prematuridad (6,2 %), tuberculosis (2,5 %), septicemia (2,9 %) y gripe (2,1 %).²⁴ Los datos locales se presentan en línea con la tendencia a nivel nacional, pues las cifras de 1933 y 1935 nos indican que las principales causas de mortalidad infantil eran las enfermedades de primera infancia, como la debilidad congénita, sífilis y nacimiento prematuro (sin considerar a los nacidos muertos), diarreas y enteritis, bronconeumonía, meningitis y gripes.²⁵

La relación entre mortalidad y natalidad no estaba ausente del debate político chileno, ya que de ella dependía en gran parte el crecimiento de la población, elemento que en aquella época, y aun en la actualidad,²⁶ se consideraba fundamental para las posibilidades de desarrollo nacional.²⁷ La discusión política se encontraba en cierta forma alejada de las materias del

20 Salinas, 1983, 107.

21 «Los médicos sostenían que los niños debían vacunarse lo antes posible para evitar la enfermedad, y así erradicar la viruela en las futuras generaciones, pero a las familias les resultaba angustioso hacerlos cuando eran tan pequeños». Cabrera, 2008, 67.

22 *Idem.*

23 Santa Ana, Hipódromo Chile, San Bernardo y San Isidro.

24 El bajo porcentaje de gripe es a causa de que muchas bronconeumonías gripales no figuraban con su clasificación etiológica y por tanto no entraron en este grupo. Schonhaut, 2007.

25 Dirección General de Estadística, 1933, 79-80; 1935, 32, 34, 36 y 38.

26 Ver: Machinea, 2008.

27 Sobre esto ver: Foucault, 2006, 86-98.

«óptimo de la población», pues a diferencia de las tendencias observadas en las sociedades «modernas», las tasas de natalidad y, sobre todo, las de mortalidad eran aun altas.²⁸ A pesar de que las estadísticas demográficas de la sociedad respondían a una dinámica poblacional de carácter tradicional,²⁹ los políticos de la época observaban con preocupación la alteración de la tendencia que mantenía los índices de natalidad y mortalidad proporcionalmente altos. Generalmente se estimaba que sociedades con altos índices de mortalidad también llevarían aparejadas altas tasas de natalidad que «amortiguarían» los efectos negativos en el total de la población.³⁰ Sin embargo, en 1939 Salvador Allende (ministro de Salubridad en aquella época) cuestiona esta idea señalando que en estos fenómenos operaban causas que provenían «sobre todo del medio exterior económico, geográfico y social».³¹

La preocupación política nacía del lento crecimiento de la población en Chile en comparación con otras naciones de América Latina, tales como Brasil o Argentina, debido a que este era mayormente vegetativo —a diferencia de aquellas naciones que acrecentaban su población por movimientos migratorios más numerosos— y a que la diferencia entre el número de nacidos y fallecidos era escasa.³²

En 1932 el diputado radical Isauro Torres ya reparaba en esta misma situación. Torres observó el problema en virtud del nivel total de población, particularmente señalando que una característica de la «modernización» reproductiva, a saber, la disminución de las tasas de natalidad, no estaba

28 Durante la década de 1930 es posible observar que dentro de las consideraciones estadísticas estaba el problema del registro de los nacimientos, pues los costos de traslado y las distancias podían dificultar la inscripción de los nacidos, particularmente en el marco de la crisis económica y su impacto en los sectores populares. Sobre esto ver: Dirección General de Estadística, 1937, 74-75.

29 La denominada transición demográfica en Chile se inició aproximadamente en la década de 1960 con una progresiva baja en la tasa de fecundidad y con el aumento de la esperanza de vida. Martínez, 1998.

30 La relación entre mortalidad y natalidad era un tema estudiado en la época. Un caso es el análisis del médico Jorge Nicolai que señalaba: «cuantos más niños mueren, tantos más nacen, y viceversa; da la impresión de como si la mortalidad igualara y regulara la natalidad: si nacen demasiados, la creciente mortalidad reduce el número a una tasa adecuada, mientras que una escasa natalidad se ve apoyada por una supervivencia mayor. Naturalmente, se podría también decir que, inversamente, la natalidad regula la mortalidad. Dejando de lado por el momento la cuestión de la causalidad, el hecho mismo de la dependencia recíproca es indudable, y se nota ya bien claramente con una mirada superficial a los casos extremos: Chile con su mortalidad elevada tiene también una natalidad que es una de las más altas del mundo (39,8 %) [...] Al otro lado Nueva Zelandia, con su mortalidad mínima, tiene también una natalidad mínima que ni siquiera logra la mitad de la de Chile. Pero con toda seguridad se puede decir que cuando Chile haya mejorado las condiciones de vida de sus niños, la natalidad disminuirá y se aproximará a la de Nueva Zelandia». Nicolai, 1933, 174.

31 Allende, 1939, 19.

32 *Ibidem*, 13-14.

acompañada de un fenómeno de igual magnitud en la sobrevivencia de los nacidos. Para Torres los gobernantes de Chile debían preocuparse si «con los avances de la cultura y con la grave situación económica» la natalidad bajaba y la alta mortalidad infantil se mantenía.³³

Sin embargo, si observamos la tabla 1, en 1934 el problema mayor no parecía ser la tasa de natalidad —que se mantenía cercana a los países con niveles más altos como México o Guatemala— sino la elevada mortalidad general que se muestra como la tercera más alta del conjunto. Al detenemos en la cifra de mortalidad infantil la situación se vuelve aun peor, pues sobrepasa con creces a todos los países considerando aquellos que presentaban una mayor mortalidad general (Egipto). Otro factor problemático, junto a altas tasas de mortalidad infantil y leve caída en la natalidad, era la situación de la esperanza de vida, que en las décadas de 1920, 1930 y 1940 presentaba un indicador de 31, 35 y 38 años respectivamente. Esto significaba estar por debajo del promedio de los datos de «Argentina, Brasil, Colombia, México, Uruguay, Venezuela que eran de 37, 38 y 44 respectivamente para los mismos años (1920, 1930 y 1940)».³⁴

La leve disminución de las tasas de natalidad apuntada por algunos políticos, resultaba problemática al asociarla a los altos niveles de mortalidad que afectaban a la sociedad chilena y que, como hemos indicado, aun se manifestaban muy altos en los años treinta. Las evidencias existen de manera transversal, tanto en el comienzo de la década como en su periodo final. En 1931 el presidente de la república Carlos Ibáñez del Campo, presentando el proyecto del Código Sanitario, señala:

Es un hecho perfectamente establecido que las condiciones sanitarias de nuestro país son deficientes. Nuestra mortalidad general, aunque algo disminuida en los últimos años, es aún excesivamente elevada, en especial cuando la comparamos con la de ciertos países en que hay servicios sanitarios estables a cargo de un personal especializado y eficiente, provisto de los elementos necesarios para desempeñar satisfactoriamente sus tareas.

Es necesario que desde el punto de vista de la higiene, alcancemos el puesto que, por el prestigio de nuestra civilización, nos corresponde ocupar entre las demás naciones de nuestra categoría.³⁵

En 1933 Isauro Torres evidencia la misma situación en el marco de la discusión sobre la generación de una constitucionalidad sanitaria en Chile:

33 DSCN, Sesión 16a. extraordinaria, lunes 20 de febrero de 1933, 864.

34 Bértola, Hernández y Siniscalchi, 2012, 27 y 28.

35 DSCN, Sesión 32.a extraordinaria, martes 20 de enero de 1931, 1563.

Señor Presidente, estamos mucho más atrasados que muchos pueblos que nosotros podríamos creer que permanecen en un estado sanitario y cultural más deficiente que el nuestro. Así la pequeña República del Salvador tiene una mortalidad apenas de un 14 por mil; Colombia, con su pésimo clima tropical tiene 13 por mil.

Ahora, si nos referimos al estado sanitario respecto a la mortalidad infantil, las cifras son verdaderamente vergonzosas para nuestro país. [...] Las estadísticas mundiales no publican hasta el día de hoy una cifra más alta de mortalidad infantil que la de Chile.³⁶

TABLA 1
MORTALIDAD INFANTIL Y GENERAL EN DIVERSOS PAÍSES
DURANTE EL AÑO 1934

<i>Países</i>	<i>Natalidad (tasa por mil habitantes)</i>	<i>Mortalidad infantil (tasa por mil nacidos vivos)</i>	<i>Mortalidad general (tasa por mil habs.)</i>
Chile*	38,3	225	25,1
Argentina	25,3	97	11,8
Costa Rica	42,3	136	17,8
Guatemala	40,9		26,6
Salvador	40,2	145	24,5
Uruguay	20,6	96	10,5
Colombia**	30,0	143	14,0
Venezuela	28,3	162	18,5
México	42,1	134	23,0
Estados Unidos	17,1	6	11,0
Canadá	20,5	72	9,4
Alemania	18,0	66	10,9
Dinamarca	17,8	64	10,4
España	26,2	113	15,9
Francia	16,1	69	15,1
Inglaterra y Gales	14,8	59	11,8
Nueva Zelandia	16,5	32	8,5
India Británica	33,7	168	24,9
Japón	29,9	125	18,1
Filipinas	34,6	161	18,5
Egipto	42,6	166	28,1

* Tasa para el año 1936. ** Tasa para el año 1933.

Fuente: Departamento Central de Bioestadística, Servicio Nacional de Salud. DSCN, Sesión 25.a ordinaria, miércoles 21 de julio de 1937.

³⁶ DSCN, Sesión 16a. extraordinaria, lunes 20 de febrero de 1933, 863.

Posteriormente, Allende, analizando la distribución por edad de los fallecidos en 1937, señala que:

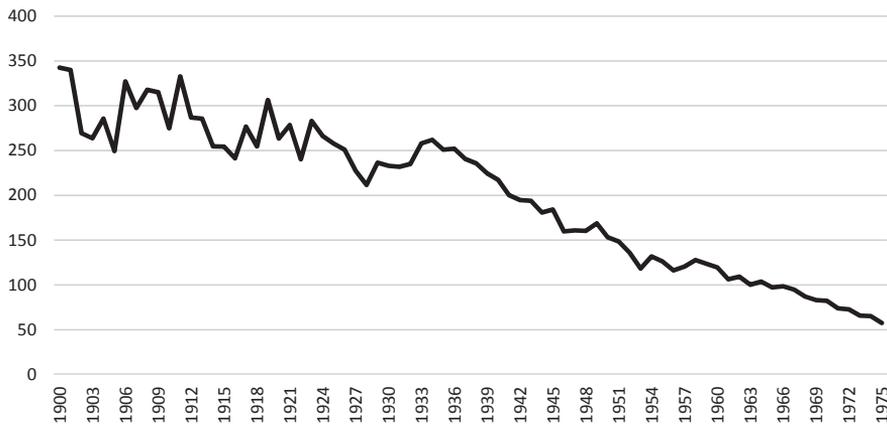
El número total de muertos llegó a la cifra de 109.795, de los cuales 16.174 fallecieron antes de cumplir un mes de vida; 20.740 de un mes a un año; 13.280 de uno a 5 años; 2.845 de 5 a 10 años; 1.928 de 18 a 15 año; 334 de 15 y 16 años. De 100 fallecidos un 48.3% tenía menos de 10 años.

Llamamos la atención sobre estas cifras que son verdaderamente impresionantes. Del total de las muertes ocurridas en ese año, 55.401, o sea el 50.46% ocurrieron antes de los 16 años y 54.391 o sea 49.54% después de esa edad, es decir en la edad activa. En el primer grupo, la mortalidad infantil ocupa un lugar predominante con 36.914 muertes antes del año de edad; esta cifra asciende a 44.827, si se suma al número de fallecidos antes de los 2 años.³⁷

Estos testimonios corresponden solo a algunos ejemplos de una gran cantidad de discusiones políticas y parlamentarias que destacan el problema de la población como un factor relevante en el destino y desarrollo de la nación, particularmente en relación a la elevada tasa de mortalidad infantil. Esto, unido a los datos del gráfico 2, nos lleva a reflexionar sobre lo complejo de la infancia en Chile durante la década de 1930 y la fortuna de quienes escapaban de estar entre los más de doscientos muertos por cada mil nacidos.

GRÁFICO 2

MORTALIDAD INFANTIL EN CHILE POR CADA MIL NACIMIENTOS



Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Braun *et al.*, 2000.

³⁷ Allende, 1939, 22.

Para muchos contemporáneos ese problema no se encontraba al margen de las preocupaciones de las elites políticas, incluso independientemente de la militancia partidista y la inclinación ideológica. Existía un consenso que reconocía la frágil posición de Chile en esta materia. No obstante, los énfasis realizados por los diversos sectores para explicar las causalidades de este fenómeno eran diversos y, por ende, también las soluciones propuestas para mitigar este problema.

El contexto mayor en el que se desarrollaron las discusiones sobre el problema de la mortalidad, y específicamente el de mortandad infantil, es el de creación de una institucionalidad sanitaria para el país, enmarcada en el paulatino incremento de la participación del Estado en la salud pública, que hasta ese momento se desarrollaba sobre la base de un sistema caritativo, individualista y privado que resultaba totalmente insuficiente en relación a las necesidades del país y donde desde los años veinte se perfilaban tres posiciones frente al problema de salud en Chile: liberal conservadora, socialdemócrata y socialista.³⁸ Sin embargo, muchas veces las iniciativas se quedaban en una mera «solución legislativa»,³⁹ sin poder contrarrestar de forma idónea los altos índices de mortalidad hasta por lo menos la década de 1950.⁴⁰

El problema de la mortandad infantil era tratado mayormente a propósito de la discusión de proyectos de medicina preventiva, de la salubridad nacional o modificaciones al código sanitario, entre otros, implicando que los discursos y las opiniones dadas al respecto se ligaban principalmente al campo de la ciencia y de los discursos científicos predominantes. Evidentemente esto colocó en un sitio privilegiado para conducir la discusión a aquellos políticos que eran médicos de profesión, como Isauro Torres (Partido Radical), Salvador Allende (Partido Socialista), Carlos Ribbeck

38 Labra, 2004.

39 Salinas, 1983, 115.

40 Para la investigadora María Eliana Labra las discusiones políticas sobre la institucionalidad sanitaria en Chile se expresaron desde los años 1920 en tres corrientes que plantearon sus lineamientos en torno a las características y funciones de la seguridad social: la liberal conservadora que planteaba un accionar del Estado solamente hacia los sectores más pobres y organizada por la capitalización individual; la socialdemócrata inspirada en las propuesta de la OIT y Versalles (1919), que en general apuntaban a brindar los elementos necesarios para la mantención de la salud con una perspectiva «nacionalista y eugénica característica de esa época, según la cual el objeto de la función Salud es el capital humano, que debe ser valorizado, protegido y multiplicado por el Estado para la grandeza de la Nación»; y la socialista que «pretende la plena socialización de la medicina, sin distinción de ninguna naturaleza e inspirada únicamente en el bienestar colectivo». Labra, 2004, 209-210.

(Partido de Acción Republicana) y el ministro de salubridad Eduardo Cruz-Coke (Partido Conservador).⁴¹

La relación entre el debate político y la utilización de un discurso científico es particularmente interesante. Para René Salinas, las visiones que se posean y expresen acerca de la salud, y en este caso de la experiencia de la mortalidad, del valor que se le otorgue y del tipo de medidas que se adopten para su atención, están constituidas no solo de un conjunto de elementos médicos sino también de elementos para-médicos. Es decir, los planteamientos expresados en torno a un hecho demográfico y vital como es la mortalidad están cruzados, de distintas formas, por las ideologías de la época y profundamente «impregnados de los intereses sociales e ideológicos que preocupan a los componentes de las sociedades».⁴²

Esta afirmación resulta particularmente obvia en los discursos políticos acerca de la mortalidad infantil pues es en ese espacio donde se articula de manera más visible esta relación entre ciencia e ideología, que en otras ocasiones puede estar velada al verse como un fenómeno que pertenece estrictamente al campo de lo científico, de lo observable y de lo medible.⁴³ A raíz de esto, nos parece interesante intentar mostrar las convergencias y diferencias existentes entre los diversos grupos políticos que se manifestaron frente al tema en los años treinta, incorporando el análisis de las ideas científicas o de otra índole que nos permitan descifrar las concepciones y las visiones políticas subyacentes al problema de la mortalidad infantil.

¿Qué hacer si los niños mueren? Convergencias y divergencias en la discusión política sobre la mortalidad infantil

Como hemos evidenciado, la legislación sanitaria y la progresiva preocupación por los problemas de mortalidad infantil, que afectaban de manera particular a los sectores populares, no se expresó en mejoras considerables dentro de la década de 1930, pues aun con un código sanitario en funcionamiento, los índices de mortalidad de menores no bajaban de los doscientos

41 De acuerdo con Matías Pérez (2012), el éxito de la nueva elite médica y su involucramiento en la esfera de la política pública, a partir de su desarrollo interno dentro del contexto universitario, se desarrolla particularmente tras el nacimiento del Servicio de Higiene Pública a finales del siglo XIX. Este proceso implicó un proceso de «ascenso social» de los profesionales médicos que accedieron a ocupar altos cargos políticos como diputados, senadores y ministros.

42 Salinas, 1983, 106.

43 *Idem.*

por cada mil nacidos. Incluso en el caso de que estas cifras representaran un avance en relación a las estadísticas previas a nivel nacional, las comparaciones con otros países de América Latina y Europa le otorgaban a la situación ribetes críticos.

Como hemos indicado, las iniciativas y esfuerzos por mejorar las condiciones del nacimiento y el cuidado a las madres se evidencian desde las primeras décadas del siglo XX,⁴⁴ mostrando la importancia del cuidado de los niños después del parto en la sobrevivencia de los recién nacidos, junto a la importancia de las mejoras en la cultura de las mujeres sobre la crianza de los hijos.⁴⁵ Evidencia de esto último es que en 1938 fue promulgada la iniciativa del ministro Cruz-Coke, Ley 6236 (conocida como Ley de la Madre e Hijo) para proteger a la mujer embarazada y la nutrición de los niños⁴⁶ (mediante suplemento alimenticio).

La Caja de Seguro Obligatorio creada en 1924 tuvo una destacada acción en la búsqueda de educar en salud mediante campañas públicas y difusión de estudios de especialistas a través de su *Boletín Médico y Acción Social*; integrando la relevancia de políticas para mejorar las condiciones de la salud familiar, incluyendo a mujeres trabajadoras, madres solteras⁴⁷ o casadas, con beneficios del reposo postparto, y reconociendo a la maternidad como «una función social».⁴⁸ También se observan en sus publicaciones la discusión y consideraciones sobre las condiciones laborales de la mujeres y la situación de las salas cuna, elementos crecientemente considerados como relevantes para la vida de la madre y la sobrevivencia de las hijas e hijos.⁴⁹

Sin perjuicio de esto, el consenso acerca del drama que experimentaba la sociedad chilena cuando moría aproximadamente un 25 % de los niños nacidos era transversal en la clase política.⁵⁰ Como hemos adelantado, las

44 Ver por ejemplo: «Protección de las madres durante el embarazo, el parto y el puerperio, su influencia sobre la mortalidad infantil», en Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia, 1913, 137-144.

45 Baeza, 1924.

46 Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, 1938, «Ley Núm. 6.236 (Modifica la Ley n. 4.054)», Biblioteca del Congreso Nacional, Ley Chilena, 1938, <http://bcn.cl/1us0q> [Consultado: 20/09/2016].

47 Villegas, 1933.

48 Caja de Seguro Obligatorio, 1935, 40.

49 García, 1938.

50 También existen opiniones que destacan los logros experimentados desde los años veinte, aunque esta apreciación no es mayoritaria. Como ejemplo encontramos la intervención del diputado Francisco Jorquera, del Partido Radical, señalando que «se nota también, pues, que la mortalidad ha ido decreciendo, lo que concurre a demostrar la situación de bienestar general de nuestra República», DSCN, Sesión 28.ª ordinaria, lunes 28 de julio de 1930, 1236.

principales causas de la mortalidad infantil eran aquellas enfermedades estrechamente vinculadas a las deficientes condiciones materiales de vida, es decir, a la pobreza. El *Anuario Estadístico* de 1936 comentaba la relación de los efectos de la crisis económica de 1929 en la mortalidad infantil, afectando a esta última con una «tendencia al alza» a partir de 1933. Esto estaba «relacionado especialmente con la alimentación, tanto de la madre como del recién nacido, es seguro que el aumento comentado se explique en mayor parte a la enorme alza de los artículos de consumo».⁵¹ En 1936, del total de las muertes de infantes menores de un año, las principales causas eran, después de las enfermedades de primera infancia, las del aparato respiratorio, digestivo y las enfermedades infecciosas y parasitarias.⁵²

Una perspectiva veía la mortalidad infantil asociada a categorías de orden moral. Esto era particularmente importante para los sectores más conservadores, que tendían a enlazar directamente el problema de la mortalidad infantil a situaciones presentes en los sectores populares. De ahí que resultara central el problema de la «ilegitimidad» de los hijos, específicamente como una característica propia de la «desorganización familiar» causada por «factores morales».⁵³ En una perspectiva distinta, los sectores más cercanos a la izquierda veían la «ilegitimidad» como variable principalmente perjudicial en términos económicos, al ser solo la madre la que debía sostener materialmente a sus hijos.⁵⁴

No es común entre los conservadores encontrar observaciones que le otorguen un rol central a las causas económicas o materiales del problema en discusión, salvo algunas excepciones como Eduardo Cruz-Coke, que era parte de las tendencias socialcristianas de la época. Sin embargo, en un plano general, desde la mirada conservadora la modernidad planteaba un problema para sus ideas de orden social vinculado a la mantención de las relaciones jerárquicas y elitistas en lo político, económico y social:

La estadística de Chile en el año 1925, arrojaba [...] un porcentaje de un término medio de 43 y fracción por ciento de natalidad de hijos ilegítimos, cifra que indica el abandono total del padre.

Ahora bien, en este problema de orden moral, que tiene que merecer la intervención directa del Estado en cooperación con las iniciativas particulares y con la legislación [...]

51 Dirección General de Estadística, 1937, 74.

52 *Ibidem*, 81-82.

53 DSCN, Sesión 2a. extraordinaria, martes 29 de octubre de 1935, 114.

54 «De ahí la preocupación de este Ministerio por el desarrollo de una política de protección a la madre soltera y la normal constitución de las familias de nuestra clase trabajadora, por lo que ella significa para el porvenir de la madre y del niño». Allende, 1939, 77.

En esta materia de la protección a los menores hay tres órdenes de medios que deben llevar al éxito: la acción del Estado, la iniciativa particular y la acción de los organismos diversos que asuman esta iniciativa y las disposiciones legales por las cuales se rija esta materia.

Es una aspiración de los legisladores, es una aspiración de todos los chilenos solucionar este mal, de que oímos hablar diariamente: arrancar a la calle a los niños indigentes [...] Hay que formar otra mentalidad, en el sentido, principalmente de conservar una raza que se va perdiendo y que fue en lo antiguo de tradicional vitalidad.

Y, sobre todo, hay que concebir la formación de la familia bajo el concepto de un mandato que la propia conciencia indica cumplir; deberes a los cuales ciertos padres, impulsados por las pasiones, por los vicios o por causas diversas parecen hoy exonerados de cumplir.⁵⁵

La alteración del orden tradicional, desde su lectura, se observaba en la llegada de «nuevas» ideas y modas sociales.⁵⁶ Así «la destrucción» de las relaciones familiares y la «pérdida de la moral natural» eran las causas centrales de los problemas sociales; se veía amenazado el orden tradicional. Frente a estos problemas sociales, incluido el que convoca este estudio, las respuestas conservadores se caracterizan por asumir la caridad, la ayuda moralizadora y la educación hacia los pobres como la principal herramienta. Quizá como un resabio de las antiguas formas de entender la ayuda a los «buenos pobres», a los que «no desafiaban el orden», a quienes «no se salían del camino»,⁵⁷ encontramos la condena a los actos que «atentaban contra la moral», pues estos eran producto del alejamiento de los dictámenes de la tradición.

Otra de las líneas explicativas en relación a la mortalidad infantil se desarrolla en torno al funcionamiento y estructura económica. Esta visión era recurrente —aunque no exclusiva— en los partidos de izquierda, principalmente enfocándose en la discusión sobre los motivos de la mortandad y su relación con la desigualdad y la pobreza. En los partidos de centro, era un factor que influiría en el desarrollo de la economía nacional. Esto último sin perjuicio de que puedan incorporarse ambos énfasis dentro de un mismo discurso.⁵⁸

Así, muchas veces la alta mortalidad infantil era vista como un «derroche de vida» en la medida que representaba una merma de la fuerza de

55 Discurso del diputado Fernando Varas (Partido Conservador) en torno a la modificación de la ley de menores, DSCN, Sesión 2a. extraordinaria, martes 29 de octubre de 1935, 114.

56 Para este tema ver el importante trabajo de Rinke, 2002.

57 Castel, 1995, 37-41.

58 Discurso de Manuel Madrid (Radical), DSCN, Sesión 25a. ordinaria, 21 de julio de 1937, 1351.

trabajo nacional. Este argumento de corte económico que justificaba los esfuerzos por disminuir la mortalidad infantil, se vincula con los motivos más profundos por los cuales el Estado de Chile se vuelve un actor más participativo dentro del desarrollo de la salud pública durante las primeras tres décadas del siglo XX. Parte de este interés se relaciona con la creencia de que el Estado debe dotarse de los «medios necesarios» para su propio desarrollo y perfeccionamiento, en un contexto de cambios acelerados en la economía nacional. Así, «la presencia tardía del Estado en las políticas de salud son coincidentes con una mayor integración del trabajador al proceso de producción moderno. La salud de la población se transforma, históricamente, en un problema de interés público conjuntamente con la consolidación del Estado como gestor del bien común, administrando los recursos necesarios a su mejoramiento». ⁵⁹ Esta perspectiva no estaba ausente en los médicos que desde sus estudios plantean la necesidad de políticas y prácticas de salud con el problema que significaba aquel «capital humano que sustrae anualmente al activo de nuestro progreso». ⁶⁰

El impacto económico del mejoramiento de las condiciones higiénicas y sanitarias, especialmente para los sectores de la población que habitaban paupérrimamente, cumplía un rol central conforme a las concepciones del liberalismo burgués que comenzaba a guiar el rol del Estado, diferenciándose de las acciones que habían sido inspiradas por el liberalismo clásico durante la mayor parte del siglo XIX. ⁶¹

En este sentido, muchas propuestas políticas se dirigieron centralmente a crear, reforzar y perfeccionar la institucionalidad sanitaria del país, reconociendo el vínculo relevante entre el problema de la mortalidad y las condiciones socioeconómicas de la población:

El tipo de desarrollo de la Asistencia Social en Chile ha hecho que el problema de la protección a la infancia haya sido abordado en el país por etapas incompletas en medio de una labor poco coordinada [...]

Como sucede en todos los países de gran natalidad, el problema del niño se presenta en Chile en uno de los aspectos más importantes, por el de una gran mortalidad infantil, especialmente en el primer mes de la vida, problema relacionado con circunstancias económico-sociales, de educación y de higiene, que el Gobierno está empeñado en solucionar. [...]

Las principales causas de muerte de los niños fallecidos menores de un año, [...] están relacionadas con enfermedades respiratorias por enfriamiento [...] [y] enfermedades

⁵⁹ Salinas, 1983, 126.

⁶⁰ Melfi, 1935, 8.

⁶¹ Salinas, 1983, 113.

de la nutrición, condicionadas por la imposibilidad en que está la madre de alimentar a su hijo en buenas condiciones.

Todas las medidas directas que se pretendan tomar para solucionar los casos una vez producidos son por eso de muy escaso rendimiento humano, en vista de lo cual el Gobierno ha propiciado una política que permita coger su causa misma el origen de todos estos males que, si bien tienen un denominador común de tipo económico, lo tienen también en una mala organización y distribución de los beneficios que el Estado da a los económicamente débiles por medio de sus Cajas y Servicio de Asistencia y Salubridad.⁶²

En esta línea de desarrollo es destacable la acción de Eduardo Cruz-Coke, que desde su posición de ministro de Salubridad, Asistencia y Previsión Social impulsó las leyes de Medicina Preventiva y la Ley Madre e Hijo, promulgadas en 1938. En estas, además de un esfuerzo por mejorar las condiciones de salud, alimentación de los niños y reposo de los enfermos, se aprecia la importancia de las mejoras sanitarias dentro del desarrollo de la producción y el consumo. Para Cruz-Coke los problemas de salud se vinculaban complejamente a los temas salariales y los desarrollos sociales y culturales, donde al Estado le correspondían diversas funciones en el objetivo de mejorar la salud de la población y el desarrollo productivo de la población saludable. Sus ideas influyeron con fuerza en los debates parlamentarios sobre la política de salud de la época. En el mismo año que se aprobaron las leyes mencionadas, señalaba que

Si hemos planteado aquí este problema es porque la salud es quizá el más importante factor que gobierna la economía humana en su aspecto de ciencia experimental de disciplina concreta. [...] Ahora bien, si la insuficiencia económica individual se traduce siempre en una morbilidad creciente y si es cierto que la intensidad y la extensión de muchas afecciones [...], dependen en gran parte del salario, hay que considerar que influyen poderosamente, a su vez, sobre las condiciones económicas, es decir, prácticamente, sobre el mismo salario.⁶³

Los esfuerzos en esta dirección deben ser considerados, pues —como señala Cavieres— a través del siglo XX en el caso chileno se produjo una disminución en los niveles de mortalidad sin ser consecuencia «de grandes logros en las calidades de vida de sectores importantes de la población, sino más bien pequeñas, pero claras ganancias sociales a partir de la acción

62 Mensaje del presidente de la República, Arturo Alessandri Palma, a los conciudadanos del Senado y de la Cámara de Diputados, DSCN, Sesión 18a. extraordinaria, martes 28 de diciembre de 1937, 1015.

63 Cruz-Coke, 2012 [1938], 10.

institucional de organismos públicos y del desarrollo médico propiamente tal». ⁶⁴

Sin embargo, de ninguna forma este proceso representó una solución satisfactoria para el país y muchos políticos tomaron conciencia de ello durante los años treinta. Estos no podían soslayar, por un lado, que los avances de la ciencia no permeaban la sociedad de manera homogénea y, por otro, la fuerte incidencia de los serios y dramáticos problemas socioeconómicos que perjudicaban la calidad de vida de importantes sectores de la población, repercutiendo en sus índices de mortalidad.

En base a esto, los partidos de izquierda (y algunos miembros de partidos de centro) identificaban las deficientes condiciones económicas como la raíz del problema de la mortalidad infantil, ⁶⁵ y por tanto sugerían cambios más radicales en torno a la organización económica de la sociedad como solución a los problemas demográficos. En 1937 el senador Hugo Grove, del Partido Socialista, señalaba la importancia de mejorar las condiciones de vida de la población mejorando «los salarios vitales, la alimentación adecuada y suficiente, la habitación barata e higiénica, el vestuario apropiado y necesario, la cultura esencial, etc.». ⁶⁶

También Allende, en 1937, desplegó argumentos sobre la responsabilidad política de las elites tradicionales en la miserable situación sanitaria, económica y social de los sectores populares de la sociedad chilena, señalando las limitaciones de las «buenas intenciones» de mejora del gobierno, frente a los intereses de la derecha y la oligarquía. ⁶⁷

Se evidencia que la mirada de la izquierda chilena de los años treinta, muy distante de los sectores conservadores, representaba los propios desarrollos de la modernidad y las ideas socialistas que buscaban las causas de los problemas sociales en la estructura y orden económico chileno. Lo apuntado se observa en el informe de Salvador Allende:

⁶⁴ Cavieres, 1999, 197. Este autor considera que los efectos económicos, y específicamente la pertenencia socioeconómica de los individuos, es un factor relevante. En este punto, Salinas discrepa al señalar que «a partir de 1923, asistimos a un descenso ininterrumpido de la tasa de mortalidad, que alcanza proporciones moderadas, aunque todavía altas, pero que testimonian un lento desarrollo de mejores condiciones de vida para la población chilena». Salinas, 1983, 117.

⁶⁵ Durante el siglo XIX y principios del XX, a pesar de que se reconocía una diferencia en las condiciones de vida y sus impactos sobre los niveles de mortalidad, a estas se les otorgaba un rol secundario. El problema de la salud, y específicamente los altos niveles de mortalidad infantil se asociaba fundamentalmente a la falta de conocimientos sobre higiene en la infancia o el descuido en su aplicación regular en los grupos sociales más modestos. Salinas, 1983, 108-109.

⁶⁶ Senador Hugo Grove, DSCN, Sesión 13a. extraordinaria, miércoles 22 de diciembre de 1937, 404.

⁶⁷ DSCN, Sesión 28a. ordinaria, miércoles 28 de julio de 1937, 1582.

Chile tiene la más alta mortalidad infantil del mundo.

Por cada veinte partos, nace un niño muerto. La mortinatalidad nuestra equivale al 50,5% de los nacidos vivos; por cada mil nacidos vivos mueren doscientos cincuenta. Por cada diez niños nacidos vivos muere uno antes del primer mes de vida; la cuarta parte, antes del primer año; y casi la mitad antes de cumplir nueve años.

Nuestro país vive un momento de su historia en que pugna por desprenderse de formas económicas antiguas, autocríticas y de libre competencia, para canalizar su vida social por cauces de cooperación y de bienestar efectivo que abarque a todas las capas populares y clase media. [...]

Chile, al igual que la mayoría de los demás países sudamericanos, ha vivido a merced del coloniaje económico y cultural que ha obstaculizado el progreso social y el desarrollo de nuestras riquezas naturales.

Más aún, estos factores han impedido que el pueblo logre el standard de vida compatible con el de país civilizado y medianamente culto. Ciento veinte años de vida política independiente no han bastado para incorporar a la vida cívica a las clases proletarias dentro del juego normal del progreso [...]

Debemos lealmente declarar que todas aquellas medidas médicas que se tomen solo podrán rendir un provecho efectivo si se adoptan resoluciones económico-financieras que permitan elevar el standard de vida de nuestros conciudadanos. Se puede afirmar que las bases fundamentales que determinan el bienestar y el progreso de los pueblos son precisamente un buen standard de vida, condiciones sanitarias adecuadas y amplia difusión de la cultura en los medios populares. Cabe afirmar también que el volumen y la consistencia de estos últimos factores dependen estrechamente del auge económico sin el cual no es posible edificar nada serio desde el punto de vista de lo higiénico y lo médico, como tampoco en lo que respecta a la cultura, porque no es posible dar salud y conocimientos a un pueblo que se alimenta mal, que viste andrajos y que trabaja en un plano de inmisericorde explotación.⁶⁸

Los sectores que buscaban una reorganización económica del país para disminuir la mortalidad, con fundamentos en un diagnóstico económico social que asigna responsabilidades políticas a los sectores de derecha por permitir la existencia de abrumadoras injusticias sociales, también incorporan desarrollos estrictamente científicos a la discusión. Así se demuestra en un debate de la Cámara de Diputados en 1937, sobre el proyecto de medicina preventiva:

El diputado Madrid: De aquí que el desenvolvimiento y bienestar de un pueblo esté condicionado, en primer lugar a la atención que el gobierno le presta a los problemas que atañen a la salud pública.

Es pues, fundamental contar con una organización sanitaria y con las medidas de medicina preventiva capaz de brindar por igual a toda la comunidad el resguardo que necesita para subsistir y progresar. [...]

68 Allende, 1939, 4-8.

Me voy a referir, como decía, a una experiencia hecha hace poco en Chile por la Dirección de Sanidad. Algunas ratas fueron sometidas a un régimen de alimentación sin vitaminas, o mejor dicho, a escasa o casi nula alimentación y otro grupo de ratas fue sometido a un régimen de alimentación rico en vitaminas. Se les inyectó enseguida sangre que tenía gérmenes de tífus exantemático y se vio, inmediatamente que aquellas que no habían ingerido vitaminas contrajeron la enfermedad y, en cambio, las otras que habían consumido vitaminas en abundancia, no se contaminaron.

El diputado Verdugo: Por eso es que el gobierno debe preocuparse más de la alimentación del pueblo y bajar los precios de los artículos de consumo. [...]

Otro Diputado: Hay obreros que viven peor que las ratas.

El diputado Madrid: Vuelvo a repetir al colega señor Allende que se interesa por saber cuáles eran las causas de esa mortalidad tan crecida en Chile y vuelvo decirle que es el hambre y la miseria [...]

Por lo demás, ya dije que Hirsch, en el año de 1900, en Inglaterra, dedujo que cada vez que hay guerras o hay hambrunas, falta la alimentación, se producían estas epidemias y, con ellas, esta alza en las cifras mortalidad.⁶⁹

Efectivamente, el discurso científico se cruza permanentemente con visiones políticas, actuando como un soporte fundamental en la argumentación. En relación a esto, «a finales del siglo XIX y sobre todo a principios del siglo XX, no hay creencia más absoluta y fe más ciega que en aquello que sea “demostrado científicamente”. Hablar de ciencia se transformó en sinónimo de verdad». ⁷⁰ Tanto que en ocasiones, si no se utilizaban planteamientos de carácter científico, se consideraba que las ideas carecían de validez o estaban impulsadas por prejuicios: el lenguaje científico le asignaba «imparcialidad» al discurso político.⁷¹

La importancia que adquirió el discurso científico dentro de la sociedad y la política se evidencia con la introducción del discurso eugenésico en la discusión sobre la mortalidad, ya que a pesar de que no adquirió una proyección en el tiempo y no se constituyó como eje del debate en el país, representa de manera ejemplar la relevancia que adquiriría la ciencia como constructora de verdad.

En el plano estrictamente científico, las ideas eugenésicas proponían que la búsqueda de la disminución en la tasa de mortalidad infantil es potencialmente perjudicial para el desarrollo de la «raza». ⁷² La presencia de

69 DSCN, Sesión 25a. ordinaria, miércoles 21 de julio de 1937, 1355.

70 Letelier, 2012, 93.

71 Ver elementos discusión en DSCN, Sesión 27a. ordinaria, martes 27 de julio de 1937, 1488.

72 «Sin embargo, como todo en el mundo, esto no tiene únicamente su lado brillante. Hay también sombras. No quiero hablar de sus desventajas eugenéticas, es decir, de los malos efectos que implica tal disminución de la mortalidad infantil con respecto a la vitalidad de la raza humana. Claro es que, si una mujer tiene seis hijos, y mueren tres, éstos serán en promedio los más débiles, y los tres

estas ideas en la discusión política se observan en el discurso del diputado del Partido Acción Republicana, Carlos Ribbeck, quien cuestiona la contribución de la medicina a la disminución de la mortalidad. Ribbeck presenta los esfuerzos médicos como una oposición al principio de «selección natural», el cual jugaría un rol central en el mejoramiento de la raza. Sin embargo, de igual forma considera que el fenómeno de la mortalidad se vería influenciado por las «leyes de la Madre Naturaleza» que impone su «tributo» a la vida humana para «deshacerse de los elementos más débiles»:

Enfocada netamente desde el punto de vista curativo, la labor del médico lleva una misión, aparentemente desmedrada al impedir la selección natural.

Va en contra de la ingeniería racial, a prolongar vidas inútiles y al luchar por la sobrevivencia de los ineptos y de los tarados por herencia, sea luética, alcohólica, epiléptica, paranoica, etc. [...] Sabe mejor que nadie que los elementos nobles y valiosos de una raza dejan escasa descendencia y que son en cambio, en extremo prolíficos los elementos inferiores, tarados, débiles y degenerados.

Si a pesar de todo hay una selección natural, artificialmente amortiguada, por sentimientos de cordialidad humana, por los médicos, es porque la naturaleza cobra sus derechos de supervivencia del más apto y del triunfo del más seleccionado, física, intelectual y moralmente, burlando las leyes y el saber de los humanos, que tratan de contrarias las leyes inmutables. La Madre Naturaleza cobra un tributo de vida y así por ejemplo muere un 65 por ciento de heredo sífilicos [*sic*].⁷³

Para comprender el contexto de estas afirmaciones es necesario considerar que en Chile el desarrollo de las ideas eugenésicas se dio con mayor fuerza entre los años veinte y cuarenta por parte de un grupo de intelectuales, políticos y profesionales, que tenían la intención de realizar una verdadera «ingeniería social» en el país.⁷⁴ Por cierto que estas estuvieron presentes en el debate médico social en Chile con claridad por lo menos desde el siglo XIX y con ello se puede considerar su grado de influencia dentro de sociedad chilena,⁷⁵ aunque en el periodo estudiado tendieron a expresarse con mayor claridad en el discurso de un sector que se caracterizaba por ser

sobrevivientes serán mejores que el promedio que esta mujer es capaz de producir. [...] Es evidente que el hombre debe encarar la responsabilidad de sus propios actos si interviene en la regulación natural, suprimiendo la selección con que ella obra, no es más que una consecuencia ineludible de su intervención el establecimiento de una nueva regulación artificial, como compensación de la que antes él ha destruido. La eugenesia de mañana es simplemente la otra cara, o el complemento de nuestras conquistas higiénicas y sociales de ayer, y por esto llegará con la misma seguridad que viene la mañana». Nicolai, 1933, 12, 435.

⁷³ Diputado Carlos Ribbeck, DSCN, Sesión 27a. ordinaria, martes 27 de julio de 1937, 1496.

⁷⁴ Letelier, 2012, 92.

⁷⁵ Sobre el las ideas eugenésicas en Chile durante el siglo XIX e inicios del XX ver Sánchez, 2014.

una nueva elite emergente, que no provenía de la aristocracia tradicional y que se volvió influyente en el gobierno del país compartiendo los espacios de poder con los conservadores y la Iglesia católica.

Frente a esto debemos hacer dos consideraciones: en primer lugar, la existencia de un contexto internacional en donde las ideas eugenésicas ganaban terreno, particularmente en países desarrollados donde se estaban incorporando prácticas a la legislación⁷⁶ y, en segundo lugar, la realidad política y social al interior del país que evidenciaba los problemas que la modernización estaba generando. Así,

durante los años 1930, Chile ya no era el mismo país que celebró orgulloso sus primeros cien años. La elite había perdido poder o, al menos, debía compartirlo. Una nueva clase social participaba en política y pensaba en conjunto los problemas y soluciones [...] Bajo este escenario es que surgió el diagnóstico social de «La Raza enferma». Se creía que los problemas en Chile podían explicarse en la medida que existía un importante porcentaje de población mórbida que impedía el desarrollo del país.⁷⁷

Para esta perspectiva, «las clases populares vivían las miserias que su degeneración racial les deparaba», pues «el malestar social no estaba generado por la explotación laboral, la desidia de los gobernantes o por el derroche fiscal [...] el problema estaba presente en la propia genética de los individuos».⁷⁸ Así, el «problema de la raza» se expresaba en una distinción de clase, pues desde esa perspectiva las características de la degeneración racial no se encontraban en las clases medias o acomodadas que podían mantener cierto estándar de vida, a diferencia de los sectores más vulnerables de población.⁷⁹

Sin embargo, estas ideas también eran desafiadas desde el socialismo ya que se desestimaba esta explicación biológica determinista al enfatizar los factores materiales y psicológicos. En 1937, el diputado socialista Salvador Allende señalaba:

Todos los hombres de ciencia saben que el desarrollo físico está ligado a la alimentación y a las condiciones de vida, y no solo el desarrollo físico, sino también el psíquico. Estudios hechos en Francia han demostrado que los niños de gente humilde,

76 En 1928 se dictó en Suiza una ley para la esterilización obligatoria de los locos y delincuentes sexuales; en 1929 en Estados Unidos había 23 estados que contaban con una ley de esterilización, y en Alemania, bajo el gobierno de Hitler en 1933, ya se había proclamado la ley «para precaver una descendencia con taras hereditarias». Letelier, 2012, 93.

77 *Idem.*

78 *Ibidem*, 94.

79 *Ibidem*, 96.

que hijos de la clase que los señores de la derecha llaman baja, puestos en iguales condiciones que los hijos de la gente adinerada, son después de igual capacidad o aún mayor que los hijos de las seudos [*sic*] clases altas. [...] Esto lleva a la evidencia de que la resistencia de los organismos está fundamentalmente ligada a las condiciones de vida, al standard de vida de los individuos. La selección natural es un mito; la selección que existe es artificial, y es la que se produce por la desigual repartición y distribución de la producción. Esto sólo se remediará en la economía controlada, planificada, socializada en que todos los trabajadores tengan lo necesario, lo indispensable para subsistir, en que se termine con la anarquía de hoy día, que permite que algunos pocos viven a expensas de los más; del día en que los medios de producción los controle el Estado y los oriente en un sentido social.⁸⁰

A modo de conclusión

Resulta pertinente reflexionar sobre la relación de estas miradas con el desarrollo de perspectivas biopolíticas, que se definen por «ajustar la vida a la economía».⁸¹ Si bien estas se encuentran presentes en el debate, resultan problemáticas toda vez que las valoraciones de la vida —con respecto a la mortalidad infantil— se cruzaban tanto con: a) temas del orden económico deseable con matices eugenésicos; b) crítica a las desigualdades estructurales del capitalismo; y c) perspectivas que se anclaban en el orden y la tradición, donde la modernidad capitalista generaba incomodidad en las élites conservadoras. En general, en este escenario la diversidad de la discusión era reflejo de cambios importantes en el orden social, económico, político y cultural que se desarrollaba en Chile durante la década estudiada.

En dicho marco, los debates, preocupaciones políticas y combinaciones de las ideas médicas y sociales frente al problema de la mortalidad infantil tuvieron expresión en una importante integración de los temas de calidad de vida e ingresos económicos familiares,⁸² además de los temas de alimentación y cuidados de la madre y sus hijos. De esta forma se perfilaba una tendencia a reconocer la necesaria mejora material y social para lograr romper con algunas de las condiciones ligadas a la mortalidad infantil. Quedaba un trecho importante para que esas instituciones desplegaran los cambios deseados, aun así las bases políticas se asentaban para operar sobre un problema demográfico y sanitario.

80 DSCN, Sesión 27a. ordinaria, martes 27 de julio de 1937, 1499-1500.

81 Foucault, 1977, 170.

82 Rodríguez, 1939, 27-28.

En el Chile de la primera parte de la década de 1930 la muerte de miles de niños y niñas tuvo importantes consecuencias sociales, políticas y culturales. Esto contrasta con lo sucedido en el mismo periodo en países del norte y oeste de Europa: las tasas de mortalidad infantil estaban en general bajo los ochenta muertos por cada mil nacidos vivos antes del primer año de vida, e incluso los países «menos desarrollados» de Europa como España o Italia lucían mejores índices que Chile.⁸³ La comparación con los índices de varios de nuestros vecinos no nos deja en mejor situación. Lo que parece destacarse para el caso chileno es que el crecimiento del Estado en atribuciones y deberes sociales no resultó en el mediano plazo en una gran mejora de las condiciones de vida de quienes nacían en Chile a fines de la década en estudio, era un problema profundo a nivel estructural que demandaría al Estado y la sociedad cambios y tiempos importantes. Tendrían que pasar un par de décadas para que las mejoras en la salud, la educación y servicios públicos cambiaran (en un proceso acumulativo) positivamente la situación de los nacidos, haciendo retroceder la mortalidad infantil.

Las altas tasas de mortalidad infantil prevalecientes en los años treinta, y que se venían manteniendo desde el siglo XIX, causaron alarma y preocupación en el mundo político de manera transversal. No obstante, la militancia partidista y la inclinación ideológica determinaron la construcción de diferentes visiones acerca de las relaciones de causalidad que explicaban este fenómeno y las propuestas levantadas para solucionarlo. En este marco, la relación entre ciencia e ideología se vuelve central a partir del estatus que adquiere la primera para respaldar o validar las diversas visiones políticas acerca de los fenómenos sociales.

A lo largo de la investigación se identificaron diversas posturas acerca del problema de la mortalidad infantil enarboladas desde los diversos grupos políticos presentes en el Congreso. La gama de interpretaciones es diversa y compleja, sin embargo es posible observar algunas tendencias. Se proponen explicaciones enmarcadas bajo la idea de una alteración del orden moral, principalmente de los grupos más conservadores; otras lecturas relacionan el problema con una «cuestión racial», fundamentalmente desde una nueva elite de intelectuales y profesionales emergentes; y se asocia el fenómeno a las consecuencias que genera la estructura económica y social del país, especialmente desde la izquierda. Ejemplos de estas posiciones divergentes son las visiones existentes acerca de las repercusiones de la

83 Broadberry y O'Rourke, 2010, 235-237, 328.

ilegitimidad de los hijos, las ideas eugenésicas y las políticas estatales de salud pública para el problema de la mortalidad infantil. Así, cada una representa una interpretación distinta acerca del proceso de modernización del país y de las implicaciones que este y sus reveses tienen en la sociedad.⁸⁴

Finalmente, las discusiones sobre la mortalidad infantil y las diversas interpretaciones que se desplegaron nos abren interesantes marcos de reflexión en torno a la relación histórica que las miradas científicas y las ideas sobre órdenes sociales y morales han mantenido con el desarrollo de las políticas sociales, y el rol del Estado en las condiciones de vida de la población y los cambios que estas políticas han operado a nivel de las configuraciones histórico sociales pasadas y presentes.

Recibido el 24 de junio de 2015
Segunda versión el 22 de abril de 2016
Aceptado el 15 de mayo de 2016

Referencias bibliográficas

- Adriasola, Guillermo, «Mortalidad Infantil Chilena», *Revista Chilena de Pediatría*, 24, 12, Santiago, 1953, 483-494, <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v24n12/art02.pdf> [Consultado: 15/01/2015].
- Allende, Salvador, *La realidad médico-social chilena*, Santiago, Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social, Lathrop, 1939.
- Baeza Goñi, Arturo, «Mortalidad infantil: la falta de cultura de la madre chilena como causa predominante», *Revista de Beneficencia Pública*, VIII, 1, Santiago, 1924, 57-59.
- Bértola, Luis; Hernández, Melissa y Siniscalchi, Sabrina, *Un índice histórico de desarrollo humano de América Latina y algunos países de otras regiones: Metodología, fuentes y bases de datos*, Uruguay, Universidad de la República, 2012, <http://cienciassociales.edu.uy/unidadmultidisciplinaria/wp-content/uploads/sites/6/2013/archivos/DT%20No%2028%20reedicion%20-%20ISSN%201688%20-%2009037.pdf> [Consultado: 21/09/2016].
- Braun, Juan *et al.*, *Economía chilena 1810-1995: Estadísticas históricas*, Documento de Trabajo N.º 187, Santiago, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2000.

84 Por cierto, estas divergencias interpretativas, ligadas a lecturas ideológicas, han acompañado los debates de salud y otras reformas políticas en Chile por un largo camino histórico, incluso en el presente (como por ejemplo los planteos que apelan a miradas morales sobre la vida y la discusión legislativa sobre el aborto terapéutico en Chile), aunque esas son dimensiones que han de integrarse en las próximas investigaciones.

- Broadberry, Stephen y O'Rourke, Kevin H. (eds.), *The Cambridge Economic History of Modern Europe, Vol. 2: 1870 to the Present*, Cambridge, Cambridge University Press, 2010.
- Cabrera, María Josefina, «¿Obligar a vivir o resignarse a morir? Viruela y Vacuna: El debate sobre una enfermedad y su prevención a comienzos del siglo XX chileno», en Zárata, Soledad (comp.), *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*, Santiago, Ediciones Alberto Hurtado, 2008, 35-80.
- Caja de Seguro Obligatorio, «La madre y el niño en el Primer Congreso Interno de la Caja de Seguro Obligatorio, Santiago, 1933: conclusiones», *Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, 19, Santiago, 1935, 40.
- Castel, Robert, *Las metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del salariado*, Barcelona, Paidós, 1995.
- Cavieres, Eduardo, «Salud Pública. Estrategias, políticas fiscales y cambio cultural en la reducción de la mortalidad. Valparaíso, 1920-1960», *Cuadernos de Historia*, 19, Santiago, 1999, 195-224.
- Cruz-Coke, Eduardo, *Medicina preventiva y medicina dirigida*, Santiago, DIBAM, 2012 [1.ª ed. 1938].
- Dirección General de Estadística, *Sinopsis Geográfico-Estadística de la República de Chile*, Santiago, Imprenta Universo, 1933.
- Dirección General de Estadística, *Anuario Estadístico de Chile*, Santiago, Imprenta Universo, 1935.
- Dirección General de Estadística, *Anuario Estadístico de Chile. Año 1936. Demografía y Asistencia Social*, 1, Santiago, Imprenta Universo, 1937.
- Estrada, Baldomero, «Urbanización e inmigración española en Chile a comienzos del siglo XX», *Anuario Americanista Europeo*, 5, París, 2005, 27-59.
- Estrada, Baldomero y Salinas, René, «Inmigración europea y movilidad social en los centros urbanos en América Latina (1880-1920)», *Estudios Migratorios Latinoamericanos*, 5, Buenos Aires, 1987, 3-27.
- Festy, Patrick, «Évolution de la population de Amérique latine», *Population*, 29, 3, París, 1974, 609- 632.
- Foucault, Michel, *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad del saber*, Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 1977.
- Foucault, Michel, *Seguridad, territorio, población*, Curso en el Collège de France (1977-1978), Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica, 2006.
- García, Victoria, «Algunas consideraciones sobre la medicina social en la mujer chilena», *Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, 44-45, Santiago, 1938, 15-25.
- Huneus, Carlos y Lanás, María Paz, «Ciencia Política e Historia: Eduardo Cruz-Coke y el Estado de Bienestar en Chile, 1937-1938», *Historia*, 35, Santiago, 2002, 151-186.
- Labra, María Eliana, «Medicina Social en Chile: Propuestas y Debates (1920-1950)», *Cuadernos Médico Sociales*, 44, 4, Santiago, 2004, 207-219.

- Letelier, Javiera, «Ideas eugenésicas en Chile 1925-1941. Una mirada hacia los intentos por mejorar la “raza chilena”», en Grupo de Estudios en Historia de las Ciencias (ed.), *Control social y objetivación: Escrituras y tránsitos de las ciencias en Chile*, Santiago, Universidad de Chile, 2012, 92-110.
- Machinea, José Luis, «Palabras en la presentación pública de los Anales del Instituto de Chile, volumen XXVI, 2007», *Anales del Instituto de Chile*, XXVII, 2008, 19-25, <http://www.institutodechile.cl/index/anales/2008.pdf> [Consultado: 21/09/2016].
- Martínez, Jorge, *La transición demográfica y las diferencias sociales de la fecundidad y la mortalidad infantil en Chile*, Santiago, Ministerio de Planificación y Cooperación, Fondo de Población de las Naciones Unidas, 1998.
- Melfi, Mateo, «Hacia la implantación de la atención médica del lactante», *Boletín Médico de la Caja de Seguro Obligatorio*, I, 12, Santiago, 1935, 8-10.
- Mellafe, Rolando, «Descripción tipológica de los documentos útiles para la demografía histórica existentes en los archivos latinoamericanos», CELADE, Serie D, 71, Santiago, 1972.
- Nicolai, Jorge, «Mortalidad infantil y natalidad: la disminución de la mortalidad infantil y sus consecuencias inmediatas», *Anales de la Universidad de Chile*, 12, 1933, 167-210.
- Paxton, Robert, *Anatomía del Fascismo*, Barcelona, Ed. Península, 2005.
- Pérez, Matías, «Hacia una Historia de la Higiene Pública: El concepto de Higiene como mecanismo de Control Social en Santiago de Chile (1870-1930)», en Grupo de Estudios en Historia de las Ciencias (ed.), *Control social y objetivación: Escrituras y tránsitos de las Ciencias en Chile*, Santiago, Universidad de Chile, 2012.
- Pinto, Jorge, *Dos estudios de la población chilena en el siglo XVIII. Distribución, crecimiento regional y tamaño de la familia*, La Serena, Talleres Imoffgraf, 1983.
- Primer Congreso Nacional de Protección á la Infancia. Trabajos y Actas*, Manuel Camilo Vial (dir.), Santiago, Imprenta Barcelona, 1913.
- Reggiani, Andrés H., «Depopulation, Fascism, and Eugenics in 1930s Argentina», *Hispanic American Historical Review*, 90, 2, Durham, 2010, 283-318.
- Rinke, Stefan, *Cultura de masas, reforma y nacionalismo en Chile, 1910-1931*, Santiago, DIBAM, 2002.
- Rodríguez, Carmen, «Cálculo del salario vital individual y familiar», *Acción Social*, Caja de Seguro Obligatorio, 75, Santiago de Chile, 1939, 23-29.
- Salinas, René, «Salud, ideología y desarrollo social en Chile. 1830-1950», *Cuadernos de Historia*, 3, Santiago, 1983, 99-126.
- Salinas, René, «La historia de la infancia, una historia por hacer», *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, 5, Santiago, 2001, 11-30.
- Salinas, René, «Población y Sociedad», en Fermandois, Joaquín (dir.) y Estrada Turra, Baldomero (coord.), *Chile. La apertura al mundo, Tomo 3 (1880-1930)*,

- América Latina en la Historia Contemporánea*, Madrid, Fundación MAPFRE, Taurus, 2014, 197-251.
- Sánchez, Marcelo, «La teoría de la degeneración en Chile (1892-1915)», *Historia*, 47, 2, Santiago, 2014, 375-400.
- Schonhaut, Luisa, «La Mortalidad Infantil en Chile estudiada por la Sociedad de las Naciones», *Revista chilena de pediatría*, 78, 2, Santiago, 2007, 202-210.
- Valenzuela, J. Samuel, «Democracia Familiar y Desarrollo: Chile y Suecia desde 1914», en Valenzuela, J. Samuel; Tironi, Eugenio y Scully, Timothy R. (eds.), *El Eslabón Perdido. Familia, modernización y bienestar en Chile*, Santiago, Taurus, 2006, 97-134.
- Veneros, Diana, «Aspectos médicos, legales y culturales tras el trabajo industrial de obreros y obreras en un contexto de modernización. Chile (1900-1930)», *Historia Crítica*, 46, Bogotá, 2012, 132-153.
- Villegas, Alberto, «El problema de la madre soltera en el próximo Congreso de la Caja», *Acción Social*, Caja de Seguro Obligatorio, 15, Santiago, 1933, 49-50.
- Wasserstein, Bernard, *Barbarie y civilización: una historia de la Europa de nuestro tiempo*, Barcelona, Ariel, 2010.
- Wolfe, A. B., «The Population Problem since the World War: A Survey of Literature and Research (Concluded)», *Journal of Political Economy*, 37, 1, Chicago, 1929, 87-120.
- Zárate, María Soledad y Godoy, Lorena, «Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964)», *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18, supl. 1, Río de Janeiro, 2011, 131-151.
- Zárate, María Soledad y González, Maricela, «Planificación familiar en la *Guerra Fría chilena*: política sanitaria y cooperación internacional, 1960-1973», *Historia Crítica*, 55, Bogotá, 2015, 207-230.