

Mortalidad de niños en la Provincia de Tacna (Chile, 1900-1930)

Children mortality in the Province of Tacna (Chile, 1900-1930)¹

Pablo Chávez Zúñiga²

pablo.chavez.zuniga@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1726-7954>

José Julián Soto Lara³

jose.julian.soto@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2263-1674>

Resumen: Este artículo aborda el desarrollo de la mortalidad en la infancia en la Provincia de Tacna entre 1900 y 1930 con el objetivo de delimitar las características básicas del problema y la estrategia médico-política que buscó solucionarlo. La hipótesis sugiere que los conocimientos pediátricos y las obras de salubridad mejoraron las condiciones de vida infantil, lo cual disminuyó gradualmente las cifras de fallecimientos. El estudio utilizó fuentes estatales, publicaciones científicas y periódicos. Un análisis de los indicadores demográficos, la infraestructura sanitaria, la alimentación, la situación de los hospitales, la vivienda popular y los discursos médicos permite concluir que la política social de la administración chilena para reducir la mortalidad infantil tardó en producir sus resultados hasta mediados de los años veinte.

Palabras claves: mortalidad en la infancia, Tacna y Arica, siglo veinte, medicina, higiene.

Abstract: This article addresses the development of childhood mortality in the Province of Tacna between 1900 and 1930 with the aim of delimiting the basic characteristics of the problem and the medical-political strategy that sought to solve it. The hypothesis suggests that pediatric knowledge and sanitation works improved children's living conditions, which gradually decreased death rates. The study used state sources, scientific publications, and newspapers. An analysis of demographic indicators, health infrastructure, food, the situation of hospitals, popular housing, and medical speeches leads to the conclusion that the social policy of the Chilean administration to reduce infant mortality took time to produce its results until the mid-twenties.

Keywords: childhood mortality, Tacna and Arica, 20th century, medicine, hygiene.

¹ Agradecemos los comentarios de los evaluadores y el trabajo editorial de la revista História Unisinos.

² Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile. Capitán Ignacio Carrera Pinto 1025, Ñuñoa, Santiago.

³ Centro de Estudios Históricos, Universidad Bernardo O'Higgins. General Gana 1701, Santiago de Chile.

Introducción

En 1905, el Juzgado del Crimen de Arica inició una investigación contra Nicolasa Carisa de Nina por el delito de inhumación indebida de su hija María Matilde Nina Carisa. La mujer, de veinte años, era de nacionalidad boliviana, de oficio hilandera, casada y nunca antes condenada por la justicia. Como Nicolasa sólo hablaba aimara, durante los interrogatorios un intérprete tradujo sus declaraciones al castellano. Inés Ramírez Portocarrero, de treinta y tres años, peruana, hija del patrón de Nicolasa, declaró que estando en su casa:

El trece de octubre de mil novecientos cinco [...], como a las seis de la mañana, llegó a ella Nicolasa Carisa llevando consigo una criatura de un año y medio que dijo se había muerto a las siete de la tarde del día anterior de tos convulsiva [...]. La declarante [Ramírez] tiene sobrinos pequeños y temiendo que se contagiaron con la enfermedad del niño muerto, aconsejó a Nicolasa que enterrase su criatura, y así se hizo acompañándola la declarante, su hermana Alina y sus hombres que debían abrir la fosa (Contra Nicolasa Carisa, JCA, caja 774, pieza 17, Arica 1905, ff. 17).

La escena mortal favorece el planteamiento de interrogantes sobre la mortalidad en la infancia. ¿Era ésta común o anecdótica? ¿Qué tipo de alimentación e higiene recibió el niño antes de morir? ¿La madre del menor tuvo la oportunidad de que su hijo recibiera atención médica? ¿Cómo eran las viviendas de Nicolasa e Inés? ¿Qué sentimientos experimentó la primera de esas mujeres ante la pérdida de su retoño?

Tales preguntas tienen importancia si se considera la relación entre la alta mortalidad en la infancia, por un lado, y la pobreza generalizada de la población y las formas del cuidado infantil en los primeros años de vida, por el otro. En medio de ese vínculo, la introducción paulatina de los conocimientos médicos, principalmente pediátricos, fue determinante en la disminución de la mortalidad. Dicho descenso estuvo condicionado por la preocupación del Estado chileno hacia los problemas sanitarios de la Provincia de Tacna (zona destacada con negro en el mapa de la figura 1) que administró desde 1884 hasta 1929. Esos territorios fueron anexionados tras la Guerra del Pacífico, enfrentamiento donde participaron Chile, Perú y Bolivia. Con la firma del Tratado de Lima (1929), Tacna se incorporó al Perú y Arica a Chile, concluyendo así a casi medio siglo de conflictos diplomáticos, políticos y

sociales (Cavieres y Chaupis, 2015; Pizarro, 2018; Skuban, 2007; Soto y Díaz, 2019).

La historiografía sobre la mortalidad en la niñez puede dividirse en tres grupos, los que destacan diferentes aspectos de la temática. Los historiadores “estadísticos” europeos, entre los años sesenta y ochenta del siglo pasado, subrayaron los progresos de la salubridad pública y la creación de una institucionalidad política para controlar las enfermedades (McKeown, 1976). Ellos cuestionaron la tesis “economicista” que vio en el crecimiento económico y el aumento de la calidad de vida la mejora de la subsistencia e inmunidad de los habitantes (Wrigley y Schofield, 1989; Szreter, 2002; Colgrove, 2002). Ambas posiciones adolecen de un marcado determinismo, centrado en variables monolíticas para explicar la transformación sanitaria.

Los historiadores “culturalistas”, principalmente hispanoamericanos, a partir de los años noventa, centraron su atención en las familias y las prácticas cotidianas hacia los niños, develando tramas socioculturales que esclarecieron las razones de las cifras altas de mortalidad (Tovar, 2015). Entre ellos también hubo interés hacia el papel de la violencia física y simbólica hacia los menores como en los casos del infanticidio y el abandono infantil (Ruggiero, 1992; Fariñas y Sanz, 1999; Bernabeu *et al.*, 2003; Milanich, 2009; Revuelta, 2015; Chávez y Soto, 2019). También, desde los *Fost Studies* norteamericanos han abordado la importancia de la alimentación (Apple, 1980 y 1995; Meckel, 1990) y exploraron el rol de los pediatras, la noción de “maternidad científica”⁴ y la profundización del conocimiento de la nutrición infantil. Estos estudios patentizaron las dificultades que los médicos tuvieron para legitimar su ciencia en la comunidad.

Un tercer grupo de historiadores redujo la escala de estudio, centrándose en dinámicas regionales en Latinoamérica de la mortalidad en la infancia (Kiple, 1989; Bezerra *et al.*, 2003; Birn 2007 y 2008; Freire, 2008 y 2010; Nunes, 2012). Puntualmente, para el caso latinoamericano, se consolidó la premisa de que allí la mortalidad infantil emergió como “problema social” alrededor de 1870, transformándose en un tema de debate, aunque sin modificar sus causas hasta el siglo veinte. Los investigadores explicaron que por entonces se careció de un respaldo cuantitativo que definiera su magnitud, impidiendo determinar las enfermedades más letales y dificultando la comparación de las cifras entre los países (Celton, 1992; Miglioni, 2001; Estefane, 2016; Mazzeo, 2017). Cabe destacar que estas perspectivas multicausales concuerdan en que la caída de la mortandad estuvo relacionada con la formación de una institucionalidad encargada de enseñar

⁴ Este concepto, discutido por la historiografía, se refiere a un discurso médico que establecía métodos de nutrición para los infantes e intentaba afirmar los beneficios de las prácticas de higiene en los alimentos con el objetivo de mantener la salud en buen estado. En Chile, ha sido profundizado por Molina (2006) y Zárate (2007, 2018).



Figura 1. Provincia de Tacna

Fuente: *The Evening Journal*, Wilmington, 9/6/1922.

cuidados maternos, el desarrollo económico y social, y la propagación de los conocimientos médicos.

En Chile, la historiografía engarzó la mortalidad de la infancia con las condiciones materiales, el contexto cultural de los niños, la crianza y la introducción fatigosa del conocimiento médico en el pueblo (Illanes, 1991; Cavieres, 2001; Salazar, 2007 y Rojas, 2010). Estos estudios se aproximan de manera tangencial a la problemática en la Provincia de Tacna. Algunos trabajos han abordado el fenómeno mortuorio en parte de esa provincia (Soto *et al.*, 2019; Chávez y Soto, 2016; Chávez y Soto, 2014; Sanhueza y Letelier, 1992), constatando las deficiencias institucionales para combatir la mortandad, aunque sin analizar a la población infantil y el papel de las autoridades médico-políticas con asiento en la ciudad de Tacna (capital provincial) desde donde se coordinaron las políticas sanitarias de la frontera.

Por eso, este estudio comparativo enfocado en Tacna y Arica considera la provincia como una región con características ambientales, demográficas, sociales y médicas similares, que condicionaron la existencia de la mortalidad en la infancia. De esta forma es posible acer-

carse a las dificultades experimentadas por el Estado al momento de establecer políticas sanitarias en su periferia, sin descuidar los aspectos humanos y discursivos del fenómeno. En ese sentido, la hipótesis puesta a prueba sugiere que los conocimientos y praxis pediátricas y las obras de salubridad mejoraron las condiciones de vida infantil, disminuyendo gradualmente las cifras de fallecimientos hacia mediados de los años veinte.

La investigación utiliza fuentes producidas en instituciones estatales, médicas y sociales, con información sobre el vínculo muerte y niñez. Del ámbito estatal, la investigación se nutre de los documentos emitidos y recibidos por la Intendencia de la Provincia de Tacna y la Gobernación de Arica, custodiados por el Archivo Histórico Vicente Dagnino; de los "Documentos varios de la Provincia de Tacna" existentes en el Archivo Nacional de la Administración; y del *Anuario Estadístico de la República de Chile* (en adelante *AE*) depositados en el Instituto Nacional de Estadísticas de Chile. Del ámbito médico, se consideraron publicaciones científicas de la época centradas en la cuestión de la mortalidad en los niños que, a pesar de sus visiones moralistas, representaron aspectos

del estado sanitario de Tacna y Arica. Del ámbito social, se incorporó prensa de ambas ciudades, por ser ésta un artefacto lingüístico de difusión para las opiniones sobre la mortalidad en la niñez, la acción médica y las políticas efectuadas para reducirla; y expedientes criminales del Juzgado del Crimen de Arica alojados en el Archivo Histórico Nacional de Chile.

El marco temporal de la investigación abarca el periodo 1900-1930, porque coincidentemente al comenzar el siglo el Estado chileno desarrolló una política de nacionalización, mediante sus instituciones, en la Provincia de Tacna. Esa “chilenización”, que fue violenta física y simbólicamente con la población peruana (Basadre, 2014; Palacios, 1974), no ha sido valorada en clave médica. Un hito, referido a este campo, fue la reunión de damas distinguidas de Tacna en 1900, con el objetivo de reunir fondos para la construcción de una “sala infantil” en el hospital de esa ciudad. Desde entonces, la preocupación médica y social por la salud infantil fue constante y alcanzaría su cenit al comienzo de los años treinta cuando se promulgó la Ley de Pasteurización de la Leche (1930) y la implementación del Código Sanitario chileno (1931).

Este artículo se estructura en seis secciones. La primera explora la demografía provincial caracterizada por una alta tasa de mortalidad infantil; la segunda y tercera examinan las dificultades para el consumo de agua y leche; la cuarta indaga cómo los administradores de los hospitales creyeron necesario disponer de salas para la atención de niños; la quinta ofrece algunas pistas de los hogares de la clase baja, acusados por los médicos como centros de difusión de enfermedades; y la última aborda los discursos morales de los médicos que responsabilizaron, en gran medida, a los pobres de la mortalidad de los niños.

El panorama demográfico

A comienzos del siglo veinte la Provincia de Tacna tuvo un régimen demográfico tradicional. Un número alto de nacimientos ocurría de manera paralela a un número alto de muertos, impidiendo el crecimiento de la población. La muerte afectaba a personas adultas y niños. De hecho, hasta 1911 se aprecia una preponderancia del número de muertos sobre el de nacidos la cual se revirtió de manera leve hacia 1915 (tabla 1). Una década después, debido al avance de esa tendencia a la baja, la proporción de nacidos y muertos fue, por primera vez, de 2:1. Coincidentemente con esa evolución, en 1929 sólo hubo 672 muertos, el número menor de la fase 1887-1929.

Los datos que manejamos sobre bebés muertos de menos de doce meses muestran que, desde finales del siglo diecinueve hasta 1911, hubo años en que los índices fueron

superiores a los 300 niños muertos por cada 1 000 nacidos (tabla 1). Sobresale en esta fase las muertes producidas por la epidemia de sarampión y viruela de 1889 que aumentaron la mortalidad. La prensa peruana de Tacna, aunque no coincidía con las cifras recolectadas por la administración chilena, culpó al sarampión de la muerte de 419 menores de siete años, cuestión que comprobó “nuestro aserto sobre el estrago que hizo entre los párvulos la mencionada peste” (*El Tacora*, Tacna, 7/3/1890). Un año después el mismo medio daba cuenta con tono afligido del alto número de niños muertos por tos convulsiva ante la impotencia de la ciencia médica (*El Tacora*, Tacna, 19/10/1890).

Durante la década de 1910, aunque las cifras descendieron en comparación con el periodo anterior, se mantuvieron mayores a los 200 niños muertos por 1 000. A partir de 1920, puede distinguirse un descenso del índice como consecuencia de la introducción de la pediatría, la instalación de infraestructura hospitalaria, la higienización urbana y la regulación alimentaria. Esta tendencia fue moderada y estuvo compuesta por descensos y ascensos. Mientras los primeros fueron condicionados por un número menor de nacimientos desde 1925 en adelante; los segundos guardaron relación con los brotes de enfermedades infecciosas esporádicas.

La población de la provincia evidenció un crecimiento desde 1910 que puede relacionarse con la política de La Moneda para poblar con chilenos los antiguos territorios peruanos. En 1909, después de la visita del presidente Pedro Montt, fue promulgada la Ley de Colonización de la Provincia de Tacna que dispuso de hasta un millón de pesos para obras fiscales y el fomento agrícola e industrial. La caída del número de habitantes seis años después puede explicarse por la necesidad de mano obra en las faenas salitreras en Tarapacá que favoreció una salida de población desde Tacna. Los años veinte tuvieron un incremento regular de población vinculado con la fase final del litigio entre Chile y Perú por la soberanía definitiva de Tacna y Arica. Esa fase implicó que el Estado chileno las poblara con habitantes de otras provincias del país, los que en caso de efectuarse el plebiscito que ambos gobiernos en 1883 se comprometieron a efectuar para saber qué Estado dominaría la zona, serían los votantes que permitirían la victoria electoral.

A nivel estadístico, la clausura de la Oficina Central de Estadística (OCE) entre 1897 y 1908 impidió recolectar datos entre aquel año y 1909. En 1896, la OCE informó al Ministerio del Interior su incapacidad de producir información para alimentar el *AE*, valorándose la posibilidad de clausurarla (*El Chileno*, Santiago, 6/12/1896). Desde entonces el Estado disminuyó sus aportes para la OCE, quedando sólo el Registro Civil con la función de recopilar los datos vitales del país.

Tabla 1: Mortalidad infantil en la Provincia de Tacna 1887-1929

Año	Población	Nacimientos	Nacimientos Depto. Tacna	Nacimientos Depto. Arica	Defunciones	Defunciones Depto. Tacna	Defunciones Depto. Arica	Defunciones menores de 1 año	Mortalidad Infantil
1887	29 523	803	135	668	945	409	536	241	300.1
1888	-	878	308	570	845	373	472	203	231.2
1889	-	879	296	583	1 447	406	1 041	418	475.5
1909	29 638	950	391	559	1 086	467	619	296	311.6
1910	42 925	1 117	456	661	1 335	569	766	318	284.7
1911	44 291	1 180	503	677	1 236	485	751	355	300.8
1915	46 259	1 455	621	655	1 144	475	549	273	187.6
1916	36 939	1 210	546	485	1 115	443	560	297	245.5
1917	38 128	1 321	618	539	1 085	489	461	268	202.9
1918	39 357	1 300	620	532	1 113	449	541	304	233.8
1919	40 630	1 274	562	568	1 408	654	571	295	231.5
1920	38 912	1 302	595	537	1 176	497	524	295	226.6
1921	39 688	1 391	710	533	1 044	463	487	283	203.5
1922	40 474	1 366	601	765	1 053	499	554	271	198.4
1923	41 255	1 357	662	695	1 360	777	583	347	255.7
1924	42 036	1 301	611	690	989	420	569	250	192.2
1925	42 817	1 711	823	888	822	400	422	219	128.0
1926	43 598	1 537	783	754	905	520	385	248	161.4
1927	45 199	1 367	805	562	746	457	289	202	147.8
1928	46 630	1 343	769	574	787	485	302	224	166.8
1929	34 926	1 283	709	574	672	484	188	210	163.7

Fuente: Elaboración propia a partir del AE, 1887-1929.

El problema del agua

En la Provincia de Tacna las enfermedades infantiles estuvieron condicionadas por la escasez de agua propia del desierto. A esa privación “natural” se sumó la ausencia de obras modernas de ingeniería que favorecieran un abastecimiento hídrico democratizado.

Como sostuvo el médico Pedro Ferrer Rodríguez, Tacna utilizaba el agua del Río Caplina y del canal Uchusuma para el consumo humano las que se depositaban en cinco estanques para su decantación (Ferrer, 1911, p. 141). Las aguas del Uchusuma también se utilizaban para el regadío del valle de Tacna, estando establecida su reglamentación desde tiempos coloniales (Sección colonización, MINREL, vol. 1879, Santiago, 16/12/1914, f. 4). Sus aguas, de acuerdo con un ingeniero en minas que estudió la zona podía ser

de buena calidad si se aireaba hasta oxidar el ácido sulfúrico (Orrego, 1910).

La ciudad de Tacna contaba con instalaciones de higiene y salubridad precarias que afectaban la salud de sus habitantes. Los niños tenían dificultades para mantenerse saludables porque consumían aguas “que rara vez están libres de sospecha de estar contaminadas” (*El Pacífico*, Tacna, 14/2/1917). Su consumo antihigiénico enfermaba, transformándola en un brebaje mortífero y en un agente infeccioso. Por ello, una de las prioridades de las autoridades sanitarias fue mejorar los suministros de agua para restringir el impacto de las afecciones estomacales en los niños. El ministro del Perú en Chile, Cesáreo Chacaltana, en una nota enviada al canciller chileno Emilio Bello Codecido en 1900, le recordó la urgencia de llamar al plebiscito y no efectuar medidas de carácter “trascendental” como la implementación del servicio de agua potable en Tacna (Chile, 1924, p. 191)

La calidad baja del agua fue acusada por la prensa quien criticó su composición bacteriana favorable a la proliferación de la fiebre tifoidea (*El Pacífico*, Tacna, 4/2/1918). El líquido se conservaba en estanques sucios sin un proceso intensivo de limpieza. El agua recorría los barrios por medio de acequias donde “se agregaban sustancias o elementos contaminantes” (Orrego, 1910, p. 41). Como aseveró un medio, “las deyecciones de un tifoso que lleguen directa o indirectamente a cualquier punto de esa corriente bastarán para diseminar la enfermedad” (*El Pacífico*, Tacna, 13/1/1903). Así, los gérmenes que producían el contagio podían ingresar en los alimentos regados con el líquido. Contra sus efectos, se establecieron campañas de higienización, filtrado y hervido del agua.

Posteriormente, se hicieron en Tacna diversos estudios para establecer un sistema moderno de agua potable, los que fueron retrasados en 1912 por no contar con el capital necesario. De todos modos, gracias a la insistencia del intendente se obtuvieron del Estado dieciséis mil pesos para continuar analizando qué medidas sanitarias tomar (Sección colonización, MINREL, vol. 1797, Santiago, 17/5/1913, f. 165 y 28/8/1913, f. 314). Dos años después, la emigración de obreros chilenos hacia las zonas salitreras permitió al intendente visualizar la importancia de apurar las obras de agua potable en Tacna como forma de mantenerlos en la ciudad (Sección colonización, MINREL, vol. 1879, Santiago, 8/6/1914, f. 160). La ciudad en 1923 contaba con siete estanques, filtros y una red de cañerías “completa” (Chile, 1924, p. 717).

En Arica, la falta de agua de buena calidad para su consumo cotidiano permitió la proliferación de enfermedades diarreicas, como la fiebre tifoidea. Mientras aquellas aparecieron durante los meses cálidos, los brotes de alfombrilla y sarampión fueron comunes en los fríos (*La Aurora*, Arica, 28/5/1920). Esas circunstancias favorecieron que desde comienzos de la administración chilena se demostrara preocupación hacia el problema del agua. Por ejemplo, un documento de la gobernación de 1888 informó del problema del agua de pozos de la ciudad al Ministerio del Interior. Llama la atención el interés del gobernador hacia comentarios que afirmaban “que antiguamente el agua de Arica era tan agradable y de tan excelentes condiciones higiénicas, que hay versiones que afirman que el nombre del mismo puerto se debió a esas circunstancias: Arica quiere decir agua rica” (Anotaciones relativas a Municipalidad, Beneficencia, Correos y Telégrafos en el Departamento de Arica, Fondo Intendencia de Tacna y Gobernación de Arica [en adelante FITGA], vol. 291, Arica, 14/4/1888, f. 194). Esa fortuna, más imaginaria que real, había cambiado al extremo que el agua ariqueña contenía sales de disolución e infiltraciones de las letrinas que la transformaban en una causa común

de enfermedades (*El Ferrocarril*, Arica, 13/4/1912 y 21/2/1913). Por esa razón la autoridad sugirió abrir pozos en la periferia de la ciudad y distribuirla por medio de cañerías, calculando el costo del trabajo en un máximo de quince mil pesos. Esa propuesta sanitaria tardaría décadas en materializarse.

El agua aún se obtenía de pozos públicos a la intemperie hacia 1912, careciendo la mayoría de la población de ésta en estado potable en sus hogares. Con la intención de higienizarla, la Municipalidad concedió un permiso a la compañía Sir John Jackson Chile Ltda. para tender una cañería desde el sector de Chinchorro hasta un estanque construido al pie del Morro (*El Ferrocarril*, Arica, 24/2/1912). Este servicio no satisfizo las necesidades de la población.

El médico Conrado Ríos Venegas, después de practicar un análisis químico del agua consumida por la población, la catalogó de mala y “sospechosa en cuanto a anhídrido nítrico, amoniaco libre, cal, magnesia y durezas total y permanente” (Ríos, 1914, p. 30). Es posible que sus investigaciones, sumadas con el peligro del brote de fiebre amarilla de 1913, alertaran al Ministerio de Industria y Obras Públicas para agilizar los arreglos que dotasen de agua al pueblo que vivía “en pésimas condiciones higiénicas [...] sin desagües ni agua potable de buena calidad” (Sección colonización, MINREL, vol. 1797, Santiago, 19/3/1913, f. 98).

El plan, que consistía en tomar 300 metros cúbicos del agua utilizada por el ferrocarril de Arica a La Paz, no contó con los fondos públicos necesarios para su implementación, pero sí para continuar un estudio comenzado por el ingeniero Alfredo Campaña (Sección colonización, MINREL, vol. 1797, Santiago, 17/5/1913, f. 165 y 28/8/1913, f. 314). A mediados de 1914 la Municipalidad continuaba solicitando al gobierno el beneplácito para utilizar el agua del ferrocarril, ya que la bebida por la población era “de la peor clase por su composición y por la forma en que extrae de los pozos” (Sección colonización, MINREL, vol. 1879, Santiago, 30/6/1914, f. 176).

Por su cuenta, el gobernador Luis Arteaga continuaba rogando al gobierno de Ramón Barros Luco comenzar las obras para obtener agua potable y así promover el asentamiento de obreros chilenos que, debido a la carestía de trabajo, estaban despoblando la ciudad (Sección colonización, MINREL, vol. 1879, Santiago, 30/6/1914, f. 178). La gravedad de la salud ariqueña no conmovió a las autoridades centrales. Varios años después, en 1922, se envió al ingeniero Sergio Riveros para confeccionar un estudio “definitivo” con el objetivo de que Arica contase con agua potable. El canciller chileno, Ernesto Barros Jarpa, presionó para efectuar la obra, pues por entonces Chile debatía con Perú en Washington la

tenencia definitiva de la provincia. Es posible que, por lo mismo, el Estado destinara ciento ochenta mil pesos para continuar estudiando cómo dotar de agua potable a la ciudad (*El Ferrocarril*, Arica, 6/6/1923). Finalmente, el Estado ordenó a la población efectuar las instalaciones de los artefactos necesarios para la recepción de agua potable en sus casas. El llamado tuvo poca acogida por parte de los habitantes. La Municipalidad, aplaudida por la prensa, tuvo que “actuar con mano firme contra los propietarios reacios [...] pues un porcentaje pequeño ha dado cumplimiento a la ley” (*El Ferrocarril*, Arica, 24/8/1926).

Al problema anterior se sumaba que el agua en Arica, donde la malaria era endémica, ponía en contacto obligado a las personas con los pozos donde crecían los anófeles. Esta enfermedad fue agravada por la carencia de obras de saneamiento, aplazadas hasta los años veinte. El principal lugar de reproducción del zancudo eran Las Chimbas, unas tierras de cultivo cercanas a la ciudad donde abundaban las aguas estancadas y crecían los cultivos que abastecían de alimentos a la población (*El Ferrocarril*, Arica, 1/4/1912). Para el médico Juan Noé Crevani, quien desde 1913 se interesó por la malaria en Arica (Sección colonización, MINREL, vol. 1797, Santiago, 19/3/1913, f. 96), ésta padecía de “paludismo grave”, de acuerdo a la clasificación epidemiológica europea (*La Aurora*, Arica, 13/10/1917). Casi una década después, la Municipalidad decretó disecar ese pantanal (*La Aurora*, Arica, 12/3/1922). Otro punto en la provincia afectado por la terciana fue Sama, donde se encontraba el Resguardo de la frontera con Perú. Allí los guardianes rehusaban trabajar por temor de ser “atacados por la terciana, enfermedad que periódicamente se presenta en aquellas regiones” (Sección colonización, MINREL, vol. 1797, Viña del Mar, 27/2/1913, f. 63).

Las obras públicas que impactaron positivamente en la salubridad de la Provincia de Tacna se edificaron de manera parsimoniosa. Durante este período, los infantes vivieron en entornos precarios que los predispusieron a enfermar. La escasez de agua potable y el sistema de acequias descuidado favoreció la difusión de gérmenes, propagación pernicioso que se mantuvo hasta la instalación posterior del alcantarillado.

El problema lácteo

En Tacna, la grandilocuencia periodística bautizó a la leche de vaca como “el azote de la niñez” por ser una de las principales causas de la mortalidad infantil (*El Pacífico*, Tacna, 6/2/1914). Ésta, uno de los alimentos indispensables para los niños, corría grandes riesgos de contaminarse y descomponerse durante el proceso de obtención, tratamiento y distribución. Esa alteración tuvo su correlato

con el subdesarrollo de la pequeña industria lechera y la cobertura parcial del producto en la ciudad (*El Pacífico*, Tacna, 22/11/1927). Las salas de ordeño carecían de agua potable para asear los baldes contaminados con estiércol, tierra, pelos, hojas, insectos, etc., utilizados por ordeñadores que eludían la fiscalización. La sanidad del ganado lechero, para colmo, padecía frecuentemente de tuberculosis.

Fuera de los establos, algunos vendedores a domicilio adulteraban el producto y escapaban a la vigilancia del Inspector de Líquidos de la Municipalidad quien contaba con un lactoscopio de Feser (*El Pacífico*, Tacna, 3/4/1906; *El Pacífico*, Tacna, 3/12/1907; *El Pacífico*, Tacna, 5/6/1909). Gracias a éste, por ejemplo, pudo denunciarse a las comerciantes Carmen Berríos y Elvira Pizarro. El tribunal de justicia de Tacna las castigó con una multa; la prensa opinó: “Parece que las vendedoras que fueron sorprendidas y algunas otras estaban ya habituadas a estafar de este modo al público [...] a quien prevenimos hagan el denuncia correspondiente” (*El Pacífico*, Tacna, 13/5/1909). Uno de los grupos sociales más afectados por estas prácticas fue el pueblo, quien careció de los recursos para conseguir lácteos higiénicos. Contra eso, tiempo antes se había abierto un registro con los nombres de los dueños de las lecherías, la cantidad que vendían y la dirección de los compradores (*El Pacífico*, Tacna, 21/1/1902).

Tacna, debido a su reincorporación al Perú en 1929, no alcanzó a modificar las prácticas de su industria lechera prescritas por la Ley de Pasteurización de 1930. Es llamativo que poco tiempo antes hubiese críticas a su mala calidad, responsabilizándola de las enfermedades digestivas en los niños y sugiriendo aumentar “su coeficiente de pureza” (*El Pacífico*, Tacna, 10/2/1928).

En Arica la relación de la leche con la comunidad fue similar. Un caso excepcional, eso sí, fue el empoderamiento vecinal de 1906 para exigir a la autoridad que las lecherías del centro urbano fuesen desplazadas hacia la periferia. Ese desplazamiento buscaba impedir que durante los brotes epidémicos caniculares los insectos actuaran como transmisores de enfermedades y detener la diseminación del olor fétido emanado por las lecherías (*El Ferrocarril*, Arica, 30/9/1912).

A comienzos de los años veinte se intentó mejorar los defectos productivos del líquido refrigerándolo. Un par de años antes, la venta de leche adulterada con agua era “normal”, aunque las autoridades estaban conscientes que así perdía sus propiedades nutritivas (*El Ferrocarril*, Arica, 20/10/1917). Pasado el tiempo, el Consejo Departamental de Higiene, dadas las denuncias por la falta de limpieza de la leche, aumentó la fiscalización de los lugares de venta de alimentos, a lo que se sumó el decreto municipal para examinarla antes de su consumo (*El Pacífico*, Tacna, 10/8/1921; *El Ferrocarril*, Arica, 15/2/1922).

Con la Ley de Pasteurización de la Leche de 1930, ese proceso sanitario, descubierto por Louis Pasteur en 1864, fue obligatorio. La ley estableció un conjunto de controles a los distribuidores, ordenando fiscalizar los establos de producción de leche, los métodos de calentamiento para destruir gérmenes infecciosos y los sistemas de refrigeración. Hasta entonces, la leche era un alimento conductor de microbios y su consumo repercutía negativamente en la salud infantil. La nueva legislación, a pesar de evidenciar el atraso de los parlamentarios chilenos en comparación con los europeos sobre la importancia de la pasteurización, inauguró una etapa de transformaciones fundamentales en la industria y comercio lácteo que redujeron, en definitiva, las enfermedades en la niñez.

La apertura de espacios infantiles en los hospitales

Los hospitales, hasta inicios del siglo veinte, sólo trataban adultos y sus médicos adolecían, en gran medida, de ignorancia sobre las enfermedades infantiles. Para ellos, la mortalidad infantil alta guardaba relación con ese desconocimiento, el que se traducía en la ausencia de establecimientos destinados a la salud de los menores (Ávila, 1997; Armus, 2002; Vargas, 2002, Rodríguez, 2003). Además, al no estar constituido el niño como “objeto” de la medicina, se produjo un divorcio entre el conocimiento científico del área médica y el conocimiento de sentido común de los habitantes para cuidar la lozanía de los menores. Un buen ejemplo de ese desacoplamiento fue el desconocimiento de cuáles eran los cuadros clínicos del niño que requerían su traslado al hospital, cuestión que cambió pasado el tiempo, cuando los médicos concordaron en que sus observaciones —exclusivamente— eran fundamentales para tratar las enfermedades infantiles (Torres, 1926, p. 263).

El Hospital San Ramón de Tacna, fundado en 1849, no contaba con espacios para niños hacia 1900. A la sazón, muchos niños no recibían una asistencia médica adecuada, porque padecían enfermedades que requerían tratamientos sofisticados o porque, en ocasiones, sus padres desconfiaban de la eficacia médica. Por eso un grupo de vecinos comenzó a recolectar los fondos necesarios para construir una sala infantil en 1902, recibiendo el apoyo de un comité de señoras que recaudó fondos entre los habitantes a través de erogaciones. La presentación de la compañía de teatro “Perlá” permitió reunir más de trescientos pesos que fueron entregados por Conrado Ríos al administrador del nosocomio (*El Pacífico*, Tacna, 15/5/1902; *El Pacífico*, Tacna, 28/7/1902).

La sala fue pensada para niños de entre tres y diez años, a pesar de la alta tasa de mortalidad infantil

(*El Pacífico*, Tacna, 11/3/1903). Los médicos aseguraron que se entregaría una atención científica y moderna a los enfermos, difundiendo además entre las madres métodos alimentarios y de medicación apropiados para cuidar a sus hijos. Los traspies, no obstante, llegaron pronto. Dado su presupuesto reducido, la Junta de Beneficencia no pudo contribuir permanentemente con recursos para la sala. Así, pues, mediante la prensa tuvo que hacer un llamado solicitando ropa para distribuirla entre “los pobrecitos [niños] cubiertos de andrajos que van continuamente a pedir refugio en aquel asilo de caridad” (*La Voz del Sur*, Tacna, 16/8/1905).

La creación de la sección no significó una modificación inmediata en las ideas sobre las enfermedades infantiles y sus cuidados, pues su instalación no promovió que las personas acudieran con sus niños allí al comienzo de las afecciones. Según los datos del *AE* de 1909, en Tacna los niños atendidos fueron 6 (de 0 a 1 año), 13 (de 1 a 2 años), 14 (de 3 a 5 años) y 79 (de 6 a 10 años). Bajo la administración de Cipriano Avello, en 1916 los problemas materiales continuaron y, como afirmó un periódico con ironía, esporádicamente había niños atendidos, tal vez porque nadie se enfermaba o porque nadie los llevaba al hospital (*El Pacífico*, Tacna 28/1/1916). El reportaje afirmó que el pabellón para niños aún no prestaba servicios (refiriéndose posiblemente a un pabellón diferente al de 1902).

El Hospital San Juan de Dios de Arica, fundado en 1577, también estuvo administrado por una Junta de Beneficencia. Sus funcionarios eran médicos y religiosas. Los tratamientos extensos y las cirugías, en la mayoría de los casos, concluían con la muerte de los pacientes por las infecciones contraídas allí debido al desconocimiento de los principios de asepsia (Varas, 1922, p. 77). Aunque adolecía de un lugar para tratar enfermedades infantiles, contaba hacia 1923, entre otros espacios, con un pabellón de cirugía y rayos X, sección para tuberculosos, morgue y maternidad (*El Pacífico*, Tacna, 13/9/1923).

Ésta, abierta por la Junta en 1914 y de acuerdo a su visión asistencialista, fue pensada para las mujeres pobres. Un año después, el capital reunido mediante la caridad se agotó perjudicando la finalización de la obra. Luis Arteaga, presidente de la Junta, y Arturo Gallo, administrador del Hospital, por medio de la prensa solicitaron ayuda económica a los lectores (*El Ferrocarril*, Arica, 15/2/1916). Si bien en la sala se aplicaron conocimientos obstétricos estos no parecieron influir directamente en la disminución de mortalidad infantil (ver tabla 1). Por otro lado, al igual que en el resto del país, la maternidad favoreció el surgimiento de la obstetricia desarrollada por médicos y matronas y afectó el oficio de las parteras (Zárate, 2007).

Los hogares de los niños también fueron sugeridos por los médicos para tratar sus enfermedades, sobre

todo si se trataba de sospechosos de padecer afecciones infectocontagiosas. Un cambio importante en esa medida produjo la creación del Lazareto moderno en 1907 que reemplazaba a uno antiguo levantado por la administración peruana. Un caso ejemplificador aparece en un reconocimiento de cadáver efectuado por Ríos dentro de un hogar donde encontró un niño con cuarenta grados de temperatura. Según prescribió, el menor sería sometido a observación, pero si empeoraba ingresaría al lazareto. Días después la familia ofreció resistencia para el traslado del menor, valorándose la posibilidad de aplicarle la Ley de Policía Sanitaria (Informe del médico Conrado Ríos dirigido al Gobernador, FITGA, vol. 192, Arica, 6/10/1904, s/f). En ese lugar fue común internar niños con peste bubónica, como fue el caso de Guillermo Maturana (6 años), muerto por esa razón, y María, Catalina y José González (de 8, 4 y 2 años correspondientemente), hijastros de José Soto, un lluteño inoculado (Informes del médico Conrado Ríos dirigidos al Gobernador, FITGA, vol. 192, Arica 4/10/1904, s/f; FITGA, vol. 192, Arica, 8/10/1904, s/f; FITGA, vol. 192, Arica 6/11/1904, s/f).

En Chile, los dispensarios también favorecieron la salud infantil. Estos espacios fueron instalaciones anexas al hospital que brindaban atención médica a los enfermos de gravedad menor. Mediante esa red asistencial se logró satisfacer las demandas de alimentación, vestuario y medicamentos para los niños empobrecidos de la sociedad. Particularmente en Santiago, el doctor Emilio Croizet, en una conferencia dada en la Universidad de Santiago, explicó que una de las causas más importante de la mortalidad infantil era la alimentación insalubre. Para él era necesario enseñar a las madres puericultura y, por medio de los dispensarios, educar para un aumento de la calidad de vida (*El Ferrocarril*, Arica, 4/5/1923).

En Arica, el primer dispensario del que tenemos registro fue fundado por el doctor Conrado Ríos Venegas en 1915. Éste, al parecer, dejó de funcionar con el tiempo. Luego, el 25 de febrero de 1921 la Cruz Roja fundó otro que también estuvo pensado para favorecer la salud infantil de los más desamparados. La atención médica estuvo a cargo del doctor Marcos Dávila. El edificio estuvo dividido en dos secciones: una para las consultas y otra para las curaciones. El dispensario negoció con la farmacia Copaja & Camasio un descuento considerable para los enfermos pobres. Un informe de prensa sobre el dispensario publicado el 2 de julio de 1921, un poco más de cuatro meses desde su apertura, dio a conocer que el libro de estadísticas de la institución tenía apuntado el nombre de todos los atendidos (en la actualidad se desconoce el destino de ese documento histórico). Un dato importante que se desprende del análisis estadístico fue que cada viernes la población interesada en examinar

su salud aumentaba. Desde un aspecto organizativo, los funcionarios del dispensario entregaban un número de atención a los enfermos para respetar el orden de llegada. Al dispensario, leemos en la noticia, “concurren guaguas de corta edad, niños, hombres y mujeres y todos con diversas enfermedades” (*El Ferrocarril*, Arica, 2/7/1921). El centro de atención médica, ante determinadas coyunturas sanitarias, prestó auxilios al hospital. Por ejemplo, con motivo de una epidemia de viruela que se desarrolló en Iquique ese mismo año, vacunó a más de seiscientas personas contra ésta. También se entregaba quinina para los palúdicos. El trabajo de apoyo a Dávila estuvo dividido en turnos y recayó en manos de mujeres de la clase alta local (las señoras de Nita, de Otonol, de Flores, de Valdés, de del Pino, de Fuenzalida, de Girard, de Frenutergy y las señoras González, Muñoz, Barrón, entre otras). El mismo Dávila dos veces al mes ofrecía conferencias a las socias de la Cruz Roja sobre los avances científicos de la medicina. Gracias a su proactividad, también se implementó una sección de maternidad la que estuvo a cargo de la obstetra Julia Yupanqui. Pasado el tiempo, durante abril de 1923 el Dispensario de la Cruz Roja cerró sus puertas por falta de dinero, paradójicamente, justo durante el aumento de enfermos de paludismo y tuberculosis. Un medio de comunicación guardaba la esperanza de que la Cruz Roja hiciera su reapertura con fondos reunidos mediante “un concierto de beneficio para el cual la sociedad de Arica estará siempre presurosa a concurrir” (*El Ferrocarril*, Arica, 11/4/1923).

Casi una década después el Rotary Club inició una campaña para construir en los hospitales de Tacna y Arica pabellones infantiles. Como no contaba con más capital que el donado por los comerciantes, para reunir dinero efectuaron funciones teatrales y la rifa de un vehículo (*El Pacífico*, Tacna, 9/2/1928). Su construcción transformó los hábitos sobre cómo curar la enfermedad, puesto que hasta entonces la mayoría de los niños enfermos no recibían recomendaciones médicas posteriores. Mucho tiempo antes, el médico Ricardo Dávila había sugerido en Santiago construir esas salas para disminuir la mortalidad infantil, salvando “las tres cuartas partes de los niños que perecen abandonados en sus enfermedades” (Dávila, 1899, p. 366).

En la Provincia de Tacna, la asistencia infantil en los hospitales fue reducida (tabla 2). Si bien el número de enfermos asistidos y recuperados aumentó continuamente, la cantidad de infantes recuperados y muertos, al compararla con las cifras totales, muestra que un número alto de ellos falleció sin asistencia médica. Esto impidió precisar los cuadros clínicos que produjeron los decesos y generar métodos eficaces para combatir la muerte (Chávez y Soto, 2019, p. 162-166). En porcentajes, la cantidad de infantes tratados en los hospitales no superó el 3% del total de asistidos.

En cuanto a los fallecimientos en hospitales, hubo años con cero muertos (1922, 1924, 1925 y 1927) y otros que nunca superaron dos dígitos. Esa cuenta, por supuesto, no significa que los hospitales tuviesen un desempeño exitoso, sino más bien revela un uso escaso por parte de los padres de los enfermos. Dicha actitud fue producida por la baja correlación entre el padecimiento de los síntomas de la enfermedad y el traslado del niño al recinto hospitalario. Además, el consumo de fármacos no estaba generalizado en la población por su precio en el mercado, o, cuando se disponía de éstos, por el incumplimiento de una rutina de consumo.

La falta de hospitales con instalaciones para la infancia incidió en la popularidad de los curanderos quienes les recetaban sanalotos. Los efectos fatales de las prácticas de los curanderos fueron una de las principales causas de mortandad. La mayoría de sus tratamientos, caseros y carentes de métodos de higiene, gozaban de buena acogida entre los habitantes desde tiempos remotos. Esta especie de

alianza social entre curanderos y enfermos fue fortalecida por el número bajo de médicos en la frontera y, puntualmente, peditras, esta última especialidad aún en proceso de formación (Abbott, 1988, p. 33-40; Torstendahl y Burrage, 1990; Broman, 1995; Palma y Ragas, 2018, p. 164; 2019, p. 3). Los médicos y parte de la prensa ilustrada catalogaron de “plaga” a los curanderos y brujos que ayudaban a los “ignorantes” del pueblo, cobrándoles más caro que los médicos y despachándolos “al otro mundo con los originales procedimientos y brebajes que emplean” (*La Voz del Sur*, Tacna, 19/4/1898). En Tacna, por ejemplo, una curandera clandestina que atendió a un recién nacido fue denunciada, porque ella “recetó que se diera a beber a la enferma el agua donde se lavaba la ropa usada por ésta. Como es de suponerlo, la criatura murió a consecuencia de tan inmundada bebida” (*El Pacífico*, Tacna, septiembre 25/9/1911).

Contra ese stock de pócimas, los medicamentos científicos y alimentos infantiles, a juzgar por la publici-

Tabla 2: Asistencia de adultos y niños en el hospital del departamento de Tacna y de Arica

Año	Total de asistidos	Total asistidos Arica	Total de asistidos Tacna	Enfermos totales dados de alta	Enfermos totales dados de alta Arica	Enfermos totales dados de alta Tacna	Enfermos dados de alta infantes	Total de fallecidos	Total de fallecidos Arica	Total de fallecidos Tacna	Fallecidos infantes
1908	1 979	882	1 097	1 701	796	905	31	187	57	130	2
1909	2 939	1 717	1 222	2 641	1 617	1 024	34	183	53	130	3
1910	2 959	1 554	1 405	2 590	1 412	1 178	38	247	78	169	11
1911	3 651	2 391	1 260	3 279	2 260	1 019	24	213	56	157	-
1912	3 350	2 325	1 025	2 995	2 064	931	17	178	48	130	2
1913	2 816	1 824	992	2 429	1 574	855	0	197	55	142	2
1916	2 045	1 192	853	1 878	1 022	856	52	199	63	136	3
1917	2 352	1 212	1 140	2 007	1 057	950	49	168	64	104	1
1918	2 823	1 454	1 369	2 473	1 302	1 171	54	179	76	103	5
1921	2 980	1 535	1 445	2 626	1 382	1 244	22	170	73	97	2
1922	2 978	1 697	1 281	2 624	1 065	1 559	15	168	66	102	0
1923	3 627	1 826	1 801	3 262	1 684	1 578	46	199	69	130	8
1924	3 208	1 662	1 546	2 855	1 517	1 338	70	134	54	80	0
1925	4 058	2 225	1 833	3 653	2 030	1 623	32	175	72	103	0
1926	3 956	2 175	1 781	3 556	2 191	1 365	61	143	61	82	1
1927	3 628	1 995	1 633	3 284	2 010	1 274	15	130	58	72	0
1928	3 346	1 840	1 506	3 107	1 902	1 205	28	127	65	62	4
1929	2 872	2 463	409	2 756	2 326	430	27	115	75	40	2

Fuente: Elaboración propia a partir del AE, 1908-1929.

dad, fueron comunes desde finales del siglo diecinueve. La propaganda reflejó la necesidad de posicionarlos como los únicos complementos válidos de los tratamientos. En paralelo, los médicos, farmacéuticos, matronas y catedráticos (en Santiago) reforzaban los atributos curativos de los productos divulgados. Los tónicos alimenticios fueron recetados para tratar enfermedades, reducir problemas de nutrición y fortalecer las defensas infantiles. La “Emulsión Scott”, por mencionar una, curaba la tisis, la anemia, la debilidad general, la escrófula, el reumatismo, la tos, el raquitismo y “todas las enfermedades en que haya inflamación de la garganta y los pulmones, decaimiento general y debilidad nerviosa” (*La Voz del Sur*, Tacna, 20/1/1894). El médico cubano Joaquín Dueñas y el chileno León Fuentes certificaban su uso entre los niños por las propiedades del aceite de hígado de bacalao (*La Voz del Sur*, Tacna, 10/4/1894; *El Morro de Arica*, Arica, 13/3/1907).

La prensa también reprodujo los servicios de las matronas, médicas y amas de leche. Las primeras informaron su procedencia académica, sus horarios y, generalmente, el aviso de atención gratuita para los pobres. Aseguraban contar en sus casas con cuartos cómodos y limpios. Por su parte, la doctora Fresia Rosas de Behm trataba partos y enfermedades de señoras y niños. Las amas de leche, al contrario, eran solicitadas por medio de la prensa.

La apertura de espacios infantiles en los hospitales de la provincia produjo una ruptura en las prácticas médicas. Gracias a ésta, se produjeron nuevos conocimientos pediátricos sobre la salud y enfermedad infantil. Esos espacios permitieron, a su vez, la difusión práctica y discursiva de la medicina científica y los cuidados preventivos ante las enfermedades mediante la entrega de alimentos, vacunas y medicamentos.

Las casas de los “pobres”

En el caso de Tacna, una de las descripciones médicas que permiten ingresar al espacio privado del hogar fue redactada por uno de los pocos médicos nacidos en la zona. Para Abel Garibaldi, en un trabajo dedicado a las alumnas de la Cruz Roja de Tacna, la envergadura de la mortalidad infantil en Chile podía explicarse por el estado sanitario de los conventillos. Dentro de las habitaciones más miserables, sin iluminación ni ventilación, donde reinaba una vergonzosa promiscuidad desmoralizante entre adultos y niños, vivían mujeres desnutridas que parían niños con debilidad congénita (*El Pacífico*, Tacna, 29/3/1927).

En esos tabucos florecían las enfermedades, porque, entre otras cosas, carecían de agua potable y desagüe. Para Ríos y sus ayudantes Marín, Muena y Rowe, las

edificaciones ruinosas de Tacna le daban el aspecto de “una antigua ciudad, llena de edificios vetustos, faltos éstos de aseo y sin las reglas más elementales de higiene”, siendo los “tambos” (hospedajes económicos donde se vendía comida) “focos de pestilencia y mugre, de donde arrancan su origen, muy probablemente, las epidemias” (Informe de la visita médica desarrollada por Conrado Ríos y dirigida al Intendente de la Provincia, FITGA, vol. 48, Arica, 30/3/1915, s/f).

Para la prensa clasista esos “antros infectos” donde el “populacho” demostraba su ignorancia en temas higiénicos devenían peligrosos en la eventualidad de una epidemia. El pueblo “inculto”, compuesto por las familias obreras, estaba entregado a su desorden sin esforzarse por superar su condición, habitando “inmundos conventillos [donde] no se conoce ni el más insignificante precepto de la higiene” (*El Pacífico*, Tacna, 17/2/1917). Con tono similar, Ríos, después de una visita a Tacna, sugirió al intendente prohibir los velorios donde se congregaban los “ignorantes” a beber y emborracharse al lado de los muertos. Cuando éstos eran párvulos, afirmó el médico, era peor porque “no [los] sepultan sus deudos sino más allá de los plazos reglamentarios” (Informe de la visita médica desarrollada por Conrado Ríos y dirigida al Intendente de la Provincia, FITGA, vol. 48, Arica, 30/3/1915, s/f).

En Arica las viviendas donde habitó el bajo pueblo eran precarias y carentes de infraestructura sanitaria. El alcantarillado comenzó a instalarse en 1915, pero fue paralizado debido a un ajuste económico en Chile producido por la Guerra Mundial. Puertas adentro, el hacinamiento impedía la ventilación, favoreciendo la dispersión de las enfermedades contagiosas (Altamirano, 1895, p. 9). En los valles cercanos a la ciudad, de acuerdo con las descripciones del médico Miguel Massa, la situación era espantosa. Algunas casas eran “ranchos construidos de cañaverl a veces embarrados por fuera, con techumbre del mismo material; oscuras, mal olientes [donde] se conglomeran las personas y no raras veces, perros” (Massa, 1919, p. 36).

Un par de imágenes confeccionadas por niños –de las pocas resguardadas en archivos con material de Tacna y Arica– relacionadas con las representaciones mentales de su entorno por medio del dibujo, pueden apreciarse en las figuras 2 y 3. La primera es valiosa, porque, a pesar de su sencillez estética (el niño Zavala bordeaba los diez años), muestra una casa de confección humilde y con una arquitectura propia de los hogares construidos de manera autónoma por los habitantes. La infraestructura se compone de dos espacios diferenciados por la accesibilidad de personas y los dispositivos de ventilación (puerta y ventanas). Cabe destacar el material del techo que pudo haber sido paja u otros, acusados en

las descripciones de Massa. Además, sin abusar de la interpretación del croquis, es posible notar la ausencia de la conexión de la vivienda con los sistemas modernos de higiene (alcantarillado y agua potable) por entonces en construcción. En el mismo sentido, la imaginación infantil plasmó sobre papel su visión de un animal de difícil distinción. Como se aprecia en el dibujo, éste tiene algunas características de bípedos alados típicos de la zona de estudio (pelícanos, cormoranes y patos). Llama la atención, sobre todo, la mirada ladina del animal y la connotación de desaseo y desaliño que le dio el menor. Las dos últimas son relevantes desde una perspectiva higiénica en la medida que la cohabitación de espacios entre niños y animales fue varias veces criticada por los médicos como una práctica propia en los hogares de pobres la que favorecía los contagios parasitarios que afectaban a los infantes.

Por otro lado, mientras los médicos atribuyeron la mala salud infantil al entorno humano y material, algunas reseñas de la prensa sobre las viviendas afirmaban la relación inmundicia-mortalidad prematura. Por ejemplo, durante un período con una muerte diaria de dos o tres niños menores de cuatro años, un diario afirmó que, según sus apellidos, “pertenecen a las clases populares y por consiguiente sin recursos y, lo que es más grave, sin nociones mínimas de higiene” (*La Aurora*, Arica, 22/2/1917).

En la práctica, la Provincia de Tacna intentó sin éxito ser reformada en su aspecto habitacional mediante dos leyes promulgadas por estos años en el país. Una de ellas fue la Ley de Municipalidades, la cual otorgó a los funcionarios de esa institución la realización de visitas domiciliarias para poner en práctica, de ser meritorio, la desinfección y la demolición de murallas en ruinas. A la par, mediante la Ley de Habitaciones Obreras (Chile, 1906) se tuvo la facultad de declarar casas inhabitables e insalubres.

Niños enfermos, madres “ignorantes”

Desde tiempos remotos la mortalidad de la niñez fue achacada a las madres “irresponsables” que ignoraban cómo alimentar y mantener sanos a los recién nacidos. En Chile, ese discurso hegemónico parece estar en la base de la Ley n.º 2675 sobre Protección a la Infancia Desvalida en 1912, la creación del Consejo Superior de Protección a la Infancia (CSPI) en 1913 y la Ley de Sala Cuna en 1917. La acción del CSPI, aunque con dificultades, cubrió gran parte del territorio nacional.

En la Provincia de Tacna, por ejemplo, los oficiales civiles recibieron de parte de Valentín del Campo, director de la OCE, una circular para combatir la mortalidad infantil que alcanzaba el 48% del total de los nacidos vivos. Esa circunstancia hizo que, en trabajo mancomunado, la OCE y el CSPI hicieran saber a las madres “la manera de criar a sus hijos [distribuyendo] profusamente en el país hojas impresas conteniendo consejos claros y sencillos sobre el particular” (*El Pacífico*, Tacna, 23/4/1915). Estas medidas se sumaron a la enseñanza de nociones de puericultura y métodos de nutrición para mejorar la resistencia a las enfermedades digestivas de los neonatos, así como también el estudio en cada departamento de los establecimientos públicos o privados que podían utilizarse como escuelas de reforma o asilos de los niños (*El Pacífico*, Tacna, 10/12/1913).

Los médicos creyeron que, a través de la educación, ilustrarían a las madres acerca del desarrollo normal del lactante, la alimentación correcta, la prevención frente a enfermedades y la asistencia a controles médicos periódicos. De esta forma, las instituciones médicas como las Gotas de Leche, consultorios y salas de maternidad, constituyeron puntos de encuentro entre los especialistas

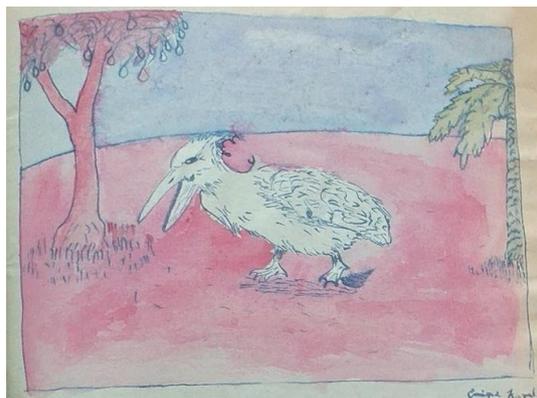
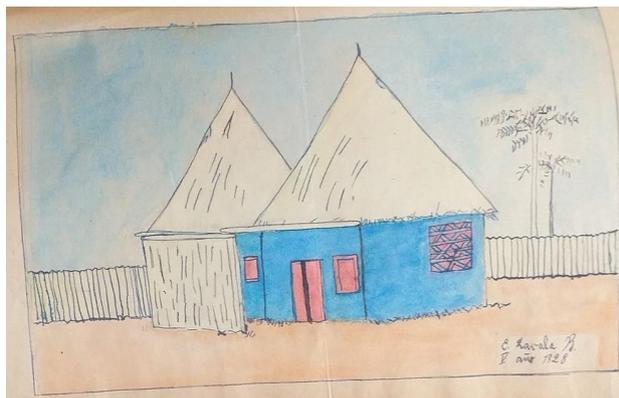


Figura 2 y 3. Dibujos del niño E. Zavala R., alumno de la Escuela Modelo de Arica (1928)
Fuente: Sección colonización, MINREL, vol. 2696, Arica, 17/12/1928, s/f.

y las mujeres, donde se fomentó la ventaja de la lactancia materna sobre otros alimentos. Sin embargo, de acuerdo al parecer del profesor Aníbal Celedón, las madres alimentaban a sus hijos inadecuadamente sometiéndolos a condiciones duras sin “un régimen de higiene y de cuidado” (*El Pacífico*, Tacna, 24/2/1930). La opinión general consideraba que las madres pobres desconocían los cuidados básicos de salud infantil, ignorando como bañar a sus hijos o vestirlos adecuadamente según las estaciones del año.

En ese contexto recriminatorio fue común que las enfermedades sociales explicaran la mortalidad entre los niños. Los padres sífilíticos o alcohólicos, verbigracia, fueron responsabilizados de los defectos corporales de sus retoños raquíuticos. La sífilis, se afirmó en la prensa, producía alteraciones graves en los órganos digestivos de los niños e impedía que se desarrollasen con normalidad, afectando su inmunidad ante las infecciones. La sífilis fue crucificada por causar la disolución familiar y revelar una práctica prostibularia viciosa (Soto y Chávez, 2018, p. 170).

Por su parte, los especialistas estaban de acuerdo en la responsabilidad del alcoholismo en la mortalidad infantil. Los hijos de alcohólicos heredaban una psique con profundas alteraciones en la memoria y otros desperfectos que mellaban “la potencia de nuestra raza [...] y cuya solución sería el triunfo psicológico de [ésta]” (*El Pacífico*, Tacna, 2/6/1924). Esa victoria no llegó. El alcoholismo fue valorado como un vicio común en el pueblo con consecuencias deplorables (*La Aurora*, Arica, 9/1/1920). Éste, abordado en tesis y memorias médicas estudiadas luego por las autoridades políticas, fue cristalizado como el culpable de la degeneración racial de las futuras generaciones y también de la mortalidad infantil (Moore, 1913, p. 205).

En otro sentido, tal como el Estado, los médicos clasificaron a los niños en legítimos y naturales, con lo cual el matrimonio condicionó la justipreciación del paciente trazando una línea entre quienes cumplían o no el modelo. Los primeros, mayoritariamente, vivieron en familia tradicionales sin problemas alimentarios; los segundos, nacidos en condiciones precarias y muchas veces abandonados, constituyeron el grupo de riesgo de muerte. La inmoralidad de sus progenitores, según Ríos (1914, p. 58), explicaba “en gran parte la enorme mortalidad infantil que le es propia”. Como se aprecia, la mirada médica combinó sus fundamentos biológicos con otros morales, responsabilizando a los pobres de sus miserias.

Por otro lado, fue común que las madres pudientes entregaran sus hijos a nodrizas asalariadas que se encargarían de la crianza y la alimentación de ellos. El médico Vicente Dagnino, quien catalogó esa modalidad de “crianza mercenaria”, valoró la posibilidad de que el recién nacido representara para su madre un estorbo (Dagnino, 1928, p. 698). Ese estigma hacia las nodrizas blindó el

modelo de familia tradicional, manteniendo el rol de las mujeres como supervisoras del bienestar del grupo y la conservación de la salud de los infantes.

Por último, cabe recordar, la muerte entre la población infantil estuvo relacionada con la participación de los niños y de las embarazadas en el mercado laboral. En la provincia, al igual que en otros lugares del país, el trabajo se desarrollaba bajo condiciones precarias y en un régimen industrial sin descanso (Rojas, 1996, p. 135). Las jornadas para adultos y niños eran iguales. Gran parte de éstos, provenientes de familias pobres, debían privilegiar el trabajo en vez de la escuela ausentándose de las aulas (*El Pacífico*, Tacna, 5/10/1920). Con la promulgación de la Ley de Instrucción Primaria Obligatoria (1920) se fijó la edad mínima para la admisión de niños en las fábricas, reduciéndose la explotación infantil. Además, algunos reglamentos se hicieron cargo de las embarazadas y las madres, prohibiéndoles trabajos duros y no autorizándolas a retomarlos inmediatamente después de parir.

Conclusiones

Durante las primeras décadas del siglo veinte la mortalidad en la niñez fue uno de los principales problemas de la Provincia de Tacna. Varias propuestas médico-políticas se aplicaron sobre la comunidad intentando combatirla centrándose, inicialmente, sobre el entorno. Algunos hitos higienistas fueron la instalación del alcantarillado, la fiscalización sobre el aseo de las viviendas y los alimentos, produciéndose con ellos cambios paulatinos y sostenidos. Ese empuje salutarifero, influido por un paternalismo clasista, chocó con una infraestructura sanitaria deficiente que explicaba, en parte, la tasa de mortalidad infantil alta. Las características precarias de las habitaciones, la falta de agua y la leche de baja calidad fueron las principales causas que originaron enfermedades en los infantes. Las dos últimas, al igual que en otras ciudades del continente (Muñoz y Pachón, 1988; Chávez y Soto, 2018; Chávez, 2020), afectaron la salud estomacal de los infantes.

La elite médico-política de Tacna y Arica, influida por los avances de sus pares santiaguinos, aumentó su conciencia sobre la mortalidad infantil como un problema nacional, generando políticas dirigidas a madres y niños entre 1912 y 1920. En ese contexto, las leyes de la Infancia Desvalida, de Salas Cunas y de Instrucción Primaria Obligatoria demostraron una resignificación de la infancia, pero también una necesidad de transformar las circunstancias del trabajo y del abandono infantil. En nuestro caso, visualizamos la necesidad de conocer el acoplamiento local de esa legislación centrándonos, siempre que las fuentes lo permitiesen, en el campo social, para dar cuenta de la construcción del Estado en su periferia mediante la

mejora de las condiciones de vida de los pobres. De ese análisis dialéctico se puede concluir que la política social de la administración chilena de la provincia para reducir la mortalidad infantil demoró en producir sus resultados, haciéndose evidentes hacia mediados de los años veinte.

La instalación en los hospitales de salas dedicadas a las enfermedades de la infancia fue el momento crucial. Con éstas, la relación entre los médicos pediatras y la población debió multiplicarse, permitiendo la circulación de un corpus de conocimientos que en la parte final del periodo de estudio se intensificó con el descubrimiento de los antibióticos (1928) y la Ley de Pasteurización de la Leche (1930). En ese proceso de largo alcance, que bien pudieron experimentar al menos dos generaciones, fueron definiéndose cambios en las prácticas del cuidado infantil, como la preocupación ante la enfermedad. A la par, los médicos, las matronas y otros actores del sistema de salud “enseñaron” a las madres cómo alimentar a sus hijos durante la lactancia y cómo saber cuándo una enfermedad requería asistencia especializada.

La literatura médica y la prensa, su canal de difusión para el público profano, también tuvieron un impacto social, difundiendo ideas científicas y configurando modelos de niños y padres vigorosos y funcionales al discurso de raza y nación. La tarea de los especialistas estuvo sustentada en la práctica empírica con infantes en los hospitales, los dispensarios y las casas. Esas exploraciones pediátricas permitieron la construcción de teorías de corto alcance sobre las enfermedades infantiles, que forjaron una identidad laboral centrada en el resguardo de la salud de los párvulos de la población.

Para la Provincia de Tacna, finalmente, el período investigado fue la coyuntura en que los conocimientos pediátricos y la higienización sentaron las bases de la futura disminución drástica de la mortalidad infantil. Un estudio pormenorizado de esa fase, que aún está por hacerse, reforzará la idea de que la historia de los cuidados infantiles tiene un dinamismo dependiente de los hallazgos pediátricos. Así y todo, en cada época los discursos y las prácticas pediátricas se presentaron como saberes verdaderos y coercitivos, aun cuando germinasen de una ética particular y feneciesen ante la emergencia de virulencias inéditas.

Referencias

ABBOTT, A. 1988. *The system of professions: An essay on the division of expert labor*. Chicago, University of Chicago Press, p. 33-40.

ALTAMIRANO, C. 1895. Apuntes para un estudio sobre habitaciones de obreros. *Revista Chilena de Higiene*, II(4): 9 p.

APPLE, R. 1995. Constructing mothers: Scientific motherhood in the nineteenth and twentieth centuries. *Social History of Medicine*, 8(2):161-178.

<https://doi.org/10.1093/shm/8.2.161>

APPLE, R. 1980. To be used only under the direction of a physician: Commercial infant feeding and medical practice 1870-1940. *Bulletin of the History of Medicine*, 54:402-417.

ARMUS, D. 2002. La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna. *Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencias*, LIV(2):41-60.

<https://doi.org/10.3989/asclepio.2002.v54.i2.140>

ÁVILA, I. 1997. *Historia de la pediatría en México*. Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica, 486 p.

BASADRE, J. 2014. *Historia de la República del Perú, 1822-1933. Tomo XII*. Lima, Producciones Cantabria, 301 p.

BERNABEU, J.; FARIÑAS, D.; SANZ, A.; ROBLES, E. 2003. El análisis histórico de la mortalidad por causas: problemas y soluciones. *Revista de Demografía Histórica*, XXI(1):167-193.

BEZERRA, M.; MARQUES, N.; MELO, D.; LANDMAN, C. 2003. Condição de vida e mortalidade infantil: diferenciais intra-urbanos no Recife, Pernambuco, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 19:1413-1424.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000500020>

BIRN, A.-E. 2007. Child health in Latin America: Historiographic perspectives and challenges. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14(3):677-708.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300002>

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.

<https://muse.jhu.edu/article/240097>

BROMAN, T. 1995. Rethinking professionalization: Theory, practice and professional ideology in eighteenth century German medicine. *The Journal of Modern History*, 67(4):835-872.

<https://doi.org/10.1086/245230>

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.

CAVIERES, E.; CHAUPIS, J. (eds.). 2015. *La Guerra del Pacífico en perspectiva histórica: reflexiones y proyecciones en pasado y presente*. Arica, Universidad de Tarapacá.

CELTON, D. 1992. La mortalidad en la ciudad de Córdoba (Argentina) entre 1869 y 1990. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, X(1):31-57.

CISNEROS, I.; PUYOU, F.; FRENK, S. 1997. *Historia de la pediatría en México*. Ciudad de México, Fondo de Cultura Económica.

COLGROVE, J. 2002. The McKeown thesis: A historical controversy and its enduring influence. *American Journal of Public Health*, 92:725-729.

<https://doi.org/10.2105/AJPH.92.5.725>

CORREA, M. J. 2017. ¿Quiénes son los profesionales? Justicia, profesionalización y ejercicio médico en el Chile urbano de la segunda mitad del siglo XIX. *Revista Dynamis*, 37(2):273-293.

<https://doi.org/10.4321/S0211-95362017000200002>

CHÁVEZ, P. 2020. La mortalidad infantil: entre la alimentación y las enfermedades gastrointestinales en Santiago (1880-1920). *Cuadernos de Historia*, 52:69-101.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0719-12432020000100069>

CHÁVEZ, P.; SOTO, J. 2018. Mortalidad infantil en Santiago: representaciones y discursos, Chile, 1860-1914. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 25(4):1281-1300.

- <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000500023>
- CHÁVEZ, P.; SOTO, J. J. 2019. Historia de la mortalidad infantil en la Casa de Huérfanos de Santiago (1898-1923). *Anuario de Estudios Americanos*, **76**(2):645-677.
- <https://doi.org/10.3989/aeamer.2019.2.09>
- CHÁVEZ, P.; SOTO, J. J. 2019. La primera estadística sanitaria infantil de la provincia de Santiago de Chile (1860-1929). *Revista Dynamis*, **39**(1):149-174.
- <http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v39i1.8670>
- CHÁVEZ, P.; SOTO, J. J. 2016. Noticiar la muerte a través de la prensa ariqueña, 1883-1932. *Autocotnía. Revista de Ciencias Sociales e Historia*, **1**(1):21-49.
- <https://doi.org/10.23854/autoc.v1i1.4>
- CHÁVEZ, P.; SOTO, J. J. 2014. Padecimientos y enfermedades en el “puerto insalubre”: construcción del conocimiento médico sanitario y de las representaciones sociales sobre la muerte en Arica, 1880-1930. *Revista de Historia Social y de las Mentalidades*, **18**(1):111-137.
- CHILE. 1924. *El arbitraje sobre Tacna y Arica: el alegato de la República de Chile*. Santiago, Imprenta Cervantes, 728 p.
- CHILE. 1906. *Ley n.º 1.838 sobre Habitaciones para Obreros*. Santiago, Imprenta Cervantes, 204 p.
- DAGNINO, V. 1928. Causas de disolución de la familia y mortalidad infantil. *Revista Sociedad Médica Valparaíso*, **10**:694-702.
- DÁVILA, 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**:265-371.
- ESTEFANE, A. 2016. La institucionalización del sistema estadístico chileno: debates y problemas prácticos (1843-1851). *Estudios Sociales del Estado*, **2**(4):35-73. <http://dx.doi.org/10.35305/ese.v2i4.90>
- FARIÑAS, D.; SANZ, A. 1999. Cambios estructurales en la mortalidad infantil y juvenil española: 1860-1990. *Boletín de la Asociación de Demografía Histórica*, **XVII**(1):49-87.
- FERRER, P. 1911. *Higiene y asistencia pública en Chile*. Santiago, Imprenta, Litografía y Encuadernación Barcelona, 566 p.
- FREIRE, 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.
- <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000500008>
- FREIRE, M. 2010. A construção da “maternidade científica” no Brasil republicano: mulheres, mães e médicos: discurso maternalista no Brasil. *Estudos Feministas*, **18**(3):941-964.
- ILLANES, M. A. 1991. *Ausente, señorita”: El niño chileno, a escuela para pobres y el auxilio 1890/1990*. Santiago, Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, 328 p.
- KIPLE, K. 1989. The nutritional link with slave infant and child mortality in Brazil. *The Hispanic American Historical Review*, **69**(4):677-690.
- <https://doi.org/10.1215/00182168-69.4.677>
- MASSA, M. 1919. *El Paludismo en la provincia de Arica: campaña antipalúdica en Arica, (puerto), y Valle de Azapa durante la primavera del año 1925 y verano de 1926.- Sus resultados*. Santiago, Tesis de Medicina, Universidad de Chile, 134 p.
- 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.
- MCKEOWN, T. 1976. *The role of medicine: Dream, mirage or nemesis?* Oxford, Basil Blackwell, 208 p.
- MECKEL, R. 1990. *Save the babies: American public health reform and the prevention of infant mortality, 1850-1929*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 340 p.
- MIGLIÓNICO, A. 2001. *La mortalidad en Uruguay en el siglo XX: cambios, impactos, perspectivas*. Montevideo, Ministerio de Salud Pública-Organización Panamericana de Salud, 110 p.
- MILANICH, N. 2009. *Children of fate: Childhood, class, and the State in Chile, 1850-1930*. Durham, Duke University Press, 372 p.
- MOLINA, M.E. 2006. Transformaciones histórico culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psyke*, **15**(2): 93-103.
- MOORE, E. 1913. Influencia del alcoholismo en la mortalidad infantil. *In: Primer congreso nacional de protección a la infancia*. Santiago, Imprenta Barcelona, 205 p.
- MUÑOZ, C.; PACHÓN, X. 1988. Mortalidad infantil, crecimiento demográfico y control de la natalidad: una lucha por la supervivencia de la infancia bogotana (1900-1989). *Maguaré*, **6-7**:101-152. <https://doi.org/10.15446/mag.v0n6-7.14224>
- NUNES, E. 2012. The lives of children and their public intimacy: Social work as a new factor in attending to the needs of children in Latin America, 1928-1948. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, **19**(2):1-23. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702012000200006>
- ORREGO, A. 1910. *Estudio jeológico e hidrológico en las provincias de Tacna i Arica (1910)*. Santiago, Sociedad Imprenta y Litografía Universo, 45 p.
- PALACIOS, R. 1974. *La chilenización de Tacna y Arica 1883-1929*. Lima, Editorial Arica S. A., 316 p.
- PALMA, P.; RAGAS, J. 2019. Desenmascarando a los impostores: los médicos profesionales y su lucha contra los falsos médicos en Perú. *Salud Colectiva*, **15**:1-23. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2162>
- PALMA, P.; RAGAS, J. 2018. Enclaves sanitarios: higiene, epidemias y salud en el Barrio chino de Lima, 1880-1910. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, **45**(1):159-190. <http://dx.doi.org/10.15446/achsc.v45n1.67555>
- PIZARRO, E. 2018. *Tránsitos historiográficos: Arica y su hinterland. Siglos XVI-XX*. Arica, Ediciones Universidad de Tarapacá, 286 p.
- REVUELTA, B. 2015. ¿Qué pasa en La Inclusa? The role of press scandals, doctors and public authorities in the evolution of La Inclusa de Madrid, 1890-1935. *Revista Dynamis*, **35**(1):107-130. <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362015000100005>
- RÍOS, C. 1914. *Arica en el presente y en el porvenir: su saneamiento*. Santiago, Imprenta La Ilustración, 560 p.
- RODRÍGUEZ, E. 2003. La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea. *Revista Dynamis*, **23**:27-36.
- ROJAS, J. 2010. *Historia de la infancia en el Chile republicano: 1810-2010*. Santiago, Junta Nacional de Jardines Infantiles, 831 p.
- ROJAS, J. 1996. *Los niños cristaleros: trabajo infantil de la industria. Chile, 1880-1950*. Santiago, DIBAM-Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 135 p.
- RUGGIERO, K. 1992. Honor, Maternity and the disciplining of women: Infanticide in late nineteenth-century Buenos Aires. *The Hispanic American Historical Review*, **72**(3):353-373. <https://doi.org/10.2307/2515989>
- SALAZAR, G. 2007. *Ser niño “huacho” en la historia de Chile (siglo XLX)*. Santiago, LOM Ediciones, 136 p.
- SANHUEZA, C.; LETELIER, R. 1992. *Salubridad e higiene pública*

- en Arica 1880-1920. Arica, Universidad de Tarapacá, Seminario para optar al título de Profesor de Historia y Geografía, 188 p.
- SKUBAN, W. 2007. *Lines in the Sand: Nationalism and identity on the Peruvian-Chilean Frontier*. Albuquerque, University of New Mexico Press.
- SOTO, J.; CHÁVEZ, P.; PIZARRO, E. 2019. La malaria en el extremo norte de Chile: nuevos indicios de una calamidad pasada (Arica, 1880-1930). *Interciencia*, 44(2):108-115.
- SOTO, J.; CHÁVEZ, P. 2018. La prostitución durante la chilenización de Arica (1920-1929). *Arenal: Revista de historia de las mujeres*, 25(1):169-191.
<http://dx.doi.org/10.30827/arenal.v25i1.3880>
- SOTO, J.; DÍAZ, A. 2019. La controversia chileno-peruana en la mirada de la prensa estadounidense (1879-1929). *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 3:1-23.
- SZRETER, S. 2002. The McKeown thesis: Rethinking McKeown: the relationship between public health and social change. *American Journal of Public Health*, 92:722-725.
- TORRES, I. 1926. *Cómo tener y criar hijos sanos y robustos*. Santiago, Editorial Nascimento, 263 p.
- TORSTENDAHL, R.; BURRAGE, M. (eds.). 1990. *The formation of professions: Knowledge, state and strategy*. London, Sage.
- TOVAR, R. 2015. La mortalidad parvularia en las familias de un núcleo urbano de finales de la época moderna: Trujillo. In: A. M. PRIETO; M. J. RODRÍGUEZ, (eds.), *Métodos y perspectivas de investigación en historia moderna*. Extremadura, Universidad de Extremadura, p. 39-49.
- VARAS, C. 1922. *Tacna y Arica bajo la soberanía chilena*. Santiago, Imprenta de La Nación.
- VARGAS, N. 2002. *Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría*. Santiago, Editorial Universitaria.
- WRIGLEY, E.; SCHOFIELD, R. 1989. *The population history of England 1541-1871*. Cambridge, Cambridge University, 820 p.
- ZÁRATE, S. 2007. *Dar a luz en Chile, siglo XIX*. Santiago, Ediciones Universidad Alberto Hurtado-Centro de Investigaciones Diego Barros Arana, 547 p.
- 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.
<https://doi.org/10.31619/caledu.n27.227>
- ZÁRATE, S. 2018. Señora, su hijo no va a morir: enfermeras y madres

contra la mortalidad infantil, Chile, 1950-1980. In: M. CORDE-RO, *Rastros y gestos de las emociones*. Santiago, Editorial Cuarto Propio, 165-198 p.

Fuentes

Archivos

- Archivo Histórico Vicente Dagnino Oliveri (Arica, Chile), Fondo Intendencia de Tacna y Gobernación de Arica [FITGA], vol. 48, vol. 192, vol. 291.
- Archivo Nacional Histórico (Santiago, Chile), Fondo Juzgado del Crimen de Arica [JCA], caja 774, pieza 17.
- Archivo Nacional de la Administración (Santiago, Chile), Fondo del Ministerio de Relaciones Exteriores [MINREL]. Sección colonización. Documentos varios de la Provincia de Tacna, vol. 1797, vol. 1879, vol. 2696.
- Instituto Nacional de Estadísticas. Anuarios 1887-1929.

Prensa

- El Chileno*, Santiago, 6/12/1896.
- El Ferrocarril*, Arica, 24/2/1912, 1/4/1912, 13/4/1912, 30/9/1912, 21/2/1913, 15/2/1916, 20/10/1917, 2/7/1921, 15/2/1922, 4/5/1923, 11/4/1923, 6/6/1923, 24/8/1926.
- El Morro de Arica*, Arica, 13/3/1907.
- El Pacífico*, Tacna, 21/1/1902, 15/5/1902, 28/7/1902, 13/1/1903, 11/3/1903, 3/4/1906, 3/12/1907, 13/5/1909, 5/6/1909, 25/9/1911, 10/12/1913, 6/2/1914, 23/4/1915, 28/1/1916, 14/2/1917, 17/2/1917, 4/2/1918, 5/10/1920, 10/8/1921, 13/9/1923, 2/6/1924, 29/3/1927, 22/11/1927, 10/2/1928, 9/2/1928, 24/2/1930.
- El Tacora*, Tacna, 7/3/1890, 19/10/1890.
- Evening Journal*, Wilmington, 9/6/1922.
- La Aurora*, Arica, 22/2/1917, 13/10/1917, 9/1/1920, 28/5/1920, 12/3/1922.
- La Voz del Sur*, Tacna, 20/1/1894, 10/4/1894, 19/4/1898, 16/8/1905.

Submetido em: 30/05/2020

Aceito em: 23/07/2020