

Carlos Viesca Treviño

“La Gota de Leche. De la mirada médica a la atención médico-social en el México posrevolucionario”

p. 195-218

Curar, sanar y educar

Enfermedad y sociedad en México, siglos XIX y XX

Claudia Agostoni (coordinación)

México

Universidad Nacional Autónoma de México

Instituto de Investigaciones Históricas/

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla

Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades

“Alfonso Vélez Pliego”

2008

340 p.

Cuadros, fotografías, apéndice

(Serie Historia Moderna y Contemporánea, 49)

ISBN 978-970-32-5107-0

Formato: PDF

Publicado en línea: 20 de marzo de 2018

Disponible en:

http://www.historicas.unam.mx/publicaciones/publicadigital/libros/curar_sanar/494.html



INSTITUTO
DE INVESTIGACIONES
HISTÓRICAS

DR © 2018, Universidad Nacional Autónoma de México-Instituto de Investigaciones Históricas. Se autoriza la reproducción sin fines lucrativos, siempre y cuando no se mutile o altere; se debe citar la fuente completa y su dirección electrónica. De otra forma, se requiere permiso previo por escrito de la institución. Dirección: Circuito Mtro. Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Coyoacán, 04510. Ciudad de México



LA GOTA DE LECHE. DE LA MIRADA MÉDICA A LA ATENCIÓN MÉDICO-SOCIAL EN EL MÉXICO POSREVOLUCIONARIO

CARLOS VIESCA TREVIÑO

Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina
Facultad de Medicina
Universidad Nacional Autónoma de México

La preocupación por la salud y el bienestar de la niñez se hizo patente y fue cobrando importancia en México durante el transcurso de la segunda mitad del siglo XIX. En 1865, por ejemplo, se estableció una pequeña sala para niños enfermos en el Hospital de San Andrés, y en 1869, la Maternidad para Partos Ocultos, establecida en 1865, se transformó en el Hospital de Maternidad e Infancia, e incluía tres pequeñas salas: una para niñas, otra para niños y la última para infantes de ambos sexos con enfermedades transmisibles. Allí, el doctor Eduardo Liceaga, quien primero estuvo a cargo de las salas para niños y después fungió como director de la institución, puso especial énfasis en la atención de los pequeños.¹ Durante el transcurso de la década de los años setenta del siglo XIX, surgieron otros dos hospitales dedicados exclusivamente a la atención de niñez: el Hospital de la Caridad para Niños en Puebla, fundado en 1877, y el Hospital Infantil de San Luis Potosí, establecido en 1893. Aunado a ello, en el primer proyecto para el nuevo Hospital General de la ciudad de México, el doctor Liceaga estableció que el nosocomio tendría un espacio para niños, lo cual se materializó el 5 de febrero de 1905. El nuevo hospital contó con un pabellón de Pediatría orientado en particular a la atención de problemas ortopédicos, aunque desde su planeación incluyó también una sección para pacientes con padecimientos infecciosos. Asimismo, en 1911 se abrió en el Hospital Juárez un servicio “de infancia”, mientras que el Manicomio General de la Castañeda contó desde su inauguración en 1910, con un pabellón para niños con problemas mentales.

Al finalizar el siglo XIX tuvo lugar la consolidación de la pediatría como parte importante del ejercicio de la medicina, no precisamente

¹ Eduardo Liceaga, *Mis recuerdos de otros tiempos*, México, Archivos Gráficos de la Nación, 1949, p. 45 y s.

como una especialidad, pues todavía no se integraba plenamente su área de conocimiento y menos aún se definía el perfil del especialista. Por ende, era practicada por médicos generales que se interesaban en ella y prestaban especial atención al estudio de las enfermedades de los niños. Sin embargo, en 1896 inició la publicación de una revista especializada, la primera en su género en el país: *Anales del Hospital Infantil de San Luis Potosí*, y en 1910 el doctor Roque Macouzet publicó en Barcelona, España, el libro *Arte de criar y de curar a los niños*, en el que "criar" marca la intención particular de subrayar la importancia de la alimentación y de la higiene infantil.²

El objetivo de este ensayo es reconstruir, a partir de la escasa y dispersa información hasta ahora localizada, los pormenores de los proyectos y medidas para mejorar la alimentación de la niñez en México durante el periodo posrevolucionario y ubicar lo anterior en el contexto social y en el de las acciones que entonces se emprendieron en pro de la infancia.

Por la salud de la niñez

En 1898 el médico e higienista Luis E. Ruiz estableció, en su libro *Nociones elementales de higiene*, algunas orientaciones clave para lo que consideró una adecuada alimentación infantil. En los niños, sostenía, los alimentos eran indispensables para el crecimiento, y explicaba que por ello era necesario que se les suministrara una cantidad proporcionalmente mayor que la de los adultos, aunque requerían ser ingeridos en cantidades menores pero con mayor frecuencia. También argumentó que los niños "necesitan alimentos que les den calor", a los que llamaba "hidrocarbonatados", así como "jugos vegetales para temperar su ardiente sangre".³

La fase armada de la Revolución Mexicana (1910-1920) hizo evidente el hambre que padecía buena parte de la población, la deficiente calidad de diversos alimentos y los problemas de salud que lo anterior ocasionaba. Además, de la palpable escasez de alimentos, se hicieron patentes dificultades para producirlos, los problemas de distribución y la acción de los especuladores. Aunado a ello, durante la década de 1910 a 1920, la capacidad adquisitiva de las clases populares se vio fuertemente afectada, y tras los movimientos de las tropas, venían el

² Roque Macouzet, *Arte de criar y de curar a los niños*, Barcelona, Fidel Giró, 1910.

³ Luis E. Ruiz, *Nociones elementales de higiene*, México, Aguilar, 1898, p. 26.

tifo y el hambre; pero la muerte era el común denominador. En este contexto de hambre, desabasto y precariedad, el médico Francisco de P. Miranda describió un síndrome que denominó hidropesía epidémica. Éste se caracterizaba por la gran retención de líquidos corporales llegando con frecuencia a la anasarca. El padecimiento — señalaba este médico — aparecía en individuos pobres y recalcó que numerosas personas se alimentaban solamente con verdolagas, quintoniles y quelites, y que nunca consumían carne, huevos o leche. No obstante lo anterior, Miranda se preguntaba si la hidropesía epidémica obedecía a una falta de nutrientes — se comenzaba a decir avitaminosis teniendo como modelo el beri-beri — y cuestionaba la posibilidad de que se tratara de una intoxicación por el consumo de alimentos contaminados.⁴

El discurso médico durante las décadas iniciales del siglo pasado comenzó a tomar dos rutas distintas — a la vez que complementarias — en torno al cuidado de los niños y su alimentación. Por una parte, llevó a la medicalización de muchos eventos que antes eran vistos como propios de la cotidianidad familiar, como lo era la “crianza de los niños”, y de manera especial, la alimentación infantil. Por otra parte, denotó un enorme interés, no sólo en el tratamiento de enfermedades sino también por los programas de salud pública que conducirían a una sociedad más sana. Durante las décadas finales del siglo XIX, el doctor Eduardo Liceaga repetidamente asentó la importancia que tenía la higiene para cambiar radicalmente el enfoque de la medicina y el curso de la salud pública. José María Rodríguez, médico y amigo del presidente Venustiano Carranza, presidente del Consejo Superior de Salubridad desde fines de 1914 y jefe del Departamento de Salubridad Pública de febrero de 1917 a mayo de 1920, no quitó el dedo del renglón ni perdió oportunidad para señalar la oposición entre higiene y miseria. Así, subrayó la necesidad de modificar las condiciones económicas del pueblo mexicano como requisito previo a la mejora de su salud y a la posibilidad de emprender campañas higiénicas de real envergadura.⁵

Conforme se acercaba el fin de la fase armada de la Revolución, se fue haciendo indispensable pensar e ir poniendo en práctica una serie de medidas destinadas a impulsar la reconstrucción nacional. Uno de los puntos a los que se prestó mucha atención fue la alimentación y

⁴ Francisco de P. Miranda, “Hidropesía epidémica”, 1916, citado en José Álvarez Amézquita, Miguel E. Bustamante, Antonio López Picazos y Francisco Fernández del Castillo, *Historia de la salubridad y la asistencia en México*, 4 v., México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, v. III, p. 57.

⁵ José María Rodríguez, “Antagonismo entre higiene y miseria”, *Boletín del Consejo Superior de Salubridad*, 30 de abril de 1916.

nutrición de la población. La miseria y sus efectos sobre la nutrición, y la conciencia que tanto las autoridades como los médicos y la población general iban cobrando acerca del problema, aunado a las acciones que diversos países europeos comenzaban a emprender al término de la Primera Guerra Mundial para remediar los estragos del hambre, fueron importantes alicientes en los programas en favor de la alimentación infantil en México.

El 19 de enero de 1929, el doctor Ignacio Chávez, a quien mejor se le conoce como el iniciador de la cardiología en México y creador de una de las más importantes instituciones médicas, el Instituto Nacional de Cardiología, presentó al jefe del Departamento de Salubridad una iniciativa conducente al establecimiento y reglamentación de una serie de medidas orientadas a la protección de la infancia, entre las cuales destacó un programa que llevó por nombre Gota de Leche. Se trató de la primera actividad de trascendencia realizada por el Departamento de Salubridad Pública en el recién instalado gobierno del licenciado Emilio Portes Gil.

Los Centros de Higiene Infantil y el bienestar de la niñez

Uno de los diputados en el Congreso Constituyente, el ingeniero Félix Fulgencio Palavicini, mostró una gran preocupación por los niños y su salud, y aprovechó su posición como director de *El Universal* para promover, a partir de su diario, el Congreso Nacional del Niño Sano, que se llevó a cabo en 1919. Ampliando su campo de acción, en 1921 y 1923 convocó y promovió el Primero y el Segundo Congreso Mexicano del Niño, en los que se incluyó el análisis y la discusión de las enfermedades de la infancia. Durante el Primer Congreso Mexicano del Niño, del 2 al 7 de enero de 1921 en el Anfiteatro Simón Bolívar de la Escuela Nacional Preparatoria, participó un nutrido grupo de médicos, entre los que se encontraron Alfonso Pruneda, Francisco Castillo Nájera, Fernando Zárraga, Luis Viramontes, José Manuel Puig Casauranc, Salvador Uribe y Rivera e Isidro Espinosa de los Reyes. La presidencia correspondió al ingeniero Palavicini, en tanto que Viramontes y Uribe Rivera fueron los secretarios y Castillo Nájera, el relator. En el Congreso se presentaron 86 ponencias, y entre las conclusiones más importantes, se determinó recomendar a las autoridades correspondientes la obligatoriedad del certificado médico prenupcial, la promoción de la creación de un Hospital del Niño en México, el empleo de la antitoxina diftérica, implantar medidas para prevenir las parasitosis intestinales, promulgar leyes de protección para los niños

abandonados, organizar escuelas para niños anormales, así como crear tribunales para menores infractores.⁶

A raíz de un trabajo presentado en el Primer Congreso Mexicano del Niño, el doctor Isidro Espinosa de los Reyes fue becado para tomar una serie de cursos de puericultura en la Universidad Johns Hopkins. A su regreso a México, en 1922, comenzó a promover la creación de un Servicio de Higiene Infantil, lo cual se materializó siete años después, en 1929. Sin embargo, cabe subrayar que en noviembre de 1922 se inauguró el primer Centro de Higiene Infantil (CHI), nombrado CHI Eduardo Liceaga, ubicado en la calle de Colombia en el centro de la ciudad de México. En septiembre de 1923, también en la capital, se fundó el segundo CHI en la calle de Violeta en la colonia Guerrero, al que se dio el nombre del doctor Manuel Domínguez, quien había sido director de la Casa de Cuna entre 1898 y 1905.⁷

El programa médico-social de higiene infantil se sustentó precisamente en los centros de higiene infantil; hacia 1929 la ciudad de México y sus municipalidades (Xochimilco, Mixcoac, Tacuba, San Ángel y Tlalpan) contaban con trece.⁸ La población buscaba y recurría a los servicios ofrecidos, y sobre todo acudía debido a “los frecuentes episodios de enfermedades gastrointestinales [...] sus secuelas de desnutrición crónica y de otros padecimientos típicos de la pobreza”.⁹

Durante los primeros años del siglo pasado, las estadísticas de mortalidad en México establecían que la mortalidad por enfermedades respiratorias agudas y por diarreas en niños menores de dos años duplicaba, cada una de ellas, las cifras de fallecidos por cirrosis hepática o enfermedades del corazón, y que era diez veces mayor que la suma de las complicaciones puerperales. Para dar una idea más precisa, la cifra media anual de muertes de niños menores de dos años a causa de enfermedades diarreicas en la ciudad de México, considerando los datos registrados de 1904 a 1912 inclusive, fue de 2 190, mientras que durante el mismo periodo, el total de enfermedades orgánicas del corazón fue de 735, de tuberculosis pulmonar 1 170, de tifo 642 y de cirrosis hepática 767.¹⁰ Ahora bien, considerando las tasas de mortalidad general y de mortalidad en niños menores de un año durante el periodo de

⁶ Ignacio Ávila Cisneros, Francisco Padrón Puyou, Silvestre Frenk y Mario Rodríguez Pinto, *Historia de la pediatría en México*, México, Fondo de Cultura Económica, 1997, p. 339-340 y 372-373.

⁷ *Ibidem*, p. 340.

⁸ Seis centros de higiene infantil recibieron el nombre de otros ilustres médicos e higienistas: Juan María Rodríguez, Luis E. Ruiz, Manuel Gutiérrez, Francisco de P. Carral, Juan Duque de Estrada y Manuel Rodríguez.

⁹ Ignacio Ávila Cisneros *et al.*, *op. cit.*, p. 341.

¹⁰ Alberto Pani, *La higiene en México*, México, J. Balleascá, 1916, p. 206, 210 y 212.

1926 a 1929 en la ciudad de México, es posible apreciar diferencias verdaderamente alarmantes que explican plenamente por qué las autoridades sanitarias estaban preocupadas y decidieron emprender acciones correctivas. La tasa por mil de mortalidad general fue de 14.01 en 1926 y de 11.18, 13.81 y 29.76 en 1927, 1928 y 1929, respectivamente. importante notar que el incremento en la última cifra obedeció a un brote de tifo que se presentó en ese año. Por lo que toca a la mortalidad de niños menores de un año, las tasas fueron de 511.39, 629.47, 493.85 y 244.30 para 1926, 1927, 1928 y 1929, respectivamente.¹¹ Frente a lo anterior, las acciones emprendidas por las autoridades de salud requerían ser puntuales, precisas, y arrojar resultados positivos.

El 30 de noviembre de 1928, al asumir la presidencia de la República Emilio Portes Gil, una de sus primeras acciones radicó en presentar la lista de los miembros de su gabinete, entre los cuales el doctor Aquilino Villanueva ostentó el cargo de jefe del Departamento de Salubridad Pública. Desde el inicio de su gestión, Villanueva manifestó su preocupación por la niñez al hacer el encargo directo al doctor Ignacio Chávez para que integrara un proyecto a fin de crear un servicio de Higiene Infantil dentro del Servicio de Demografía, Ejercicio de la Medicina y Propaganda y Educación Higiénicas del Departamento de Salubridad Pública.

Ignacio Chávez y Aquilino Villanueva eran compañeros en el Hospital General; ambos eran jefes de servicio. Villanueva encabezaba el de Vías Urinarias Superiores y Chávez el de Cardiología.¹² De acuerdo con Portes Gil, en sus memorias *Quince años de política mexicana*, Villanueva era un médico de prestigio incuestionable cuya "dedicación al estudio lo había significado como una autoridad en su carrera". Entre los principales logros de su gestión al frente del Departamento de Salubridad Pública, Portes Gil destacó sus labores en favor de la protección de la infancia y la creación de dispensarios médicos.¹³ Aunado a lo anterior, desde el inicio de la segunda década del siglo XX había tenido la experiencia de atender de manera gratuita a los pacientes pobres de los programas entonces denominados como actividad filan-

¹¹ José Álvarez Amézquita *et al.*, *op. cit.*, v. II, p. 266-267 y 321-322.

¹² María Teresa Bermúdez, *Aquilino Villanueva*, México, Sestante, 1996, p. 74.

¹³ Aquilino Villanueva ingresó a la Escuela Nacional de Medicina de México en 1913, en plena turbulencia revolucionaria, y obtuvo el título el 1 de octubre de 1918, después de cuatro años como practicante en los hospitales Juárez, Militar y General de México. En 1921 obtuvo la jefatura de Clínica Propedéutica Quirúrgica en la misma escuela y en el Hospital General estableció un Servicio de Vías Urinarias Superiores en el Pabellón 4, además de fungir como profesor en los cursos de Urología organizados por la Asociación Médica Mexicana. Emilio Portes Gil, *Quince años de política mexicana*, México, Botas, 1941, p. 79.

trópica de los médicos, y había participado como especialista en enfermedades venéreas y urológicas en la campaña que encabezara el doctor Adrián Correa, atendiendo sin costo alguno a los suscriptores del periódico *El Heraldó*. En 1916, cuando aún estudiaba la carrera médica, había atendido a un niño gravemente enfermo — un hermano de Emilio Portes Gil — y desde entonces había sido el médico de la familia. Prestigio profesional, altruismo y filantropía — y, sobre todo, contar con la confianza del presidente interino — fueron algunas de sus incuestionables cartas de presentación.¹⁴

En diciembre de 1928, Villanueva designó a Ignacio Chávez como jefe del Servicio de Demografía, Ejercicio de la Medicina y Propaganda y Educación Higiénicas, y a partir de ese momento, los alcances de ese servicio se ampliaron; se consideró necesario recopilar y analizar los datos demográficos para planear y llevar a cabo campañas de salud específicas, y se recalcó de manera muy particular la importancia de la medicina preventiva. De esa manera, Chávez recibió, junto con el cargo, la consigna de ocuparse de los urgentes problemas de higiene infantil, considerados por el doctor Villanueva los más apremiantes puntos a resolver en materia de salubridad, sólo cediendo en importancia el combate al paludismo y a la tuberculosis.

En un texto intitulado “Los problemas fundamentales de México en materia de salubridad”, Villanueva estableció lo siguiente: “Debido a la ignorancia de nuestras clases populares, así como a la falta absoluta de cuidados higiénicos y, sobre todo, a las preocupaciones y hábitos viciosos que en materia de alimentación de los niños de corta edad existen, no sólo en esas clases, sino aun en las acomodadas, la República Mexicana es uno de los países en donde mueren más niños”. A continuación marcaba las pautas a seguir: “es de urgente necesidad desarrollar una acción enérgica, rápida y eficaz” en la que se contemple la participación de todos los sectores de la sociedad, enumerando, más allá del “elemento oficial”, a todas las clases sociales, o bien, a “todas las fuerzas vivas de la nación”.¹⁵ Frente a lo anterior, Ignacio Chávez propuso un proyecto, el 19 de enero de 1929, que abogaba por la necesidad de establecer un Servicio de Higiene Infantil que centralizara todas las actividades en favor de la infancia y destacaba la importancia de unificar esfuerzos e impedir que cada sección u oficina del Departamento de Salubridad llevara a cabo acciones independientes, muchas veces inconexas y hasta duplicadas. Asimismo, Chávez estableció que el Servicio de Higiene Infantil se ocuparía

¹⁴ María Teresa Bermúdez, *op. cit.*, p. 30 y 32.

¹⁵ Aquilino Villanueva, “Los problemas fundamentales de México en materia de salubridad”, *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, 1929.

de los aspectos educativos, de higiene prenatal, de las maternidades, de los cuidados de la primera infancia, de la Gota de Leche, de las enfermeras visitadoras y de la higiene preescolar.¹⁶ El Servicio de Higiene Infantil estaría integrado por Isidro Espinosa de los Reyes, Manuel Cárdenas de la Vega (quien había regresado de Francia en 1926 ya formado como pediatra), Mario Torroella (también formado en la escuela francesa de Marfan y promotor de los pediatras mexicanos), Manuel Martínez Báez, brillante médico, compañero y amigo de Chávez por toda la vida, así como por Juan Luis Torroella, Rafael Carrillo y Antonia I. Ursúa.

Por lo que toca al aspecto educativo, Chávez propuso incluir en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional el curso de Puericultura Natal, es decir, la puericultura relativa a los primeros quince días de vida del recién nacido en toda la carrera de obstetricia, e incorporar asignaturas específicas de Clínica de Pediatría y de Puericultura. Dicha gestión se ampliaría al insistir en que se hicieran adaptaciones semejantes en el currículum de las escuelas de medicina existentes en los estados; en la impartición de un curso del mismo tipo a los médicos que trabajaban en el Servicio de Higiene Infantil, en los centros y dispensarios dependientes de éste, así como un curso adicional destinado a las enfermeras visitadoras que se formaban en la Escuela de Salubridad. Por lo que se refiere a la creación de maternidades y de centros y servicios de higiene preescolar, éstos se enfocarían en proporcionar atención a los niños en la primera infancia y en la educación higiénica de sus madres.¹⁷

El empeño puesto por Chávez para favorecer y mejorar las condiciones de salud de los infantes se convirtió en el lugar común de todas sus acciones. Su extraordinaria perspicacia para captar la importancia de la higiene y de la alimentación infantil, la seriedad de sus pesquisas para formarse una idea clara e informada al respecto, y la cuidadosa selección de sus asesores fueron aspectos notables de sus labores.¹⁸ El sentido social de su propuesta era evidente: Chávez consideraba que los beneficios de las acciones y los programas del Servicio de Higiene Infantil requerían limitarse a la población indigente y, por ello, insistía en prestar atención a los aspectos referentes a la alimentación, talón de Aquiles de la miseria.

¹⁶ Ignacio Chávez, "Urgencia de unificar las actividades en pro de la infancia y formar un servicio de higiene infantil", 19 de enero de 1929, en José Álvarez Amézquita *et al.*, *op. cit.*, v. II.

¹⁷ El examen de los objetivos de los centros y servicios de higiene preescolar rebasan los límites propuestos en el presente ensayo, de modo que me limito a señalar su inclusión en el citado proyecto y que solamente fueron esbozados en él.

¹⁸ Lilia Romo Medrano, *Ignacio Chávez*, México, Planeta/D'Agostini, 2002, p. 88.

Las tasas de mortalidad infantil mencionadas en las páginas anteriores, avalaban ampliamente sus ideas, ya que esa inmensa cantidad de defunciones pesaba particularmente sobre los pobres. Fue por ello que Chávez subrayó la importancia que tendría implementar programas de asistencia y de apoyo para fomentar una buena alimentación. En este sentido, propuso la puesta en marcha del programa la Gota de Leche, sustentándose en los ejemplos de los programas que existían en España, Francia, Inglaterra, Alemania y Estados Unidos.¹⁹

La Gota de Leche: sus orígenes y aplicación en México

El origen de las medidas de protección a la infancia en general y de la Gota de Leche en particular se asocia a crisis sociales severas, producto de guerras o revoluciones. En Francia, el primer país que adoptó la puesta en marcha de programas orientados específicamente a mejorar la alimentación infantil, éstos fueron motivados por el hambre y por la carestía producto de la guerra franco-prusiana. Así, en 1874 se promulgó la Ley Roussel, cuyo interés se centró en la primera infancia, en la atención creciente al problema de la alimentación y en promover una alimentación suplementaria con leche de nodrizas. Esta última medida — la de promover una alimentación suplementaria — llevó a la creación durante la década de los años noventa del siglo XIX del programa La Goutte de Lait, el cual marcó la denominación que sería adoptada por el resto de los países que implementaron medidas similares.²⁰ Uno de los principales impulsores de este tipo de apoyos alimenticios para los niños lactantes fue Pierre Budin, considerado el creador de la perinatología y a quien se deben varios extensos tratados sobre el tema, entre los que destaca en particular su *Traité pratique d'accouchement et d'allaitement*, de 1880. En esa obra subrayó de manera clara y detallada el problema de la lactancia y la necesidad de proveer a los niños de leche suficiente. A él también se deben la invención e implementación de un chupón galactóforo y, de especial interés para el programa de la Gota de Leche, un extractor manual que permitía extraer y guardar la leche para su posterior administración.²¹

¹⁹ Archivo Histórico de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, *Fondo Salubridad Pública*, Sección Higiene Infantil, caja 1, exp. 7, 1926 (en adelante, AHSSA-SP-HI).

²⁰ Catherine Rollet, "La protección de la infancia en Francia", en E. Perdiguero (comp.), *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 2004, 56 y s.

²¹ Moisés Morales, "Pierre Budin, iniciador de la perinatología", trabajo presentado en el X Congreso Nacional de Historia y Filosofía de la Medicina, Puebla, octubre 25 al 29, 2006.

En Estados Unidos fue a partir de 1897, cuando se organizaron programas semejantes con el nombre de Milk Stations; en 1899 Inglaterra estableció los llamados Infant Milk Depots, mientras que en Alemania ocurrió lo mismo en 1902. En España, de donde probablemente se inspiraría la institución mexicana, la ley equivalente a la Roussel se promulgó en 1904 y de inmediato su aplicación fue reforzada mediante la fundación del Consejo Superior de Protección a la Infancia y Represión de la Mendicidad.²² Durante la segunda mitad de la década de 1920, y sobre todo a partir de la instauración de la República, se insistió en la necesidad de impulsar programas de higiene infantil y los de la Gota de Leche en particular.²³ Es evidente que el repunte que en varias ocasiones se dio a estos programas de alimentación infantil suplementaria se relacionó con crisis sociales de gran magnitud, notándose un incremento en los años inmediatos a la Primera Guerra Mundial. El programa de la Gota de Leche también se implementó en diversos países latinoamericanos durante la misma época, con Argentina a la cabeza.²⁴ Por lo que se refiere a México, los modelos europeos y estadounidenses fueron particularmente importantes.

En un informe redactado por el doctor Manuel Martínez Báez el 18 de marzo de 1929, se pormenorizaron las características y el funcionamiento de la Gota de Leche en Madrid, señalándose que ésta no trabajaba de manera aislada sino inserta en una Institución Municipal de Puericultura que entonces contaba con una central y siete dispensarios.²⁵ Estos datos orientan a pensar que el modelo inmediato para la institución mexicana fue la Gota de Leche española, aunque no se puede descartar la posibilidad de que Chávez, quien había estado en Francia un par de años antes, o más probablemente Torroella y Cárdenas de la Vega, quienes se prepararon como pediatras en ese mismo país y que con toda seguridad conocían los programas que allí se aplicaban, tuvieran en mente el modelo original de Budin.

Ahora bien, ¿en qué consistía la propuesta de Chávez? ¿Cuál era el contenido de su programa? La acción prevista era la distribución gratuita de alimentos a la población económicamente más desprotegida.

²² José Luis Barona, "La ley de 1904 y el Consejo Superior de Protección a la Infancia y de Represión de la Mendicidad", en E. Perdiguero (comp.), *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 2004; Esteban Rodríguez Ocaña, *Salud pública en España. Ciencia, profesión y política. Siglos XVIII-XX*, Granada, Universidad de Granada, 2005.

²³ Carmen Barona Vilar, *Las políticas de la salud. La sanidad valenciana entre 1855 y 1936*, Valencia, Universitat de Valencia, 2006.

²⁴ Ann-Emanuelle Birn, comunicación personal.

²⁵ Manuel Martínez Báez, "Informe al jefe del Departamento de Salubridad Pública", 18 de marzo de 1929, en José Álvarez Amézquita *et al.*, *op. cit.*, v. II.

La situación reinante en 1929 no debió ser nada halagüeña y puede ser ilustrada por las palabras del connotado bacteriólogo Hans Zinsser, quien se encontraba en México realizando diversos estudios sobre el tifo. De acuerdo con Zinsser, y en un tono un tanto sarcástico, la ocupación de la mitad de la población consistía en vender billetes de lotería a la otra mitad. Al margen del sarcasmo, lo que sí es incuestionable es que predominaba el hambre y que los médicos y los políticos posrevolucionarios sabían que entre los más afectados estaban los niños.

La propuesta de establecer la Gota de Leche en México apunta hacia la convergencia de dos discursos o posturas en torno a las causas de la mortalidad y la enfermedad entre la población infantil. Por una parte, se repiten los señalamientos de los médicos de la generación anterior, quienes consideraban que en la ignorancia se encontraba el origen de las enfermedades consecutivas a una mala y deficiente alimentación, cerrando los ojos a la evidencia de la desnutrición, la pobreza, la miseria y el hambre. En cierto sentido, esta postura continuaba estrechamente vinculada con las ideas de Rousseau y con el ideario ilustrado, tan caro a los liberales mexicanos del siglo XIX, que propugnaba que la educación *per se* solucionaría la mayor parte de los problemas. Pero por otra parte, estaba presente la postura o el discurso de carácter político y social que asentaba que la miseria era condición *sine qua non* de gran cantidad de males, entre ellos, las enfermedades derivadas de una alimentación deficiente o defectuosa. Estas problemáticas sociales devinieron en objeto de atención por parte de las autoridades sanitarias y de los médicos, y llevaron a una toma de conciencia respecto de la responsabilidad del Estado de solucionar los problemas sociales mediante acciones concretas y decididas. De tal forma, coexistieron respuestas y propuestas que contemplaban tanto el desarrollo de instituciones de protección social y educativas como programas que se sustentaban en el desarrollo y la aplicación de medidas sanitarias. Estas últimas otorgaban un claro abordaje médico-social al problema de la deficiente alimentación infantil.

El planteamiento de Chávez se sustentó en ambas posturas. Como médico comprendía perfectamente el papel de una alimentación adecuada para lograr el correcto desarrollo de los niños, pero también estaba imbuido en el pensamiento de los reformadores sociales que hacían urgentes llamadas de atención hacia la necesidad de modificar las relaciones económicas y favorecer a los más desposeídos. En este sentido, Chávez fue representante de una nueva generación de médicos que pugnaba por la incorporación a los medios profesionales y a las instituciones de atención de la salud de los avances más relevantes de las ciencias médicas, al tiempo que subrayaba la responsabilidad del Estado en lo relativo al bienestar de la población. Es decir, para Chávez

era necesario reunir ambas vertientes de pensamiento para lograr avances y resultados reales en la asistencia pública. Por tanto, no se trataba simplemente de ofrecer alimentos en términos de beneficencia sino de otorgar asistencia a las necesidades de alimentación de los más pobres. “Huelga, por inútil, decir que esta ministración de alimentos se concretará realmente a la clientela indigente”, acotaba Chávez en el texto del proyecto.²⁶

El programa de la Gota de Leche consistía en establecer entidades que distribuirían leche, de manera gratuita, a los niños que carecieran de una buena alimentación. La leche a distribuir sería de vaca, y por tanto, era también necesario implementar medidas para controlar la higiene de los establos y la manera de manejar el producto. Funcionarían como entidades independientes y sus vínculos con los dispensarios de higiene infantil no serían de dependencia directa sino que serían manejados por diferentes autoridades y mantendrían relaciones directas con el público. Además, al programa de Gota de Leche llegarían las prescripciones del médico del dispensario a cuyo cargo estuviera el niño, y se dotaría al infante del alimento recetado, leche en la inmensa mayoría de los casos.²⁷ La leche se consideraba no sólo el producto alimenticio fundamental del niño humano a causa de ser mamífero sino también — y gracias a las incipientes ciencias de la nutrición — como una importante fuente de proteínas.

Hacia la segunda década del siglo XX, habían tenido lugar diversos intentos para regular y supervisar la calidad de la leche que consumían los infantes, y algunos higienistas consideraban que una práctica corriente durante el siglo XIX — la alimentación al pecho por medio de nodrizas — no era lo más adecuado para la salud y el bienestar infantil. Argumentaban que la mayor parte de las veces se desconocían los hábitos higiénicos y las enfermedades que padecían las mujeres contratadas. Además, alimentar a otro niño, además del propio, iba en detrimento de la salud de este último, ya que la regla era que fuera relegado a un segundo término y que solamente comiera lo que restaba cuando quedaba satisfecha la primera criatura. Ambas situaciones planteaban un serio problema de injusticia social y, por tanto, se recomendaba recurrir a la leche de vaca entera, aunque ya desde el siglo anterior se utilizaba la leche descremada.²⁸

²⁶ Ignacio Chávez, “Urgencia de unificar las actividades en pro de la infancia y formar un servicio de higiene infantil”, 19 de enero de 1929, en José Álvarez Amézquita *et al.*, *op. cit.*, v. II, p. 301.

²⁷ *Idem.*

²⁸ Rodríguez y F. Altamirano, “Dictamen sobre una proposición del prof. [José de la Luz] Gómez sobre la venta de la leche descremada”, *Gaceta Médica de México*, 17, 1882, p. 33-37.

La Gota de Leche funcionaría como un expendio para surtir las recetas de los médicos de los dispensarios, más tarde Centros de Higiene Infantil y un laboratorio para almacenar y preservar la leche. Además de “llenar los más nimios requisitos que prescribe la higiene”, éste debería contar con el equipo y materiales necesarios para hacerlo y estar sujeto a estrecha “vigilancia médica”.²⁹ Con esto, Chávez retomaba algunas de las propuestas que habían sido planteadas con anterioridad por el Consejo Superior de Salubridad, como la de Jesús Monjaraz, quien había establecido una serie de medidas para garantizar la calidad del abasto de leche a grandes poblaciones, así como la utilidad y las limitaciones de los métodos de enfriamiento, tanto por medios mecánicos como químicos, como el calor y el peróxido de hidrógeno.³⁰ Cabe señalar que la leche en polvo no entró al mercado mexicano sino hasta después del fin de la Segunda Guerra Mundial, cuando los Estados Unidos exportaron a diversos países latinoamericanos los remanentes de la que no había sido consumida por sus soldados durante la contienda bélica.

Para garantizar la calidad de la leche distribuida por el programa Gota de Leche, se tomaron medidas severas para lograr su correcta pasteurización, su adecuado traslado y aprovisionamiento y óptimas condiciones de refrigeración. El producto así logrado fue considerado “leche especial para niños”.³¹ Paralelamente, durante los primeros meses de 1929, se trabajó conjuntamente con el Banco Nacional de Crédito Agrícola para establecer una planta de industrialización de la leche.³²

En el proyecto presentado a las autoridades del Departamento de Salubridad, Chávez hizo énfasis en los elevados costos de la instalación y el mantenimiento de los laboratorios, el central y los que se planeaba anexar a los Centros de Higiene Infantil, así como en las dificultades para que funcionaran adecuadamente. Proponía que aun cuando lo ideal sería establecer un laboratorio en cada Centro de Higiene Infantil, la solución estaba en la creación de una sola central de Gota de Leche. Con ello sería posible garantizar la excelencia en su funcionamiento, considerando que “debe primar el aspecto cualitativo de las labores sobre el falaz y peligroso aspecto cuantitativo”.³³ Además, estableció

²⁹ Ignacio Chávez, “Urgencia de unificar las actividades en pro de la infancia y formar un servicio de higiene infantil”, 19 de enero de 1929, en José Álvarez Amézquita *et al.*, *op. cit.*, v. II, p. 301.

³⁰ Jesús Monjaraz, “Higiene de la Leche”, *Gaceta Médica de México*, 1915, p. 210-216.

³¹ AHSSA-SP-HI, caja 5, exp. 1, 1929.

³² *Ibidem*, caja 5, exp. 10, 1929.

³³ Ignacio Chávez, “Urgencia de unificar las actividades en pro de la infancia y formar un servicio de higiene infantil”, 19 de enero de 1929, en José Álvarez Amézquita *et al.*, *op. cit.*, v. II, p. 301.

que, a medida que se contara con más recursos económicos, se podría fundar otros laboratorios de la Gota de Leche en los centros de Higiene Infantil.³⁴ Pero sobre todo, Chávez consideraba que la mejor forma de ampliar el campo de acción de dichos centros radicaba en transformarlos en clínicas de nutrición infantil: “mediante la instalación de Gotas de Leche perfectamente dotadas y que funcionen como laboratorios anexos de esas clínicas”.³⁵ Para lograr esos propósitos, Chávez apeló a la cooperación del público y las instituciones oficiales y privadas para obtener los fondos necesarios para tan encomiable tarea.

El 22 de abril 1929, Portes Gil publicó un decreto mediante el cual se creó el Servicio de Higiene Infantil. En su artículo primero se estableció que dicho servicio sería dependiente del Departamento de Salubridad Pública y que “tendrá a su cargo el ramo sanitario federal de higiene infantil”.³⁶ En los considerandos se enfatizaba “que es un deber y preocupación constantes del Estado el combatir con la mayor eficiencia la morbilidad y la mortalidad infantiles”, y que la falta de preparación técnica de un gran número de médicos y la ausencia de acciones concertadas en favor de los niños, “obligue al Estado a proveer con urgencia las necesidades y derechos de la población infantil de la república”,³⁷ conducente al ejercicio de una vigilancia sanitaria oficial. El reconocimiento por parte del jefe del ejecutivo de que la higiene infantil era un tema de preocupación particular para el Estado, y que las acciones requerían desplegarse a nivel federal remite a la idea de una dictadura sanitaria. La postura del poder ejecutivo también implicó la asunción de las responsabilidades que esto significaba por parte de las instituciones gubernamentales y la expectativa de un apoyo inmediato. Así, con el decidido apoyo presidencial fue posible pasar a la puesta en práctica del proyecto.

Se nombró jefe del Servicio de Higiene Infantil al doctor Isidro Espinosa de los Reyes, y subjefe al doctor Manuel Cárdenas de la Vega. Espinosa de los Reyes de inmediato se abocó al establecimiento de una central para la Gota de Leche, ubicada en la calzada de Tacuba, así como a diseñar un sistema de distribución que en un principio radicó en el reparto domiciliario: se entregó a cada familia inscrita en el programa la leche del tipo preciso que había sido prescrito por el médico para los infantes.³⁸ Otra labor no menos importante fue el estableci-

³⁴ *Ibidem*, v. II, p. 303.

³⁵ *Ibidem*, v. II, p. 304.

³⁶ “Decreto de creación del servicio de Higiene Infantil”, 1929, en José Álvarez Amézquita *et al.*, *op. cit.*, v. II, p. 304.

³⁷ *Idem*.

³⁸ María Teresa Bermúdez, *op. cit.*, p. 48.

miento de nuevos centros de Higiene Infantil, preparando el terreno para la ampliación de las acciones de la Gota de Leche.

No obstante lo anterior, es importante destacar que el periodo presidencial de Portes Gil fue sumamente breve —de un año escaso— y que, por tanto, los proyectos y las medidas entonces implementados tuvieron un sello provisional. Debido a lo anterior, no es de extrañar que en el directorio del Departamento de Salubridad Federal de enero de 1930 cesa de figurar el Servicio de Higiene Infantil, aun cuando se sabe que tanto Espinosa de los Reyes como Cárdenas de la Vega apoyaron de manera activa los Centros de Higiene Infantil y lucharon por la continuidad del programa de la Gota de Leche.³⁹

La Asociación Nacional de Protección a la Infancia

Una modalidad de acción esbozada durante la presidencia del general Álvaro Obregón fue la integración de comités, asociaciones y patronatos para que apoyaran proyectos concretos y buscaran recursos para lograr su ejecución. Cuando Chávez incluyó en el proyecto para la Gota de Leche la necesidad de convocar a diversos sectores sociales para llevarlo a cabo, estaba pensado en una colaboración y participación conjunta del Estado y algunos grupos sociales en beneficio de la infancia.

Al iniciar 1929 se formó un comité para apoyar el programa de la Gota de Leche, integrado por las esposas de los principales funcionarios del momento: Carmen García de Portes Gil (esposa del presidente) y Blanca Lasaga de Villanueva (esposa del jefe del Departamento de Salubridad Federal). Los asesores del comité fueron Espinosa de los Reyes, Cárdenas de la Vega y Mario y Juan Luis Torroella. La presentación oficial del comité tuvo lugar en el Castillo de Chapultepec, residencia oficial del presidente de la república, y fue presidida por el doctor Villanueva.

El comité emprendió la llamada Campaña Nacional de Protección a la Infancia, orientada principalmente a recaudar fondos para hacer posible el establecimiento de los Centros de Higiene Infantil y de los planeados laboratorios de la Gota de Leche. Los miembros del comité acudieron a oficinas e instituciones públicas, así como al Club Rotario, que contribuyó generosamente a apoyar a los productores de leche. Poco después, el 19 de marzo de 1929, la Campaña Nacional de Protec-

³⁹ Isidro Espinosa de los Reyes, "La Asociación Nacional de Protección a la Infancia", *Salubridad*, 1930, p. 452, y del mismo autor "La labor de los centros de Higiene Infantil dependientes del Departamento de Salubridad Pública", *Revista Mexicana de Puericultura*, 3, 1932, p. 5.

ción a la Infancia encontró el sitio para dirigir el fruto de su trabajo en una nueva institución: la Sociedad Protectora de la Infancia, cuya dirección estuvo en manos de diversos médicos: Aquilino Villanueva fue su presidente, Isidro Espinosa de los Reyes, el secretario; Ignacio Chávez, el tesorero, y Ángel Carvajal y José Villagrán fungieron como vocales. Previendo problemas ante el cercano término del periodo presidencial de Portes Gil, se determinó que el comité y la mesa directiva de la Sociedad estarían en funciones por un periodo de dos años, ensamblándose con el nuevo periodo presidencial y garantizando así la continuidad de sus esfuerzos.

Para conseguir el apoyo del público y obtener mayores recursos, fueron emitidas estampillas postales, con valor de un centavo, con la imagen del logotipo de la Campaña y de la Sociedad con una leyenda que decía "Proteja a la infancia", estableciéndose que todos los recursos serían destinados a financiar las acciones encaminadas a la protección a la niñez. La consecuencia directa e inmediata fue que se comenzó a disponer de recursos durante un momento en el que el gobierno carecía de liquidez. El dinero recaudado requería entregarse a la Secretaría de Hacienda, quien manejaría su aplicación. Lo anterior se decretó el 1 de mayo de 1929, y persistió tiempo después de terminado el interinato de Portes Gil. La Asociación Nacional de Protección a la Infancia tuvo logros notables. Para el mes de marzo de 1931, había establecido cuarenta y siete comités subsidiarios en diferentes entidades federativas y había ampliado sus acciones a prácticamente toda la república. Su principal empeño se concentró en la fundación de Centros de Higiene Infantil y maternidades y de las Escuelas Hogar para Niños entre los dos y los seis años.⁴⁰

La visión de Villanueva, Chávez y Espinosa de los Reyes respecto del problema de la alimentación infantil con base en la leche fue integral. Al mismo tiempo que establecieron los fundamentos para la Gota de Leche y que hicieron un llamado a los productores para que colaboraran y apoyaran el programa, emprendieron una intensa campaña para mejorar las condiciones sanitarias de los establos y garantizar la calidad e higiene de la leche. En diciembre de 1929 el Departamento de Salubridad obtuvo la expedición de un decreto presidencial que especificó que el reglamento higiénico para los establos tenía por objeto lograr que los "corrales de ordeña" fueran focos de bienestar y no de preocupación para la población. Para ello se insistió en la "certificación" de la leche, quedando claro que el sello correspondiente era realmente

⁴⁰ Isidro Espinosa de los Reyes, "Los Centros de Higiene Infantil", *Salubridad*, 1930, p. 203.

un certificado de la ausencia de bacterias, además de procederse a la detección de animales enfermos, en particular tuberculosos, los cuales eran sacrificados. Aunado a lo anterior, tuvo lugar un concurso denominado “La vaca sana y el establo higiénico”, premiándose a los dueños de los establos y a los trabajadores que obtuvieran las mejores notas al respecto. Durante los días finales de 1929, un informe del jefe del Servicio de Higiene Veterinaria, José Gómez Esparza, establecía que 53 199 vacas habían sido examinadas clínicamente y que 11 077 vacas lecheras habían sido vacunadas contra la tuberculosis, empleando bacilo atenuado de Calmette-Guérin.⁴¹

La Gota de Leche tuvo una existencia efímera, ya que inició sus actividades en 1929 y no se le vuelve a mencionar en los documentos oficiales después de 1931. En 1931 inauguró su propio edificio y central, que en su momento fue un modelo a seguir en lo que toca a sus condiciones higiénicas, siendo su principal material de trabajo la esterilización y envase de la leche. También se sabe que en las instalaciones se utilizaba equipo de manufactura mexicana exclusivamente, y que las botellas para envase habían sido fabricadas en Monterrey especialmente para el programa y llevaban su sello.⁴² También se diseñó ex profeso una máquina envasadora de leche, y se encargó una máquina lavadora de botellas a fin de garantizar la completa limpieza de éstas.⁴³

Por lo que se refiere al impacto de esta campaña sobre la salud, el crecimiento y el desarrollo de los niños, es posible asentar que el programa de la Gota de Leche incidió positivamente en la reducción de las tasas de mortalidad de niños menores de un año en la ciudad de México. Las cifras descendieron a 152.75 y a 173.09 por mil nacidos vivos en 1930 y 1931; sin embargo, sería erróneo afirmar que esto se debió exclusivamente a la Gota de Leche. Sin duda, el descenso obedeció al conjunto de programas de asistencia y de salud pública implementados durante el transcurso de la década de los años veinte y que tenían por objetivo primordial la salud, el vigor y el bienestar de la niñez.

Otras acciones para vigorizar a la niñez

Las medidas y los programas de protección a la infancia fueron fructíferos durante el transcurso de la década de los años veinte, e incluyeron

⁴¹ María Teresa Bermúdez, *op. cit.*, p. 50.

⁴² *Ibidem*, p. 56.

⁴³ AHSSA-SP-HI, caja 5, exp. 11, 1929.

campañas contra la mendicidad entre la población infantil así como programas para mejorar la calidad de vida y alimentación de los infantes. Precisamente por lo anterior, se puso especial énfasis en establecer comedores en las casas hogar, con lo cual el factor alimentación-nutrición ocupó un lugar preponderante. Asimismo, en los programas para dar una solución a la mendicidad infantil se abandonó toda medida coercitiva para llevarlos a los dormitorios o para obligarlos a llevar a cabo ciertas rutinas, llegando incluso a que el baño —antes obligatorio— se transformara en una temática de negociación. También fueron creadas “brigadas infantiles” integradas por niños que con regularidad iban a los dormitorios para tratar de convencer a otros niños sin hogar de las ventajas de acudir y permanecer en dichos establecimientos.⁴⁴ Se remodelaron y habilitaron para estos fines los dos dormitorios existentes: el número 1, para niños, que había sido fundado en 1927 en el número 8 del Cuadrante de la Soledad, y el número 2, que no era otro sino el viejo dormitorio establecido por la Junta Patriótica de la Primera Demarcación de la ciudad de México en 1889 en Fray Servando Teresa de Mier 104, y atendía adultos.⁴⁵ Una importante innovación en los dormitorios públicos fue la creación de seis comedores públicos gratuitos, en los que se atendía a 230 niños y 146 niñas en promedio diariamente en 1932, manteniéndose la cifra en 81 niños y 67 niñas en 1933, y en 57 niños y 61 niñas en 1933.⁴⁶ Los comedores públicos se encontraban ubicados en las casas Amiga de la Obrera, números 1 y 2; el dormitorio número 2; la Casa del Niño; la Escuela Vocacional Industrial, y en los hospitales Juárez y General.⁴⁷

En las campañas contra la mendicidad también se organizaron operativos en los que se recogía a los mendigos y se les confinaba en los establecimientos de beneficencia, en particular en el Dormitorio número 2, destinado a ancianos, en el asilo Nicolás Bravo y en el Departamento de Mendigos establecido en Tacuba. Tanto Moisés Sáenz, director de la Beneficencia Pública, como Ramón Beteta, jefe de Acción Educativa de la misma institución, impulsaron a partir de 1930 una profunda transformación de las acciones de caridad-beneficencia y servicio social. Plantearon la necesidad de cesar de considerar a los individuos pobres como sujetos de caridad, y en cambio, rehabilitarlos, proporcionándoles los elementos para que ellos mismos pudieran transformar su *status* social.

⁴⁴ Rómulo Velasco Ceballos, *El niño mexicano ante la caridad y el Estado*, México, Beneficencia Pública en el Distrito Federal, 1935, p. 138-139.

⁴⁵ *Memoria de la labor realizada por la H. Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, de septiembre de 1932 a agosto de 1934*, México, Cultura, 1934, p. 262-273.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 275.

⁴⁷ *Idem*.

Con este ideario, los niños recogidos en las calles eran internados y la institución asumía la responsabilidad de formarles hasta que fuesen capaces de desempeñar algún trabajo que les permitiera ganarse la vida.⁴⁸ En lo tocante a la nutrición, tanto los dormitorios como los comedores para niños rescatados de la mendicidad partían del siguiente supuesto: era necesario proporcionarles una alimentación variada; por tanto se buscó incrementar el consumo de proteínas al aumentar la ingesta de leche y huevos, así como de vegetales y fruta.

Otro momento importante en las acciones destinadas a la protección de la niñez fue durante el gobierno de Lázaro Cárdenas. El médico y general José Siurob, quien actuó como jefe del Departamento de Salubridad Pública de junio de 1935 a enero de 1938, y de agosto de 1939 a diciembre de 1940. Siurob tenía muy claras ideas al respecto. No siempre de acuerdo con Cárdenas, había un punto común que nunca se vio comprometido: ambos creían en la necesidad de proteger a la infancia y en la obligación y la responsabilidad del Estado.

La importancia que adquirió fomentar la salud y el bienestar de la niñez fue evidente en 1935 y 1936, cuando el presupuesto federal asignado a la protección de la infancia se ubicó alrededor de los cuarenta millones de pesos, cifra que superaba con creces los sueños más aventurados del grupo que ideó la Gota de Leche.⁴⁹ En 1936, Siurob hizo una declaración de principios intitulada: *Principios que profesa el Departamento de Salubridad Pública a favor de la infancia. Protección de mujeres y niños*,⁵⁰ en la cual expuso cuáles eran los problemas más relevantes en torno a la protección del niño en ese momento.⁵¹ Mencionaré algunos de ellos. De acuerdo con Siurob, era un derecho de toda mujer, mexicana o no, que viviera en el territorio nacional, concebir a sus hijos y hacerlo en las mejores condiciones. Para ello, establecía la importancia de realizar exámenes prenupciales, la prevención de “los males congénitos, ingéritos, heredados o contraídos durante el nacimiento”, así como la vigilancia del niño hasta que cumpliera seis años y diera inicio su vida escolar. Siurob consideraba que el Estado requería vigilar al niño durante la primera infancia y apropiarse de él al momento de iniciar su preparación ciudadana en la escuela.

⁴⁸ Rómulo Velasco Ceballos, *op. cit.*, p. 142.

⁴⁹ José Siurob, “Principios que profesa el Departamento de Salubridad Pública a favor de la infancia. Protección de mujeres y niños” (1936), en José Álvarez Amézquita *et al.*, *op. cit.*, v. II, p. 385.

⁵⁰ *Idem.*

⁵¹ Araujo Valdivia y Ávila Cisneros, “Los programas nacionales de protección al niño”, *Revista Mexicana de Pediatría*, 33, 1954, p. 215.

Además, consideraba que debido a que era derecho de todo individuo que viviera en la República Mexicana, ciudadano mexicano o no, disfrutar de una protección garantizada por el Estado desde la concepción hasta los catorce años, cubriéndole contra “los males de la miseria, el crimen, los prejuicios populares y las malas costumbres”,⁵² así como de factores climáticos y la provisión de condiciones adecuadas, físicas y mentales, para obtener un buen desarrollo fisiológico.

Las propuestas de Siurob subrayan la tendencia por parte del Estado mexicano hacia la necesidad de imponer la obligatoriedad de la salud en los términos en los que se le define oficialmente. Sin embargo, también es importante destacar lo que Siurob estableció en el inciso 37 de los *Principios que profesa el Departamento de Salubridad Pública a favor de la infancia*: que las clases débiles tenían derecho al auxilio del Estado para lograr las condiciones adecuadas para la maternidad. Este auxilio comprendía la provisión de ropa, de alimentación infantil y materna, o bien, la asistencia en las maternidades, entre otras temáticas. Asimismo se previó que los niños “anormales” o lisiados requerían ser objeto de una atención y educación especial. Por último, señalaré que en este texto se prohíbe expresamente la lactancia por nodrizas y cualquier tipo de comercio con la leche materna, esgrimiéndose que con ello se allanan los derechos del niño a ser alimentado por su madre.

Todas estas propuestas y acciones partían de un principio: el reconocimiento de la responsabilidad del Estado por el bienestar de su población, a lo que se sumaba la necesidad, asimismo reconocida, de la atención prioritaria a los grupos sociales desvalidos mediante la asistencia médica y social. Lo anterior denota la presencia de un Estado que es en muchos sentidos paternalista, que tiene visos de totalitarismo, pero que, finalmente, antepone las necesidades percibidas de su población y atribuye a ésta un derecho y que, por tanto, requería ser atendida.

Consideraciones finales

De enero de 1929 — fecha del proyecto ideado por Ignacio Chávez para establecer el programa de la Gota de Leche en México — a la fecha, el panorama y las acciones referentes a la protección de la niñez han atravesado por profundas transformaciones. Sin embargo, se mantiene vi-

⁵² José Siurob, “Principios que profesa el Departamento de Salubridad Pública a favor de la infancia. Protección de mujeres y niños” (1936), en José Álvarez Amézquita *et al.*, *op. cit.*, v. II, p. 386.

gente un rasgo central, el del fantasma de la falta de alimentos, pasando por el tamiz del discurso del derecho a la alimentación. Pervive también el paralelismo de los discursos. Por un lado, el de la justicia social; por el otro, el desarrollo de conocimientos médicos y la medicalización de algunos de los aspectos más desoladores y atroces de la miseria, como son el hambre, la desnutrición y el grupo de las enfermedades englobadas bajo el rubro de “patología de la pobreza”.

La Gota de Leche fue uno de los episodios, el primero, en la serie de acciones que el Estado implementó después de la fase armada de la Revolución Mexicana para hacer frente a la mala alimentación y a la desnutrición en las clases populares, en particular en los niños pequeños. Es decir, se trató de un programa de higiene infantil ideado e implementado entre 1925 y 1935, y que puso de manifiesto el interés del Estado y de las autoridades de salud por tener una población infantil más sana. Recordemos que esos programas incluían la creación de centros de Higiene Infantil en donde se prestaba atención médica curativa y preventiva, atención médica en la vigilancia del curso del embarazo, campañas para localizar y llevar a los “niños de la calle” a asilos y dormitorios manejados por las autoridades civiles y sanitarias, campañas contra la mendicidad y programas de educación elemental y básica, entre otros aspectos. Cabe insistir que el programa de la Gota de Leche, además de ser el primero en su género en México, denota el proceso de medicalización de la alimentación, crecimiento y desarrollo de la niñez. Se consideraba imprescindible un puntual y constante seguimiento médico de los infantes, una decidida participación estatal, así como un apoyo de diversos sectores sociales para evitar la desnutrición y sus efectos en los cuerpos y las mentes de los niños.

FUENTES CONSULTADAS

Fuentes primarias

AHSSA Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, *Fondo Salud Pública*

Hemerografía

Boletín del Consejo Superior de Salubridad, 1916.

Boletín del Departamento de Salubridad Pública, 1929.

Boletín Médico del Hospital Infantil, 1946.

Gaceta Médica de México, 1882, 1915.

Revista Mexicana de Pediatría, 1954.

Revista Mexicana de Puericultura, 1932.

Salubridad, 1930.

Salud Pública de México, 1983.

Bibliografía

ÁLVAREZ AMÉZQUITA, José, Miguel E. Bustamante, Antonio López Picazos y Francisco Fernández del Castillo, *Historia de la salubridad y la asistencia en México*, 4 v., México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960.

ÁVILA CISNEROS, Ignacio, Francisco Padrón Puyou, Silvestre Frenk y Mario Rodríguez Pinto, *Historia de la pediatría en México*, México, Fondo de Cultura Económica, 1997.

BARONA, José Luis, "La ley de 1904 y el Consejo Superior de Protección a la Infancia y de Represión de la Mendicidad", en E. Perdiguero (compilador), *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 2004.

BARONA VILAR, Carmen, *Las políticas de la salud. La sanidad valenciana entre 1855 y 1936*, Valencia, Universitat de Valencia, 2006.

BERMÚDEZ, María Teresa, *Aquilino Villanueva*, México, Sestante, 1996.

CHÁVEZ, Ignacio, "Urgencia de unificar las actividades en pro de la infancia y formar un servicio de higiene infantil", 19 de enero de 1929. Reproducido en José Álvarez Amézquita *et al.*, *Historia de la salubridad y la asistencia en México*, 4 v., México, Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1960, v. II, p. 295-304.

LICEAGA, Eduardo, *Mis recuerdos de otros tiempos*, México, Archivos Gráficos de la Nación, 1949.

MACOUZET, Roque, *Arte de criar y de curar a los niños*, Barcelona, Fidel Giró, 1910.

- MARTÍNEZ BÁEZ, Manuel, "Informe al jefe del Departamento de Salubridad Pública", 18 de marzo de 1929, en José Álvarez Amézquita *et al.*, *Historia de la salubridad*, v. II, p. 304.
- Memoria de la labor realizada por la H. Junta Directiva de la Beneficencia Pública en el Distrito Federal, de septiembre de 1932 a agosto de 1934*, México, Cultura, 1934.
- MIRANDA, Francisco de P., "Hidropesía epidémica", 10 de julio, 1916. Trabajo citado en José Álvarez Amézquita *et al.*, *Historia de la salubridad y la asistencia en México*, v. III, p. 57.
- MORALES, Moisés, "Pierre Budin, iniciador de la perinatología", trabajo presentado en el X Congreso Nacional de Historia y Filosofía de la Medicina, Puebla, octubre 25 al 29, 2006.
- PANI, Alberto J., *La higiene en México*, México, J. Balleescá, 1916.
- PORTES GIL, Emilio, *Quince años de política mexicana*, México, Botas, 1941.
- RODRÍGUEZ OCAÑA, Esteban, *Salud pública en España. Ciencia, profesión y política. Siglos XVIII-XX*, Granada, Universidad de Granada, 2005.
- ROLLET, Catherine, "La protección de la infancia en Francia", en E. Perdiguero (compilador), *Salvad al niño. Estudios sobre la protección a la infancia en la Europa mediterránea a comienzos del siglo XX*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 2004.
- ROMO MEDRANO, Lilia, *Ignacio Chávez*, México, Planeta/D'Agostini, 2002.
- RUIZ, Luis E., *Nociones elementales de higiene*, México, Aguilar, 1898.
- SIUROB, José, *Principios que profesa el Departamento de Salubridad Pública a favor de la infancia. Protección de mujeres y niños*, 1936, reproducido en José Álvarez Amézquita *et al.*, *Historia de la salubridad*, v. II, p. 385-391.
- VELASCO CEBALLOS, Rómulo, *El niño mexicano ante la caridad y el Estado*, México, Beneficencia Pública en el Distrito Federal, 1935.

