

# Los primeros pasos en la institucionalización de la asistencia médica infantil en el México posrevolucionario

Mercedes Alanís

Facultad de Medicina

Universidad Nacional Autónoma de México

**RESUMEN:** *El objetivo del presente escrito es mostrar las principales acciones que conformaron lo que llamamos los primeros pasos de la institucionalización de la atención médica infantil en las primeras décadas del siglo xx en México. Se abordan diversos organismos, generalmente gubernamentales, que administraron diversos establecimientos públicos y privados donde se asistió a madres y niños, establecimientos que sentaron las bases y marcaron el rumbo de los mecanismos para asistir a los niños en sus primeros años de vida y que con ello contribuyeron a disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil.*

**PALABRAS CLAVE:** *niños, asistencia, instituciones, médicos, higiene, madres.*

**ABSTRACT:** *The aim of this paper is to show the main actions that formed what we call the first steps of institutionalization on child care in the early twentieth century in Mexico. It focuses on various institutions, usually government, which administered various public and private facilities where he attended mothers and children, establishments that laid the foundation and set the course on the mechanisms to assist children in their first years of life and thus contributed to reducing maternal and infant mortality were.*

**KEYWORDS:** *children, assistance, institutions, doctors, hygiene, mothers.*

## INTRODUCCIÓN

Desde hace tres décadas y en el transcurso de las mismas el tema de la infancia se ha venido explorando más que nunca antes en el campo de la historia [Ballester 1985; Rodríguez 2003; Birn 2007]. Al volver la mirada al pasado podemos hacerlo desde distintos enfoques, uno es el de los niños como receptores de políticas y, por lo tanto, sujetos de las circunstancias

de su entorno y los valores de su época [Bajo y Beltrán 1998: 12]. Una de esas políticas ha sido la que busca favorecer las condiciones de vida de la infancia por medio de la protección y la asistencia médica. Cuestión que ha estado presente en los discursos desde las tres últimas décadas del siglo xix y a lo largo del xx.

Entre los diferentes aspectos de la protección a la infancia que caracterizaron a las primeras décadas del siglo xx en México nos interesa adentrarnos en el de la mejora en las condiciones de salud infantil por medio de la formación y consolidación de instituciones que atiendan a madres y niños pequeños. Consideramos que el caso de la atención médica infantil en el país en el periodo mencionados se inserta en el “proceso de construcción de un ‘Estado de bienestar’ en América Latina”, como señala Susana Romero, debido a la preocupación de las autoridades por las altas tasas de mortalidad infantil en Latinoamérica. Ello aunado a:

La participación mayoritaria de médicos en los foros y encuentros sobre los problemas relacionados con la protección a la infancia incidió en que las primeras disposiciones legales al respecto, adoptadas durante las décadas de los años 30 y 40, establecieran la creación de instituciones cuyo objetivo formal fuera la protección a los menores en asuntos como salud, alimentación y custodia [Romero 2007: 618].

Así, el objetivo de estas líneas es mostrar las principales acciones de diversos establecimientos que brindaron asistencia a madres y niños, y que fueron delineando el rumbo de las instituciones que buscaban mejorar y conservar la salud de este sector de la población y reducir las tasas de mortalidad materna e infantil; las cuales conformaron los primeros pasos de la institucionalización de la atención médica infantil en la Ciudad de México desde la década de los veinte hasta la de los treinta.<sup>1</sup>

Comenzamos señalando que una de las prioridades de las autoridades gubernamentales en el México posrevolucionario fue la reconstrucción de la sociedad en diversos aspectos. De allí pasamos a abordar un primer momento en el que los médicos asistieron a la población infantil en el ámbito escolar, un espacio público que permitió un acercamiento con el espacio privado de la familia y con la comunidad para transmitir diversos hábitos de higiene. El segundo apartado se centra en la transición de la

---

<sup>1</sup> El tema de las políticas de salud para madres y niños ha sido abordado por la historiografía reciente en otros países latinoamericanos [véase Biernat y Ramacciotti 2008; Velázquez 2010; Zárate y Godoy 2011].

labor que los médicos realizaban en el recinto escolar hacia instituciones que comenzaron a centralizar las actividades médicas y asistenciales de distintos establecimientos públicos y privados con el fin de concentrar esfuerzos para un mismo fin. En el tercer apartado se tratan las diversas etapas y tropiezos por los que pasan las instituciones, tanto públicas como privadas, que buscan que las acciones en favor de la asistencia materna e infantil trasciendan a nivel nacional. Finalmente, en un último apartado, se procede a una reflexión final.

#### EN BUSCA DE MADRES Y NIÑOS SANOS

Se ha dicho que con el triunfo de Álvaro Obregón en 1920 y su arribo a la presidencia, “el régimen que surgió de la Revolución Mexicana comenzaba a fortalecerse, a buscar una nueva hegemonía revolucionaria [...] el lema de ese entonces era *la reconstrucción*”, como señala Alan Knight. Esto implicaba, por un lado, la reconstrucción y el desarrollo económico y, por otro, la reconstrucción de un régimen político viable, centralizado y estable [Knight 1996: 297].<sup>2</sup> Precisamente en ese contexto de reconstrucción nacional ubicamos el impulso a la atención médica infantil como parte de los esfuerzos gubernamentales por mejorar las condiciones de vida de su población, en especial de madres y niños. Knight apunta —por citar un caso— que “el proyecto educacional intentaba fomentar el nacionalismo, la alfabetización, la ciudadanía, la sobriedad, la industria personal, la higiene y la productividad”. A lo que añadimos que, si bien el sistema educativo fue uno de los pilares que impulsó la reconstrucción, el sistema de salubridad constituyó otro de los cimientos que promovió los mismos ideales. Así, coincidimos con el autor en que “la educación, la retórica, el arte, el periodismo y, pronto, la radio, se usarían para crear un ‘nuevo hombre’; y no menos importante, una ‘nueva mujer’, un nuevo niño, porque ‘la patria será en lo futuro lo que la escuela haya podido hacer con los niños’” [Knight 1996: 299].

El proceso de urbanización y el de recuperación económica contribuyeron al proceso de reconstrucción nacional, que fue complejo y duró alrededor de dos décadas. Concordamos con Knight en cuanto a que “crear un ‘nuevo hombre’, una ‘nueva familia’, un ‘nuevo México’” no se alcanzó

<sup>2</sup> Entendiendo por etapa de reconstrucción o reconstrucción nacional al periodo que empezó en 1920, con el inicio del régimen de Álvaro Obregón, en el cual se sentaron definitivamente las bases del sistema político mexicano actual [véase Meyer 1968: 151].

ni en la década de los veinte ni en la de los treinta, pero en el caso de la atención médica infantil, sí se puede decir que en este periodo comenzó la tendencia a mostrar mayor interés hacia este sector de la población y, en consecuencia, se sentaron las bases para la institucionalización de esta atención, proceso que continuó en las siguientes décadas y sin duda influyó de manera sustancial en el devenir de diversos sectores de la sociedad o, en palabras de Knight, que “dejó otro hilo importante en el rico tapiz de la historia de México” [1996: 323].

Las décadas que siguieron a la Revolución Mexicana fueron acompañadas por una amplia difusión de hábitos higiénicos entre la población, que enfatizó la atención a la infancia. Se consideró que si no se mejoraban las condiciones de salud desde la primera etapa de la vida, la población en la edad adulta reflejaría los problemas no atendidos y esto no correspondería al ideal que las autoridades gubernamentales estaban conformando acerca de una población vigorosa, productiva y longeva. Lentamente se fue moldeando la imagen de un “niño ideal” que necesitaba cuidados, protección de los adultos y, sobre todo, guía médica. Un niño sano, robusto y feliz al que aspiraban las clases medias y acomodadas, pero que contrastaba con los menores de los amplios sectores populares que, más bien, vivían en un entorno de carencias. Y fueron precisamente esos niños los que se colocaron en la mira de amplios sectores de la sociedad, en el centro de álgidas discusiones. Sin saberlo ni proponérselo abanderaron propuestas, políticas y cambios, y fueron los receptores de las distintas políticas de salud. Fueron protagonistas de una parte de la reconstrucción de una sociedad y el punto de anclaje para cultivar la idea de lograr futuros trabajadores sanos y responsables, de engendrar nuevas generaciones sanas. Aspiración que fue una constante desde las últimas décadas del siglo XIX y buena parte del XX tanto en México como en otros países latinoamericanos, entre ellos Argentina y Chile [Biernat 2008 y 2011; Zárate 2011; Palma 2009].

#### EL SERVICIO DE HIGIENE ESCOLAR

Durante el último tercio del siglo XIX las escuelas fueron los espacios que permitieron a los médicos y científicos realizar lo que Alexandra Stern nombra “la búsqueda del niño mexicano promedio o regular”. Permitieron poner en marcha los códigos federales de sanidad y los primeros programas de vacunación; prácticas que fueron reforzadas con las inspecciones que se llevaban a cabo en los hospitales [Stern 2002: 317-318]. Fue a partir

de 1882 cuando, con el primer Congreso Higiénico Pedagógico, se promulgaron por primera vez las regulaciones higiénicas para las escuelas.<sup>3</sup>

En este foro se dictaron —entre otros temas— las medidas de higiene para evitar la transmisión de enfermedades contagiosas. Como ha señalado Ana María Carrillo, un elemento central a partir de este congreso fue que los galenos solicitaron a las autoridades gubernamentales que nombraran médicos inspectores de la higiene escolar, quienes se encargarían de vigilar que se cumplieran las normas higiénicas en las escuelas, con lo que se amplió “la intervención de los médicos en el ámbito de la escuela”. Coincidimos con la autora cuando afirma que con estas acciones “también se pretendía ampliar la influencia del médico fuera de la escuela” [Carrillo 1999: 72].

Unos años después, en 1906, se creó el Departamento de Higiene Escolar bajo la dirección del médico Máximo Silva. Dos años después, en 1908, se aprobó el primer reglamento de higiene escolar y la inspección médica general estipulada por la Secretaría de Instrucción Pública y Bellas Artes [Stern 2002: 300]. Esto llevó a la reorganización del Departamento de Higiene Escolar bajo la dirección del médico Manuel Uribe y Troncoso, quien había viajado a Europa para estudiar cómo se llevaba a cabo la inspección médica en otros países [López 1934: 26]. Los objetivos que se esperaba alcanzar con la higiene escolar fueron, entre otros, instruir a los niños —así como a sus padres y sus maestros— en los principios de la higiene privada, proteger a los niños sanos y a sus familias de aquellos que estuvieran enfermos y vigorizar a la niñez por medio de la educación física [Carrillo 2005: 176].<sup>4</sup>

Tras estos primeros pasos para reglamentar y dirigir la atención médica en las escuelas, en febrero de 1921 se llevó a cabo, después de la lucha armada revolucionaria, uno de los primeros esfuerzos para “colaborar activa y eficazmente en bien de la salud de los niños” mediante la creación del Servicio de Higiene Escolar, instrumentado por el Departamento de Salubridad Pública —recién creado en 1917— para trabajar en la inspección higiénica en conjunto con los ayuntamientos y las escuelas existen-

<sup>3</sup> Retomamos la definición que brinda Ana María Carrillo sobre higiene escolar, entendida como “la intervención sistemática de la profesión médica —con respaldo del Estado. En la inspección de las escuelas y en la medicalización de los escolares; es decir, en la vigilancia y control de la salud, la conducta y el cuerpo de los niños” [Carrillo 2005: 171].

<sup>4</sup> En estos años la salud escolar captó el interés de organizaciones internacionales. La División de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller reconoció la importancia de esos esfuerzos en países como Brasil, México y Uruguay, a pesar de que su interés estaba centrado en la educación de la salud pública y las campañas sanitarias en vez de la salud infantil en sí [Birn 2007: 687].

tes en el Distrito Federal [Malda 1921: 150-151]. Como jefe de este servicio, que tenía por objeto “proteger la salud de los niños en las escuelas, vigilar su desarrollo armónico y procurar que reciban una educación adecuada a esos fines, sin que por ello se pretenda invadir la esfera propiamente pedagógica”, quedó el médico Felipe Ferrer Beynón [DSP 1921: 26]. Al poco tiempo Beynón fue sustituido por el médico Agustín Izaguirre, quien también señaló que una preocupación de este servicio era que los alumnos que sufrieran algún padecimiento fueran remitidos a otros establecimientos asistenciales del Departamento de Salubridad, donde se esperaba que los niños recibieran los tratamientos necesarios, en especial los dentales y los de enfermedades de la piel y de los ojos [Malda 1921: 150-151].

A partir de abril de ese año médicos y enfermeras practicaron visitas periódicas a las escuelas con el fin de vigilar que los edificios, mobiliario y útiles escolares reunieran las condiciones higiénicas necesarias. Practicaron exámenes médicos a los alumnos con el propósito de conocer su estado de salud. Separaron a los que tenían algún padecimiento “nocivo” para la comunidad y vacunaron o revacunaron a quienes lo necesitaron [Aguirre 1921a: 26]. A estas acciones se sumó una serie de conferencias que los médicos inspectores del servicio brindaron en el Departamento de Salubridad a las madres de familia que concurrieron a las Oficinas de Vacunación. En éstas se trataron diversos aspectos del cuidado del niño, como la importancia de la higiene, el aseo de los dientes, del cuerpo y de la habitación, las enfermedades transmisibles y la alimentación de los niños en edad escolar [Aguirre 1921b: 203-212; DSP 1921: 29].

Así, la escuela se convirtió en un lugar privilegiado donde las autoridades sanitarias desempeñaron un papel activo y decisivo al sumar esfuerzos con las autoridades gubernamentales para inculcar hábitos higiénicos y combatir las diversas enfermedades que aquejaban a los niños. La importancia de actuar en este medio radicaba en que permitía ir más allá de la conservación de la salud del niño. Si bien se partía de que “los niños en edad escolar tienen una predisposición especial a contraer numerosas y variadas enfermedades infecto-contagiosas, tales como las fiebres eruptivas, la tos ferina, la difteria, etc.”, lo que preocupaba no sólo era el riesgo de que el niño enfermo transmitiera tales enfermedades al niño sano, sino que las propagara a toda la población, ya que “los niños escolares contagiados se encargan de difundir la enfermedad infecciosa en toda la población; y así vemos cómo una enfermedad puede pasar de un hogar a la escuela y de ésta a toda la localidad” [Aguirre 1921b: 203].

Por lo tanto, una de las ideas clave de los médicos, inspectores y enfermeras escolares fue que si se controlaba la transmisión de enfermedades en

el ámbito escolar, esto repercutiría en una mejoría de la salud de la comunidad. Por otra parte, se esperaba que los niños reflejaran en sus hogares los hábitos que adquirieran en la escuela, con lo que se podría llegar a un mayor número de personas. Con este fin, es decir, el de conseguir una mejora en la salud colectiva, se encargaron de difundir ampliamente los preceptos higiénicos entre la población infantil escolar y sus familias. También es un hecho que las condiciones generales y de higiene que se vivían en buena parte de las escuelas reflejaban grandes carencias y, distaban mucho de este ideal [véase Chaoul 2012].

Aun así, a partir de las condiciones en que se encontraba la higiene escolar, los médicos y las enfermeras, junto con los profesores, conformaron una imagen ideal de la niñez a partir de lo que no querían que fueran los niños. Un ideal de población que contrastaba con la realidad. Para 1920 se registró que “más de 50% de las casas se registraban como ‘chozas’: cuartos o habitaciones con pisos de tierra y carentes de subdivisiones internas, lo que hacía que la parte destinada a dormir fuera la misma que aquella donde se comía y se preparaban los alimentos” [Agostoni 2005: 567]. Los galenos insistían en que:

El niño que está bien desarrollado, que vive una vida higiénica, cuya habitación está bien ventilada y bien asoleada, cuya alimentación es nutritiva, que hace ejercicios metódicos y convenientes, que duerme el número de horas necesarias en relación con su edad, que se asea convenientemente, etc., estará en mejores condiciones para luchar con los diversos agentes patógenos; en cambio el niño que vive sin higiene; en habitaciones sucias, mal ventiladas, oscuras, cuya alimentación es defectuosa en calidad y cantidad, que no se preocupa de su aseo personal, etc., estará en las condiciones más propicias para atrapar toda clase de enfermedades transmisibles [Aguirre 1921b: 210].

Y en este punto es que los médicos abanderaron un ideal del niño sano en el contexto de la reestructuración del México posrevolucionario, en el que trabajarían las siguientes décadas y el cual abarcaba el ámbito familiar y escolar.<sup>5</sup> Tomando la higiene como piedra angular, los doctores establecieron diversos discursos y acciones que se concretaron durante los siguientes años con el fin de abarcar a un mayor número de población. Una de tales acciones fue “una intensísima propaganda de higiene” que tenía como objetivo al conformar una población sana y vigorosa. La campaña se dirigió a los padres

<sup>5</sup> Chaoul [2012] concuerda con el grado de importancia que se le daba a la higiene escolar.

de familia, los profesores y los niños que concurrían a la escuela, e incluyó consejos, conferencias, cartillas, folletos y publicaciones en la prensa diaria:

Por tanto, el niño debe vivir en su hogar en las mejores condiciones higiénicas posibles y la escuela debe también encontrarse en las mismas condiciones. Desgraciadamente en la generalidad de los casos los niños que asisten a las escuelas municipales no habitan casas modelo, ni la mayoría de las escuelas, y nuestros anhelos deben llegar a este ideal: hogar higiénico, escuela modelo, desarrollo normal, físico y moral del niño en relación con las prescripciones del arte-ciencia más humanitario [Aguirre 1921b: 210-211].

Médicos y autoridades gubernamentales trabajaron los siguientes años en pos de ese “anhelo”, pero a la vez reconocían que “la generalidad” de la población no se acercaba a ese ideal. Como ha mostrado Agostoni, a pesar de que “la insistencia sobre las virtudes y beneficios de la higiene o la limpieza fue abrumadora” desde finales del siglo XIX, las personas no siempre las tomaban en cuenta en su vida diaria. Los discursos de las autoridades marcaban un rumbo, pero la cotidianidad evidenciaba que la realidad fue distinta a los anhelos higiénicos. “Por eso el gremio médico procuró transformar y hacer acorde con los dictados de la higiene algunos ámbitos de la vida cotidiana [...] se debía realizar el aseo o la limpieza del cuerpo de cierta manera, y hombres, mujeres y niños debían portar cierto tipo de vestimenta” [Agostoni 2005: 565].

Para diciembre de 1921 el médico Agustín Izaguirre sugirió a las autoridades sanitarias la conveniencia de establecer dispensarios, como dependencias del Servicio de Higiene Escolar, para la atención rápida y eficaz de los escolares enfermos que más la necesitaran por su estado de salud y pobreza [DSP 1921: 29]. Esta propuesta se sumó al sentir de algunos de sus colegas,<sup>6</sup> en específico al de Eusebio Guajardo y Rafael Santamarina, quienes en junio de 1921 asistieron, en representación de México, al Segundo Congreso Internacional para la Protección de la Infancia realizado en Bélgica. Allí se expuso que “uno de los medios más eficaces para oponerse a la mortalidad infantil, protegiendo a los niños en su primera infancia, son los consultorios de niños de pecho, con sus anexos ‘Gotas de leche’ y un pequeño dispensario para suministrar algunos medicamentos a los niños enfermos” [Guajardo 1921: 372].

---

<sup>6</sup> Para profundizar en el tema véase Chaoul [2012].

Estos dispensarios o consultorios debían ser dirigidos por médicos, auxiliados por enfermeras, los cuales, bien administrados, se convertirían en un pilar para mejorar la salud de las madres y sus hijos. Esta propuesta, que también se implementó en otros países, como Chile [Palma 2009], Costa Rica [Velázquez 2010] y Argentina [Biernat y Ramacciotti 2008] cobró eco, pues de alguna manera ya se había discutido en el Primer Congreso Mexicano del Niño que se llevó a cabo en la Ciudad de México a finales de 1920. En este foro el médico Isidro Espinosa de los Reyes sostuvo la propuesta de fundar en la capital del país clínicas de pre y posnatalidad con el fin de proteger al niño, aumentar los índices de natalidad y mejorar las condiciones físicas de los nacidos [Espinosa 1921]. Estas ideas se cristalizaron cuando, en 1922 y 1923, se pusieron en marcha los dos primeros Centros de Higiene Infantil que se ubicaron en el Centro del Distrito Federal y, bajo la dirección del propio Espinosa de los Reyes, atendieron a mujeres embarazadas y niños de hasta dos años de edad [AHSSA 1930].<sup>7</sup>

#### LA TRANSICIÓN HACIA EL SERVICIO DE HIGIENE INFANTIL Y LA ASOCIACIÓN NACIONAL DE PROTECCIÓN A LA INFANCIA

A pesar de que a principios de la década de los años veinte los niños fueron atendidos en los establecimientos de la Beneficencia Pública, el Servicio de Higiene Escolar, el Departamento de Salubridad Pública y los dos Centros de Higiene Infantil, estos esfuerzos no fueron suficientes para atender a toda la población infantil. Ante este panorama, en 1924, un grupo de profesionistas y funcionarios que integraban la Junta Federal de Protección a la Infancia dirigió un memorándum al presidente Plutarco Elías Calles. En su escrito consideraban que las ideas expresadas en distintos foros nacionales e internacionales tampoco se estaban materializando para redituar en una mejor asistencia infantil, por lo que afirmaban que:

[...] en nuestro país no se ha hecho, hasta ahora, nada verdaderamente serio a favor de la protección de los niños, a pesar de haber concurrido representantes de nuestro gobierno a varios congresos nacionales y extranjeros, que de esos

<sup>7</sup> El tema de los Centros de Higiene Infantil es extenso y no será abordado en este escrito. En "Más que curar, prevenir. Surgimiento y primera etapa de los Centros de Higiene Infantil en México, 1922-1932", abordo el tema con profundidad. (Véase *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 22, 2: 391-409.)

asuntos se han ocupado, y que en todas las resoluciones aprobadas en ellos ha quedado consignada la necesidad de organizar esa protección [SEP 1924: 7].

En el mismo documento se apuntó que una protección deseable a la niñez debía abarcar “desde los trabajos de eugenesia, protección de las madres en la gestación y de los niños durante el nacimiento y la primera infancia, durante la edad preescolar, en la escuela y fuera de ella”, para así lograr “el mejoramiento social de todos, haciendo efectiva su educación y mejorando sus condiciones de vida” [SEP 1924: 7]. Si bien el Departamento de Salubridad Pública había destinado recursos y personal para atender los puntos que se señalaban junto con la Secretaría de Educación Pública y la Beneficencia Pública, y con grupos de mujeres voluntarias y particulares, se subrayó la necesidad de contar con “un órgano coordinador de sus funciones, que se ocupe de promover las reformas sociales y legislativas [...] que facilite el aprovechamiento de las energías ahora dispersas y que garantice la protección efectiva del niño”.

Al otro lado del Atlántico también se estaban dando acciones para fortalecer la protección hacia las madres y los niños, ejemplos de ello son: “La obra nacional de la infancia” en Bélgica, “El Patronato de protección de la infancia” en España o el “Consejo Superior de Tutela” en Dinamarca. Lo mismo sucedía en países latinoamericanos como Argentina, donde se fundó la Dirección de Maternidad e Infancia en la década de los treinta [Biernt 2008]; y Chile, donde se sucedieron diversos organismos públicos que dieron paso a la Sección Madre y Niño del Departamento Médico en la década de 1950 [Zárate y Godoy 2011].

En el caso de nuestro país, se propuso la creación de una Junta Federal de Protección de la Infancia en México, institución que radicaría en la capital, sería presidida por el presidente de la República y estaría conformada por funcionarios y particulares que, independientemente de su profesión, demostraran “su amor por los niños”. Entre las funciones de la institución estaría la de formar juntas locales en diversos estados, recopilar y hacer efectivos leyes y reglamentos, establecer organismos para completar la obra y coordinar el funcionamiento de las instituciones existentes [SEP 1924: 8]. Fue así como el 29 de diciembre de 1924, Plutarco Elías Calles autorizó que la Secretaría de Educación Pública estableciera la Junta Federal de Protección de la Infancia, bajo la presidencia del médico José Manuel Puig Casauranc, secretario de Educación Pública en ese momento. La junta contaría con representantes de la Secretaría de Gobernación, la Universidad Nacional, el Departamento de Salubridad Pública, el Gobierno del Distrito Federal, la Junta de Beneficencia, la Cámara Nacional de Comercio, la Asociación Mé-

dica Mexicana, la Asociación Nacional de Arquitectos, la Cruz Roja Mexicana y con el jefe del Departamento de Psicopedagogía e Higiene de la SEP.<sup>8</sup>

La relevancia de esta junta radicó en que fue el primer organismo, en el México posrevolucionario, que se formó con el propósito de institucionalizar las acciones en favor de la protección a la infancia, entre las que se encontraba mejorar la salud infantil. Resulta significativo que la junta conjugara los esfuerzos gubernamentales con los de la iniciativa privada con el fin de contar con los recursos necesarios para concretar sus objetivos. Situación que continuó con el paso del tiempo, pues las autoridades gubernamentales alentaron en diversas ocasiones a la iniciativa privada para unir esfuerzos, pues sólo así se podrían materializar los beneficios para la infancia. De esta manera se constituyó un modelo de institucionalización que en cierta forma fue retomado por iniciativas posteriores, como se verá más adelante.

Unos años más tarde, en 1929, el médico Isidro Espinosa de los Reyes externó que los dos Centros de Higiene Infantil que funcionaban en la capital no eran suficientes para combatir los altos índices de mortalidad infantil. Por lo que, junto con el doctor Ignacio Chávez, en enero de ese año, propusieron a Aquilino Villanueva, jefe del Departamento de Salubridad Pública, la creación de un Servicio de Higiene Infantil que dependiera del Departamento de Salubridad y se caracterizara por centralizar funciones—que hasta ese momento se encontraban dispersas y a veces duplicadas—para atender con eficacia el problema de la mortalidad infantil. Uno de los aspectos de este Servicio de Higiene Infantil es que auspiciaría la creación de nuevos Centros de Higiene Infantil, no sólo en la Ciudad de México, sino en toda la República. El proyecto, como ya había sucedido, se apoyó en la participación de la iniciativa privada, a semejanza de lo que ocurría en otros países, según sus palabras [AHSSA, 1930]. La propuesta cobró eco y, en abril de ese año, Emilio Portes Gil, en su calidad de presidente provisional, declaró lo siguiente:

<sup>8</sup> Entre los primeros representantes estaba el rector de la Universidad, Alfonso Pruneda, el representante del Departamento de Salubridad, Isidro Espinosa de los Reyes, y el jefe del Departamento de Psicopedagogía e Higiene, Rafael Santamarina. De acuerdo con los informes de Puig Casauranc, de abril de 1925, para esa fecha los estados de Jalisco, Guerrero, Nuevo León, Chihuahua, Oaxaca, Durango, Guanajuato, Nayarit, Aguascalientes, Querétaro, Sinaloa, Chiapas, Coahuila, Michoacán, Puebla, Veracruz, Tabasco y México habían aceptado la invitación a formar una Junta Local de Protección de la Infancia. Además, la Junta estaba actuando favorablemente por medio de sus comisiones de educación, higiene, medicina, legislación y social [SEP, 1924: 9-13].

[...] considerando que la falta de preparación ha hecho que hasta el presente no se haya emprendido una vigorosa cruzada de iniciativa particular en favor del niño, que obligue al Estado a proveer con urgencia, a las necesidades y derechos de la población infantil de la República, sino que se ha dejado con lamentable descuido a la exclusiva responsabilidad de los padres o tutores de los niños, por lo que, ante la ignorancia general de nuestras grandes masas de población y la falta de educación médica en particular, se impone el que la vigilancia sanitaria oficial se ejerza de una manera constante y efectiva a fin de resolver los trascendentales problemas de la puericultura, muy principalmente de la primera [AHSSA 1930].

Con esta base decretó la creación del Servicio de Higiene Infantil, encabezado por Espinosa de los Reyes, como una dependencia del Departamento de Salubridad Pública que tendría a su cargo el Ramo Sanitario Federal de Higiene Infantil. Su objetivo sería aumentar la densidad de la población de la República y contribuir al perfeccionamiento integral del niño para conseguir el mejoramiento global de la sociedad. A diferencia de los alcances que se habían tenido con anterioridad, el Servicio de Higiene Infantil abarcó los Centros de Higiene Infantil, el Departamento de Estadística, la Escuela de Puericultura y la labor de las enfermeras visitadoras que laboraban en los Centros de Higiene.

Sin embargo, a pesar de que este servicio y sus funciones fueron parte del Departamento de Salubridad, a su vez también dependían de la recién creada Asociación Nacional de Protección a la Infancia, un organismo permanente de beneficencia privada fundada en enero de 1929 y presidida por Carmen García de Portes Gil. Esta asociación tenía como objeto “proteger al niño desde los puntos de vista físico, social y moral”, por lo que se propuso crear y sostener:

Centros de Higiene para el cuidado de mujeres embarazadas, casas de maternidad, casas para niños semi abandonados [*sic*] en la edad pre-escolar y escolar, colonias de vacaciones, campos de juegos, y organizar las demás actividades que se consideren adecuadas, tales como servicios de enfermeras visitadoras de los hogares pobres, bibliotecas especiales para niños, ciclos de conferencias sobre higiene y moral para las madres [DSP 1989: 8-9].

Esta asociación, de acuerdo con la Ley de Beneficencia Privada, trabajaría directamente en el Distrito Federal y territorios, y promovería la formación de las instituciones señaladas en todos los estados de la República. Los médicos Aquilino Villanueva, Ignacio Chávez e Isidro Espinosa presidieron la creación de dicha asociación, de la cual fueron miembros, y confor-

maron el comité ejecutivo, mientras que las labores estuvieron presididas generalmente por comités de damas [DSP 1989: 12-13]. De esta forma, los establecimientos y funciones del Servicio de Higiene Infantil informaban a estas dos instancias, lo que en ocasiones duplicaba funciones o causaba confusiones administrativas. Así, más allá de la trascendencia de la cooperación entre instancias particulares y gubernamentales, y de la utilidad de los fondos recabados por los grupos de particulares, el Departamento de Salubridad Pública perdía la capacidad de controlar el funcionamiento de los establecimientos que asistían a la población materna e infantil y empezaban a difundir por varios estados, como Puebla, Michoacán, Jalisco, Morelos, Guerrero y Chiapas, por mencionar algunos.

Fue así como, en octubre de 1930, las autoridades del Departamento de Salubridad Pública subrayaron que las medidas, ejecución y servicios sobre higiene prenatal e infantil estaban a su cargo. Por lo tanto, Portes Gil decretó que el Servicio de Higiene Escolar que había dependido de la SEP desde la década de 1920 pasaría ahora a ser dependencia directa del Departamento de Salubridad, lo cual se hacía con el “fin de completar y unificar el criterio y la acción general que legal y técnicamente corresponde a dicha autoridad sanitaria en materia de higiene infantil” [AHSSA 1929]. Así, personal, establecimientos y oficinas se convirtieron en la Dirección de Higiene Escolar, dependiente del Servicio de Higiene Infantil del Departamento de Salubridad.

Éste fue el primer paso para que el 1 de septiembre de 1932 se decretara que los bienes y servicios prestados por la Asociación Nacional de Protección a la Infancia pasarían también a depender del Departamento de Salubridad Pública [AHSSA 1933]. Más allá de que se trató de una asociación que trabajó ininterrumpidamente desde su creación, y estaba reportando avances en diversos estados, hubo un asunto de fondo más complejo. Uno de los argumentos centrales para dar este paso fue que “una asociación particular no debe manejar fondos del Estado, y luego que, llamada a realizar una labor higiénica, ésta no podía ser controlada en todos los casos por el Departamento ni se ajustaba siempre al criterio del mismo” [DSP 1933: 273]. Esta decisión, además de subrayar que este amplio trabajo de asistencia a la infancia sólo se debía coordinar desde las dependencias gubernamentales, conllevó la necesidad de conseguir presupuesto adicional para continuar las funciones que se venían desempeñando y de replantear la forma en que los grupos de particulares podrían colaborar eficazmente, lo cual no fue fácil.

## EN BUSCA DE UNA DIRECCIÓN GENERAL DE ASISTENCIA INFANTIL

Los pasos que dio el Departamento de Salubridad Pública durante los siguientes años para centralizar las funciones de la atención médica infantil abarcaron varios aspectos. En 1936, una comisión integrada por los médicos Alfonso Alarcón, Eliseo Ramírez, Ignacio González, Jesús González y los licenciados Antonio Pérez y Francisco de Benavides, dictaminó el proyecto de la Ley Federal de Protección a la Infancia. Dicha norma declaraba que la defensa y protección de las madres y los niños era función del Estado y, por lo tanto, se decretaba que la protección a la infancia era de interés público y de la República mexicana [AHSSA 1936-1937].

Para cumplir estos propósitos se creó el Servicio de Protección a la Infancia,<sup>9</sup> que una vez más reunió representantes de distintas instancias dependientes tanto de fondos públicos como privados, en este caso de la Secretaría de Educación Pública, del Departamento de Salubridad, del Departamento del Distrito Federal, de la Beneficencia Pública, de la Secretaría de Economía y de la Beneficencia Privada. Además se estableció que se designarían representantes que se hubieran dedicado a la higiene infantil y a los estudios sociodemográficos.

Este Servicio de Protección a la Infancia fue el encargado de aplicar un sistema general de apoyo para madres y niños en la República, el cual abarcó un vasto campo con la campaña educativa en favor de la maternidad y el cuidado de la madre y el niño, el servicio prenupcial, el servicio prenatal, el servicio de maternidad, el servicio de posnatalidad, el servicio a la primera infancia, el servicio preescolar, el servicio escolar y la protección y defensa moral a los menores [AHSSA 1936]. A diferencia de las labores de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, el Servicio de Protección a la Infancia extendió su radio de acción al incluir la atención médica a mujeres embarazadas y niños pequeños; la asistencia infantil por medio de hogares, comedores, asilos y provisión de ropa y leche; la asistencia escolar y los tribunales para menores. De hecho, desde entonces, y para mediados del siglo xx, la salud materna e infantil fue uno de los problemas más importantes de salud en diversos países latinoamericanos, entre ellos Chile y Argentina. Como señalan Zárate y Godoy, fue en esa época cuando se consideró a la salud materna e infantil como un indicador socioeconómico,

<sup>9</sup> En un principio se había propuesto nombrarlo Consejo Nacional de Protección a la Infancia.

de manera que se convirtió en un punto central de las políticas sanitarias y, por lo tanto, recibió mayores recursos económicos y materiales.

Este Servicio de Protección a la Infancia buscaba, al igual que en 1932, unificar y coordinar bajo su dirección las labores de las distintas instituciones y establecimientos que prestaban servicios tanto a madres como a niños, desde el punto de vista médico como asistencial, ya fueran dependencias del gobierno federal, de los gobiernos de los estados, instituciones públicas o privadas. Con esto se esperaba lograr una efectiva atención integral, una protección a la madre y al niño, y que todos los establecimientos fueran guiados por los mismos fines.

Nuevamente, contar con un amplio presupuesto para sostener un organismo de esta magnitud y evitar la duplicación de funciones fue un reto. En ocasión se creó un Comité Nacional de Protección a la Infancia con el fin de que se encargara “de todo lo relacionado con el Servicio de Protección a la Infancia”. Con la particularidad de que el presidente del comité también sería el jefe del servicio, situación similar a la que se había presentado en 1929 con Isidro Espinosa de los Reyes, quien tenía doble cargo. En cuanto al financiamiento, se determinó que cada establecimiento se sostendría con los presupuestos con los que ya contaba originalmente y que aquellos establecimientos de nueva creación lo harían con los ingresos que se recaudarían por concepto de ganancias de un timbre postal en favor de la infancia,<sup>10</sup> lo cual ya había sido propuesto por la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y no había dado los frutos que se esperaban.

Durante el sexenio de Lázaro Cárdenas, con la creación de la Secretaría de la Asistencia Pública, se reorganizaron una vez más los servicios de apoyo infantil “en una forma metódica e integral, sin limitarse exclusivamente a la atención educativa y médica”, como se había hecho hasta entonces. Bajo el principio de solidaridad social se insistió en la importancia de federalizar la asistencia pública. También se reconoció que los servicios de asistencia infantil, como los Centros de Asistencia Infantil, Maternidades, Hogares Infantiles y Jardines de Niños, habían funcionado con eficacia gracias a la cooperación de grupos privados. En especial se encomió la labor de las mujeres, que “vienen aportando, con corazón e inteligencia, su valiosa ayuda, enlazándola con la acción del Estado” [AHSSA 1938] con lo que se confirma que, a pesar de

<sup>10</sup> Este proyecto fue presentado por José Siurob, jefe del Departamento de Salubridad Pública, en la Reunión de Directores de Sanidad en Washington [Alarcón 1936: 57].

que en el discurso gubernamental se limitaba la participación de la iniciativa privada, en la práctica su participación fue vital.

Sabemos que el Departamento de Asistencia Social Infantil substituyó al Servicio de Higiene Infantil, que dependía del Departamento de Salubridad Pública y coordinaba los diversos establecimientos citados, pero al crearse la Secretaría de la Asistencia Pública pasó a ser una de sus dependencias y cambió su denominación por la de Dirección General de Asistencia Infantil. Esta última prácticamente tuvo la misma estructura y funciones que el Departamento de Asistencia Social Infantil, por lo que se le consideró como una continuación de éste y, por lo tanto, una sola institución. Esta dirección agrupó sus funciones en cuatro rubros: los que se imparten en los estados y territorios, los del Distrito Federal, los de cooperación privada y acción social en todo el país y los de acción educativa preescolar.

En lo que se refiere a los servicios médicos, éstos se siguieron administrando en los ahora denominados Centros de Asistencia Infantil, los Hogares infantiles, los jardines de niños, las maternidades y las casas de cuna; así como a domicilio, por medio del trabajo de las trabajadoras sociales, la provisión de leche [AHSSA 1938]. A partir de ese momento los establecimientos que asistían a madres y niños permanecieron prácticamente sin modificaciones. Lo que fue cambiando fue el nombre y las funciones de la dependencia que coordinaba los avances de estos establecimientos tanto en el Distrito Federal como en los estados. En 1937 volvieron a darse cambios administrativos y se estableció la Oficina de Higiene Infantil y Protección Social a la Infancia, que nuevamente agrupó en secciones la higiene prenupcial y prenatal, la higiene neonatal, posnatal e higiene preescolar y escolar [DSP 1941: 45].

#### CONSIDERACIONES FINALES

La institucionalización de la atención médica infantil en nuestro país respondió a una dinámica compleja que abarcó prácticamente la primera mitad del siglo xx. El punto de inicio de este proceso fue la presencia y acción de los médicos en el espacio escolar. A partir de allí pudieron desarrollar, por medio de la atención a los niños, un puente entre el ámbito público de la escuela y los dispensarios médicos para llegar al ámbito privado del hogar y así tratar de inculcar los preceptos médicos a todos los miembros de la familia y a la comunidad, lo que permitió un acercamiento social entre la escuela y la familia. Consideramos que la experiencia que obtuvieron los doctores en su vinculación con las autoridades educativas fue vital, al

igual que el lugar de privilegio de que gozaron para desempeñarse, para que una vez concluida la lucha armada revolucionaria se sentaran las bases y comenzaran a generarse acciones para que la atención médica infantil se empezara a institucionalizar.

En este proceso de institucionalización se pueden localizar algunos momentos clave, como sucedió en 1929, pues a partir de esa fecha se puede percibir de forma prácticamente ininterrumpida mayor impulso, organización, coordinación y una labor compartida por parte de las autoridades gubernamentales y particulares para atender a la población infantil por medio de la Asociación Nacional de Protección a la Infancia y el Servicio de Higiene Infantil.

Sin embargo, es necesario tomar distancia de los discursos y sus buenas intenciones, y apuntar que los cambios en favor de la población materna e infantil debieron ser muy lentos. Los servicios en las décadas de 1920 y 1930 fueron insuficientes y, por lo tanto, no se puede pensar que unos cuantos centros de atención materna e infantil cambiaron la realidad de una población numerosa. Además se debe considerar que la falta de coordinación que existía entre los diversos establecimientos, la iniciativa privada y las instituciones gubernamentales debió llevar en diversos momentos a un mayor gasto y un menor rendimiento.

Aun así, las incipientes legislaciones, reglamentos, establecimientos, personal y recursos que se pusieron en marcha en las décadas que siguieron a la Revolución mexicana lograron sustentar los primeros pasos para crear una infraestructura que permitiera atender a la población de madres y niños en sus primeros años de vida, y con ello abatir los altos índices de mortalidad materna e infantil que había en el país desde varias décadas atrás. La atención integral a este sector de la población se fue haciendo complejo en un marco de atención más amplio, que fue tomando auge en el discurso asistencial desde la década de los veinte y se fue consolidando hacia mediados de siglo. El binomio madre/hijo cobró valor tanto en México como en otros países latinoamericanos, que también buscaban atender de manera integral a este sector de la población, y no sólo en el ámbito biológico, sino también en el social y cultural, pues el papel de la maternidad y el cuidado infantil logró conjuntar esfuerzos que delinearon políticas de salud en su favor.

## REFERENCIAS

**Agostoni, Claudia**

- 2005 Las delicias de la limpieza: la higiene en la Ciudad de México, en *Historia de la vida cotidiana en México IV. Bienes y vivencias. El siglo XIX*, Pilar Gonzalbo (dir.), Anne Staples (coord.). Fondo de Cultura Económica/El Colegio de México. México: 563-597.

**Aguirre, Agustín**

- 1921a Informe de los trabajos ejecutados en el Servicio de Higiene Escolar en el primer semestre de 1921. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, segunda época, t. I, núms. 7-12: 325-329.
- 1921b Profilaxis de las enfermedades transmisibles de los niños en la edad escolar. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, segunda época, t. I, núms. 7-12: 203-212.

**Alarcón, Alfonso G.**

- 1935-1936 Oficina General de Higiene Infantil y Protección a la Infancia. *Salubridad. Órgano del Departamento de Salubridad Pública*, VI, 1, enero-diciembre, 1935; enero-junio, 1936. México: 56-57.

**Archivo Histórico de la Secretaría de Salud (AHSSA)**

- 1929 Fondo Salubridad Pública, sec. Servicio Jurídico, vol. 17, exp. 2.
- 1930 Fondo Salubridad Pública, sec. Higiene, vol. 4, exp. 21.
- 1933 Fondo Salubridad Pública, sec. Servicio Jurídico, vol. 35, exp. 2.
- 1936-1937 Fondo Salubridad Pública, sec. Servicio Jurídico, vol. 47, exp. 29.
- 1938 Fondo Beneficencia Pública, sección Dirección, serie Subsecretaría, leg. 3, exp. 7.

**Bajo, Fe y José Luis Beltrán**

- 1998 *Breve historia de la infancia*. Ediciones Temas de Hoy. Madrid.

**Ballester, Rosa**

- 1985-1986 Tendencias de la historiografía pediátrica española. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 5-6: 367-380.

**Biernat, Carolina y Karina Ramacciotti**

- 2008 La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955). *História, Ciências, Saude-Manguinhos*, 15, 2, abril-junio: 331-351.
- 2011 La protección a la maternidad de las trabajadoras en Argentina: aspectos legales y administrativos en la primera mitad del siglo xx. *História, Ciências, Saude-Manguinhos*, 18, supl. 1, diciembre: 153-177.

**Birn, Anne-Emanuelle**

- 2007 Child Health in Latin America: Historiographic Perspectives and Challenges. *História, Ciências, Saude-Manguinhos*, 14, 3, julio-septiembre: 677-708.

**Borrás Llop, José**

- 1996 *Historia de la infancia en la España contemporánea, 1834-1936*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/Fundación Germán Sánchez Ruiperez. Madrid.

**Carrillo, Ana María**

- 1999 El servicio de higiene escolar en México: Congreso Higiénico Pedagógico de 1882. *Revista Mexicana de Pediatría*, 66, 2: 71-74.

- 2005 Vigilancia y control del cuerpo de los niños. La inspección médica escolar (1896-1913), en *En el umbral de los cuerpos. Estudios de antropología e historia*, Laura Cházaro y Rosalina Estrada (eds.). El Colegio de Michoacán/Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México: 171-207.

**Chaoul, María Eugenia**

- 2012 La higiene escolar en la Ciudad de México en los inicios del siglo xx. *Historia Mexicana*, LXII, 1: 249-304.

**Departamento de Salubridad Pública (DSP)**

- 1921 *Memoria del Departamento de Salubridad Pública*, s. p. i.  
 1933 *Memoria de las labores realizadas durante el año fiscal julio 1932- junio 1933*. Departamento de Salubridad Pública. México.  
 1936 *Tercera Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Salud. Proyecto en estudio para un Código de Protección a la Infancia en la República mexicana* (realizada en abril, en Estados Unidos; jefe, doctor y general José Siurob; autores del proyecto: doctor Alfonso G. Alarcón, licenciado Francisco de A. Benavides). Departamento de Salubridad Pública. México.  
 1941 Panorama general de la Salubridad Pública en México. *Boletín de Salubridad e Higiene*, IV, 1 y 2: 31-62.  
 1989[1929] *Organización y funcionamiento del Servicio de Higiene Infantil*, 1a ed. Dirección General del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. México.

**Espinosa de los Reyes, Isidro**

- 1921 Apuntes sobre puericultura intrauterina, en *Memoria del Primer Congreso Mexicano del Niño*. El Universal. México: 29-33.

**Guajardo, Eusebio**

- 1921 Informe acerca del Segundo Congreso Internacional para la Protección de la Infancia, reunido en Bruselas del 18 al 21 de junio, que rinde al Departamento de Salubridad el doctor Eusebio Guajardo, presidente de la Delegación Mexicana a dicho Congreso. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, segunda época, t. I, núms. 7-12.

**Key, Ellen**

- 1906 *El siglo de los niños (estudios)*, versión española de Miguel Domenge Mir. Imprenta de Henrich y Compañía. Barcelona.

**Knight, Alan**

- 1996 Estado, revolución y cultura popular en los años treinta, en *Perspectivas sobre el cardenismo. Ensayos sobre economía, trabajo, política y cultura en los años treinta*, M. T. Águila (ed.). Universidad Autónoma Metropolitana-Azcapotzalco. México: 297-323.

**López de Nava Ysunza, Guillermo**

- 1934 *Higiene escolar. Breves consideraciones sobre el estado que guarda en el momento actual en la República mexicana, prueba escrita para su examen profesional de médico, cirujano y partero*. México, s.e.

**Malda, Gabriel**

- 1921 Bases para la organización del servicio de higiene escolar. Correspondencia entre el Departamento Superior de Salubridad y el H. Ayuntamiento de la Ciudad de México. *Boletín del Departamento de Salubridad Pública*, segunda época, t. I, núms. 1-6.

**Meyer, Lorenzo**

1968 *México y los Estados Unidos en el conflicto petrolero, 1917-1942*. El Colegio de México. México.

**Palma Maturana, Patricia**

2009 Lo que deben saber las madres para criar a sus hijos, discurso médico social pediátrico en las cartillas de puericultura. Chile 1912-1929. *Segundas Jornadas Nacionales de Historia Social*. La Falda, Córdoba, Argentina: 1-14. <<http://www.cehsegreti.com.ar/historia-social-2/mesas%20ponencias/MESA%208/Ponencia%20Patricia%20Palma.pdf>>, consultado el 29 de noviembre de 2013.

**Rodríguez Ocaña, Esteban**

2003 La salud infantil, asunto ejemplar en la historiografía contemporánea. *Dynamis: Acta Hispanica ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 23, pp: 27-36.

**Romero, Susana**

2007 Un siglo de legislación sobre infancia en América Latina. Un cuadro cronológico, en *Historia de la infancia en América Latina*, Pablo Rodríguez y María Emma Mannarelli (coords.). Universidad Externado de Colombia. Bogotá: 615-632.

**Salazar Anaya, Delia y María Eugenia Sánchez Calleja (coords.)**

2008 *Niños y adolescentes: normas y transgresiones en México, siglos XVIII-XX*. Instituto Nacional de Antropología e Historia (Colección Científica, Serie Historia, 538). México.

**Sánchez Calleja, María Eugenia y Delia Salazar Anaya (coords.)**

2006 *Los niños: su imagen en la historia*. Instituto Nacional de Antropología e Historia (Colección Científica, Serie Historia, 492). México.

**Secretaría de Educación Pública (SEP)**

1924 Memorandum para pedir al ciudadano presidente de la República la formación de la Junta Federal de Protección de la Infancia. *Boletín de la Junta Federal de Protección de la Infancia*, 1. Dirección Editorial-Secretaría de Educación Pública. México: 6-15.

**Stern, Alexandra**

2002 Madres conscientes y niños normales: eugenesia y el nacionalismo en el México posrevolucionario, 1920-1940, en *Medicina, ciencia y sociedad en México, siglo XIX*, Laura Cházaro G. (ed.). El Colegio de Michoacán-Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo. Zamora, Mich.: 293-336.

**Velázquez, María Carmela**

2010 Las políticas y directrices del Estado para mejorar la salud de la niñez, Costa Rica, 1870-1930, en *Historia de la medicina en el siglo XXI: distintas voces*, Xóchitl Martínez Barbosa (coord.). Sociedad Mexicana de Historia y Filosofía de la Medicina. México: 149-160.

**Zárate Campos, María Soledad y Lorena Godoy Catalán**

2011 Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud de Chile (1952-1964). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 18, supl. 3: 131-151.

Recepción: 31 de septiembre de 2012.

Aprobación: 29 de julio de 2013.