



## El surgimiento de la medicina para tratar las enfermedades de la niñez, Santiago de Chile 1870-1901

Pablo Sebastián Chávez Zúñiga<sup>(\*)</sup>

### Resumen

*El artículo analiza el contexto en que apareció la cátedra universitaria dedicada a tratar las enfermedades de la niñez. A partir de este quiebre reflexiona sobre los factores que explicaban una elevada tasa de mortalidad infantil, la coexistencia entre la medicina científica y las tradiciones de la época, las colisiones entre los actores que se dedicaban a curar las afecciones y los médicos formados en la academia. Se indaga en las dificultades que tuvo la instalación de la pediatría como disciplina médica validada socialmente para tratar las enfermedades en la infancia. En la investigación se estudia el arco temporal que abarca entre 1870 y 1901, décadas en que la mortalidad infantil adquirió una profunda notoriedad y se transformó en uno de los principales problemas de salud pública. Las conclusiones distinguen el desarrollo de una institucionalidad que respaldó la labor de los facultativos y la inauguración de los hospitales de niños como espacio de práctica para los nuevos tratamientos de las enfermedades.*

**Palabras Claves:** Enfermedades de la niñez; Mortalidad infantil; Curanderismo; Hospitales de Niños; Santiago.

### The emergence of medicine to treat childhood illnesses, Santiago de Chile 1870-1901

#### Abstract

*The article analyzes the context in which the university chair dedicated to treating childhood illnesses appeared. From this break, he reflects on the factors that explained a high infant mortality rate, the coexistence between scientific medicine and the traditions of the time, the collisions between the actors who were dedicated to curing the conditions and the doctors trained in the academy. It investigates the difficulties that the installation of pediatrics had as a socially validated medical discipline to treat diseases in childhood. The research studies the time span between 1870 and 1901, decades in which infant mortality acquired deep notoriety and became one of the main public health problems. The conclusions distinguish the development of an institutional framework that supported the work of the doctors and the inauguration of children's hospitals as a practice space for new treatments of diseases.*

**Keywords:** Childhood diseases; Child mortality; Quackery; Children's Hospital; Santiago.

---

<sup>(\*)</sup> Doctor en Historia, mención Historia de Chile (Universidad de Chile). Investigador como personal técnico (Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico). Chile. Email: [pablo.chavez.zuniga@gmail.com](mailto:pablo.chavez.zuniga@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1726-7954>



## **El surgimiento de la medicina para tratar las enfermedades de la niñez, Santiago de Chile 1870-1901**

### ***Introducción***

La idea tan general de que el pobre debe acostumbrarse a todo, es la que mantiene i mantendrá por mucho tiempo tales usos i tales costumbres, que están en abierta oposición con todos los progresos i todos los adelantos, si no con la razón i el sentido común. He oído decir varias veces, a personas de bastante respetabilidad, que el mejor modo de criar a los niños es el de esponerlos, desde que nacen, a todas las consecuencias del frío i de la intemperie, para que así se fortifiquen i crezcan sanos i robustos como los hijos de los pobres, sin fijarse en que el recién nacido necesita de todos los cuidados i de todas las atenciones por el mero hecho de pasar a un medio distinto del que antes se encontraba, i que su delicada organización no puede permitir fuertes sensaciones sin consecuencias más o menos graves. El solo hecho de esas transgresiones, es lo que contribuye a aumentar indudablemente las defunciones de los párvulos.<sup>1</sup>

En esta carta de 1864, el médico Adolfo Murillo escribía a su colega Adolfo Valderrama sobre la mortalidad de los niños en Chile. El documento data de una época en que la mortalidad infantil era un asunto de suma gravedad, con profundas consecuencias demográficas. A lo largo de estas décadas se estaba gestando, lo que a inicios del siglo XX se llamó “la cuestión social”, caracterizada por el elevado hacinamiento de las viviendas, las dificultades para acceder al agua potable y la existencia de pobreza en amplios sectores de la población. Así, estos tiempos de claros y oscuros forman una etapa de la historia, donde quedan expuestos estos problemas y en que se configuran las bases para sus paulatinas soluciones.

Este artículo estudia la conformación de la pediatría durante la segunda mitad del siglo XIX y su proceso de reconocimiento como especialidad médica. El arco temporal se centra entre 1870 y 1901, época en que se inicia la cátedra de las enfermedades de la niñez en la Facultad de Medicina, lo que representa la inserción de esta materia en la formación de los futuros médicos y que cierra con la fundación del primer hospital de niños a raíz del agresivo brote de sarampión en 1901. La elección de estos años coincide además con un período trascendental y de varios quiebres en la historia nacional, marcada por la expansión de las fronteras del país hacia el norte, lo que derivó en la Guerra del Pacífico (1879-1883) y en dirección al sur, específicamente la zona de la Araucanía (1883). También la Guerra Civil de 1891 y la epidemia del cólera en 1886, esto último llevó a la creación del Consejo Superior de Higiene Pública, siendo la primera institución de carácter estatal que controló la higiene a nivel nacional, hasta ese momento en manos del Ministerio del Interior. En esa línea, nos ubicamos en un período de desarrollo preliminar de la medicina pediátrica, en el que el surgimiento de esta nueva rama tuvo que definirse en el ámbito académico y legitimarse en la sociedad.

Esta propuesta se interroga por la conformación de una especialidad médica dedicada a estudiar las enfermedades de la niñez, durante la segunda mitad del siglo XIX, surgimiento marcado por una rivalidad con el curanderismo como sistema reconocido en la asistencia a los enfermos, la constitución de una cátedra universitaria y las dificultades para realizar la labor médica. Para dar cuenta de estos fenómenos, la investigación se respalda en múltiples documentos que contemplan literatura médica, revistas de especialidad, publicaciones de prensa, tesis de medicina y otras fuentes que construyen una panorámica de los cambios en los tratamientos de las enfermedades de la niñez. Cabe indicar que estos registros iluminan la temática desde la perspectiva de los médicos, o sea fueron realizados con la finalidad de posicionar sus saberes, justificar sus trabajos y sobre todo, excluir a cualquier otro actor que se arrogara las atribuciones de curar a los enfermos. No es propósito de este análisis explorar los diversos factores de la

---

<sup>1</sup> “Cartas sobre la mortalidad de los niños en Chile”, *El Ferrocarril*, Santiago, 8 de noviembre de 1864.

mortalidad infantil como la vivienda, la alimentación, la pobreza material, ni la falta de alcantarillado.

Historiográficamente, esta investigación se inscribe en los trabajos que han profundizado las trayectorias de profesionalización de las disciplinas médicas. Para el caso chileno, se consideran los abordajes de los métodos que utilizaron los médicos titulados para sostener su autoridad en los tratamientos de salud y, paralelamente, la formación de un monopolio para llegar a ser los únicos encargados del problema. Además, se han problematizado varios conceptos, como el de médico, remedios y práctica médica, todos ellos con claros matices en la segunda mitad del siglo XIX (Correa, 2017; Palma y Ragas, 2019). Asimismo, las aproximaciones han situado la conformación de actores, como los flebotomos, los que gozaron de amplio campo para la práctica de acciones curativas y que posteriormente desaparecieron (Correa, 2020). Todo ello destaca las transformaciones del papel de la medicina en la sociedad. Enfoque que también reconoce la introducción de las observaciones médico obstétricas del embarazo. Siendo la obstetricia otra de las áreas de la medicina que colaboró, enormemente, para reducir la mortalidad infantil en el parto (Zárate, 2007 y 2007b).

Las investigaciones también han destacado el debate político chileno frente al tema. En este sentido, las controversias legislativas dan cuenta de las múltiples interpretaciones de los problemas de salubridad pública (Llanos y Lanfranco, 2017). A ello se agregan las propuestas, desde la cultura, que abordan las modificaciones de los sentimientos maternos hacia los hijos, expresados en los tratamientos en momentos de enfermedad (Cavieres, 1999 y 2001). A partir de esa base se establece que las agresiones físicas, el desconocimiento generalizado de las prácticas de higiene y la falta de cuidados, eran factores que redujeron las posibilidades de sobrevivencia de los infantes. Ahí los estudios identifican una serie de etapas ligadas a la conformación de la infraestructura urbana y los efectos de este entorno en la salud infantil (Chávez, 2018; Chávez y Soto, 2019; Chávez y Brangier, 2020). De igual modo, la historia social ha reflexionado sobre la situación paupérrima, la marginalidad y la exclusión en que se encontraban amplios grupos de la población (Salazar, 2007; Illanes, 1993).

En el ámbito académico, el interés por estudiar la noción de experticia ha contribuido a profundizar las relaciones entre su papel y el Estado. Se consideraba que el experto manejaba conocimientos especializados basado en la experiencia y la abstracción de la teoría para su aplicación. La figura del experto debía distinguirse de quienes eran artesanos o prácticos en la materia, para ello requería legitimación, control, acción a distancia e institucionalización (Ash, 2010). Por el importante papel de los expertos en el desarrollo de las ciencias, los historiadores pueden abrir trayectorias que enlazan las especialidades médicas y su actuación en los debates sobre la mortalidad en la infancia. La introducción de la curación científica de las enfermedades de la niñez no fue simple y generó variadas discusiones. Así, como ocurrió en los médicos encargados de las enfermedades en la niñez, otras ciencias y actores como los químicos debieron abrirse campo en la sociedad, lo que en ningún caso fue un proceso fluido y sus expertos no fueron reconocidos automáticamente. Eran personajes nuevos y tuvieron que construir una posición (Dessaux, 2007).

Asimismo, se ha problematizado la definición de experto como actor conocedor y con experiencia en un oficio. Cabe indicar que cada sociedad ha reconocido como experto a un conjunto heterogéneo de personas, donde cada una de ellas ha perfilado su rol y grado de especialización de acuerdo a ciertos problemas (Barrera-Osorio, 2010). Los análisis también han abordado la construcción de los especialistas a partir del apoyo que recibieron desde los gobiernos. Se interrogan acerca de las instituciones, como por ejemplo los laboratorios municipales que sustentaron las intervenciones de los científicos químicos en la comunidad (Scholliers, 2014). Desde los trabajos médicos, se ha demostrado que, durante la industrialización, se produjeron los albores de la pediatría a partir del trabajo de una generación de especialistas que diagnosticó las circunstancias en que se hallaban los niños e impulsaron una serie de medidas para mejorar las condiciones de vida de los infantes (Vargas, 2002). Esta posición permitió que los expertos contribuyeran en la elaboración de medidas y fórmulas, y que sus propuestas intentaran repercutir en públicos más extensos a través de los periódicos.

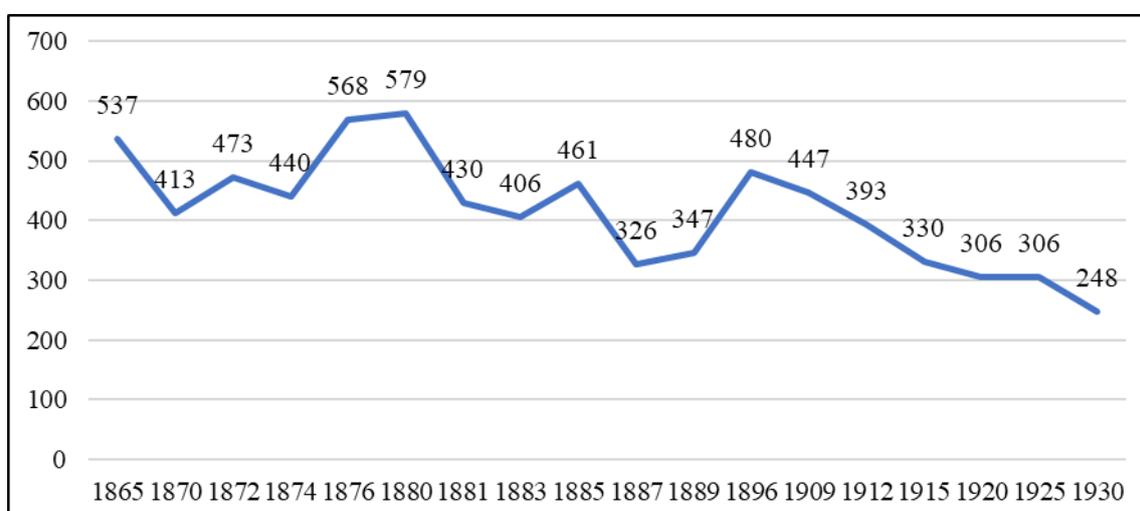
La hipótesis del artículo sugiere que el desarrollo de los conocimientos pediátricos provocó un cambio en el tratamiento científico de la mortalidad infantil. La comprensión de las

enfermedades en la infancia amplió el horizonte de la especialidad médica y su capacidad de intervención en la salud. En efecto, la emergencia de este nuevo campo estimuló la elaboración de investigaciones que definieron el problema de la mortandad y sustentaron la formación de espacios hospitalarios dedicados a los niños. Asimismo, los médicos se apoyaron en la pediatría para legitimar su autoridad y para implementar políticas de asistencia social. Además, el Estado y la academia construyeron un sistema que definió y delimitó los métodos para tratar las afecciones de los infantes. La consolidación de instituciones permitió densificar la red burocrática y ensamblar el trabajo de especialistas con los emergentes saberes de la pediatría.

A pesar de la gran cantidad de investigaciones que se han realizado sobre los progresos de la medicina en Chile y a nivel continental, es posible establecer un ángulo vacío de estudios dedicados a tratar la profesionalización de la medicina en las enfermedades de la niñez y su aparición como una de las tantas respuestas ante la mortalidad infantil en Santiago durante la segunda mitad del siglo XIX. Para ello, sugerimos una serie de interrogantes: ¿Quiénes eran los médicos que trataban las enfermedades de la niñez? ¿Cómo se institucionalizaron sus conocimientos? ¿Cómo se expresaron en el manejo de las afecciones en los infantes? ¿Cuáles fueron las discusiones frente a estas transformaciones? ¿Inició esta nueva especialidad médica en las tasas de mortalidad infantil? ¿De qué manera se articularon como precursores de la medicina pediátrica? Este conjunto de preguntas guiará el análisis sobre la dinámica de profesionalización en el tratamiento de las enfermedades infantiles, pero también, sobre sus relaciones con los problemas de salud pública y su contribución en la reducción de las elevadas tasas de mortandad.

Las cifras corroboran que las muertes durante el primer año de vida fue uno de los grandes problemas de salud pública en la segunda mitad del siglo XIX, siendo uno de los índices más elevados entre todos los países que contaban con registros (véase anexo 2). Para calcular la tasa de mortalidad infantil se consideraron datos provenientes de dos instituciones diferentes: en primer lugar, los registros parroquiales (1860-1883) que ocuparon, como criterio de clasificación, todas las defunciones entre el nacimiento y los siete años. En cambio, las anotaciones del Registro Civil (1885-1901) definieron este rango desde el nacimiento hasta el año de vida. Ambos organismos utilizaron métodos distintos para recolectar la información demográfica, no obstante, los resultados siguen marcando números altísimos. En el caso del Cuadro 1 extendimos el marco temporal de la muestra, desde 1902 a 1930, ya que en estas décadas la tasa comienza a manifestar una tendencia a la baja. A diferencia del siglo XIX, en que las cifras tenían fluctuaciones anuales hacia arriba o abajo, pero siempre eran elevadas, marcando índices superiores a las 400 muertes por cada 1.000 nacidos vivos.

**Cuadro 1**  
**Tasa de mortalidad infantil, Provincia de Santiago, 1865-1930**



Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1848-1930 y registros parroquiales sistematizados por Dávila Boza, 1899.

### ***El curanderismo como tratamiento de las enfermedades infantiles***

Cuando emerge la cátedra de enfermedades de la niñez, la ocurrencia de una enfermedad abría tres escenarios diferentes. Cada uno de ellos coexistieron y, de alguna manera, compitieron por aportar nuevas respuestas frente a los problemas que abría el tratamiento de las afecciones. En primer lugar, la inmensa mayoría de los niños que se enfermaban no recibían asistencia médica o solo eran atendidos de manera muy deficiente. Cuando su enfermedad llegaba a un resultado, ya fuera adverso o favorable, lo hacía sin ninguna intervención terapéutica de carácter científico; en segundo lugar, una porción de niños que recibían alguna asistencia médica, pero que en la mayoría de los casos resultaba precaria por lo que enfermedades leves se terminaban agravando y, en tercer lugar, las situaciones que aborda este apartado, las que se originaban cuando el enfermo recibía un tratamiento por medicinas caseras.

En estos años, recién se formalizaban en el ámbito académico los conocimientos sobre las enfermedades de la niñez. Entre la población los curanderos o las *meicas* gozaban de amplio reconocimiento como actores capaces de tratar las enfermedades de los niños. Es más, a nivel popular no estaba arraigada la noción de la medicina científica. En términos más amplios, y en diálogo permanente con la cultura, cada persona ya sea un boticario, la comadre o la abuela conocían un remedio casero infalible y experimentado que se recomendaba en la comunidad o el entorno para tratar la enfermedad del niño, además se aseguraba que otros casos habían mejorado con el mismo remedio. En cuanto al boticario, si era “antiguo en el barrio, al fin i al cabo llega a conocer las enfermedades dentro de sus dominios i acierta con alguna frecuencia en su tratamiento. De aquí su fama i renombre en media milla a la redonda” (Dávila Boza, 1899, p. 347). En ese marco, la experiencia y la comunidad otorgaba el reconocimiento como alguien con habilidad de sanar las enfermedades a personas que, sin tener título universitario, eran capaces de recetar “medicamentos” o prescribir fórmulas que, en algunos casos, lograban la mejoría del paciente.

Las explicaciones de las enfermedades no resultaban ajenas en una sociedad que validaba la experiencia de los actores locales y sus diferentes métodos para curar las afecciones de los infantes. Si se tiene en cuenta la alta frecuencia con que se presentaban enfermedades en el primer año de vida, la falta de un recinto hospitalario obligaba a encontrar el restablecimiento de la salud sin la colaboración de facultativos, ahí es donde emergía con fuerza el papel del curandero, el práctico o el yerbatero que se encontraba legitimado en la comunidad. Es posible deducir que la mayoría de las personas tampoco podía acceder a una atención médica a nivel doméstico, la visita de un especialista por sus costos solo era posible para quienes disponían de poder adquisitivo.

Los curanderos capitalinos construyeron un conocimiento de las enfermedades que combinaba las explicaciones miasmáticas y la cultura local, esta última argumentaba la aparición de afecciones en el daño, el mal de ojo o el pasmo. El uso de estos remedios era, sumamente, variable y su amplio campo de acción estaba destinado a curar las más diversas enfermedades. Así, se sugerían los remedios caseros, “infusión de plantas de varias especies, aplicación de parches de distinta naturaleza, que por lo general no son dañosos, pero que por lo menos hacen perder tiempo” (Vargas, 1882, p. 13). Asimismo, la farmacopea popular señalaba “los remedios para el empacho, generalmente el azarcón, causa de colitis y nefritis; las plumas quemadas de gallinas, productoras del terrible tétanos del recién nacido y, especialmente, recomendada para la cicatrización de la herida umbilical” (Baeza Goñi, 1924, p. 58). Por ende, muchos de los remedios eran básicamente elementos naturales de fácil acceso entre la población y si bien, la mayoría de ellos no generaban graves complicaciones, retardaban los tratamientos, tiempo en que los cuadros infecciosos podían adquirir gran virulencia haciendo estéril cualquier tipo de asistencia médica.

En ese contexto, los médicos no se limitaron tan solo a describir las prácticas de la medicina, sino también criticaron las acciones y los métodos que aplicaban los curanderos. Una de ellas fue el denominado quiebre de empacho, el que se ejecutaba después de “un masaje de la cutis

que cubre la columna vertebral, hacen un pliegue o dos de ella i tiran hasta separarlo de los tejidos vecinos, el chasquido que da el desgarro o tal vez la piel al reaccionar sobre si misma es lo que llaman quebrar el empacho” (Lisboa Huerta, 1886, p. 21). Ciertos actores se forjaban una reputación por practicar determinadas operaciones, que en caso de resultar exitosas obtenían mayor cantidad de solicitudes por parte de la comunidad.

El proceso de medicalización tiene varios matices, sus propuestas atravesaban límites y fronteras, en los mismos espacios coexistieron métodos de curas de las enfermedades basados en medicamentos químicos y en la farmacopea de las plantas medicinales. Situado en ese terreno híbrido, el médico Adolfo Murillo se preocupó por conocer los atributos medicinales de las plantas, sus dosificaciones y las acciones de estas medicinas en los pacientes. Sus propiedades, “desconocidas en la ciencia, eran utilizadas con tanta fortuna en la medicina popular” (Orrego Luco, 1924, p. 101). Para ello, se contactó con los yerberos, las personas aficionadas a la medicina o los prácticos que suministraban medicinas en los campos (Murillo, 1861; Murillo y Middleton, 1886). Considerar que en ese momento solo el centro de la capital contaba con boticas para el despacho de remedios. A falta de estos recintos, el médico debía participar en la producción de los medicamentos a partir de hierbas o preparar fórmulas con las sustancias que obtenían de los drogueros.

De igual modo, algunos manuales médicos de cuidados sobre los recién nacidos recomendaron procedimientos que no entraban, necesariamente, en el área de los cánones científicos; por ejemplo, si el neonato tardaba mucho tiempo en expeler la orina, “es conveniente, aplicarle al vientre una ligera cataplasma emoliente, y echarle una ayuda de muy corta cantidad de un cocimiento de malva o de linaza; recurriendo, si estos medios no bastan, a un baño tibio” (Fuentes, 1859, p. 16). Estas habilidades favorecieron la utilidad de los métodos medicinales no convencionales y muestra los límites difusos de los conocimientos médicos científicos que, en este período, todavía eran permeables a planteamientos validados solo por su empleo constante.

Para que la medicina científica infantil fuera ganando terreno en términos de representación en el ámbito político y social era fundamental asegurar el cumplimiento de las certificaciones y las actividades de cada profesión, así como delimitar entre el capacitado y el charlatán. El sistema de profesionalización, solo permitía ejecutarla a quienes exhibían credenciales que los capacitaba y demostraba su experticia en la disciplina. Para la definición efectiva de estos saberes era necesario contar con mecanismos idóneos, para evaluar como ignorantes de las ciencias a los curanderos y, a partir de ese criterio, establecer el personal especializado a nivel profesional.

Según los médicos, uno de los componentes del problema sanitario se relacionaba con el empleo de la medicina por personas que no poseían las calificaciones. El Código Penal para reafirmar esta distinción, desde la justicia, estableció el delito de ejercicio ilegal de una profesión. Este se configuraba cuando “fingiere autoridad o titular de una profesión que, por disposición de la ley, requiera título o el cumplimiento de determinados requisitos, y ejerciere actos propios de dichos cargos o profesiones” (Código Penal de la República de Chile, 1874, artículo 213). Además, los especialistas se encargaron de informar a las autoridades la realización de estas labores, solicitando mayor fiscalización y el cobro de multas. Hacia 1895, los doctores Lucas Sierra y Eduardo Moore, acusaban que “¡Cuántas muertes quedan silenciadas o no son ni sospechadas y que no reconocen como otro factor que el ser atendidos los niños por médicas, comadres, farmacéuticos y charlatanes!” (Sierra y Moore, 1895, p. 29).

Junto con las jefaturas médicas y judiciales, la prensa tuvo un papel crucial en las denuncias a los curanderos y actuaba como caja de resonancia hacia sus labores, indicándolos como una de las explicaciones que ocasionaban la numerosa mortalidad de la población. Desde este punto de vista, los curanderos eran “pillos que explotan bárbaramente la crédula ignorancia de nuestro bajo pueblo, administrándoles remedios de capricho, que generalmente causan la muerte de los enfermos, que se ponen entre sus manos al amparo de su mentada ciencia”.<sup>2</sup> Es posible interpretar que en este momento el concepto de ciencia médica encerraba una multitud de espacios y prácticas. De ahí que muchas de las denuncias, a parte de estar dirigidas hacia los

---

<sup>2</sup> “La mortalidad i los curanderos”, *El Ferrocarril*, Santiago, 27 de enero de 1857.

practicantes de la medicina también destacaba los espacios donde se efectuaban las labores, tales eran los casos de curanderos que en sus casas recibían niños enfermos para curarlos.

### ***La cátedra de enfermedades de la niñez***

El libro *Poedoiatreia practica, T. Curatio morborum puerilium* (1722) escrito por Theodor Zwinger III (1658-1724), fue uno de los primeros libros que definió el término pediatría. Sin embargo, hasta mediados del siglo XIX, la especialidad era parte de la obstetricia y la medicina interna. En la época, los conocimientos médicos consideraban que los infantes y los adultos respondían de igual modo frente a las enfermedades. Ahí los estudios europeos, principalmente en Francia y Alemania, fueron definiendo y separando este nuevo campo cuya finalidad era el cuidado, el tratamiento y la prevención de las enfermedades en la infancia. En Francia, el doctor Charles Michel Billard publicó, en 1828, el *Traité des Maladies des Enfants Nouveau-Nés et a la Mamele*, estudio realizado a partir del registro de los niños internados en *Le Hospices des Enfants Trouvés*. Por su parte, en las Universidades alemanas de Berlín y Wurzburg, se fundaron en 1858 las cátedras de pediatría.

Para la Sociedad Médica de Santiago, los avances en la medicina se generaban por los circuitos de los conocimientos y la transferencia de saberes a través de las influencias por “las discusiones de ciencia pura, talvez muchos términos técnicos nuevos o teorías histológicas recientes, pues tanto los libros como los periódicos de medicina que cada vapor nos trae, sea del viejo, sea del nuevo mundo, abundan en materiales de esa naturaleza” (Sociedad Médica, 1875, p. 339). A partir de estos canales, se presentaban nuevos medicamentos, planteamientos sobre las enfermedades de la infancia y la difusión de tratamientos para las afecciones. El propósito de estos descubrimientos médico científicos consistía en aliviar alguna patología o disminuir los riesgos del ejercicio profesional, para validarlo a nivel de la comunidad científica y generalizar su aplicación. Los efectos terapéuticos de estos procedimientos requerían pruebas y experiencias para consolidar su implementación, de manera segura y definitiva.

En 1833, el Estado creó la escuela dedicada al estudio de las ciencias médicas para mejorar la salud de la población en el país. El período de instalación estuvo caracterizado por la discusión acerca de los enfoques de la formación, la definición de un lugar de funcionamiento, el programa que seguiría y los cursos que se impartirían. Una década más tarde, con la inauguración de la Universidad de Chile se produjo una regularización de los planes de estudios médicos y la constitución de un cuerpo académico. Con ello, desde la academia se fortalecía la profesionalización de la medicina formada por una organización de contenidos y el establecimiento de etapas de adquisición de saberes, lo que estaba dirigido a un reconocimiento profesional y, desde ahí, se marcaba una frontera entre el experto y alguien aficionado que practicaba la medicina.

La Facultad de Medicina, en 1868, fundó una asignatura dedicada a las enfermedades mentales y nerviosas, dictada por Ramón Elguero y que tenía como actividad principal la asistencia a la Casa de Locos. La enseñanza de esta materia duró solo dos años, lo que demuestra las reformas constantes de los planes de estudio durante esta etapa de instalación. Para su reemplazo, en 1870, fue creada la cátedra de enfermedades de niños y su clínica, la que tuvo como primer profesor al médico Francisco Javier Tocornal, que en ese momento era el encargado de las visitas médicas a la Casa de Huérfanos. Se mantuvo en esta función hasta su retiro en 1882. Según Eduardo Salas, los inicios de esta asignatura se llevaron a cabo “sin instrumentos ni ayudantes, su profesor tenía que circunscribirse a la observación de las más importantes enfermedades y a dar algunas explicaciones sobre ellas” (Salas Olano, 1894, p. 246). En sus primeros años, la cátedra se efectuó en una de las salas del hospital de San Juan de Dios y con un enfoque clínico, similar a otras ramas como la medicina legal, la anatomía y la farmacia.

Una nueva reforma al plan de estudio de medicina, durante 1881, dejó en el sexto año la materia de clínica obstétrica, ginecológica y de niños. Por su ubicación, al finalizar la carrera, los alumnos tendrían mayores grados de competencias (Sociedad Médica, 1881). Años después, la Facultad de Medicina dispuso la separación de los ramos de obstetricia y clínica (seis horas semanales) y la clínica de enfermedades de niños (tres horas semanales), ambas se mantuvieron en el sexto año. Ahí aparece la figura de Roberto del Río, encargado de dictar la cátedra por más

de 22 años, entre 1888 y 1910. Titulado como médico cirujano, en 1883, se especializó en las enfermedades infantiles. Su largo período de permanencia en la función, le permitió otorgar una continuidad al programa de estudios, conformar las bases de los contenidos del curso y contribuir en la formación de las primeras generaciones de pediatras en el país. El doctor Roberto del Río no solo realizó contribuciones a la medicina, sino que además tuvo un papel trascendental en la puesta en marcha del hospital del niño, estando a cargo de la administración del establecimiento por más de una década, hasta 1917, año de su fallecimiento. También cumplió labores en la Junta de Beneficencia, en el Patronato de la Infancia, la Junta de Vacuna y en la Casa de Huérfanos.

Años más tarde, generó controversias la ubicación de la asignatura durante el término de la malla de medicina. En esa etapa, los estudiantes se encontraban abocados a la preparación de los exámenes que los habilitarían para el ejercicio de su profesión por sobre la atención al curso de pediatría, ya que no estaba entre las materias consideradas en las pruebas finales para obtener la titulación. Ismael Valdés, Presidente del Consejo Superior de Protección a la Infancia indicaba al Decano de la Escuela de Medicina, que “los jóvenes médicos salen de la escuela sin la preparación suficiente en una especialidad cuya enorme importancia justifica con exceso por el alto porcentaje de nuestra mortalidad infantil” (Consejo Superior de Protección a la Infancia, 1916, p. 88). Desde el punto de vista de la ciencia, para lograr la profesionalización resultaba fundamental distinguir entre las prácticas legítimas e ilegítimas. Así como perfeccionarse constantemente para resolver las dificultades que proponía la asistencia en esa edad. En efecto, formar un corpus disciplinario definido y cuyo manejo requería una experticia.

Los conocimientos sobre las afecciones de la niñez tenían variados puntos de origen, incluso desde tradiciones con raíces culturales milenarias. En cuando a los que ejercían la profesión médica, recién se comenzaban a realizar manuales para indicar con “precisión i claridad el tratamiento de las enfermedades mas comunes en la infancia” (Hidalgo, 1877, p. V). En una de las publicaciones destacadas del período, el doctor Eduardo Salas difundió un pequeño volumen sobre enfermedades de niños, escrito en francés por el doctor Jorge Petit. Lamentablemente, se desconoce el título y año de edición. En este libro se presentaban las causas, síntomas y diagnósticos de las principales dolencias en los niños, dividido en tratados que abordaban: “de las enfermedades de la piel; de la dentición y sus consecuencias; de las afecciones de la cabeza; de las del pecho; de las del bajo vientre; y de las extremidades” (Salas Olano, 1894, p. 277). Según el facultativo, el aporte de este trabajo consistía en profundizar el estudio sobre las patologías en los niños y era el primero conocido en Chile acerca de esta temática.

En el caso argentino, el doctor Emilio Coni presentó el libro *La mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires. Estudio comparativo con la mortalidad infantil de Rio de Janeiro, Montevideo, Lima, Méjico, y otras ciudades americanas*. El texto comprende cuatro capítulos, en los que se examinaban: las causas de los fallecimientos de los neonatos en la capital argentina, las diversas infecciones que provocaban la mayor cantidad de muertes, la comparación de datos estadísticos con algunas ciudades latinoamericanas y una descripción de los principales establecimientos de beneficencia encargados de velar por los niños. Tras comparar los registros demográficos de las principales capitales del continente, concluía en que, “debemos observar de paso, Chile es uno de los países de la América que ofrece una mayor mortandad infantil” (Coni, 1879, p. 53). Asimismo, en otros países fueron publicados una serie de libros que profundizaron los conocimientos y los cuidados en la infancia, entre ellos Manuel Fuentes, *Higiene de la Infancia* (1859, Perú), Antonio Pinto Ferreira, *O medico da primeira infancia, ou, conselheiro da mulher gravida* (1859, Brasil), Luis Seraine, *De la salud de los niños o sea libro de oro de las madres acerca de la conservación de los niños y de su propia salud durante el embarazo. Crianza y educación física, moral e intelectual de los niños hasta los siete años, y de las principales enfermedades de la infancia* (1861, España).

Una de las mayores causas de muertes de los infantes era la falta de cuidados. Los médicos para mitigar esta situación, se concentraron en la divulgación de folletos breves y simples que abordaban la vigilancia de los niños en sus primeros años. Estos registros tenían gran cantidad de consejos prácticos con el fin de impedir la aparición de alguna enfermedad, se entregaban instrucciones de alimentación, el baño, y en general, la mantención de la higiene en el lactante. En parte, el brote de cólera en 1886 había impulsado la impresión de cartillas higiénicas como

medio de explicación de las características de la enfermedad, el modo de contagio y una serie de prescripciones para evitar el mal.<sup>3</sup> En cuanto a las cartillas para la infancia, el doctor Luis Olivares sugería la elaboración de una instrucción con las anotaciones de “los síntomas principales y el método más sencillo de las enfermedades más frecuentes en la primera infancia, que es la edad en que el niño tiene más probabilidades de morir” (Olivares, 1892, p. 8). Con estas publicaciones se fomentaba la prevención de la salud desde la medicina, aunque paralelamente, las cartillas otorgaban herramientas para ejercer prácticas de autocuidado en el hogar.

El aumento de la mortalidad y la existencia de una gran cantidad de malestares que afectaron a la infancia tuvieron como resultado la constitución de un grave problema de salud pública, pero también evidenciaron la ausencia de medidas por parte de la autoridad para mitigar la situación y la falta de praxis médica para el tratamiento de los casos. Como planteaba, en 1864, el médico Pablo Zorrilla a la Facultad de Medicina, “los médicos no saben curar las enfermedades de los niños” (Zorrilla, 1861, p. 456). Se destaca, la baja complejidad de los conocimientos médicos pediátricos, lo que se expresaba en un trabajo práctico basado en la observación y uso escaso de instrumental. En ese marco, la articulación entre el saber médico y los saberes locales, originó tensiones en las familias frente a la acción de la terapéutica médica, sobre todo “en los primeros momentos de la enfermedad, creyendo que los médicos no conocen las enfermedades de los niños, i que recurrir a ellos es para que los recarguen de medicamentos i los hagan sufrir” (Hidalgo, 1877, p. 142).

Las apariciones de las especialidades médicas tienen fundamentos, raíces y controversias que son rastreables históricamente. La noción de pediatría, por lo tanto, no surgió de modo espontáneo, sino que tiene trabajos científicos precursores. De ahí, que la creación de nuevas asignaturas sea una evidencia de cambios en el ámbito institucional y, con el paso del tiempo, transformaciones en el espacio de la cultura. En ese marco, la inauguración de una cátedra de enfermedades de la niñez representó un avance trascendental en la configuración de una medicina pediátrica en dos direcciones: por un lado, en el conocimiento de este problema de salud pública y por otro, legitimar en la sociedad la medicalización que contribuyó a reducir la elevada mortalidad infantil. La definición de sus contenidos, la identificación de las enfermedades, como resultado de un análisis y cuadros clínicos, ubicó a los médicos como expertos en los diagnósticos y en las recetas propuestas para mejorar a los pequeños enfermos. A medida que se adquirieron mayores conocimientos de las enfermedades fue posible reconocerlas y encasillarlas, lo que aumentó las oportunidades de tratamientos exitosos.

### ***Nuevos espacios y dificultades para el ejercicio de la pediatría***

Durante la segunda mitad del siglo XIX, las dificultades para consultar un facultativo, llevaron a que se plantearan medios para combatir las enfermedades ante la falta de un diagnóstico clínico. En este escenario, resultaba fundamental la observación de los síntomas, ya que gran número de las enfermedades de los niños comenzaban de manera poco definida, por ejemplo, los estados febriles eran síntomas de variados cuadros clínicos, como la neumonía, el crup u otra infección; pero luego se desarrollaban con gran magnitud, volviendo estéril cualquier intervención terapéutica. Ahí, la medicina manifestaba la ausencia de conocimientos para combatir los males desde sus primeros síntomas y de los medicamentos para curarlas. Además, la asistencia de los médicos, en ocasiones sin instrumentales, llevaban a considerar solo los síntomas evidentes de las enfermedades. En ese momento, las terminologías de los diagnósticos eran calificadas como inciertas e incompletas, “no es raro encontrar designaciones como: aflicción del corazón, lipidia, pasmo, etc.; lo segundo, porque la mayor parte de esas designaciones son síntomas o afecciones locales sin clasificar como flemon, gangrena, hidropesía, fractura, herida” (Molinare, 1886-1887, p. 461).

A estas dificultades, se agregaba el hiato entre las expresiones que empleaban los cercanos al infante enfermo y la comprensión que lograba el médico con tales informaciones. Aún, a finales del siglo XIX, los canales que tenía un médico para definir una enfermedad eran sus sentidos,

---

<sup>3</sup> “Cartilla hijiénica”, *El Independiente*, Santiago, 5 de enero de 1887.

así para examinar al paciente solo contaba con indicios que a través de la vista, el olfato o el tacto debían arribar a un diagnóstico certero del mal. El médico estaba limitado para efectuar un examen prolijo, ya que se daba una “falta de poder informarse por boca del mismo enfermo del lugar de sus dolencias, la clase de ellas. En una palabra, el médico en tales casos tiene que valerse puramente de la exposición más o menos imperfecta de los interesados”,<sup>4</sup> o sea de los familiares. La complejidad estaba en asociar una enfermedad con un grupo de señales que indicaran la correspondencia de aquella y no otra, o sea precisar el avance del mal.

No obstante, las dificultades no solo radicaban en los diagnósticos, sino que tras recetar los remedios, resultaba indispensable seguir un régimen de medicamentos para que tuvieran efectos terapéuticos, o sea conseguir la mejoría del enfermo. De ahí que se necesitaba, desde el punto de vista médico, conocer sus características para no emplear sustancias que podían resultar perjudiciales en las graves enfermedades de los infantes, “los medicamentos no se pueden administrar en su forma natural porque no serían resistidos, i es preciso ponerlos en relación con la capacidad de las fuerzas digestivas por medio de una preparación conveniente” (Hidalgo, 1877, p. 320).

El trabajo de los médicos se vio dificultado por ausencia de historiales médicos y de cifras. Los inicios de sus labores fueron complejos, en gran medida por escasez de antecedentes o experiencias clínicas previas que eran insumos para abordar nuevas problemáticas. El progreso de cualquier ciencia requiere sistematizar todas las observaciones que podían contribuir al desarrollo de conocimientos. Por falta de estos elementos, los médicos veían reducida su capacidad de diagnóstico e incluso no tenían base para comparar, sintetizar y encontrar situaciones variables. Con esta metodología se logró “el descubrimiento de medicamentos nuevos o aplicaciones nuevas de medicamentos ya reconocidos” (Sociedad Médica, 1894, p. 5). El propósito de estos descubrimientos médico científicos consistía en aliviar alguna patología o disminuir los riesgos del ejercicio profesional, para validarlo a nivel de la comunidad científica. Los efectos terapéuticos de estos procedimientos necesitaban pruebas y experiencias para consolidar su implementación, de manera segura y definitiva.

Cuando el niño fallecía, a falta de un certificado médico, según mandaba la ley, la inscripción de la muerte era realizada en la Oficina del Registro Civil a través de la declaración de dos testigos, los cuales establecían la causal del fallecimiento (Croizet, 1913; Anguita, 1913). Para Luis Calvo Mackenna, “los errores de diagnóstico son, pues, inevitables mientras persistan estas circunstancias” (Calvo Mackenna, 1930, p. 67). La falta de informes médicos y datos precisos repercutía en los cálculos de las causales de mortalidad, lo que hacía imposible determinar de manera fehaciente la cantidad de fallecimientos por tal o cual razón. Por ello, la estadística médica tenía fallas en su origen al no determinar los indicios de los decesos. El desarrollo de una medicina científica, específicamente la pediatría, requería evidencias confiables para conocer las enfermedades que afectaban mayormente a los niños y tener periodicidad para conformar tratamientos de estos malestares. Para el doctor Julio Román, “la estadística, a medida que se regulariza, nos demuestra con la severa elocuencia de los números, los factores principales de esta cuestión” (Roman Añibar, 1900, p. 3). Organizar y comparar los casos clínicos mediante cifras, les entregó a los especialistas herramientas para mejorar las definiciones de las enfermedades que aquejaban a la infancia.

En Santiago, a pesar de su condición de capital del país, solo existían hospitales para hombres y mujeres adultas, más no para los niños. Se encontraban los hospitales San Juan de Dios (1543), San Borja (1776), San Vicente de Paul (1872), El Salvador (1872) y San José (1887). En toda la república no había ningún recinto especial para tratar a estos pacientes, “solamente en Santiago i Valparaíso hai una sala en los hospitales dedicada a la admisión i curación de niños” (Vargas, 1882, p. 13). La ausencia de un recinto de estas características no solo era un freno para la práctica de los médicos; además, culturalmente, impedía instalar la idea de que ante cualquier síntoma de enfermedad se debía trasladar al infante enfermo al hospital, ya que las aplicaciones de los cuidados médicos hospitalarios se concebían solo como destinados a los adultos (Murillo, 1872). Aquí se generaba una distorsión estadística, dado que la mortalidad infantil era tan

---

<sup>4</sup> “Algunas ideas sobre la excesiva mortalidad de los párvulos i medios profilácticos que podían emplearse”, *El médico práctico. Periódico médico quirúrgico*, Santiago, 2 de enero de 1868.

elevada, pero en las cifras otorgadas por las autoridades el número de párvulos muertos en los establecimientos era muy bajo. Según los datos de la tabla 1, la mayoría de los fallecimientos que recibieron atención médica en hospitales se concentró entre los 25 a los 50 años, o sea el segmento de la población económicamente activa.

**Tabla 1**  
**Clasificación según la edad de las muertes en los hospitales San Juan de Dios y San Borja Arriarán, Provincia de Santiago, 1859-1887**

<b>Año/Edad</b>	<b>Hasta 7 años</b>	<b>De 7 a 15 años</b>	<b>De 15 a 25</b>	<b>De 25 a 35</b>	<b>De 35 a 50</b>	<b>De 50 a 60</b>	<b>De 60 a 70</b>	<b>De 70 a 80</b>	<b>De 80 adelante</b>
1859	88	104	320	433	522	281	82	126	73
1860	36	206	389	516	655	668	223	144	53
1862	108	134	400	503	677	326	271	215	103
1863	151	187	538	604	721	315	190	125	62
1864	213	240	687	708	890	314	303	147	76
1866	200	358	592	659	799	406	238	121	73
1867	204	257	548	541	853	235	272	116	74
1868	122	174	382	773	605	417	271	138	99
1870	270	286	517	626	837	413	205	103	53
1872	222	277	469	541	657	380	245	105	44
1873	109	175	527	697	561	336	215	93	61
1874	87	123	477	690	684	364	247	145	71
1877	71	130	377	502	520	315	212	115	56
1878	155	316	425	500	491	396	223	118	63
1880	66	142	404	621	643	345	255	135	50
1881	81	130	396	551	565	369	276	51	60
1882	60	121	347	485	539	346	257	121	71
1884	77	133	379	444	530	284	228	112	42
1886	33	71	350	409	531	279	229	145	45
1887	25	94	352	510	545	241	126	137	58

Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1859-1887

Los hospitales todavía eran instituciones en que los pacientes ingresaban a esperar su fallecimiento y recién, a inicios del siglo XX, se transformaron en lugares para encontrar la cura a los padecimientos y retornar sano a la sociedad. En esa época, no se podría hablar de tratamientos complejos, ni siquiera de llegar a una operación pues, en la mayoría de los casos, significaba una elevada probabilidad de muerte por las infecciones durante la etapa posoperatoria por la ausencia de antisepsia. Además, los establecimientos de beneficencia no contaban con la capacidad suficiente para aceptar enfermos, por la escasez de espacios y instrumentos para la curación, “llega a tal punto la deficiencia en estos servicios que la asistencia pública se ve en el caso de remitir enfermos a las comisarías, para que allí reciban los más elementales cuidados”.<sup>5</sup> En este período formativo, el Ministerio del Interior tuvo que dictar medidas para habilitar una sala en el Hospital de San Juan de Dios, destinada a Roberto del Río, quien se desempeñaba como profesor de clínica de enfermedades de niños de la sección universitaria.<sup>6</sup>

Para los médicos que trataban enfermedades de la niñez la construcción de un hospital infantil era un tema relevante. En un contexto en que los infantes se encontraban rodeados de muchos elementos contrarios a la conservación de la salud, la ocurrencia anual de brotes pestosos y las tasas de morbilidades elevadísimas, resultaba fundamental la creación de un establecimiento que

<sup>5</sup> “La mortalidad en Santiago”, *El Mercurio*, Santiago, 15 de septiembre de 1916.

<sup>6</sup> Sesiones de la Junta de Beneficencia, *Libro séptimo de acuerdos de la Junta de Beneficencia de Santiago*, sesión del 13 de junio de 1888, f. 259.

fomentara la investigación a través de la práctica médica y con ello el conocimiento de las enfermedades. La existencia de un hospital infantil mejoraría el aislamiento de los enfermos. Teniendo en cuenta las características de las viviendas, para la mayoría de la población era casi imposible llevar a cabo un aislamiento de los niños afectados de enfermedades contagiosas, donde las condiciones de infraestructura hacían difícil cualquier recuperación de la salud y la alta densidad la convertía en un medio propicio para la propagación.

En la segunda mitad del siglo XIX, dado lo costoso que se consideraba la fundación de un hospital para niños, fueron impulsadas las dispensarías como espacios para ocuparse de las enfermedades de este grupo. A pesar de que existían varias dispensarías en la capital, el médico Pablo Zorrilla explicaba que “a ellas acude toda clase de individuos, i en medio de hombres i mujeres enfermas, es claro que el niño alcanzará menos atención del facultativo” (Zorrilla, 1861, p. 459). Además, los largos viajes y las aglomeraciones aumentaban las probabilidades de que los menores fueran contagiados de alguna afección. En 1890, se creó el dispensario especial para niños denominado “de la Caridad”, ubicado en el centro de la ciudad, cercano a la plaza de armas. A este lugar eran trasladados infantes desde diversos puntos, como del Salto, de los Bajos de Mena, de Ñuñoa o del Llano de Subercaseaux. En ocasiones la demanda era tan elevada que se debió “suspender el despacho de los enfermos por ser materialmente imposible continuar” (Dávila Boza, 1899, p. 304). El desempeño de los médicos en estos recintos se vio limitado, cuando era elevada la demanda en corto período de tiempo. El examen era muy breve, lo que se expresaba en una rápida prescripción de remedios y que, en ocasiones, podía tener resultados negativos en el enfermo.

Desde el ámbito médico, el interés puesto en los dispensarios se relacionaba con el concepto de cuidados médicos ambulatorios. Estas instituciones de asistencia contemplaban la distribución de leche, entrega de medicamentos y controles de peso. En un período en que la medicina, en gran medida, se desplegaba de manera rudimentaria en los hogares. A juicio de los médicos, los dispensarios eran insuficientes para responder a las demandas y solo podían recibir afecciones de baja complejidad. No era suficiente prescribir las medicinas, porque los hogares carecían de elementos básicos, necesarios para la curación en los enfermos. Para el doctor Dávila Boza, “no hai por el momento manera de hacer que los niños sean bien atendidos en sus casas durante sus enfermedades, i no queda otro recurso que suplir esa deficiencia por la asistencia hospitalaria”.<sup>7</sup> Como soluciones a los problemas del servicio, los facultativos proponían aumentar “los puestos de médicos y matronas de ciudad y de campo en número tal que puedan servir porciones de la población; éstos asistirían a domicilio a los enfermos e irían acompañados de su respectiva cantina, preparando y suministrando ellos mismos los remedios” (Sierra y Moore, 1895, p. 29). Más allá del financiamiento o el funcionamiento de los dispensarios, las autoridades como la Junta de Beneficencia de Santiago, la Facultad de Medicina y Farmacia y el Consejo Superior de Higiene Pública, debatieron bastantes años sobre la construcción de un hospital de niños. En 1901, el brote de sarampión fue de tal gravedad que provocó la instalación de un hospital provisorio para niños, localizado en una propiedad de la Congregación de las “Hijas de San José Protector de la Infancia”. A juicio del médico Julio Roman Añibar, “como todo lo que entre nosotros tiende a mejoramiento i creación, ha sido menester el azote despiadado de una epidemia para que la palabra de algunos pocos haya encontrado eco entre los más para llevar a la práctica estos proyectos” (Roman Añibar, 1900, p. 54).

### **Conclusiones**

Estudiar el proceso de configuración de la medicina pediátrica y sus repercusiones en la mortalidad infantil entre 1870 y 1901, teniendo como principal punto de vista los planteamientos de los médicos, nos llevó a dar cuenta de una serie de factores poco explorados por la historia de la salud. Esta dinámica académica coexistió con múltiples actores, tales como los boticarios, los curanderos o las *meicas* que se encargaban de administrar métodos de curación a los infantes. A partir del seguimiento de dichos conocimientos pudimos expresar la amplitud de significados que, durante la segunda mitad del siglo XIX, cubrían conceptos como

---

<sup>7</sup> “Obra nacional. Hospitales para niños”, *El Chileno*, Santiago, 7 de octubre de 1900.

medicina, tratamientos médicos o enfermedades. Cada uno de ellos encerraba una variedad de prácticas basadas en la ciencia, que transitaba entre los miasmas y la bacteriología, y la cultura que abarcaba una variedad de tradiciones.

Los cambios en la concepción de la higiene y los avances en la bacteriología repercutieron, directamente, en el cabal conocimiento de la evolución del organismo durante la niñez, llevando a considerar un conjunto de preceptos para protegerlo de una multiplicidad de factores que actuaban como productores de la elevada mortalidad infantil. En esa línea, las funciones fisiológicas de los infantes eran distintas a las de la edad adulta, lo que explicaba la vulnerabilidad de ciertos órganos o aparatos que eran fundamentales en el crecimiento. Así, la pediatría recorta esa realidad y crea una especialidad que se encarga del estudio de patologías muy diferentes a las de los adultos.

Las soluciones de este problema de salud pública requerían organización, esfuerzo y coordinación por parte de múltiples autoridades. En ese marco, el papel del médico aumentó en relación directa con su especialización y cuando dispuso de instrumentales que eran inaccesibles para el curandero. Desde el ámbito institucional, los médicos crearon una Sociedad Médica de Santiago (1869), la que décadas más tarde pasó a ser la Sociedad Médica de Chile (1925), además la fundación de la Sociedad Chilena de Pediatría (1922), con estos órganos se impulsaba la asociación y el trabajo colaborativo entre sus miembros. También contribuyeron a la consolidación del médico diversos actores, como la justicia, la prensa, las revistas médicas y los programas de formación académica, todos ellos llevaron a cabo una serie de acciones para normar y limitar el ejercicio de un área de la medicina.

Junto con la organización institucional, la revolución de las ciencias fue de vital importancia para el desarrollo de la medicina. Con ello se logró una comprensión de las principales funciones del cuerpo humano y específicamente impactaron en los descubrimientos de las características de las afecciones. En un proceso que tomó varias décadas, el cúmulo de nuevos saberes fueron aplicados en el ejercicio de la profesión, lo que conllevó a la inserción de los conocimientos pediátricos en la sociedad y consiguieron una legitimidad por sus éxitos en el tratamiento de las enfermedades. Prueba de estos avances es que en 1921, el Ministerio del Interior, mediante decreto, estableció la administración técnico-profesional de los hospitales, incluidos los infantiles. Con ello solo los médicos podían estar a cargo de la dirección y con la asesoría de un consejo técnico en cada establecimiento. Los nuevos mandos desplazaron de la burocracia hospitalaria a las Juntas de Beneficencia, órdenes religiosas y otros actores que habían participado en su marcha.

El problema de la mortalidad infantil era demasiado complejo y tenía raíces que hacían imposible una solución rápida o en breve tiempo. En el ámbito de la medicina, los tratamientos evolucionaron a lo largo de este período, a medida que la pediatría fue incrementando los conocimientos de las enfermedades y, a partir de esta mirada científica, el Estado amplió la discusión acerca de la salubridad. Desde la ciencia el camino era lento, pero paulatinamente, fue consiguiendo mejoras en la calidad de vida de la infancia. La aparición de la pediatría y la literatura especializada permitió destacar las dificultades sociales que afectaban a la mayoría de la población, sobre todo la acelerada migración campo ciudad que causó deterioro en las condiciones de vida de los habitantes.

**Anexo 1: Parámetros demográficos en la Provincia de Santiago 1860-1896**

<b>Año</b>	<b>Población</b>	<b>Nacimientos</b>	<b>Defunciones</b>	<b>Fallecidos menores 7 años</b>	<b>Mortalidad infantil</b>
1860	297.884	15.512	11.073	7.711	497.1
1861	296.622	14.806	12.130	6.565	443.4
1862	299.168	14.268	9.534	6.969	488.4
1863	303.902	15.136	11.403	8.406	555.4
1864	307.636	15.219	12.641	9.069	595.9
1865	349.719	13.636	10.964	7.323	537.0
1866	346.695	15.313	9.898	6.731	439.6

1867	352.400	15.629	9.944	6.959	445.3
1869	364.156	16.015	12.505	9.332	582.7
1870	367.775	16.418	10.026	6.796	413.9
1871	374.069	16.484	10.228	6.863	416.3
1872	380.379	16.319	11.683	7.718	473.0
1873	385.395	17.626	11.203	7.643	433.6
1874	391.548	16.748	11.188	7.368	439.9
1876	369.597	16.665	13.907	9.476	568.6
1877	370.355	16.109	11.371	7.744	480.7
1878	379.844	15.414	13.049	8.289	537.8
1879	332.698	17.340	12.957	8.487	489.4
1880	387.081	17.557	15.447	10.170	579.3
1882	395.739	18.256	12.098	8.207	449.6
1883	397.799	18.014	11.283	7.313	406.0
1884	322.019	14.235	6.531	4.308	302.6
1885	329.753	5.390	7.135	2.488	461.6
1896	416.296	8.523	10.631	4.093	480.2

Fuente: Anuario Estadístico de la República de Chile, 1848-1911.

## Anexo 2: Mortalidad infantil en ciudades de más de cien mil habitantes, 1899-1907

Ciudades	1899	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907
Londres	168	157	150	140	130	144	129	129	114
Nueva York		214	190	192	168	170	166	165	156
París		121	115	111	101	110	106	108	104
Berlín	220	220	227	177	167	157	246	185	112
Viena	196	207	174	286	168	176	190	178	144
Moscú	369	407	393	369	367	364	267	297	263
Rio de Janeiro	211	171	191	204	194	236	194	178	159
Amsterdam	130	133	141	123	116	120	100	104	89
Madrid	240	212	203	194	207	181	219	238	190
Marsella	123	98	113	102	164	157	150	189	179
Leipzig	227	251	233	184	232	239	228	193	168
Lyon	137	143	138	120	110	135	114	128	115
Colonia	251	256	255	212	205	236	216	243	195
Bruselas	175	173	154	129	147	137	141	155	127
<b>Santiago</b>	<b>387</b>	<b>502</b>	<b>371</b>	<b>323</b>	<b>331</b>	<b>315</b>	<b>383</b>	<b>325</b>	<b>439</b>
Estocolmo	171	142	147	99	119	108	113	102	
Amberes	204	188	166	152	159	108	167	172	168
Génova	154	185	202	151	147	153	144	149	164

Fuente: Commentz, 1913.

## Bibliografía

- Anguita, R. (1913). *Leyes promulgadas en Chile. Desde 1810 hasta el 1° de junio de 1913*. Santiago: Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona.
- Ash, E. (2010). Introduction: Expertise and the Early Modern State. *Osiris* 25 (1): 1-24. DOI: <https://doi.org/10.1086/657254>
- Baeza Goñi, A. (1924). Mortalidad infantil. La falta de cultura de la madre chilena como causa predominante. *Revista de Beneficencia Pública* VIII (1): 57-59.
- Barrera-Osorio, A. (2010). Experts, Nature, and the Making of Atlantic Empiricism. *Osiris* 25 (1): 129-148. DOI: <https://doi.org/10.1086/657266>

- Calvo Mackenna, L. (1930). *Encuesta sobre mortalidad infantil en Chile*. Santiago: Imprenta El Esfuerzo.
- 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 (1): 31-58. Recuperado de: <https://www.revistas.usach.cl/ojs/index.php/historiasocial/article/view/305/300>
- 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. Recuperado de: <https://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134575/Salud-publica.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Chávez, P. y Brangier, V. (2020). Esa diaria gotera de la muerte: Mortalidad infantil y los albores de la medicina pediátrica en la provincia de Santiago, Chile, 1870-1913. *Salud Colectiva* 16: 1-16. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2727>
- 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 (2): 645-677. DOI: <https://doi.org/10.3989/acamer.2019.2.09>
- 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. DOI: <https://doi.org/10.12795/Temas-Americanistas.2018.i40.12>
- Código Penal de la República de Chile. (1874). Título cuarto. De los crímenes i simples delitos contra la fé pública, de las falsificaciones, del falso testimonio i del perjurio, artículo 213. Santiago: Imprenta de la República.
- Commentz, A. (1913). Estadísticas de mortalidad, natalidad y morbilidad en diversos países europeos y en Chile. *Primer Congreso Nacional de Protección a la Infancia. Trabajos y Actas*. Santiago: Imprenta Barcelona.
- Coni, E. (1879). *La mortalidad infantil en la ciudad de Buenos Aires. Estudio comparativo con la mortalidad infantil de Rio de Janeiro, Montevideo, Lima, Méjico, y otras ciudades americanas*. Buenos Aires: Imprenta de Pablo E. Coni, especial para obras.
- Consejo Superior de Protección a la Infancia. (1916). *Memoria del Consejo Superior de Protección a la Infancia*. Santiago: Imprenta Nacional.
- Correa, M. J. (2017). ¿Quiénes son los profesionales? Justicia, profesionalización y ejercicio médico en el Chile urbano de la segunda mitad del siglo XIX. *Dynamis* 37 (2): 273-293. Recuperado de: [https://scielo.isciii.es/pdf/dyn/v37n2/02\\_dossier.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/dyn/v37n2/02_dossier.pdf)
- Correa, M. J. (2020). Sangradores y flebotomos en Chile: la medicina moderna y el arte de sangrar, siglo XIX. *Historia* 396 10 (número especial): 67-96. Recuperado de: <http://www.historia396.cl/index.php/historia396/article/view/428/181>
- Croizet, E. (1913). *Lucha social contra la mortalidad infantil en el período de lactancia. Conferencia dada en la Universidad de Chile el 7 de septiembre de 1912*. Santiago: Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona.
- Dávila Boza, R. (1899). Mortalidad de los niños en Santiago. Sus causas i sus remedios. Informe presentado a la Dirección del Instituto de Higiene. *Revista Chilena de Higiene* V: 275-377.
- Dessaux, P. A. (2007). Chemical expertise and food market regulation in Belle-Epoque France. *History and Technology* 23 (4): 351-368. DOI: <https://doi.org/10.1080/07341510701527427>
- Ferreira, A. P. (1859). *O medico da primeira infancia, ou, conselheiro da mulher gravida*. Río de Janeiro: [s.n.].
- Fuentes, M. (1859). *Higiene de la infancia*. Callao: tipografía de Agustín Mena y Compañía.
- Illanes, M. A. (1993). *En el nombre del pueblo, del estado y de la ciencia: historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973: hacia una historia social del Siglo XX*. Santiago: Colectivo de Atención Primaria.
- Hidalgo, W. (1877). *Medicina doméstica de la infancia, o sea consejos a las madres sobre el modo de criar, cuidar, educar i curar a sus hijos por si mismas*. Santiago: Imprenta de la Librería del Mercurio.
- Lisboa, J. (1886). *Mortalidad de párvulos en Chile: sus causas, modo de evitarlas*. Santiago: Memoria de prueba para el examen de licenciado en la Facultad de Medicina.
- 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. DOI: <https://doi.org/10.3989/acamer.2017.2.10>
- Molinare, L. (1886-1887). Estudio sobre organización de una estadística médica en Chile. *Revista médica de Chile* XV: 458-472.
- Murillo, A. (1861). *Memoria sobre las plantas medicinales de Chile i el uso que de ellas se hace en el país*. Santiago: Imprenta del Ferrocarril.
- Murillo, A. (1872). Algunos datos estadísticos. *Revista médica de Chile* I (3): 104-108.
- Murillo, A. y Middleton, C. (1886). *Farmacopea Chilena*. Leipzig: Imprenta de F.A. Brockhaus.
- Olivares, L. (1892). *La mortalidad infantil y sus causas en la Casa de Expósitos de Santiago*. Santiago: Memoria de prueba para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia.
- Orrego Luco, A. (1924). *Recuerdos de la Escuela*. Santiago: Imprenta Universitaria.
- Palma, P y Ragas, J. (2019). Desenmascarando a los impostores: Los médicos profesionales y su lucha contra los falsos médicos en Perú. *Salud colectiva* 15: 1-14. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2162>
- Roman, J. (1900). *Mortalidad de los menores de un año en Santiago de Chile. Estadística, causas i profilaxia 1895-1899*. Santiago: Memoria de prueba para optar al grado de licenciado en la Facultad de Medicina i Farmacia.
- Salas Olano, E. (1894). *Historia de la Medicina en Chile. Con importantes documentos sobre la medicina de nuestros predecesores*. Santiago: Imprenta Vicuña Mackenna.
- Salazar, G. (2007). *Ser niño "huacho" en la historia de Chile (siglo XIX)*. Santiago: LOM Ediciones.
- Scholliers, P. (2014). Constructing new expertise: private and public initiatives for safe food (Brussels in the first half of the nineteenth century). *Medical History* 58 (4): 546-563. DOI: <https://doi.org/10.1017/mdh.2014.52>
- Sesiones de la Junta de Beneficencia, *Libro séptimo de acuerdos de la Junta de Beneficencia de Santiago*, sesión del 13 de junio de 1888, fj. 259. Santiago: Museo Enrique Laval, Fondo Establecimientos de Beneficencia.

- Seraine, L. (1861). *De la salud de los niños o sea libro de oro de las madres acerca de la conservación de los niños y de su propia salud durante el embarazo. Crianza y educación física, moral e intelectual de los niños hasta los siete años, y de las principales enfermedades de la infancia*. Madrid: Imprenta de M. Galiano.
- Sierra, L. y Moore, E. (1895). *La mortalidad de los niños en Chile*. Valparaíso: Imprenta y Litografía Central.
- Sociedad Médica. (1875). Algunas reflexiones sobre el estado de la salubridad pública en Chile. *Revista Médica de Chile* 4 (9): 339-348.
- Sociedad Médica. (1881). Reforma del plan de estudios médicos. *Revista médica de Chile* 10 (4): 121-124.
- Sociedad Médica. (1894). Editorial. El año médico. *Revista médica de Chile* XXII (1 y 2): 5-7.
- Vargas, C. (1882). *Movimiento de población en Chile. Mortalidad de párvulos*. Santiago: Memoria para optar al grado de Licenciado en la Facultad de Medicina y Farmacia.
- Vargas, N. (2002). *Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría*. Santiago: Editorial Universitaria.
- Zárate, S. (2007). *Dar a luz en Chile, siglo XIX*. Santiago: Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Centro de Investigaciones Diego Barros Arana.
- Zárate, S. (2007b). De partera a matrona. Hacia la asistencia profesional del parto en Chile en el siglo XIX. *Calidad en la educación* 27: 284-297.
- Zorrilla, P. (1861). Reseña sobre las causas de la mortalidad de los niños en Santiago, i medios de evitarlas. *Anales de la Universidad de Chile*: 452-460. Recuperado de: <https://anales.uchile.cl/index.php/ANUC/article/view/5549>

### Publicaciones periódicas

- El Chileno*, Santiago.
- El Ferrocarril*, Santiago.
- El Independiente*, Santiago.
- El Mercurio*, Santiago.

Recibido: 24/01/2022  
Evaluado: 03/05/2022  
Versión Final: 30/05/2022