

ARTÍCULO

Mortalidad de la niñez en el territorio de Magallanes (1908-1930)

Childhood mortality in the territory of Magallanes (1908-1930)

Pablo Chávez Zúñiga^{a*} y Camila Neves Guzmán^b

OPEN ACCESS

Recibido: 23/03/2024

Aceptado: 02/07/2024

Versión final: 14/08/2024

Cómo citar:

Chávez, P., y Neves, C. (2024). Mortalidad de la niñez en el territorio de Magallanes (1908-1930). *Magallania*, 52, 13, 1-23.

Fuentes de financiamiento:

Trabajo autofinanciado.

Declaración de autoría:

Conceptualización:

Pablo Chávez y Camila Neves.

Tareas de trabajo de campo:

Camila Neves y Pablo Chávez.

Análisis formal e investigación:

Pablo Chávez y Camila Neves.

Adquisición de financiamiento:

Camila Neves y Pablo Chávez.

Realización de figuras:

Pablo Chávez y Camila Neves.

Escritura del borrador original:

Camila Neves y Pablo Chávez.

Escritura, revisión y

edición de versión final:

Pablo Chávez y Camila Neves.

^a  Universidad Bernardo O'Higgins, Centro de Estudios Históricos. Fábrica 1861, Santiago, CP. 8320000, Chile.

 pablo.chavez.zuniga@gmail.com

*Autor de correspondencia.

Resumen

En este artículo se analiza, desde una perspectiva historiográfica, la evolución de la mortalidad en la niñez en el territorio de Magallanes, específicamente en la ciudad de Punta Arenas, entre los años 1908 y 1930. El propósito del estudio consiste en indagar los factores que contribuyeron a las elevadas cifras de mortandad en relación con las características particulares de la región, marcada por la lejanía del centro del país, la rigurosidad del clima y la ocupación de la zona. La hipótesis propuesta sugiere que las mejoras en las habitaciones, la constitución de una red de organismos destinados al cuidado de la infancia, las mejoras en la calidad de la leche y la creación de secciones pediátricas en el hospital fueron determinantes en este proceso. Para llevar a cabo la investigación, se utilizaron registros históricos como la prensa, el Anuario Estadístico, documentos de la Gobernación de Magallanes y boletines que rescatan las discusiones en el Congreso Nacional. Las conclusiones se enfocan en las transformaciones emprendidas por la élite política y médica para reducir, paulatinamente, la cantidad de fallecimientos en la niñez. La mortalidad infantil se ajusta a las dinámicas del contexto social, político, económico y cultural de la zona austral del país, del cual surge una serie de mecanismos para enfrentarlas.

Palabras clave:

mortalidad infantil, desnutrición, enfermedades infectocontagiosas.

Abstract

This article analyzes, from a historiographic perspective, the evolution of childhood mortality in the territory of Magallanes, specifically in the city of Punta Arenas, between 1908 and 1930. This study aims to investigate the factors that contributed to the high mortality figures in relation to the particular characteristics of the region, marked by the distance from the center of the country, the harshness of the climate and the occupation of the area. The proposed hypothesis suggests that improvements in housing, the establishment of a network of

^b  Universidad de Concepción.
Edmundo Larenas 240,
Concepción, CP. 4030000, Chile.
camilanevesguzman@gmail.com

organizations dedicated to childcare, the advances in milk quality and the creation of pediatric sections in the hospital were decisive in this process. To carry out the investigation, historical records were used such as the press, the Statistical Yearbook, documents from the Government of Magallanes and bulletins that rescue the discussions in the National Congress. The conclusions focus on the transformations undertaken by the political and medical elite to gradually reduce the number of deaths in childhood. Infant mortality adjusts to the dynamics of the social, political, economic and cultural context of the southern part of the country, from which a series of mechanisms arise to confront them.

Key words:

infant mortality, malnutrition, infectious diseases.

INTRODUCCIÓN

Según las cifras publicadas el año 2019 por el Ministerio de Salud y el Departamento de Estadísticas e Información de Salud (DEIS), la tasa de mortalidad infantil en la Región de Magallanes y de la Antártica Chilena era de 4,6 por 1.000 nacidos vivos. El mismo indicador a nivel país era de 6,5. Las cifras dejan a la zona con uno de los indicadores más bajos de fallecimientos en el país. Estos números difieren de los registrados en las primeras décadas del siglo XX, cuando Chile era considerado una de las naciones con la mayor mortalidad infantil a nivel mundial y Punta Arenas no se encontraba lejana a esa situación. En 1912, por ejemplo, la tasa alcanzó los 191,7 por cada 1.000 nacidos vivos, una cifra alta en comparación con la actualidad. A nivel nacional, durante el mismo año, la tasa fue de 286,8, cifra aún más elevada que la de Punta Arenas (Tabla 1). Estas realidades opuestas se transforman en un desafío para entender los factores que explican este profundo cambio demográfico.

A principios del siglo XX, habitar en Magallanes era percibido como lejano para los chilenos que residían en la Patagonia y la zona de Tierra del Fuego, debido a la particular situación geográfica del lugar. Se describía que “por tierra, i dentro del territorio, es imposible comunicarse con el resto del país. Montañas inaccesibles, ventisqueros sobre los cuales la planta humana no puede afirmarse, rejiones desconocidas e inhabitadas, pantanos, ríos, paralizarían materialmente al viajero que pretendiera intentarlo” (Chaparro, 1917). En este marco, la fundación de Punta Arenas enfrentó dificultades de comunicación y experimentó cambios demográficos sustantivos debido a la política de ocupación de la región. Para otros autores, el desconocimiento de esta región se explicaba por la lejanía del centro del país y la falta de publicaciones científicas (Fagalde, 1901).

En los últimos años, la historiografía nacional se ha preocupado por explorar los espacios locales desde el enfoque

Tabla 1. Parámetros demográficos correspondientes a población, nacimientos, defunciones y mortalidad infantil en el territorio de Magallanes, 1865-1930.

Año	Población	Nacimientos	Defunciones	Fallecidos menores 1 año	Fallecidos menores 1 año Chile	Mortalidad infantil	Mortalidad infantil en Chile
1865	195	-	-	-	28.269	-	-
1868	656	35	17	8	25.199	228,57	-
1870	707	49	27	17	29.564	346,94	370,6
1876	1.193	69	33	16	37.953	231,88	449,64
1877	1.213	46	26	9	36.584	195,65	444,54
1878	1.213	22	13	5	35.359	227,27	448,65
1879	1.222	62	33	11	36.037	177,42	-
1881	1.280	52	41	21	36.473	403,85	360,64
1882	1.291	40	15	12	37.621	300	400,64
1883	1.316	63	37	18	34.010	285,71	-
1884	1.342	24	18	9	33.847	375	350,1
1885	2.083	18	5	10	-	555,55	-
1896	5.326	314	158	53	31.698	168,79	-
1912	24.374	965	444	185	38.836	191,71	286,88
1913	22.744	1.018	537	129	40.135	126,71	285,61
1918	32.623	1.131	574	162	37.151	143,23	254,68
1920	28.960	1.208	632	183	38.654	151,49	263,44
1921	29.846	1.241	852	276	41.151	222,41	278,43
1922	30.740	1.329	612	129	35.364	97,1	240,24
1923	31.634	1.190	523	151	42.965	126,89	283,03
1924	32.528	1.248	631	178	41.297	142,63	266,26
1925	33.422	1.257	671	189	40.276	150,35	257,81
1926	34.316	1.275	683	179	40.053	140,39	250,94
1927	33.985	1.273	632	195	39.047	153,18	226,13
1928	34.993	1.401	618	169	38.003	120,63	169,89
1929	30.589	1.340	839	255	39.481	190,29	224,29
1930	37.913	1.395	630	163	39.706	116,84	234,39

Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1865-1930.

cultural. Para Valparaíso, se abordan las dificultades de la niñez tras el nacimiento, los factores que derivaban en las muertes tempranas y la ausencia de cuidados maternos (Cavieres, 1999, 2001). Las investigaciones en el ámbito de la historia social han destacado la precaria situación económica de las familias y sus repercusiones negativas en la salud de la niñez (Salazar, 2007; Salazar y Pinto, 2002). También, se han discutido los alcances políticos sobre la mortalidad infantil, los que se

encuentran expresados en los Diarios de Sesiones del Congreso Nacional (Llanos y Lanfranco, 2017). Asimismo, las propuestas han indagado en los quiebres causados por brotes epidémicos y la aplicación de los métodos médicos en la comunidad (Caffarena, 2015). Igualmente, han abarcado el desconocimiento de las causas de la mortalidad de párvulos y la multiplicidad de causas asociadas por parte de la comunidad científica (Vargas, 2002). Otras aproximaciones han examinado

la conformación de la estructura estatal con el propósito de elaborar una cuantificación y recopilar información demográfica (Estefane, 2004).

Otros trabajos han incursionado en la historia del desarrollo de la medicina pediátrica, resaltando el papel que jugaron distintos actores médicos en la lucha contra la mortalidad infantil y las estrategias que se adoptaron para enfrentarla (Jiménez, 2009; Kaempffer y Medina, 2006; Vargas y Cerda, 1993). Se ha indagado la caída abrupta de la tasa de mortalidad infantil en Chile a partir de la década de 1930 gracias a la focalización del gasto en salud en mujeres embarazadas e infantes (Llorca *et al.* 2021). Los estudios han profundizado en las políticas maternas, que abarcaban la defensa de los derechos de las mujeres. En el debate público, se vinculaban las consecuencias de la “cuestión social” con lo que se denominaba la “cuestión maternal”, es decir, las precarias condiciones de vida que enfrentaba la población femenina (Illanes, 2010; Zárate, 1999). Asimismo, la historia de los infantes ha sido abordada a través del análisis de la constitución familiar y los entornos que propiciaban condiciones de enfermedad y abandono (Delgado, 2001; Milanich, 2001, 2009; Salinas, 1991; Salinas y Delgado, 1990).

En Latinoamérica, se ha estudiado la mortalidad infantil en diversos países. En Colombia, el estudio del fenómeno se aborda a partir de dos escenarios simultáneos: la circulación del conocimiento europeo y la realidad local de la población (Gallo y Márquez, 2011; Márquez y Gallo, 2017). Por su parte, Uruguay poseía una de las tasas de mortalidad infantil más bajas del continente (Birn *et al.* 2003). En ese país se ha llevado a cabo un seguimiento de los debates, la formulación de políticas públicas de salud y las perspectivas de los pediatras (Birn, 2007, 2008). En Argentina, el análisis de la mortalidad infantil distingue la etapa neonatal, que abarca desde el nacimiento hasta las cuatro semanas, y la posneonatal, que comprende el resto del primer año de vida (Mazzeo, 2017; Ribotta, 2005). En Brasil, los análisis se centran en la construcción cultural del cuerpo femenino, explorando los significados asociados con el amor, la enfermedad y la maternidad. El concepto “maternidad científica” representa el progresivo

aumento de la complejidad de este rol, respaldado por contenidos especializados presentados en el ámbito de la puericultura (Luna Freire, 2008, 2010; Luna Freire y Leony, 2011).

Este artículo aborda de manera introductoria las dificultades asociadas a la mortalidad infantil en la capital provincial entre 1908 y 1930. El análisis de estas temáticas en el extremo sur del país ofrece una visión esclarecedora sobre cómo las autoridades locales abordaron los problemas de salud pública en regiones distantes del centro administrativo. En esa línea, se solicitaron empréstitos para financiar distintos servicios comunitarios y se estableció un régimen tributario que favoreciera el desarrollo de esta zona austral¹. Nuestra investigación examina las políticas implementadas en el territorio de Magallanes y observa la marcha de las dinámicas nacionales llevadas a cabo en contextos específicos.

El tráfico marítimo a través del estrecho de Magallanes conectó Punta Arenas con distintos puertos comerciales latinoamericanos y europeos, lo que propició la importación de bienes extranjeros. Según el diputado José Verdugo, “Punta Arenas es en realidad como un país extraño, hasta el extremo de que ni siquiera consume los productos nacionales, porque se traen del extranjero los que necesita, gracias a la franquicia de los derechos de Aduana”². En el contexto de la relevancia estratégica que tenía la ocupación del territorio de Magallanes para el Estado, las autoridades implementaron diversas intervenciones medioambientales, incluyendo el saneamiento urbano y la instalación del sistema de alcantarillado. Según el Ministerio de Hacienda, el financiamiento para el desarrollo de la ciudad estaba relacionado con la política de exención en el pago de derechos aduaneros, régimen económico que estableció franquicias para la internación de artículos extranjeros en la región³.

La ocupación demográfica en el territorio de Magallanes experimentó un crecimiento sostenido entre 1865 y 1930. Durante estas décadas el número de habitantes aumentó de unos pocos cientos a casi 38.000. Este incremento poblacional se relacionó con la política estatal de colonización de la zona austral del continente. La incorporación al territorio chileno

¹ Cámara de Senadores, Sesión 29ª extraordinaria en 17 de diciembre de 1919, p. 658.

² Cámara de Diputados, Sesión 39ª extraordinaria en 10 de enero de 1901, p. 884.

³ Cámara de Diputados, Sesión 36ª ordinaria en 6 de agosto de 1908, p. 1.088.

se produjo en 1843, cuando se tomó posesión del estrecho de Magallanes, una vía de comunicación históricamente importante entre los océanos Pacífico y Atlántico. Posteriormente, se estableció el Territorio de Colonización de Magallanes, lo que impulsó el desarrollo económico, demográfico y social de la región (Martinic, 2002; Rivero y Llorca, 2022). Además, el alza de la población urbana en el territorio respondió a la actividad ganadera, la minería aurífera y la extracción maderera⁴.

En esa época, se hablaba de la “chilenización de Magallanes”, término que describía la ocupación de la zona y se comparaba a la situación de Arica-Tacna en el extremo norte del país. Sin embargo, este concepto fue criticado en la prensa, ya que la región no era un territorio conquistado y no se había planificado una política para fomentar la nacionalización de su población mediante la adopción de hábitos y costumbres chilenas. La prensa local argumentaba que “aquí, no existe ninguna de esas razones, pues es chileno este territorio desde que Chile se formó como nación soberana” (*Chile Austral*, 26 de diciembre de 1912).

El Estado impulsó la migración de colonos chilenos y extranjeros a la zona y, además, fundó un asentamiento con guarnición militar en Punta Arenas (Riobó, 1868). Esto generó la consolidación de Magallanes como una población multiétnica con un elevado componente europeo (García-Moro *et al.* 2015). Años después de la firma del tratado de límites entre Chile y Argentina en 1884, el gobierno llevó a cabo la distribución de terrenos para fomentar el arribo de habitantes. Posteriormente, cedió extensas secciones de tierras a compañías ganaderas como la Sociedad Explotadora de Tierra del Fuego. En ese contexto, los recién llegados a la ciudad de Punta Arenas “comenzaron a mejorar lo edificado, reparando o ampliando, y por otra se comenzaron a levantar decenas de nuevas construcciones, debiendo la urbe por fuerza extenderse más allá de aquellos límites iniciales” (Martinic, 1988). Sin embargo, varias instituciones magallánicas solicitaron la intervención del Congreso por “el problema de las subdivisiones de tierras, influyendo para que los terrenos fiscales de Tierra del Fuego sean arrendados en pequeños

lotes i dictando leyes que prohíban el acaparamiento de tierras como existen en otros países ganaderos”⁵.

Con el propósito de contribuir a la memoria histórica de una de las numerosas problemáticas que aún requieren un análisis más profundo en el espacio magallánico, la mortalidad infantil emerge como un tema que requiere ser tratado en detalle, ya que representó uno de los grandes problemas de salud pública a inicios del siglo XX. Ante las elevadas cifras, los médicos y las autoridades consideraron las consecuencias del fenómeno, aunque las respuestas fueron sometidas a pruebas de ensayo y error durante varias décadas. Paralelamente, la infraestructura de Punta Arenas experimentó importantes transformaciones con la instalación del sistema de alcantarillado y la promulgación de leyes para regular las condiciones de las viviendas. Además, la inauguración de salas pediátricas y el aumento de la fiscalización en el expendio de alimentos sentaron las bases que explican el descenso de las tasas de mortalidad infantil a lo largo de la centuria.

Desde la perspectiva de la historia social de la salud, el objetivo general de la investigación es analizar las causas que explican la elevada mortalidad infantil y las medidas que impulsaron las autoridades para intentar disminuirla. En ese marco, se establecen los siguientes objetivos específicos: examinar las condiciones de las viviendas y del entorno que contribuyeron al crecido número de fallecimientos en la niñez; estudiar las características de la alimentación de los infantes y la conformación de una estructura municipal encargada de vigilar el suministro de leche; y documentar las iniciativas filantrópicas y los inicios de la medicina obstétrico-pediátrica en la localidad. La presente investigación aborda la mortalidad infantil como un fenómeno complejo y de causalidad múltiple. A principios del siglo XX, la muerte de los niños fue un hecho social de gran relevancia antropológica que se consideró como un fenómeno colectivo (Jiménez, 2009).

En la actualidad, la mortalidad infantil en la región de Magallanes no cuenta con una investigación minuciosa, siendo un campo historiográfico prolífico para estudiar la “cuestión social”. Nos interesa ahondar en las características de este problema

⁴ Archivo Nacional Histórico (en adelante ANH), Fondo Gobernaciones (en adelante FG), Gobernación de Magallanes (en adelante GM), vol. 20, 15 de marzo de 1890.

⁵ Cámara de Diputados, Sesión 7ª ordinaria en 22 de junio de 1911, p. 217.

de salud pública en espacios lejanos a los centros administrativos del país y examinar los métodos que se emplearon para su resolución. Además, nuestra propuesta se argumenta por la necesidad de abordar el desarrollo histórico de la medicina en la zona austral, la implementación de legislaciones sanitarias y las transformaciones sobre cómo tratar las enfermedades en la niñez.

El marco temporal de la investigación se encuentra entre los años 1908 y 1930, período en el que se promovieron medidas para abordar la mortalidad infantil. En ese contexto, las autoridades político-médicas identificaron este problema de salud pública y formularon soluciones para intentar mitigarlo. El proceso inicial de la investigación se centra en las obras de desagües, alcantarillado y mejoras habitacionales llevadas a cabo en la ciudad austral. Luego, el estudio continúa con la conformación de los servicios de beneficencia destinados a los cuidados infantiles y en la extensión de las atenciones hospitalarias. Finalmente, concluye con los inicios de la profesionalización de las matronas y la formación de un discurso médico que consideraba la mortalidad infantil como una materia de carácter científico y social.

Metodológicamente, el artículo se encuentra respaldado por distintas fuentes históricas que demuestran las conexiones entre la mortalidad de la niñez, las características de la salubridad magallánica y las medidas que adoptaron las autoridades políticas para mejorar las cifras. En primer lugar, se encuentra el diario *Chile Austral*, cuyas ediciones proporcionaron detalles sobre los factores que causaron la alta cantidad de muertes en los niños, las obras emprendidas por la Beneficencia y los albores de la medicina pediátrica. En segundo lugar, se consultan registros oficiales como los boletines de las discusiones parlamentarias y el Anuario Estadístico de la República de Chile, que reflejan el ámbito político y los esfuerzos estatales para elaborar una cuantificación del problema. En tercer lugar, se recurre a literatura especializada que da cuenta de las particularidades de la región y permite profundizar en los argumentos médicos de la mortandad. Por último, se emplea el Fondo Gobernación de Magallanes del Archivo Nacional Histórico, que documenta las órdenes y normativas emanadas desde el poder central para la administración del territorio, proporcionando una perspectiva oficial sobre las medidas adoptadas.

En 1914, el diario *Chile Austral* informaba sobre la gravedad de la mortalidad infantil como un problema de salud pública en Punta Arenas, donde distintas enfermedades se estaban propagando entre los infantes. En este sentido, instaba a las autoridades para que “tomen nota de esta circunstancia y procuren por los medios que estén a su alcance, contener el avance de las enfermedades que hoy hacen innumerables víctimas en nuestra población infantil” (*Chile Austral*, 5 de octubre de 1914). Se hizo un llamado a las autoridades para que utilizaran todos sus recursos para combatir las enfermedades que estaban afectando gravemente a la población infantil. Desde el Registro Civil, una de las decisiones que se adoptó fue “distribuir profusamente en el país, hojas impresas conteniendo consejos claros y sencillos sobre la manera de criar a los hijos” (*Chile Austral*, 22 de abril de 1915). El propósito de la institución era difundir conocimientos de puericultura. Según los funcionarios era necesario generar una opinión favorable hacia la implementación de estos consejos ya que su cumplimiento contribuía a mantener la salud de los niños.

Respecto a las cifras de nacimientos, defunciones y mortalidad infantil, se observa una variabilidad entre 1868 y 1896 debido a que tanto la población total como el número de fallecidos menores de 1 año eran reducidos (Tabla 1). Por lo tanto, la tasa de mortandad infantil varió, registrando en algunos años aproximadamente 200 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que en otros superaba las 300 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Entre 1912 y 1930, las cifras de mortalidad infantil se mantuvieron en un rango de 100 a 200 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Según las cuantificaciones oficiales publicadas en el Anuario Estadístico de la República de Chile, otras ciudades como Concepción, Talca y Arica presentaban tasas que oscilaban entre 200 y 300 muertes por cada 1.000 nacimientos. En la Tabla 1, se agregan las cifras nacionales de los fallecidos menores de 1 año y el cálculo de la mortalidad infantil en Chile, para poder comparar las cifras con el total nacional. En ese marco, la mortalidad infantil en el territorio magallánico era menor en comparación con otras localidades (Llorca *et al.* 2021; Vieira, 2014), lo que se explica por la dirección estatal que tenía el proyecto de ocupación del extremo austral del

país, que además permitió el desarrollo de obras como el sistema de alcantarillado, algunas mejoras habitacionales y la creación de una red de instituciones destinadas al cuidado infantil. A pesar de la situación precaria en Punta Arenas a principios del siglo XX, estos factores, en su conjunto, significaron un avance y fueron fundamentales para reducir la mortalidad infantil en la región magallánica. Contribuyeron a una mejor atención y cuidado de la niñez, a la mejora de las condiciones sanitarias y a una mayor proporción de viviendas adecuadas para la población.

EL FUNCIONAMIENTO DE LA CIUDAD

Los factores ambientales fueron una de las principales causas de mortalidad infantil en el territorio magallánico, actuando sobre la madre durante el embarazo y el parto o sobre el recién nacido (García-Moro y Hernández, 1997). El crecimiento de la ciudad originó la proliferación de viviendas en condiciones precarias, con hacinamiento y carentes de instalaciones sanitarias básicas. En la urbe, los habitantes estaban expuestos a enfermedades por la presencia de lugares insalubres que deterioraban su salud. Una de las principales causales de mortalidad eran las construcciones antihigiénicas que contrastaban con las viviendas céntricas de la localidad y se caracterizaban como “barracones o tolderías de madera, que suman casi el 85% de las viviendas de la población, son un cernidero de humedad infecta, y de aires colados, copiosos conductores de pulmonías y tuberculosis” (*Chile Austral*, 24 de julio de 1917). En particular, la tuberculosis causó estragos en la población magallánica, convirtiéndose en una calamidad sanitaria (García-Moro *et al.* 2015; Vieira, 2017). Además, la necesidad de edificaciones resistentes a la humedad se hacía evidente, ya que el clima frío aumentaba el riesgo de contraer enfermedades respiratorias.

Por otro lado, los infantes sufrieron afecciones estomacales transmitidas principalmente por las limitadas instalaciones de agua potable y la precaria infraestructura de salubridad urbana. Esta situación provocaba estancamiento de líquidos, creando espacios de carácter nauseabundo. La estructura deficitaria

de la ciudad incidió en la mortalidad infantil de dos maneras. En primer lugar, la falta de agua potable y alcantarillado provocaba cuadros diarreicos en los niños, exponiéndolos a gérmenes responsables de estas infecciones. En segundo lugar, el hacinamiento en los hogares facilitaba la propagación de enfermedades respiratorias (Behm, 2014; Chávez, 2018). Desde la perspectiva miasmática de la época, las calles se convertían en lagunas y pantanos durante el invierno, que “a los primeros calores de la primavera despiden miasmas pestilenciales i que en caso de epidemias servirían de focos de infección, causando estragos en los habitantes”⁶.

La medicina proporcionó argumentos que señalaban la falta de higiene en las viviendas como uno de los principales factores de mortalidad infantil. Esto se relacionaba con la mala manipulación de los alimentos y la exposición de la leche consumida a gérmenes del ambiente. Además, el recién nacido enfrentaba condiciones de vida precarias, con habitaciones mal ventiladas y dificultades para la renovación del aire (Vargas, 1882). El médico Luis Morquio indicaba que las viviendas insalubres solían estar ubicadas en áreas húmedas y rodeadas de desperdicios en descomposición (Morquio, 1931). En 1918, Víctor Zúñiga, prefecto de Policía, realizó una inspección de las habitaciones obreras denunciadas como insalubres. Tras el recorrido, destacó “el estado calamitoso de ellas, ajenas a toda salubridad, mal olientes y edificadas sobre verdaderos charcos de agua infecta” (*Chile Austral*, 8 de agosto de 1918).

Para transformar las situaciones descritas anteriormente, las autoridades se enfocaron en el saneamiento de la ciudad. En esa línea, el Estado asumió un papel activo en materia habitacional con la promulgación de la Ley de Habitaciones Obreras en 1906⁷. Esta ley estableció los Consejos de Habitaciones para Obreros, cuya atribución era supervisar la higiene en las viviendas y promover la construcción de habitaciones destinadas a los sectores proletarios. Sin embargo, en 1917, se indicaba que el territorio de Magallanes tenía un régimen político especial y no contaba con una Intendencia ni Gobernación, por lo que no había funcionarios designados para ocupar esos cargos en el Consejo⁸.

⁶ ANH, FG, GM, vol. 4, 15 de abril de 1892.

⁷ Véase: Ley n°1.838 sobre Habitaciones para Obreros. Imprenta Cervantes, 1906.

⁸ ANH, FG, GM, vol. 43, 5 de julio de 1917.

Los médicos relacionaban la alimentación con las viviendas insalubres, que carecían de higiene y limpieza, haciendo de ellas lugares inadecuados para albergar a niños, tanto sanos como enfermos. El Consejo de Habitaciones para Obreros diagnosticaba que los conventillos eran focos de infección y señalaba que “no corresponden al grado de cultura y civilización que hemos alcanzado en otros órdenes del progreso nacional y que, al contrario, constituyen una afrenta para el nombre de Chile”⁹. En estos ambientes, la salud del infante empeoraba cuando los tratamientos médicos requerían atenciones adicionales. Incluso una afección digestiva benigna, según Moraga (1919), podía complicarse debido a la falta de una alimentación apropiada y un entorno para la recuperación, ambos aspectos generalmente ausentes en esas condiciones.

En 1908 la salubridad mejoró parcialmente con la instalación del sistema de filtros para proveer agua potable a la población (*Chile Austral*, 11 de marzo de 1908). Durante este período, las municipalidades tenían la responsabilidad de financiar estas obras de salubridad pública, las cuales, debido a sus elevados costos, afectaban los presupuestos locales. La Honorable Junta de Alcaldes supervisó la finalización de la instalación de agua potable y desagües (*Chile Austral*, 3 de abril de 1908). El crecimiento del área urbana obligó a extender la red de alcantarillado, por lo que el Presidente de la República autorizó a la Comisión de Alcaldes de Punta Arenas a establecer la obligatoriedad del servicio de desagüe. El proyecto consideraba que “si la propiedad valiere menos de dos mil pesos i sus dueños carecieren de recursos, el trabajo lo hará la Comisión de Alcaldes por cuenta de los propietarios”¹⁰.

La falta de un sistema de eliminación de excretas o de alcantarillado provocó la proliferación de focos de insalubridad alrededor de los hogares, deteriorando la higiene pública. Los habitantes se quejaban de la existencia de puntos de infección en distintos barrios de la ciudad, señalando la necesidad de “un servicio organizado para la extracción de abrómicos” (*Chile Austral*, 8 de abril de 1908). Esta carencia afectaba la salubridad local, ya que la

acumulación de materias excrementicias generaba olores desagradables y probables riesgos para la salud de los infantes.

La implementación de la obligatoriedad de los desagües se relacionó con las normativas y los actores responsables de aplicarlas. A través de la higiene pública, se abordaron las condiciones de insalubridad en la urbe. La Prefectura de Policía visitó distintos barrios de la ciudad para inspeccionar las instalaciones y notificar a los propietarios sobre los plazos para cumplir con esta medida y suprimir la presencia de aguas estancadas en las viviendas (*Chile Austral*, 5 de enero de 1914). Posteriormente, el inspector municipal informó sobre las frecuentes interrupciones del servicio atribuidas al desgaste de las cañerías, roturas de las estructuras u obstrucciones por escarcha debido a las bajas temperaturas invernales. Una vez finalizadas las obras, la Inspección del Servicio de Agua y Desagües comenzó a estudiar la ubicación de medidores para controlar el consumo de agua de la población (*Chile Austral*, 14 de septiembre de 1915).

La condición portuaria de Punta Arenas la exponía al riesgo de epidemias, dado que el tráfico marítimo era la principal vía de propagación del contagio. En 1900, un brote de peste bubónica en Buenos Aires causó alarma en la población magallánica debido al constante flujo de personas. En ese contexto, Lautaro Navarro, médico de ciudad, señaló al gobernador de Magallanes que algunos pasajeros “por los barrios de Buenos Aires de donde han salido, sus hábitos de vida e hijiénicos son los que con más facilidad pueden ser portadores del contagio del flagelo”¹¹. Entre las medidas sanitarias recomendadas se incluía la minuciosa revisión de cada embarcación y objeto que ingresaba a la zona, descartando la imposición de cuarentenas por sus efectos perjudiciales en el comercio. Esto, debido a que los avances en la bacteriología permitían enfocar las inspecciones en los enfermos, la carga y los equipajes infectados¹².

En Punta Arenas las precarias condiciones de vida y el clima adverso afectaron a la salud de la mayoría de la población, especialmente de los infantes. El contraste con los palacios de la ciudad evidenció

⁹ ANH, FG, GM, vol. 43, 16 de julio de 1919.

¹⁰ Cámara de Diputados, Sesión 14ª ordinaria en 25 de junio de 1913, p. 323.

¹¹ ANH, FG, GM, vol. 4, 21 de marzo de 1900.

¹² ANH, FG, GM, vol. 4, 31 de diciembre de 1900.

una marcada desigualdad social, acompañada de una indiferencia ante la situación de los sectores populares. En este contexto, los niños estaban expuestos a la insalubridad y la falta de higiene de las viviendas populares, lo que provocaba principalmente enfermedades respiratorias y estomacales. Esta situación estaba relacionada con la deficiente alimentación que debilitaba su sistema inmunológico y lo hacía más vulnerable a las enfermedades, factor que contribuyó a la alta mortalidad infantil en la ciudad. Esto, sumado a las consecuencias del constante tráfico marítimo que alertaban a la población sobre posibles contagios de otras enfermedades por razones epidemiológicas. Por esa razón, las autoridades locales intentaron mejorar la situación mediante campañas de saneamiento y normativas para mejorar la higiene pública. También, se implementaron medidas alimentarias para la salud de la comunidad y se fundaron instituciones de beneficencia destinadas a resolver el problema de la mortalidad infantil. Estas instituciones proporcionaban leche esterilizada, un alimento prescrito en esa época por sus ventajas nutritivas, contribuyendo significativamente a la reducción de la mortalidad infantil.

EL RÉGIMEN ALIMENTICIO Y LA DISTRIBUCIÓN DE LA LECHE

La alimentación adecuada para los niños era limitada, por lo que la desnutrición calórico-proteica era habitual (Vieira, 2017). Esta condición era una manifestación aguda de la pobreza y estaba asociada con infecciones que comprometían la absorción normal en el intestino de los menores. La situación se veía agravada por la ausencia de un sistema de agua potable y de eliminación de excretas, creando un ambiente insalubre alrededor de los niños (Jiménez, 2009). Los médicos impulsaron debates sobre la nutrición infantil, ya que una parte significativa de la mortandad se atribuyó a la descomposición de la leche, la falta de higiene en la manipulación y la falta de regulación municipal en el comercio lácteo.

Recurrentemente los lecheros diluían la leche con agua de las acequias. En ocasiones, adulteraban la composición de sus productos añadiendo agua, lo que disminuía su valor nutricional para los infantes (*Chile Austral*, 29 de mayo de 1918). Según uno de los inspectores sanitarios que recorrió el mercado magallánico, los vendedores de alimentos

se aprovechaban de “una mal entendida libertad de comercio, permitiendo que se intoxique a los niños. Estoy convencido, por los prolijos estudios que he hecho de la manera como viven nuestros pobres en Punta Arenas, que la mala calidad de la leche condensada es una de las causas de la mortalidad infantil en el territorio” (*Chile Austral*, 15 de septiembre de 1919). Asimismo, el transporte y la exposición a altas temperaturas hacían que la leche fuera considerada por la comunidad médica como un cultivo microbiano (Soto y Chávez, 2022).

A finales del siglo XIX, las alcaldías crearon laboratorios químicos municipales para analizar la distribución de los productos alimenticios en la ciudad (Correa y Chávez, 2022). En Punta Arenas se inauguró un laboratorio en 1906, siguiendo el ejemplo de otras ciudades como Valparaíso (1893), Antofagasta (1894), Iquique (1895), Santiago (1898) y Coquimbo (1912). Estos laboratorios supervisaban, examinaban y determinaban la calidad de los alimentos, identificando los que estaban adulterados, descompuestos o falsificados. El director de esta entidad era Domingo Larraín Torres, con experiencia como jefe en los recintos de Santiago, Talca y Valparaíso. Su aporte consistía en el estudio de los artículos que podían ser perjudiciales para la salud, especialmente la leche y su relación con la salud infantil. Su principal objetivo era “fiscalizar al comerciante inescrupuloso que adultera los artículos de consumo” (*Chile Austral*, 1 de junio de 1908), con el fin de garantizar la calidad alimentaria.

El gobierno municipal extendió su control sobre el comercio de alimentos y estableció nuevas regulaciones para los vendedores de lácteos en Punta Arenas. El laboratorio se centró en asegurar la calidad de la leche disponible en la ciudad. En general, la leche se obtenía en lugares carentes de agua potable y estaba expuesta a condiciones antihigiénicas. Por lo tanto, el Reglamento sobre expendio de artículos alimenticios estableció que debía indicarse en la etiqueta si la leche era centrifugada, descremada o condensada diluida con agua potable. También, se prohibió utilizar el mismo local para la venta de leche y el ordeño del ganado, así como el expendio de leche calostroal, proveniente de vacas recién paridas o terneros menores de 30 días (Junta de Alcaldes, 1906). Los vendedores ambulantes debían registrarse en el laboratorio y renovar su matrícula anualmente.

En 1912, la conformación de una Aduana en Punta Arenas¹³ generó dificultades económicas en los hogares, especialmente en los sectores pobres, que se vieron afectados por el encarecimiento de los precios debido al pago de los derechos de importación (Santana, 2017). En particular, el gravamen impactaba a los hogares de bajos recursos, cuyos ingresos se destinaban a necesidades básicas como el abrigo y la calefacción durante el invierno (Gómez, 1914). A menudo, se informaba la falta de leche condensada, atribuida a que los comerciantes “no sacan la existencia que tienen en las bodegas de la Aduana, por evitar el pago del fuerte recargo aduanero de 130%” (*Chile Austral*, 7 de octubre de 1914). Además de la constante escasez, se criticaba a los alimentos artificiales, pues se creía que el consumo de alimentos distintos a la leche humana ponía a los infantes en riesgo de padecer trastornos estomacales.

En 1919, la Federación Católica de Ayuda Mutua y Previsión Social de Magallanes solicitó al Congreso la exención de derechos para la leche importada. En la región, la producción de leche no era suficiente para cubrir la demanda, y el clima adverso encarecía la elaboración de lácteos. La escasez de este alimento, fundamental para el desarrollo físico de los infantes, los debilitaba y, en muchos casos, generaba desnutrición¹⁴. Esta carencia reducía la capacidad para afrontar las enfermedades, agravando los trastornos digestivos causados por la falta de nutrición.

La publicidad en la prensa de los alimentos artificiales destinados a la infancia destacaba las propiedades de estos productos, enfatizando que no sólo debían nutrir, sino también proteger de las enfermedades y ser fácilmente asimilables por los órganos infantiles. La Preparación Wampole, una emulsión de vitaminas que corresponde a un complemento alimenticio, se promocionaba como un método eficaz contra el raquitismo, la anemia y las enfermedades óseas (*Chile Austral*, 30 de mayo de 1913). Los anuncios promovían la venta de estos productos en farmacias y droguerías, justificando su respaldo científico como alternativas a la alimentación natural. Considerando afecciones respiratorias y

digestivas, ofrecían la imagen de un niño sano, bien alimentado y feliz (Dussaillant, 2016).

El Matadero Municipal jugó un papel crucial en la distribución de alimentos, pero también representó un riesgo para la salud debido a las enfermedades infecciosas que podían transmitirse del ganado a las personas, especialmente la fiebre aftosa. Se describía como un lugar insalubre, ruinoso y con paredes grasientas. Para controlar las actividades del matadero, la Municipalidad implementó un reglamento que establecía las horas de matanza y designaba un funcionario para inspeccionar la carne. Sin embargo, la prensa denunciaba el incumplimiento de las normas de higiene, indicando que se “usan los carretones de basuras para el acarreo de las carnes de consumo” (*Chile Austral*, 6 de marzo de 1909). Además, la alimentación del ganado era deficiente, lo que se manifestaba en carne de baja calidad nutritiva.

En el ámbito médico, se observó que la alfombra causaba numerosas víctimas debido al hacinamiento de los infantes en las habitaciones. Según los especialistas, la afección se contraía cuando los niños jugaban en el barro en un clima húmedo y sus ropas se secaban cerca de las estufas. El médico Florencio Middleton denunció que en una de las principales familias de la ciudad había infantes contagiados de la enfermedad. Lautaro Navarro Avaria, médico de ciudad, visitó el hogar y encontró que uno de los menores presentaba “en las piernas una erupción papulosa, apenas rojiza. No había fiebre, ni conjuntivitis, ni bronquitis, accidentes que de ordinario acompañan o son consecuencia de la alfombra”¹⁵. A su juicio, podría tratarse de un caso benigno, ya que los otros niños en el hogar no mostraban síntomas. Esta evaluación minuciosa estaba relacionada con la peligrosidad de la enfermedad y su rápida propagación, lo que impulsó la adopción de medidas precautorias y propició la creación de comisiones e instancias para discutir los síntomas o posibles brotes en la localidad.

Las enfermedades digestivas, respiratorias y la debilidad congénita fueron las principales causas de fallecimiento en la niñez, mostrando tendencias y

¹³ Ministerio de Hacienda, Ley número 2.641, 1912. En su artículo 9° se establece una Aduana en Punta Arenas con las funciones i atribuciones que determinen las leyes vijentes sobre la materia.

¹⁴ Cámara de Senadores, Sesión 43ª ordinaria en 27 de agosto de 1919, p. 1.007.

¹⁵ ANH, FG, GM, vol. 4, 27 de diciembre de 1900.

Tabla 2. Causales de fallecimientos infantiles, 1912-1930.

Causales de fallecimientos	1912	1913	1918	1921	1923	1924	1925	1926	1928	1929	1930
Bronco-neumonía	11	15	57	98	67	118	179	148	75	224	75
Neumonía	9	4	46	40	43	23	36	41	17	30	11
Diarrea y enteritis (menores de 2 años)	9	8	47	56	22	24	28	35	18	24	13
Debilidad congénita, ictericia y esclerema	6	4	19	52	11	18	17	21	18	24	32
Hemorragia puerperal	-	-	6	1	-	-	-	1	-	-	3
Otros accidentes del parto	-	-	2	1	3	1	1	2	2	-	1
Otras afecciones especiales de la primera infancia	-	-	3	-	5	2	3	3	5	5	9
Falta de cuidados	-	-	-	2	5	6	3	-	-	3	-
Nacimiento prematuro o consecuencia del parto	-	-	-	-	-	-	10	9	12	15	5
Raquitismo	-	-	-	-	15	13	21	25	14	17	7

Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1912-1930.

cifras anuales consistentes (Tabla 2). Estas afecciones impactaron significativamente en la niñez, y el problema radicaba en la reducción de los factores predisponentes a estas enfermedades. Las estadísticas proporcionaron respaldo a la medicina y a las autoridades políticas para desarrollar métodos que, lentamente, ayudaron a mitigar los efectos de estos padecimientos. Los anuarios estadísticos adoptaron la nomenclatura internacional de Bertillón para organizar las causales de muerte¹⁶. Este instrumento estableció un criterio para tipificar la clasificación de afecciones y causas de muerte, simplificando la comparación precisa de las estadísticas de salud a nivel global (Bernabeu-Mestre *et al.* 2003). A partir de 1915, se establecieron grupos de enfermedades, incluyendo las propias de la primera infancia y, años más tarde, se incorporaron conceptos como el raquitismo. Además de estos factores predominantes, las cuantificaciones también incluyeron otras causales de menores proporciones, como los accidentes del parto, la falta de cuidados o los nacimientos prematuros.

El raquitismo se manifestaba en niños débiles que carecían de suficiente resistencia a las enfermedades. Por ello, los médicos recomendaban a los padres seguir estrictas normas de higiene para

prevenir afecciones mediante un adecuado aseo, limpieza y una dieta balanceada. La importancia de estas precauciones radicaba en el entorno del infante, ya que algunos elementos aparentemente inofensivos, como los chupadores, podían ser una fuente de microbios. Según los médicos, la suciedad y las bacterias en estos utensilios podían provocar infecciones en las amígdalas y problemas respiratorios. En la zona austral, el raquitismo era una enfermedad común debido a las malas condiciones socio económicas, la falta de una nutrición adecuada y la escasez de luz solar durante los largos inviernos (Vieira, 2014, 2017). En general, a principios del siglo XX, se conocían poco sus causas y tratamientos, lo que se refleja en las cifras desalentadoras que se muestran en la Tabla 2 a lo largo de los años.

La poliomielitis representaba otra amenaza para la niñez, con una alta tasa de letalidad y secuelas invalidantes debido a su impacto en el sistema motor. Esta enfermedad, que afectaba principalmente a los niños pequeños, se caracterizaba por una infección que dañaba la médula espinal. En la época, se destacaba la rapidez con que progresaba la afección: un niño aparentemente sano podía encontrarse con dificultades para mover sus miembros apenas unas horas después (Chile Austral, 31 de agosto de 1916).

¹⁶ Por Decreto 4.676 de 22 de diciembre de 1900, el sistema de Bertillón como nomenclatura en las causas de las defunciones se adoptó a partir del 1° de enero de 1901 para los servicios públicos de Chile.

Tabla 3. Causal de muerte: convulsiones en los niños, 1912-1931.

Provincias	1912	1913	1917	1922	1924	1925	1926	1927	1928	1929	1930	1931
Chile	6.943	1.837	4.533	6.286	7.111	6.638	6.565	5.880	5.377	3.829	433	293
Valparaíso	961	800	513	971	940	939	651	560	-	-	-	-
Santiago	2.287	884	854	702	931	1.043	1.020	759	748	524	83	57
Concepción	560	10	286	696	800	825	806	821	764	569	39	18
Magallanes	2	2	9	32	21	18	42	33	34	25	20	18

Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1912-1931.

Asimismo, las convulsiones en los niños tuvieron cifras elevadas en las primeras décadas del siglo XX. El Anuario Estadístico consideraba esta enfermedad en el grupo de afecciones del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, junto a otras causales de muerte como la encefalitis, parálisis general, parálisis sin causa indicada, reblandecimiento cerebral, entre otras. Sin embargo, no aparece registrada la poliomielitis o algún elemento que permita conectar estas enfermedades con algún rango etario específico, en particular la infancia. En la Tabla 3, un elemento a destacar son las bajas cifras de la provincia de Magallanes respecto a los otros territorios, factor que podría explicarse por la baja concentración de habitantes en el extremo sur en comparación a los otros tres principales núcleos poblacionales del país.

El aislamiento geográfico y las condiciones climáticas adversas comprometieron la salud de los infantes. La desnutrición calórico-proteica fue recurrente en Punta Arenas producto de la limitada disponibilidad de alimentos adecuados para los niños, situación exacerbada por la pobreza. En este contexto, la leche se convirtió en el centro del debate médico debido a la dificultad para obtener lácteos de buena calidad que garantizaran una nutrición adecuada para los lactantes. La adulteración de este alimento contribuyó a altos índices de mortalidad infantil, especialmente por enfermedades gastrointestinales. La falta de regulación en el comercio exacerbó la nocividad de algunos alimentos para la salud de los niños. Por ello, la creación de un laboratorio para inspeccionar la distribución de alimentos fue un hito importante en el combate contra la mortalidad infantil, al permitir una mayor vigilancia de los productos alimentarios. Muchos niños dependían de la leche artificial, ya que sus madres, debilitadas

por la sobreexplotación laboral y la desnutrición, no podían amamantar.

La promoción de alimentos artificiales ofrecía una alternativa a la leche materna, aunque la seguridad y eficacia de estos productos fue cuestionada por la comunidad médica. Estos problemas estaban relacionados con las condiciones de miseria y las limitaciones económicas que enfrentaba la mayoría de la población. Desde la perspectiva de la medicina social, la mortalidad infantil se entendía como un fenómeno multifactorial, influenciado por el hacinamiento, el alcoholismo, la falta de vivienda adecuada, el analfabetismo y el desconocimiento en puericultura por parte de las madres. En este contexto, la labor de las instituciones de beneficencia fue crucial para mitigar el impacto de estas afecciones, ya que se dedicaron a proporcionar alimentación a los infantes y a educar a las madres en la ciencia de la crianza. Además, las estadísticas de mortalidad fueron fundamentales para desarrollar métodos de prevención y tratamiento de las enfermedades, proporcionando datos esenciales para abordar los desafíos de salud infantil en la región magallánica.

LAS INSTITUCIONES ENCARGADAS DE LOS CUIDADOS INFANTILES

Hasta la segunda década del siglo XX, la respuesta al problema de la mortalidad infantil en territorio magallánico se limitó a las instituciones de beneficencia como la Liga de Damas Católicas o la Gota de Leche. Estas instituciones, junto con la Cruz Roja y otras entidades, llevaron a cabo campañas de prensa, crearon salas-cuna y orfanatos (Vieira, 2017). Se destacó la figura de la doctora Elena Ancic de Barrios, la primera en Magallanes dedicada exclusivamente a la atención de los niños

Tabla 4. Movimiento anual de la Gota de Leche en el territorio de Magallanes, 1922-1930.

Año	Movimiento anual de niños					Niños vacunados y revacunados en el año	Detalles niños retirados	
	Existencia año anterior	Inscritos en el año	Total de asistidos en el año	Retirados en el año	Existencia para el año siguiente		Fallecidos	Retirados por otras causas
1922	-	117	117	57	60	20	7	50
1923	60	-	60	-	-	-	-	-
1924	60	-	60	-	-	-	-	-
1925	60	41	101	14	87	13	1	13
1926	58	26	84	28	56	-	5	23
1927	56	-	56	34	22	-	8	26
1928	22	34	56	34	22	-	8	26
1929	84	42	126	41	85	-	7	34
1930	85	94	179	-	112	-	59	8

Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1922-1930.

(Vieira, 2014). Estas organizaciones abordaban la mortalidad infantil desde una perspectiva que incluía aspectos de salud, cuidado maternal y estabilidad económica del grupo familiar, en el marco de una pediatría social de largo alcance (Jiménez, 2009; Subercaseaux, 2011). De carácter médico-asistencial, incorporaron principios científicos y caritativos para enfrentar problemas sociales como la vivienda y las condiciones laborales de las mujeres obreras (Leyton y Montt, 2008). Su objetivo era proteger a los niños en situaciones de abandono, desnutrición y adversidad económica, actuando de manera coordinada para brindar cuidados y atención durante el primer año de vida, etapa crucial para la supervivencia. Otorgaron premios a las madres cuyos hijos estuvieran mejor cuidados, con el fin de incentivarlas a seguir las recomendaciones de la ciencia médica para un adecuado cuidado infantil (Vieira, 2014). La Gota de Leche, los orfelinatos, dispensarios y otros establecimientos destinados al cuidado de los infantes, apoyaban a las madres que, debido a la pobreza u otras circunstancias, no podían proporcionar una atención adecuada a sus hijos, asegurando la alimentación, el cuidado y un ambiente saludable para los niños en caso de enfermedad (*Chile Austral*, 26 de enero de 1918).

Las élites locales abogaban por la estandarización de las acciones de protección infantil, la realización de estudios científicos sobre las causales

de fallecimientos, el apoyo a las autoridades y la coordinación de esfuerzos entre el ámbito político y las organizaciones benéficas. En las instituciones dedicadas a la salud de la niñez, se evaluaban los impactos y se demostraban, en la práctica, las ventajas de la atención proporcionada por los médicos.

La Gota de Leche fue una institución organizada con el objetivo de disminuir la mortalidad infantil fomentando la lactancia materna. Fue la primera institución privada que trabajó en proveer leche a las madres de sectores populares (Jiménez, 2009). Basada en los principios de la caridad científica, se ajustaba al conocimiento de la ciencia moderna, proporcionando leche de vaca a los niños cuyas madres no podían amamantar (Neves, 2023; Neves y Benedetti, 2023). Su labor se centraba en dos frentes principales: proporcionar asistencia médica ambulatoria y suministrar leche para complementar la lactancia (Quezada, 1905). La atención de la Gota de leche se concentraba en los primeros días tras el nacimiento, un período de alto riesgo de mortalidad para los recién nacidos. En este lugar, los médicos educaban a las madres sobre métodos adecuados para alimentar y cuidar a los hijos. Durante los controles mensuales, se examinaba el crecimiento, el peso, la dentición y cualquier afección en los menores. Asimismo, se entregaban recomendaciones sobre la importancia de que el infante durmiera en su propia cama,

Tabla 5. Movimiento de la Casa de Huérfanos en el territorio de Magallanes, 1910-1924.

Año	Existencia del año anterior	Admitidos	Total de asilados	Salidos		
				Voluntariamente	Por muerte	Total
1910	52	54	106	2	-	2
1911	-	-	65	-	-	-
1912	41	37	78	38	-	38
1913	43	32	75	29	1	30
1918	-	-	66	5	-	5
1921	-	-	67	19	-	19
1922	48	-	75	25	9	34
1923	41	-	60	29	-	29
1924	31	-	52	32	-	32

Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1910-1924.

mantener un aseo esmerado y evitar la exposición a los rayos solares en el día. La Gota de Leche organizaba visitas domiciliarias para observar las circunstancias materiales y familiares que rodeaban a los niños, con el fin de mejorar las causas que pudieran alterar su desarrollo normal. Como se observa en la Tabla 4, el número total de lactantes asistidos en la Gota de Leche de Punta Arenas superó los 100, especialmente en 1929 y 1930.

La Casa de Huérfanos era un servicio organizado por la Junta de Beneficencia y operado por religiosas encargadas de su gestión. Abarcaba secciones de expósitos o niños lactantes (menores de seis años, algunos de los cuales eran entregados a nodrizas) y otra de huérfanos (mayores de seis años, quienes recibían educación y aprendían un oficio). Según los datos proporcionados en la Tabla 5, el número de asilados era inferior a 100, con una cifra de salidas que oscilaba alrededor de los 30 menores, y la tasa de mortalidad infantil entre los internados era baja, excepto en 1922 cuando se registraron nueve fallecimientos. El recinto era sostenido económicamente por las damas prominentes de la sociedad magallánica y la Sagrada Familia. Sin embargo, se enfrentaban a problemas financieros debido a las crisis económicas y los costos operativos. Por lo tanto, el financiamiento de la Casa de huérfanos requería de colectas públicas y erogaciones de los vecinos de la ciudad. En comparación con la información de la Tabla 4, la Gota de Leche tuvo una mayor presencia que la Casa de Huérfanos,

ya que los ingresos de esta última disminuyeron a medida que descendía la mortalidad infantil. Por otro lado, la Gota de Leche, como institución de carácter preventivo, incrementaba los ingresos de lactantes a medida que las madres tomaban mayor conciencia de la importancia de cuidar a los hijos siguiendo los consejos de la puericultura, gracias a la labor educativa del establecimiento (Chávez y Soto, 2019; Neves, 2023). Esto se refleja parcialmente en una menor tasa de retención por parte de la Casa de Huérfanos a partir de 1922, 1923 y 1924, en contraste con el relativo aumento de estas cifras por parte de la Gota de Leche (véase Tabla 4).

Las vacunas fueron la herramienta más efectiva para el control de las enfermedades infecciosas (Jiménez, 2009). A principios del siglo XX, se implementó un servicio de vacunación en el territorio de Magallanes debido a la alta exposición a enfermedades contagiosas que enfrentaba la comunidad (Tabla 5). Esta medida reflejó el interés de las autoridades en prevenir enfermedades infecciosas (Vieira, 2014). Por su ubicación estratégica, conectaba a la región con diferentes puertos a escala planetaria y el flujo de tráfico facilitaba la transmisión de enfermedades como la viruela, una de las enfermedades más graves de la época. En 1895, la Junta Central de Vacuna de Santiago comisionó al médico Lautaro Navarro para llevar a cabo esta labor en la zona y le proporcionó los útiles para el desempeño de su cargo. Sin embargo, tras varios meses sin obtener respuestas sobre su trabajo, la Junta dirigida por el

Tabla 6. Vacunaciones inoculadas entre los 1-10 años, 1906-1923.

Año	Hasta 1 año	De 1 a 7 años
1906	49	307
1907	18	300
1908	15	494
1909	17	369
1910	-	509
1911	-	330
1912	-	418
1913	-	446
-	Hasta 1 año	De 1 a 10 años
1918	54	1.062
1921	84	990
1922	332	631
1923	248	767

Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1906-1923.

doctor Adolfo Murillo se comunicó con el gobernador de Magallanes para solicitar información sobre “la manera como el señor Navarro ha dado cumplimiento a la comisión que le fue conferida por decreto”¹⁷. Ante esta situación, el poder central designó al médico Paulino Díaz, reconocido por su experiencia, para liderar la campaña de vacunación, dada la necesidad de administrar el suero a un porcentaje significativo de la población.

En las zonas fronterizas, la administración de la salud adquirió particularidades como resultado del control y las medidas del gobierno central, específicamente del Consejo Superior de Higiene Pública. La vacunación se consideraba una medida preventiva indispensable para evitar que los infantes contrajeran infecciones, principalmente la alfombrilla. Por ese motivo, la vacunación tenía carácter obligatorio en el primer año de vida¹⁸. Además, el Reglamento del servicio de vacunación dispuso que la prestación se otorgara a los recién nacidos, “valiéndose de las nóminas pasadas por las oficinas del Registro Civil”¹⁹. Se priorizaba la atención en las escuelas públicas, cárceles, fábricas, talleres y otros establecimientos que agrupaban gran cantidad de personas. En este

sentido, entre 1906 a 1923, las vacunaciones a menores de un año aumentaron en un 400%. Durante el período de 1906 a 1913, las vacunaciones a niños entre 1 a 7 años aumentaron en un 45% (Tabla 6). Estos datos reflejan una creciente conciencia de la población sobre la importancia de las vacunas para prevenir enfermedades (Cabrera, 2012).

El dispensario comenzó su funcionamiento a inicios de 1912, su propósito era entregar atención médica ambulatoria. Su importancia radica en que la ciudad no contaba con infraestructura médica infantil ni una sección pediátrica consolidada. Con la puesta en marcha de la dispensaría se redujo la demanda por las asistencias en los hospitales (Benedetti, 2019). En localidades extremas los dispensarios fueron el único lugar de acceso a curaciones para la población sin tener que realizar desplazamientos (Ponce de León, 2007). Este servicio estaba regulado por la Municipalidad y bajo la supervisión del “médico del hospital, dándosele en calidad de ayudante a una enfermera que gozará de una gratificación” (*Chile Austral*, 2 de agosto de 1912). Además, se preocupó por “dar alimentación a los niños pobres de cualquiera edad” (Vial, 1913). Los gastos del

¹⁷ ANH, FG, GM, vol. 4, 11 de enero de 1896.

¹⁸ ANH, FG, GM, vol. 43, 5 de octubre de 1918.

¹⁹ ANH, FG, GM, vol. 43, 10 de octubre de 1919.

Tabla 7. Atenciones en el dispensario según rango etario, 1913-1928.

Año	Hasta 1 año	Mayores de 1 año
1913	420	259
1921	130	176
1922	216	298
1923	149	238
1924	1.042	917
1925	905	1.195
1926	905	1.195
1927	833	1.477
1928	840	1.520

Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1913-1928.

recinto fueron cubiertos por la Municipalidad y se designó al médico Óscar Munizaga para dirigirlo. Estos espacios facilitaban el contacto directo entre los médicos y la comunidad, lo que permitía la difusión de conocimientos, así como la distribución de medicamentos y de vestuario. Según la Tabla 7, entre 1913 y 1928 el promedio de niños menores de un año atendidos por el dispensario fue de 500, mientras que el promedio de niños mayores de un año atendidos fue de 630. En 1924, se observa un cambio significativo en la cantidad de atenciones para ambos rangos etarios, ascendiendo de aproximadamente 200 a más de 800 atenciones anuales.

En ese período, el trabajo infantil se entendía como un complemento de los ingresos familiares y una etapa de aprendizajes. Desde la perspectiva de la época, los empleos industriales para los niños se veían como una forma de evitar su vagancia por las calles (Rojas, 1999, 2001). El trabajo infantil se consideraba un método preventivo de la delincuencia y se realizaba principalmente en instituciones menores, talleres agrícolas e industriales como mano de obra barata (Peralta y Muñoz, 2006). También, los niños se dedicaban a vocear los diarios o a lustrar zapatos por lo que hicieron de la calle su lugar de trabajo y socialización (Ubilla, 2022). De esta manera, considerando el trabajo infantil como un sistema de control, se planteaba que formaría “ciudadanos

respetuosos de las normas” y “trabajadores útiles al progreso nacional”. En realidad, cambiar la percepción que priorizaba la escuela sobre la fábrica fue un proceso que tardó varias décadas. Un elemento que contribuyó a esta transformación fue la discusión política en torno a una ley destinada a salvaguardar la infancia, buscando castigar el abuso, la obligación al trabajo forzado y la explotación²⁰. A pesar de ello, se subraya que los debates legislativos se centraron en el ámbito laboral y no estimaron los factores relacionados con la reducción de la mortalidad en la niñez.

Dado que se reconocía la importancia de cuidar a las madres para garantizar la salud de los neonatos, la medicina indicaba que el esfuerzo en el trabajo industrial tenía consecuencias negativas en las etapas finales del embarazo. Según estudios científicos, existía una relación entre las actividades laborales y el peso del recién nacido, así como la posibilidad de enfrentar un parto riesgoso (Pulido, 1913). Incluso en vísperas del alumbramiento, las madres soportaban largas e incansables jornadas en instalaciones industriales como fábricas de curtidurías, calzado, conservas y frigoríficos, además de trabajar en el servicio doméstico (Martinic, 2001; Brito, 2005). Estas arduas condiciones laborales dificultaban la producción de leche materna y aumentaban el riesgo de abortos espontáneos, nacimientos prematuros o

²⁰ Ministerio de Justicia, Ley número 2.675, 1912. Sobre protección a la infancia desvalida. Boletín de leyes i decretos del Gobierno, libro LXXXI. En el artículo 13, indicaba “castigos con prisión en grado máximo o presidio menor en grado mínimo, o con multa de veinte a quinientos pesos, para la persona que ocupare a menores de ocho años en trabajos nocturnos, entre las diez de la noche i las cinco de la mañana”.

hijos con debilidad congénita (Alanís, 2021; Illanes, 2010; Núñez y González, 2013). Esta situación comenzó a cambiar en 1917 con la promulgación de la Ley de Salas Cunas²¹. La legislación establecía que toda fábrica, taller o establecimiento industrial con 30 o más mujeres debía contar con un espacio para recibir a los hijos de las obreras durante su primer año de vida. También autorizaba a las madres a disponer de tiempo necesario para amamantar. Además, la regulación prohibía el trabajo femenino en los días anteriores y posteriores al parto, asegurando que mantuvieran sus puestos laborales durante ese período. Posteriormente, la Ley del Seguro Obligatorio de 1924 otorgó dos meses de licencia de maternidad para las trabajadoras y cubría los gastos médicos para el nacimiento y los primeros ocho meses de vida del bebé. Un decreto de ley adicional amplió, también, el alcance de las leyes existentes sobre guarderías en las fábricas, incluyendo todas aquellas que empleaban a más de veinte trabajadoras (Hutchison, 2001).

En una exposición sobre la necesidad de crear cursos de puericultura en las escuelas para niñas, la doctora Eva Quezada Acharán destacó la conexión entre la salud del niño por nacer y las ocupaciones de la madre. En las etapas finales de la gestación, “está demostrado con datos estadísticos que nacen niños de menos resistencia física, aún de madres sanas, si éstas se entregan a trabajos penosos en dicho período. De aquí leyes que obligan a los industriales a dar los trabajos más livianos a las obreras que se hallan en esa situación” (*El Mercurio*, 8 de enero de 1912). Este planteamiento no sólo impulsó la legislación sobre las actividades laborales de las mujeres durante el embarazo en el siglo XX, sino que también marcó el inicio de mejoras en la salud materna y dio origen a una serie de medidas para su cuidado durante el período prenatal y posnatal.

Debido a la precariedad de la ciudad, la lucha contra la mortalidad infantil dependió en gran medida de las instituciones de beneficencia que se instalaron en la región. Éstas desempeñaron un rol crucial en la disminución progresiva de la mortalidad en la niñez. Alrededor de su funcionamiento se desarrollaron debates que, desde la perspectiva de la pediatría social, examinaron los efectos del

quiebre del binomio madre-niño en relación con la economía familiar, la salud y el cuidado maternal. Tales elementos se vincularon directamente con la mortalidad infantil, clarificando las causas de la propagación de enfermedades. Asimismo, a través de la beneficencia, los médicos desarrollaron intensas campañas educativas para integrar la ciencia médica en las prácticas de crianza.

La crítica a las deplorables condiciones laborales de las mujeres impulsó la legislación para la protección de las madres y los niños, considerados los sectores más frágiles de la sociedad. Siendo un factor clave en la disminución de la mortalidad infantil porque contribuyó a mejorar las condiciones de vida de la población vulnerable. Este caso demuestra una efectiva coordinación entre la beneficencia privada y las políticas públicas para combatir la mortalidad infantil y asegurar el bienestar de las madres y los niños, coincidiendo con la transformación de la infraestructura de la ciudad. Este esfuerzo fue un avance en la protección infantil y la salud materna.

EL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS INFANTILES EN EL TERRITORIO

A finales del siglo XIX, las autoridades políticas y los médicos lograron introducir el tema del embarazo y el parto en el debate público. Durante estos años, se produjo un traslado gradual de la asistencia en el alumbramiento desde los hogares hacia los hospitales. Con ello, las emergentes especialidades médicas obstétricas y pediátricas justificaron su campo de estudio y sus funciones de supervisión durante el parto (Zárate, 2007). En 1899, debido al crecimiento demográfico de la ciudad en Punta Arenas, el Consejo Departamental de Higiene solicitó el establecimiento de servicios dirigidos al cuidado de la niñez, incluyendo la creación del servicio de matronas para atender emergencias nocturnas. La ciudad contaba con cuatro profesionales tituladas y varias sin acreditaciones²². Las parteras, comadronas y *meicas*, junto con los curanderos, eran responsables de los cuidados sanitarios, siendo esencial la participación de las matronas en los partos debido a su formación teórica, ya que muchas de estas intervenciones quirúrgicas eran difíciles de realizar.

²¹ Ministerio del Interior, Ley número 3.186, 1917. Establece el servicio de cunas en las fábricas.

²² ANH, FG, GM, vol. 4, 7 de agosto de 1899.

En ese contexto, la asistencia en los partos era deficiente, agudizando el problema de la mortalidad infantil, ya que la mayoría ocurría en los hogares con mínimas normas de higiene (Illanes, 2010). La alta cantidad de nacimientos, la escasez de matronas y las dificultades de acceso a la asistencia domiciliar del parto agravaban la situación. En Punta Arenas, el Hospital de Caridad se mantuvo gracias a las donaciones y fondos proporcionados por la comunidad, especialmente por grandes empresas. Disponía de una sección de maternidad, instalada en un área independiente, equipada con instrumental y muebles modernos, aunque la situación seguía siendo precaria (Vieira, 2014). Las dificultades para encontrar especialistas se debían a las distancias geográficas, los caminos intransitables y el clima adverso. En ocasiones, los profesionales enfrentaban obstáculos debido a “la intervención prematura de la comadre partera o por las desfavorables condiciones que ofrece una habitación estrecha y desaseada, donde falta hasta el agua” (*Chile Austral*, 1 de junio de 1908).

En el caso de Punta Arenas, una de las principales necesidades era la habilitación de una sala de maternidad²³. La Memoria Anual de la Beneficencia de 1912 destacó la finalización de esta sala con capacidad para doce pacientes. Con la puesta en marcha de la nueva sección, se esperaba “salvar de la muerte a muchas criaturas que sucumbían afuera, por falta de cuidado de las madres o por ignorancia de las comadronas” (*Chile Austral*, 9 de mayo de 1913). En este escenario, tanto los médicos como las matronas asumieron mayores responsabilidades y profesionalizaron su labor en la atención hospitalaria. Este enfoque fue específico de la beneficencia, pues varios de estos servicios se establecieron en respuesta a necesidades sanitarias y posteriormente fueron regulados. Mediante la Ley n°3.197, el Presidente de la República fue autorizado para invertir en las solicitudes más urgentes que realizaron las Juntas de Beneficencia²⁴. Esta aportación de recursos fue clave para el funcionamiento y las obras de ampliación del hospital local, ya que los ingresos económicos del establecimiento solían ser menores a los gastos de operación.

En 1917, la Universidad de Chile, conforme al Reglamento de la Escuela de Obstetricia y Puericultura, estableció un internado para la formación de matronas en la provincia, ofreciendo becas anuales de 600 pesos. Las alumnas beneficiadas debían “rendir ante el Tesorero Fiscal del Departamento una fianza de mil pesos, que se les hará efectiva en caso de que no cumplan, una vez obtenido el diploma, la obligación de residir en la provincia respectiva y de ejercer su profesión durante un período de tres años” (*Chile Austral*, 6 de octubre de 1917). Los requisitos incluían tener entre 18 y 30 años, buena conducta, conocimientos equivalentes al quinto año de una escuela primaria y un certificado médico de buena salud. La misma institución otorgó becas para que alumnas de la localidad continuaran sus estudios en la Escuela de Obstetricia y Puericultura²⁵.

En 1906, la Junta de Beneficencia presidida por el gobernador Alberto Fuentes, promovió la creación de un pabellón para los niños en el Hospital de Caridad, crucial para abordar la alta mortalidad infantil y la propagación de enfermedades contagiosas. La falta de un recinto especializado en medicina infantil impedía la aplicación de nuevos conocimientos pediátricos y la idea de trasladar a los niños enfermos al hospital. Durante la etapa inicial de la sección pediátrica, el hospital comenzó a recibir a los enfermos de este rango etario, “pero han tenido que ser colocados en la sala común” (*Chile Austral*, 2 de julio de 1908).

A inicios del siglo XX, Punta Arenas contaba con tres escuelas, una para hombres, otra para mujeres y una mixta, además de dos escuelas administradas por los salesianos y un liceo mixto internacional. Sin embargo, la falta de personal docente y las condiciones precarias de los locales limitaban la instrucción pública (Fagalde, 1901). En algunos años, el recinto femenino no pudo entregar sus servicios porque “no ha tenido local en que hacerlo”²⁶. Esta circunstancia obligaba a impartir clases en la casa de la preceptora, lo que generaba hacinamiento y exponía a los alumnos a riesgos de contagio durante el invierno. Condición que mejoró cuando el Ministerio

²³ ANH, FG, GM, vol. 43, 26 de enero de 1917

²⁴ Ministerio del Interior, Ley número 3.197, 1917. Concede fondos para terminar un pabellón en el Hospicio de Santiago i para gastos de los establecimientos de beneficencia que lo necesiten.

²⁵ ANH, FG, GM, vol. 4, 11 de diciembre de 1919.

²⁶ ANH, FG, GM, vol. 4, 15 de marzo de 1890.

de Instrucción amplió el servicio médico escolar en la ciudad, siguiendo la conformación del modelo de Santiago. Un médico supervisaba la higiene en las escuelas normales, recogía información y recorría los establecimientos escolares.

En 1917, a raíz de un severo brote de alfombrilla, el Consejo Departamental de Higiene consideró la clausura temporal de las escuelas para evitar la propagación del contagio entre los infantes. La asistencia de los alumnos fue mínima durante el brote y el director del organismo solicitó “por radiotelegrafía, serum antidiftérico a Santiago” (*Chile Austral*, 23 de agosto de 1917). El Consejo designó una comisión compuesta por el presidente de la Junta, el primer Alcalde y el médico de ciudad para visitar las escuelas y tomar medidas para mejorar el servicio de aseo de los recintos.

Los especialistas destacaban que la medicina efectuaba una transformación en las prácticas de cuidado infantil. El doctor Carlos Ibar destacaba la estrecha relación entre la educación y los saberes en puericultura. Propuso que en las escuelas de instrucción pública se exigiera a los profesores estos contenidos, con el propósito de difundirlos entre los alumnos de modo sencillo y comprensible. De esta manera, el Estado se encontraba en condiciones de “vulgarizar estos conocimientos; cada niño que va a la escuela empezaría muy pronto a combatir en su casa los horrores de la alimentación que hoy se da al niño del pueblo” (Ibar, 1913). Además, la enseñanza de la higiene en las escuelas contribuía a la difusión de normas elementales para la conservación de la salud y la importancia de mantener la limpieza en el hogar. En este contexto, los grupos dirigentes de la localidad implementaron medidas dirigidas a los estudiantes, como la sopa escolar, el ropero infantil, la liga de estudiantes pobres y la cocina escolar. La obligación de asistir a la escuela resultaba en que muchos niños de familias pobres llegaban sin desayunar, ya que sus hogares carecían de los recursos necesarios para proporcionar una dieta adecuada.

En consecuencia, se evidencia una transición desde la medicina tradicional domiciliaria hacia una creciente prominencia de la medicina hospitalaria. Este cambio impulsó el crecimiento de especialidades como la obstetricia y la pediatría, que buscaron afianzar su papel en el entorno hospitalario. Asimismo, se intentó dar prioridad a la medicina infantil, aunque

el desarrollo y aplicación de nuevos conocimientos médicos se vieron restringidos por la falta de una infraestructura adecuada para la atención pediátrica. Por otro lado, las instituciones de beneficencia jugaron un rol crucial en la medicalización de las distintas etapas de la maternidad, promoviendo prácticas basadas en la perspectiva científica. En ese marco, surgieron diversas iniciativas para difundir prácticas higiénicas, especialmente en las escuelas, con el objetivo de combatir la desnutrición infantil. El Estado también mostró una preocupación por mejorar las condiciones sanitarias y educativas de la ciudad, mediante la implementación de leyes y asignación de recursos destinados a la mejora de las infraestructuras escolares y hospitalarias.

CONCLUSIONES

Esta investigación busca aportar a la discusión sobre una temática poco estudiada en la historiografía local de Chile: la mortalidad de la niñez en el territorio de Magallanes a inicios del siglo XX. Frente a este problema de salud pública, las autoridades políticas y el cuerpo médico respondieron con propuestas que gradualmente redujeron las elevadas cifras. De esta manera, se pueden explorar estas dinámicas en zonas lejanas de los centros de poder y verificar cómo resolvieron estos temas en la región austral. Además, se analizaron los mecanismos establecidos para difundir conocimientos que contribuyeron a disminuir las tasas de mortalidad en ese territorio.

Estudiar la región de Magallanes permite visualizar el desarrollo de la migración desde la fundación de la ciudad de Punta Arenas a mediados del siglo XIX. Las características geográficas de esta zona tuvieron un impacto significativo en la mortalidad infantil. Las dificultades climáticas, las extensas distancias territoriales, el régimen especial aduanero y la ubicación del estrecho de Magallanes generaron un contexto bastante específico para trabajar. Además, la población habitaba en lugares precarios, dejándola expuesta a contraer enfermedades y a sufrir brotes epidémicos que la diezmaron, sobre todo a los grupos infantiles. El déficit habitacional obstaculizó los esfuerzos por mejorar la salubridad, pues el hacinamiento favoreció la propagación de la tuberculosis. Asimismo, la situación geográfica de la región y las causales

socio culturales fueron responsables del aumento de enfermedades como el raquitismo. Ante esta realidad, las instituciones de beneficencia aunaron sus esfuerzos para difundir prácticas higiénicas en la población, junto con adelantos en materia de legislación que se preocuparon de proveer vacunas y atención médica a la población.

A partir de este estudio es posible observar una transición de la medicina tradicional en el hogar hacia la atención médica en hospitales, lo que se consideró un avance en materia de protección materno-infantil. La mortalidad infantil es integrada en contextos sociales, políticos, culturales y económicos que constituyeron el sistema de asistencia social tanto a nivel local como global. En ese marco, las municipalidades y los grupos de la élite de la sociedad promovieron acciones en el ámbito de los cuidados médicos dirigidos a los infantes. La revisión de los registros documentales no sólo aporta a un capítulo de la historia magallánica, sino que también contribuye a la organización de varias instituciones, la formación de conocimiento experto y la aplicación de normas para robustecer los servicios asistenciales. Por otro lado, las condiciones ambientales y climáticas agudizaron el problema de la mortalidad infantil en Punta Arenas, pues esta situación propiciaba el aumento de enfermedades respiratorias por la humedad.

La alimentación, especialmente el consumo de leche, se instaló como un escenario para explicar el fallecimiento de niños. Según el discurso médico, la subalimentación en los niños estaba directamente relacionada con el problema de la mortalidad infantil. Desde la mirada de la ciencia de las primeras décadas del siglo XX, la falta de proteínas generaba bajas defensas ante enfermedades. Durante el primer año de vida, una proporción considerable de las muertes se debió a las afecciones digestivas. Esto, debido a que la leche de vaca que consumían los niños de cuyas madres no podían amamantar, contenía gérmenes que provocaban diarrea. Comúnmente la leche era adulterada, pues los comerciantes rellenaban este alimento con agua potable o de las acequias, y en los hogares había manejo de tal en condiciones poco higiénicas. Aunque no había consenso absoluto acerca del uso de alimentos artificiales o la promoción de la lactancia materna, los médicos abogaban por iniciativas que garantizaban el comercio de leche

limpia. Para ello, vigilaban la calidad del producto desde su producción hasta su venta en los mercados locales, mediante el Laboratorio Químico Municipal. La mejora de la calidad de la leche, mediante procesos de esterilización y la inspección rigurosa por parte de las autoridades, desempeñó un papel crucial en la reducción de los índices de mortalidad infantil durante el período estudiado.

La construcción de una estructura para el cuidado de los infantes tuvo como finalidad proporcionar suministros que mejoraran la dieta y fortalecieran el sistema inmunológico, ayudando así a resistir enfermedades. Los médicos establecieron vínculos con las madres, promoviendo la práctica de llevar al niño al hospital ante cualquier síntoma o signo de enfermedad. La educación en puericultura se transmitió de manera afable para generar confianza en las madres, permitiendo así la aplicación del conocimiento médico en los hogares para el tratamiento de enfermedades. Esta iniciativa marcó un cambio significativo en la atención médica infantil, pasando de tratamientos en el hogar a una institucionalización de la medicina pediátrica. Desde una historia local, considerando las características específicas del territorio magallánico en las que se desarrolló la comunidad médica, es posible estudiar el fenómeno de la mortalidad infantil en otras regiones chilenas alejadas de las principales urbes pertenecientes al norte, centro o sur del país. Se pueden realizar comparaciones entre lo sucedido en otras ciudades y lo ocurrido en Punta Arenas. Asimismo, este estudio resulta ser un punto de partida para profundizar respecto a la acción de las instituciones de beneficencia en Punta Arenas y cómo se desarrollaron en una zona singular y aislada, considerando la relación con lo dispuesto desde Santiago. A partir de este estudio se hace necesario introducir información sobre las epidemias y enfermedades prevalentes que afectaron a los niños de la región magallánica y cómo se manejaron desde el punto de vista médico. También, conociendo la constitución de Punta Arenas como ciudad, se puede examinar la inmigración y la diversidad étnica y cómo incidieron al problema de la mortalidad infantil. Finalmente, es posible ahondar en la influencia de las creencias y prácticas culturales en la salud de los niños y en las respuestas de la comunidad ante la mortalidad infantil.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los editores de la revista Magallania por su exhaustivo trabajo y a los evaluadores por sus excelentes comentarios.

BIBLIOGRAFÍA

- Alanís, C. (2021). Entre la leche materna y las leches artificiales. Discursos sobre alimentación infantil en la Ciudad de México, 1890-1959. *Saberes*, 4(10), 53-77.
- Behm, H. (2014). Los determinantes de la mortalidad y las diferencias socioeconómicas de la mortalidad en la infancia. *Población y Salud en Mesoamérica*, 12(1), 1-31.
- Benedetti, L. (2019). *La cuestión social en Concepción y los centros mineros de Coronel y Lota (1885-1910)*. Ediciones del Archivo Histórico de Concepción.
- Bernabeu-Mestre, J., Ramiro, D., y Sanz, A. (2003). El análisis histórico de la mortalidad por causas. Problemas y soluciones. *Revista de Demografía Histórica*, 21(1), 167-193.
- Birn, A.E. (2007). Child health in Latin America: historiographic perspectives and challenges. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14(3), 677-708.
- Birn, A.E. (2008). Doctors on record: Uruguay's infant mortality stagnation and its remedies, 1895-1945. *Bulletin of the History of Medicine*, 82, 311-354.
- Birn, A.E., Pollero, R., y Cabella, W. (2003). 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(1), 35-65.
- Brito, A. (2005). *Mujer independiente a madre de peón a padre proveedor. La Construcción de Identidades de género en la Sociedad Popular Chilena, 1880-1930*. Escaparte.
- Cabrera, M.J. (2012). ¿Obligar a vivir o resignarse a morir?: viruela y vacuna: el debate sobre una enfermedad y su prevención a comienzos del siglo XX en Chile. M.S. Zárate (Ed.), *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile* (pp. 37-80). Ediciones Universidad Alberto Hurtado.
- Caffarena, P. (2015). *Viruela y vacuna: difusión y circulación de una práctica médica: Chile en el contexto hispanoamericano 1780-1830*. Editorial Universitaria.
- Cavieres, E. (1999). Salud Pública. Estrategias, políticas fiscales y cambio cultural en la reducción de la mortalidad. Valparaíso, 1920-1960. *Cuadernos de Historia*, 19, 195-224.
- Cavieres, E. (2001). Ser infante en el pasado. Triunfo de la vida o persistencia de estructuras sociales. La mortalidad infantil en Valparaíso, 1880-1950. *Revista de historia social y de las mentalidades*, 5, 31-58.
- Chaparro, M. (1917). *Estudio económico-administrativo-social del territorio de Magallanes*. Imprenta Chile.
- Chávez, P. (2018). La mortalidad infantil en las viviendas: las consecuencias de la migración campo-ciudad en Santiago (Chile, 1865-1930). *Temas Americanistas*, 40, 265-286.
- Chávez, P. y Soto, J. (2019). Historia de la mortalidad infantil en la Casa de Huérfanos de Santiago (1898-1923). *Anuario de Estudios Americanos*, 76, 645-677.
- Correa, M.J., y Chávez, P. (2022). El Laboratorio Químico Municipal de Antofagasta. Higiene alimentaria y gobierno local en el norte salitrero. Chile, 1894-1906. *Estudios Atacameños*, 68, 1-23.
- Delgado, M. (2001). La infancia abandonada en Chile, 1770-1930. *Revista de historia social y de las mentalidades*, 5, 101-126.
- Dussailant, J. (2016). La publicidad para la salud infantil en la prensa chilena (1860-1920). *Cuadernos de Historia*, 45, 89-115.
- Estefane, A. (2004). Un alto en el camino para saber cuántos somos... Los censos de población y la construcción de lealtades nacionales. Chile, siglo XIX. *Historia*, 1, 33-59.
- Fagalde, A. (1901). *Magallanes. El país del porvenir*. Talleres Tipográficos de la Armada.
- Gallo, O., y Márquez, J. (2011). La mortalidad infantil y la medicalización de la infancia. El caso de Titiribí, Antioquía, 1910-1950. *Historia y Sociedad*, 20, 57-89.
- García-Moro, C., y Hernández, M. (1997). Mortalidad infantil en la población colonizadora de Magallanes (Chile). *Estudios de Antropología Biológica*, 8, 285-297.
- García-Moro, C., Hernández, M., y Esparza, M. (2015). Patrones de mortalidad y supervivencia en la población colonizadora de Magallanes (1885-1920). *Magallania*, 43(2), 45-66.
- Gómez, A. (1914). *Viaje de un chileno a Magallanes en 1914*. Imprenta Universitaria.
- Hutchison, E.Q. (2001). *Labors appropriate to their sex: gender, labor and politics in urban Chile, 1900-1930*. Duke University Press.
- Ibar, C. (1913). Vulgarización de la Puericultura y de la alimentación de los niños de pecho en el público. En *Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia. Trabajos y Actas* (pp. 241-243). Imprenta Barcelona.
- Illanes, M.A. (2010). "En el nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia..." *Historia social de la salud pública en Chile 1880/1973 (hacia una historia social del siglo XX)*. Ministerio de Salud.

- Jiménez, J. (2009). *Angelitos salvados. Un recuento de las políticas de salud infantil en Chile en el siglo XX*. Uqbar.
- Junta de Alcaldes (1906). *Reglamentos sobre expendio de artículos alimenticios, bebidas, medicamentos, etc., en el territorio de Magallanes*. Imprenta "El Magallanes".
- Kaempffer, A., y Medina, E. (2006). Mortalidad infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos. *Revista Chilena de Pediatría*, 77(5), 492-500.
- Leyton, D., y Montt, C. (2008). Caridad, beneficencia y asistencia social. Del trabajo voluntario al trabajo remunerado en el campo de la intervención social en Chile. *e-I@tina*, 6(23), 17-37.
- Llanos, C., y Lanfranco, M.F. (2017). La discusión política sobre mortalidad infantil en Chile durante la década de 1930. Elementos para una aproximación histórico-política. *Anuario de Estudios Americanos*, 74(2), 675-703.
- Llorca, M., Rivero-Cantillano, R., Rivas, J., y Allende, M. (2021). Mortalidad general e infantil en Chile en el largo plazo, 1909-2017. *Revista Médica de Chile*, 149, 1047-1057.
- Luna Freire, M.M. (2008). Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15, 153-171.
- Luna Freire, M.M. (2010). A construção da "maternidade científica" no Brasil republicano: Mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil. *Estudos Feministas*, 18(3), 941-964.
- Luna Freire, M.M., y Leony, V.S. (2011). A caridade científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1899-1930). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18(1), 199-225.
- Márquez, J., y Gallo, O. (2017). Eufemismos para el hambre: saber médico, mortalidad infantil y desnutrición en Colombia, 1888-1940. *Historia y Sociedad*, 32, 21-48.
- Martinic, M. (1988). *Punta Arenas en su primer medio siglo 1848-1898*. Impresos Vanic Ltda.
- Martinic, M. (2001). La actividad industrial en Magallanes entre 1980 y mediados del siglo XX. *Historia*, 34, 91-115.
- Martinic, M. (2002). *Breve Historia de Magallanes*. Ediciones de la Universidad de Magallanes.
- Mazzeo, V. (2017). La tendencia histórica de la mortalidad infantil y la situación reciente en la ciudad de Buenos Aires. *Población de Buenos Aires*, 14(26), 47-60.
- Milanich, N. (2001). Los hijos de la Providencia: el abandono como circulación en el Chile decimonónico. *Revista de historia social y de las mentalidades*, 5, 79-100.
- Milanich, N. (2009). *Children of fate. Childhood, class, and the State in Chile, 1850-1930*. Duke University Press.
- Moraga, G. (1919). Hospitalización de los niños enfermos de las Gotas de Leche. En *Primer Congreso Nacional de las Gotas de Leche* (pp. 311-315). Imprenta Universitaria.
- Morquio, L. (1931). *El problema de la mortalidad infantil*. Consejo Nacional de Higiene, Oficina de Educación y Propaganda.
- Neves, C. (2023). La supervigilancia de la crianza de los hijos por la ciencia médica en la Gota de Leche del Patronato Nacional de la Infancia. Santiago de Chile (1908-1959). *Revista de Historia*, 30, 1-30.
- Neves, C., y Benedetti, L. (2023). La maternidad científica a partir de la labor de las Gotas de Leche de Valparaíso: Gota Central y Gota de Leche del Hospital de Niños (1918-1944). *Historia* 396, 13(2), 437-462.
- Núñez, M., y González, M. (2013). Reflexión de la lactancia materna en Chile. *Horizonte de Enfermería*, 24(1), 76-82.
- Peralta, M.I., y Muñoz, C. (2006). La situación del trabajo infantil y su relación con las políticas públicas e intervención social en Argentina y Chile. *Perspectivas*, 17, 75-122.
- Ponce de León, M. (2007). *La reforma de la caridad ilustrada: del socorro intramuros al socorro extramuros. Prácticas de caridad en Santiago, 1830-1880* [Tesis doctoral, Pontificia Universidad Católica de Chile].
- Pulido, D. (1913). Vulgarización de la Puericultura y de la alimentación de los niños en el público. En *Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia. Trabajos y Actas* (pp. 103-111). Imprenta Barcelona.
- Quezada, E. (1905). *Instituciones de Beneficencia contra la mortalidad infantil en París i Berlín. Informe al Patronato de la Infancia*. Imprenta Cervantes.
- Ribotta, B. (2005). *La mortalidad y la fecundidad de la ciudad de Córdoba a principios del siglo XX: evaluación de fuentes y estimaciones demográficas*. Universidad Nacional de Córdoba.
- Riobó, D. (1868). *Exposición sobre los acontecimientos que han tenido lugar en la Colonia de Magallanes*. Imprenta de la República.
- Rivero, R., y Llorca, M. (2022). Colonización, Estado y violencia en la Patagonia chilena, Magallanes C. 1880-1910. *Magallania*, 50, 1-18.
- Rojas, J. (1999). Trabajo infantil en la minería: apuntes históricos. *Historia*, 32, 367-441.
- Rojas, J. (2001). Los niños y su historia: un acercamiento conceptual y teórico desde la historiografía. *Pensamiento crítico*. cl, 1, 1-39.
- Salazar, G. (2007). *Ser niño "huacho" en la historia de Chile (siglo XIX)*. LOM Ediciones.

- Salazar, G., y Pinto, J. (2002). *Historia contemporánea de Chile V. Niñez y juventud, construcción cultural de actores emergentes*. LOM Ediciones.
- Salinas, R. (1991). Orphans and family disintegration in Chile: the mortality of abandoned children, 1750-1930. *Journal of Family History*, 16(3), 315-329.
- Salinas, R., y Delgado, M. (1990). Los hijos del vicio y del pecado: la mortalidad de los niños abandonados (1750-1930). *Proposiciones*, 19, 44-54.
- Santana, R. (2017). El desarrollo del comercio internacional del puerto de Punta Arenas (Chile), 1905-1914. *Magallania*, 45(1), 35-46.
- Soto, J.J., y Chávez, P. (2022). La relación entre la leche y la mortalidad en la infancia: un problema de salud pública en Chile (Santiago, 1930-1962). *Asclepio*, 74(1), 1-14.
- Subercaseaux, B. (2011). *Historia de las ideas y la cultura en Chile*, vol. II, tomo IV. Editorial Universitaria.
- Ubilla, L. (2022). "Granujas y palomillas incorregibles". Representaciones, delitos y delincuencia infantil en Chile, 1900-1930. *Historia*, 55(2), 217-255.
- Vargas, C. (1882). *Movimiento de la población en Chile. Mortalidad de párvulos*. Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia, Universidad de Chile.
- Vargas, N. (2002). *Historia de la pediatría chilena: Crónica de una alegría*. Editorial Universitaria.
- Vargas, N., y Cerda, J. (1993). Mortalidad infantil y neonatal en Chile entre 1965 y 1990. *Revista Chilena de Pediatría*, 64(1), 45-49.
- Vial, M. (1913). *Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia. Trabajos y Actas*. Imprenta Barcelona.
- Vieira, M. (2014). Magallanes y la lucha contra las enfermedades infecciosas de los niños. Muerte, pasión y vida (Parte II). *Revista Chilena de Infectología*, 31(1), 92-98.
- Vieira, M. (2017). Pabellones de párvulos en el Cementerio Municipal "Sara Braun" de Punta Arenas, Chile: ¿Quiénes son esos niños y cómo llegaron ahí? *Sophia Austral*, 19, 21-58.
- Zárate, S. (1999). Proteger a las madres: origen de un debate público, 1870-1920. *Nomadías*, 1, 163-182.
- Zárate, S. (2007). De partera a matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX. *Calidad en la educación*, 27, 284-297.