

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE HISTORIA**

**CÓMO SER MADRE Y PROTEGER A LA INFANCIA EN UN CONTEXTO DE
ENFERMEDAD Y MUERTE: PUERICULTURA DESDE EL MINISTERIO DE
SALUBRIDAD PÚBLICA DE COSTA RICA (1949-1956)**

Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Historia

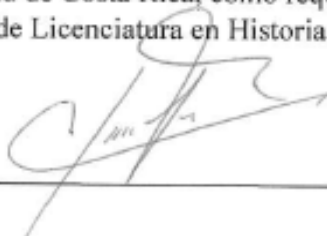
NASLY MADRIGAL SERRANO

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, San José, Costa Rica

2021

A mi mamá

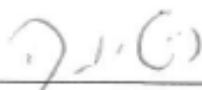
Tesis aprobada públicamente y aprobada con distinción en la Escuela de Historia, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para obtener el grado de Licenciatura en Historia.



M.Sc. Claudio Vargas Arias
Presidente del Tribunal Examinador



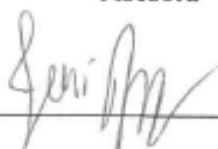
Dra. Ana Paulina Malavassi Aguilar
Directora de tesis



Dr. Dennis Arias Mora
Asesor



Dra. Eugenia Rodríguez Sáenz
Asesora



M.Sc. José Daniel Jiménez Bolaños
Profesor invitado



Nasly Madrigal Serrano
Sustentante

AGRADECIMIENTOS

Los resultados de investigación que se presentan aquí son el producto de un extenso proceso que pude asumir con la colaboración de varios actores cercanos, académicos y administrativos.

Agradezco a los docentes e investigadores que formaron parte del trabajo final de graduación, especialmente a la Dra. Ana Paulina Malavassi, al Dr. Dennis Arias, a la Dra. Eugenia Rodríguez y al M.Sc. José Daniel Jiménez. Los trabajos que han desarrollado en su carrera académica han sido un referente para poder abordar el problema de la salud y las relaciones de género, y sus observaciones directas han sido cruciales para problematizar el tema. Gracias por la disposición a leer detenidamente mis avances y por la comprensión.

Mi agradecimiento al personal administrativo de la Escuela de Historia, por guiarme con paciencia en los trámites para la defensa. También a Flor y a Rosemary, de la Biblioteca Nacional “Miguel Obregón Lizano”, por construir un ambiente ameno y ordenado en el cual trabajar.

Agradezco a los familiares y a las amistades que me han escuchado, aconsejado y alentado en este recorrido.

A mi madre, Sonia Serrano, muchas gracias por impulsarme desde el primer curso de la carrera y por inculcarme aprecio, gratitud y respeto hacia la Universidad desde que tengo memoria. Gracias por escucharme en los momentos más agotadores y por ayudarme a aclarar mis pensamientos sobre la investigación, la carrera y la vida en general. Gracias por estar pendiente de mis intereses y avances. Siempre tengo en cuenta nuestras conversaciones sobre salud y mil temas más, y las incontables veces que ha estado a mi lado para que pueda continuar aprendiendo. El apoyo es mutuo.

Índice

INTRODUCCIÓN.....	1
1. Justificación.....	1
2. Delimitación temporal y espacial.....	5
3. Objetivos.....	6
3.1 Objetivo general.....	6
3.2 Objetivos específicos.....	6
4. Hipótesis.....	6
5. Estado de la cuestión.....	8
1. Contexto de Costa Rica durante la década de 1950.....	8
2. Medicina y salud pública en Costa Rica.....	12
3. Maternidad e infancia en la medicina y la salud pública de Costa Rica.....	19
6. Marco teórico: entre la maternidad científica y la salud de los infantes.....	28
1. Discursos e intervención médica sobre la maternidad.....	29
2. Discursos y medidas médico-higiénicas sobre la salud infantil.....	36
7. Fuentes y estrategia metodológica.....	43
7.1 Descripción y evaluación de las fuentes.....	43
7.2 Estrategia metodológica.....	49
CAPÍTULO 1. INCENTIVANDO LA MATERNIDAD CIENTÍFICA.....	52
1. Contexto histórico de Costa Rica durante la década de 1950.....	53
2. La mujer y el riguroso cuidado prenatal.....	60
3. La madre como protectora del recién nacido y el niño: lactancia y crianza.....	83
3.1 Lactancia.....	83
3.2 Crianza de los niños a cargo de las madres.....	89
Conclusiones.....	96
CAPÍTULO 2. MODELANDO AL NIÑO Y A LA NIÑA A TRAVÉS DE LA HIGIENE INFANTIL.....	98
1. Alimentación sana y reglamentada.....	99
2. Conductas y hábitos a seguir.....	117
3. Espacio, ambiente y cuerpo sanos.....	131
Conclusiones.....	137
CAPÍTULO 3. PREOCUPACIONES Y SUGERENCIAS EN TORNO A LAS ENFERMEDADES INFANTILES.....	139

1. La mortalidad infantil en el decenio de 1950	140
2. Enfermedades infectocontagiosas.....	153
3. Otras afecciones infantiles.....	168
Conclusiones.....	181
CONCLUSIONES.....	183
FUENTES	194
BIBLIOGRAFÍA.....	207
ANEXOS.....	218

Índice de imágenes

Imagen 1	45
----------------	----

Índice de cuadros

Cuadro 1.1 Consultas prenatales controladas por el Departamento de Protección Maternal y por el Departamento de Unidades Sanitarias	74
Cuadro 1.2 Correspondencia de mujeres dirigida a los departamentos encargados del Suplemento de Puericultura	91
Cuadro 3.1 Mortalidad por rangos de edades (1949-1956).....	144

Índice de gráficos

Gráfico 1.1 Consultas prenatales dadas por el Departamento de Protección Infantil y el Departamento de Unidades Sanitarias respecto a las mujeres entre 20 y 34 años de edad por provincia	74
Gráfico 3.1 Tasa de mortalidad general y mortalidad infantil por mil (1949-1956).....	143
Gráfico 3.2 Mortalidad infantil (menores de 1 año) según asistencia médica (1951-1956)	148
Gráfico 3.3 Promedio anual en porcentajes de la mortalidad infantil (menores de 1 año) por provincias (1949-1956)	148
Gráfico 3.4 Mortalidad infantil según causas (más de 100 muertes anuales) 1953-1956.....	150
Gráfico 3.5 Mortalidad infantil según causas (entre 50 y 100 muertes por año) 1953-1956.....	151

Índice de anexos

Anexo 1.1 Distribución geográfica de las consultas prenatales brindadas por las Unidades Sanitarias para los años 1953, 1954 y 1955	218
Anexo 1.2 Mortinatalidad según provincias y asistencia médica en Costa Rica (1950-1955)	220
Anexo 1.3 Mortalidad infantil según causas (1953-1956)	221

RESUMEN

La siguiente investigación estudia la construcción y protección de la maternidad y la niñez desde el discurso y las medidas higiénicas promovidas por el Ministerio de Salubridad Pública de Costa Rica a través del Suplemento de Puericultura entre 1949 y 1956. El Suplemento de Puericultura fue un medio de divulgación del ministerio citado en el cual se evacuaban dudas y se brindaban recomendaciones para criar a los infantes. El objetivo general de la tesis plantea: Analizar las dudas y sugerencias presentadas, respectivamente, por los lectores y los médicos en el Suplemento de Puericultura del Ministerio de Salubridad Pública entre 1949 y 1956, para determinar las razones que movían a los sujetos a hacerlo y la forma en que pretendían construir una maternidad científica y una niñez saludable.

La tesis está dividida en tres capítulos con tres apartados cada uno. El primer capítulo “Incentivando la maternidad científica”, inicia con un breve contexto histórico y aborda la concepción médica sobre la mujer y la maternidad; los consejos enfocados en el embarazo, la lactancia y los primeros pasos de crianza; y, la institucionalización de servicios de salud dirigidos a las mujeres embarazadas, a las madres y a los infantes recién nacidos.

El segundo capítulo “Modelando al niño y a la niña a través de la higiene infantil”, considera los consejos en torno a la alimentación, la higiene mental y la higiene física de los niños y niñas. En esta parte se analiza la priorización del régimen alimenticio de los infantes desde los fundamentos de la higiene y la nutrición; el papel moralizador del Ministerio en cuanto al comportamiento de los infantes y la responsabilidad de las madres en su rol de orientadoras; el fomento de la higiene como parte consustancial de la vida cotidiana; y, las referencias a los servicios institucionales centrados en los niños y niñas.

El último capítulo “Preocupaciones y sugerencias en torno a las enfermedades infantiles”, abarca la mortalidad infantil, las enfermedades infectocontagiosas y otras afecciones. En este acápite se describe y analiza la importancia de la mortalidad infantil; el lenguaje utilizado por los médicos para informar a las madres acerca de las enfermedades; y, las recomendaciones para prevenir y atender la enfermedad.

PALABRAS CLAVE

Historia de la Salud Pública. Historia de las mujeres y las relaciones de género. Historia de la Infancia. Salud. Puericultura. Higiene. Mujeres. Maternidad científica. Embarazo. Lactancia. Nutrición. Ciencia. Crianza. Infancia. Enfermedad. Mortalidad.

INTRODUCCIÓN

1. Justificación

La década de 1950 en Costa Rica estuvo caracterizada por tensiones políticas y por el reacomodo del modelo económico, pero también se convirtió en un período cuyo tercer rasgo fundamental estuvo ligado al reordenamiento del marco institucional. En esta última línea entraron a jugar un papel importante tanto la Caja Costarricense de Seguro Social como el Ministerio de Salubridad Pública. Estas dos últimas instancias pasaron, igualmente, por un proceso de reestructuración; una estuvo dedicada a brindar servicios curativos y de pensiones para aquellos que contaban con un seguro social, mientras que la otra se encargó de prevenir afecciones mediante métodos higiénicos y sanitarios dirigidos idealmente a la totalidad de la población.

El Ministerio de Salubridad Pública se encargó de cubrir exámenes de laboratorio para diagnóstico y vigilancia, vacunación, investigación, detección y control de malaria, enfermedades venéreas, enfermedades infectocontagiosas y otras propias del cuadro epidemiológico del período. Las enfermedades infectocontagiosas en la infancia fueron uno de los puntos débiles del período pues la mortalidad por estas era muy alta, se podían prevenir y desde inicios del siglo se habían estado desarrollando medidas por parte del Estado y el sector privado: establecimiento de servicios sanitarios, administración de leche, levantamiento de estadísticas para focalizar la intervención, formación de personal en obstetricia y demás. Es necesario resaltar que estas medidas en su conjunto sí ayudaron a reducir la mortalidad infantil de manera lenta y sostenida desde la década de 1930, pero que las enfermedades prevenibles continuaron ocupando un lugar en la vida cotidiana de los niños de mitad de siglo.

La redefinición de los propósitos preventivos del Ministerio de Salubridad Pública en el marco de la conformación de la Caja Costarricense de Seguro Social, es particularmente significativa porque contribuyó a darle continuidad a las herramientas divulgativas que ayudaban a prevenir las enfermedades propias del período. La entidad pública incursionó en la divulgación de la **puericultura** combinándola con la atención directa para intentar aminorar las enfermedades infantiles que persistían. La puericultura surgió en Francia en la segunda mitad del siglo XIX como una especialidad médico-higienista para guiar a las mujeres en el cuidado de los niños/niñas. La puericultura se practicó en varios países de occidente, como se revisará oportunamente, y pasó por

modificaciones en la década de 1940, cuando el Dr. Benjamín Spock, publicó *El libro del sentido común del cuidado de bebés y niños* (Estados Unidos, 1946). El texto promovía una maternidad guiada pero instintiva y fue consumido en abundancia por las mujeres en Estados Unidos y otros países, como la Unión Soviética, donde se reimprimió en años posteriores.

La educación a las mujeres en el marco de la puericultura ya se había adoptado en Costa Rica desde inicios del siglo XX. El Colegio Superior de Señoritas incentivó su enseñanza sin mucho éxito y se conoce una tesis en el tema defendida en 1945 por una estudiante de educación en la Universidad de Costa Rica. La incursión sistemática del Ministerio de Salubridad Pública en la puericultura puede identificarse en 1949. Entre este año y 1956, la institución elaboró el “Suplemento de Puericultura”, una página que incluyó preguntas, respuestas y artículos que fueron publicados en un periódico local de Tres Ríos –cuyo nombre se desconoce– y en el diario *La Nación* casi todos los domingos de esos años. El suplemento estuvo a cargo de tres departamentos: Departamento de Protección Infantil, Departamento de Protección Materno Infantil y Departamento de Educación Sanitaria. Esta no fue la primera vez que los departamentos indicados se propusieron trabajar desde los principios de la puericultura, en 1940 una refundición departamental aparentemente disuelta más tarde condujo a la siguiente reflexión:

Hemos procedido a la refundición del Departamento de Protección Infantil con el de Maternidad importantes núcleos que trabajaron separados durante muchos años y que permite efectuar con mayor eficiencia la labor de PUERICULTURA como expresión de la **idea actual** sobre el cuidado de la mujer, el recién nacido, la madre y el niño.¹

Los médicos que escribían, o quienes seleccionaban la información que se publicaría en el periódico *La Nación*, y aquellos que participaron con sus preguntas enviadas para ser respondidas en este espacio, contemplaron múltiples temas propios del ámbito de la salud y la niñez, o si se quiere, de la salud infantil. Entre estos, las afecciones características de la infancia (difteria, sarampión, parasitosis, poliomiélitis, tosferina), los alimentos que debían ingerir los niños/niñas según su edad, la forma en que debían jugar y comportarse los menores en variados espacios sociales, y la manera en que debían vestirse para evitar riesgos en su salud y la de sus pares.

¹ Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, *Memoria de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social 1940* (San José: Imprenta Nacional, 1941), VII. Las mayúsculas son parte de la expresión original, el resaltado es mío.

Los niños como sujetos sociales, sin embargo, no fueron los únicos que llamaron la atención del cuerpo especialista, pues en el suplemento también se plasmaron los saberes que tenían que ver con la salud de las mujeres madres o con la atención que estas daban a sus hijos/hijas al relacionarse con ellos/ellas en la cotidianidad. En otras palabras, el suplemento estaba dirigido a las mujeres y continuaba fomentando la maternidad científica, aunque más sistemáticamente que en otros períodos e integrando a los lectores(as) en el planteamiento de preguntas.

El abordaje de la maternidad se efectuó mediante una serie de medidas que las mujeres debían tomar en cuenta durante su estado de gravidez, también en el período de posparto, e igualmente se les brindaban sugerencias respecto a la manera en que tenían que hacerse cargo de los recién nacidos. Los conocimientos médicos hacían referencia a la salud y el cuerpo de las mujeres, y, por otro lado, aludían al nexo entre la maternidad y las precauciones sobre la salud infantil. Esta asociación constante entre la salud de la mujer y la salud de los niños/niñas, explica en parte la aproximación de los departamentos de protección maternal y protección infantil, y arroja luces sobre la necesidad de abordar integralmente las recomendaciones médicas y el desarrollo de la investigación científica sobre las mujeres y los niños/niñas en Costa Rica.

Este período también es conocido por los altos índices de mortalidad infantil, pero no así por la manera en que las enfermedades y los agentes patógenos que provocaban la muerte o la dolencia, podían afectar la vida de los niños/niñas, ni en cómo marcaron y moldearon la infancia del período. El Suplemento de Puericultura no ofrece testimonios de la vida cotidiana de los niños/niñas y sus familias, pero sí preocupaciones fundamentadas en una realidad que era palpable para la infancia y quienes laboraban en el sistema de salud. Las recomendaciones dadas por los médicos reflejan las situaciones que podían experimentar los infantes en el período de estudio, y pueden, por otra parte, dar cuenta de cuatro aspectos todavía no suficientemente explorados por quienes estudian la infancia en la segunda mitad del siglo XX.

El primer elemento tiene que ver con las percepciones de los profesionales en salud, es decir, con sus ideas sobre aquello que debía conformar la niñez y, específicamente, una niñez sana, así como una maternidad responsable en cuanto a la salud infantil. Otro punto que se revela al estudiar esta fuente, en complemento con otras, es el esfuerzo institucional del Ministerio de Salubridad Pública sobre la disminución de los casos por enfermedad infantil. Sus proyectos –dentro de los cuales cabe también el suplemento–, permiten observar una parte de las limitaciones y/o alcances

del entramado institucional del Estado de bienestar que se consolidó en la segunda mitad del siglo pasado. El suplemento también pone en evidencia el rol de los lectores(as) a través de sus preguntas –según se indica en el suplemento–, y muestra de manera discreta las preocupaciones y el abordaje sobre la niñez que experimentaban los niños/niñas y las madres en la vida cotidiana.

El trabajo, por tanto, pretende introducirse en la maternidad científica, la higiene infantil y las enfermedades, articulando las características propias del sistema de salud costarricense junto a las estructuras de salud pública que empezaban a conformarse, o ya se habían cristalizado e incluso transformado, en otros países. Esto último, por lo demás, es otro de los aportes que pretende hacer este estudio. En la medida de lo posible, se procura contextualizar globalmente el Suplemento de Puericultura y los problemas de la infancia aportados por otras fuentes, pero también, determinar las formas en que la producción externa era tomada y adoptada (o no) internamente. El análisis a partir del suplemento, facilitará el abordaje de problemáticas poco exploradas por quienes se han acercado a los problemas de la salud en Costa Rica, ya que son escasos los trabajos que se adentran en la segunda mitad del siglo XX.

Vale aclarar, por último, que esta investigación no propone rastrear los orígenes de la puericultura como especialidad, pues se sabe, por otras fuentes primarias y secundarias, que ya a inicios de la década de 1910 Carlos Pupo había publicado su texto sobre las enfermedades evitables, incluyendo la higiene infantil.² El historiador Dennis Arias ha estudiado el discurso de Pupo y Benjamín Céspedes en sus obras sobre la crianza y el cuidado de los infantes.³ Asimismo, en el decenio de 1930, el Colegio Superior de Señoritas había propuesto, para su cincuentenario, un concurso acerca de los beneficios de la puericultura en la educación de las mujeres.⁴ Eugenia Rodríguez e Iván Molina aportan sobre el tema en dos trabajos que se revisarán en el estado de la cuestión.⁵ Finalmente, se sabe que en 1945, Virginia Ulloa Quesada defendió, para su especialidad en Enseñanza Primaria, la tesis titulada “Puericultura”.⁶

² Carlos Pupo Pérez, *Nuestras enfermedades evitables: principios de higiene que nadie desde ignorar* (San José: Imprenta Alsina, 1913).

³ Dennis Arias, *Héroes melancólicos y la odisea del espacio monstruoso: metáforas, saberes y cuerpos del biopoder* (Costa Rica, 1900-1946) (San José: Editorial Arlekin, 2016).

⁴ Colegio Superior de Señoritas, *Álbum del cincuentenario, 1888-1938* (San José: Imprenta y Librería Lehmann, 1939).

⁵ Eugenia Rodríguez, “Disciplinar para la maternidad y la acción social en el Colegio Superior de Señoritas (Costa Rica, 1888-1940)”, *Descentrada* 4, no. 1 (2020): e105; Iván Molina, “Deliciosas tempestades. Las mujeres y la educación sexual en Costa Rica entre las décadas de 1920 y 1960”, *Descentrada* 3, no. 1 (marzo-agosto 2019): e066.

⁶ Virginia Ulloa Quesada, “Puericultura” (Tesis Profesor de Enseñanza Primaria, Universidad de Costa Rica, 1945).

2. Delimitación temporal y espacial

El período de la investigación está condicionado a la publicación del Suplemento de Puericultura, pues las otras fuentes cumplen un papel complementario; por tal motivo, los años que se abarcarán dependen de los números que se emitieron en la prensa. Así, el espacio temporal comprenderá los años que van de 1949 a 1956, a pesar de que el análisis se enfocará a partir de 1950, ya que las publicaciones del año anterior comenzaron en el mes de diciembre. Además, se debe tener en cuenta que fue a partir de 1949 cuando se delimitaron las funciones del Ministerio de Salubridad Pública y por consiguiente se recalcaron sus tareas en términos preventivos y de atención médica para aquellos que no tenían un seguro social que cubriera sus necesidades médico asistenciales.

Durante este período, además, se ampliaron y desarrollaron proyectos que incentivaron precisamente la publicación constante del suplemento; el más significativo fue quizá la expansión de las Unidades Sanitarias y sus diversas competencias: consultas del Niño Sano, consultas prenatales y posnatales, campañas de vacunación, asistencia de partos, entre otras. En el período también surge el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, el cual inició sus investigaciones en la región y publicó resultados que eran tomados por quienes se encargaban del Suplemento de Puericultura. Huelga decir que este período estuvo marcado por altas tasas de mortalidad materna, mortalidad infantil y mortalidad de la niñez, de manera que el suplemento se convierte en una fuente invaluable para detenerse en un conglomerado de iniciativas alrededor de un problema que no era nuevo pero cuyas vías para menguarlo sí estaban siendo reforzadas, mediante canales institucionales como el mismo Suplemento de Puericultura. En este sentido, el estudio del suplemento, permite detenerse en parte de un período más extenso que configuró la infancia costarricense y las prácticas de salud pública desarrolladas a su alrededor.

En cuanto al plano espacial, el trabajo considerará todo el espectro nacional puesto que el periódico más importante que publicaba semanalmente el Suplemento de Puericultura –*La Nación*– circulaba en todo el país, y porque las tareas de divulgación atribuidas al Ministerio de Salubridad Pública pretendían justamente trasladar el conocimiento higiénico más allá de la capital, donde se encontraba físicamente la institución. De hecho, y como se atenderá en el momento preciso, el suplemento y las memorias institucionales hacían especial referencia a servicios de salud que se brindaban en espacios donde estaban ubicadas las Unidades Sanitarias y donde no era usual contar

con estructuras hospitalarias ni personal especializado. Por otro lado, el suplemento apostaba por los cuidados en el ámbito privado, es decir, en la esfera del hogar, tanto en la ciudad como en las zonas urbano-rurales o rurales.

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

1. Analizar las dudas y sugerencias presentadas, respectivamente, por los lectores y los médicos en el Suplemento de Puericultura del Ministerio de Salubridad Pública entre 1949 y 1956, para determinar las razones que movían a los sujetos a hacerlo y la forma en que pretendían construir una maternidad científica y una niñez saludable.

3.2 Objetivos específicos

1. Analizar las referencias a la maternidad en el Suplemento de Puericultura, para explicar la forma en que se perfiló una maternidad científica a través de la consulta de las mujeres que solicitaban información y las sugerencias de los médicos ligadas a la salud de la mujer y la atención de los niños/niñas.
2. Estudiar los consejos brindados en el Suplemento de Puericultura respecto a la alimentación, los hábitos o conducta de los niños/niñas y las condiciones higiénicas en que estos/estas debían mantenerse, para caracterizar la niñez saludable que los médicos promovían a través de la higiene.
3. Identificar las enfermedades referenciadas y explicadas en el Suplemento de Puericultura, con el propósito de determinar las principales afecciones infantiles del período, así como las razones que inquietaban a quienes redactaban las preguntas y a los especialistas de salud que escribían las sugerencias.

4. Hipótesis

1. La maternidad científica perfilada por los médicos, en respuesta a las preguntas de los lectores y como iniciativa institucional, se dividió en dos sentidos: uno de estos se caracterizó por la regulación en cuanto a los cuidados higiénicos sobre el cuerpo femenino y el estado de la salud de la mujer durante el período de embarazo; por la recomendación de atenciones científicas e

institucionales como vías pertinentes para el momento del parto; así como por la preparación de la mujer respecto al cuidado de su hijo durante el puerperio. Una segunda fase de maternidad fomentada por los médicos, estuvo caracterizada por recalcar los beneficios que implicaba la lactancia para los niños y por enfatizar las tareas que competían exclusivamente a la madre en cuanto a sus hijos recién nacidos y/o niños. Estas fases cuyo eje estaba en la aprehensión y praxis de los conocimientos científicos, se promovieron en consonancia con los esfuerzos del Ministerio de Salubridad Pública de institucionalizar los cuidados obstétricos desde varios años atrás.

2. El modelo de niñez saludable sugerido por los médicos a través de los consejos de higiene, estuvo dirigido hacia el consumo de determinados alimentos y el seguimiento de hábitos alimenticios derivados de los conocimientos en nutrición, aportados por ellos mismos o por instituciones especializadas en esta materia, como el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, en respuesta a un contexto donde esta área estaba ocupando un espacio importante en las agendas internacionales relacionadas con salud. El concepto de infancia saludable, además, se traducía en el aseo de los cuerpos de los niños y en las condiciones higiénicas de los espacios donde se encontraban; así como también mediante determinados tipos de juego, formas de vestir, y comportamientos que los infantes debían poner en práctica según su edad y sexo, aunque estos correspondieran a una realidad que estaba al margen de la costarricense.

3. Las dudas y explicaciones relacionadas con las afecciones estuvieron caracterizadas por prestar una mayor atención a las enfermedades infectocontagiosas y digestivas, aunque también trajeron a colación otras por su estrecha conexión con la infancia. Las inquietudes de los lectores y los médicos en torno a estas enfermedades generalmente tenían que ver con las prevenciones para que el niño no contraiga la afección, sobre lo cual destacan las medidas higiénicas, la vacunación y los servicios médicos como procedimientos idóneos, en contraste con la implementación de métodos caseros. Adicionalmente y en menor medida, las preocupaciones se reflejan mediante la presentación de datos sobre la mortalidad infantil o por medio de la referencia a epidemias que están afectando a una región en un determinado momento del período en estudio. Los médicos tendían a brindar atención a la morbilidad más que a la mortalidad, pues el objetivo del suplemento era prevenir enfermedades y no solo evitar, directamente, la muerte de los infantes, y, adicionalmente recordar la implementación de servicios públicos de salud. Algunas sugerencias respondían directamente a las preguntas

planteadas, pero la totalidad de estas estaba enmarcada en la inquietud extendida desde finales del siglo XIX en torno a la muerte de los infantes y, en ese sentido, no se presentaron rupturas.

5. Estado de la cuestión

En este apartado se consideran cinco obras de utilidad para reconstruir el contexto político, económico y cultural en el cual se desarrolla el problema de la investigación. Una segunda parte, consta de diez obras historiográficas que han desarrollado sus problemas alrededor de la salud pública y la medicina en Costa Rica. La bibliografía aquí seleccionada corresponde a un marco general de la salud que no se limita a la puericultura, sin embargo, esto es necesario para identificar las fuentes consultadas por los autores y las lecturas que han hecho sobre estas, así como las problemáticas que más han llamado la atención de los investigadores y los temas que, por el contrario, han ocupado un lugar periférico en la agenda historiográfica.

Esta sección también pretende dar luces sobre el contexto de salud en el cual apareció la publicación del Suplemento de Puericultura. Un tercer y último espacio se dedicará a evaluar las obras que se asemejan más a los resultados pretendidos con este proyecto, por lo cual se contemplan aquellas que versan sobre la concepción y el manejo de la maternidad desde los distintos círculos de la sociedad, y aquellas que introducen la niñez como un eje transversal. Al estudiar dichas variables, estos libros, artículos y tesis se convierten en una base y un complemento para las lecturas pendientes sobre la historia de la salud pública y la crianza de los niños.

1. Contexto de Costa Rica durante la década de 1950

Jorge Rovira presenta un análisis amplio sobre las políticas económicas diseñadas y puestas en marcha a partir de la década de 1940 y hasta el decenio de 1970, estudiando así las particularidades y las transformaciones de las estructuras económicas ideadas por cada partido político que estuvo en el poder durante dicho lapso de tiempo.⁷ Para la contextualización que interesa a este trabajo, el autor señala que, a finales de la década de 1940, el gobierno de turno comenzó a reestructurar un modelo de Estado de corte interventor respecto al terreno social y económico, lo cual no era nuevo en el sistema costarricense. Sin embargo, la nueva clase política

⁷ Jorge Rovira Mas, *Estado y Política Económica en Costa Rica 1948-1970* (San José: Editorial Porvenir, 1988), 11.

que se instaló en el poder, llevó a efecto sus ideas mediante, primero, la convocatoria a la Asamblea Nacional Constituyente y, segundo, la consecuente creación de la Constitución Política de 1949.⁸

Además, Rovira indica que la nueva Constitución y las medidas tomadas posteriormente, reflejaron la disposición de la Junta de Gobierno de Figueres por respetar los proyectos de la administración que le antecedió, de manera que las Garantías Sociales, el Código de Trabajo y otras reformas fueron impulsadas junto a una serie de políticas públicas como la nacionalización de los bancos y el establecimiento de numerosas instituciones.⁹ Tales entes públicos, según Rovira, se implantaron con miras a vigorizar la productividad del café, a dinamizar la inserción de Costa Rica en el mercado internacional, y a agilizar la diversificación de las producciones internas –menos importante para la administración ulatista que para la Junta.¹⁰

Sobre el Partido Liberación Nacional y los demás sectores políticos durante la década de 1950, Kirk Bowman argumenta que la democracia no se consolidó inmediatamente después de la guerra civil de 1948 y que tampoco fue producto de algún pacto entre José Figueres Ferrer y Otilio Ulate.¹¹ En su artículo, Bowman sostiene que, al menos hasta la llegada al poder de Mario Echandi en 1958, la década de 1950 presenció una continuación de la violencia y un constante enfrentamiento entre el partido de gobierno y la oposición –compuesta principalmente por Ulate, Castro Cervantes, Calderón, Echandi, Picado, algunos comunistas, el sector empresarial y algunos miembros del cuerpo diplomático estadounidense–.¹² El autor logra demostrar que la oposición al gobierno de Figueres catalogaba la presidencia con tintes izquierdistas y por tanto comunistas, de modo que este aspecto respaldaba las sospechas sobre el fraude electoral, la malograda invasión con ayuda somocista de 1955, y las visitas estadounidenses debido al supuesto efecto que tenían las políticas públicas sobre el capital privado y extranjero; todo lo cual fue sostenido durante las elecciones de 1953 y a lo largo de 1953-1958.¹³

El historiador Manuel Gamboa sostiene una perspectiva similar a la propuesta por Bowman, pero su tesis se concentra en las manifestaciones discursivas presentes en las campañas electorales

⁸ Rovira Mas, *Estado y Política Económica*, 56.

⁹ Rovira Mas, *Estado y Política Económica*, 47, 52-53, 75.

¹⁰ Rovira Mas, *Estado y Política Económica*, 67-69, 63.

¹¹ Kirk Bowman, “Fue el compromiso y consenso de las élites lo que llevó a la consolidación democrática en Costa Rica? Evidencias de la década de 1950”, *Revista de Historia*, no. 41 (2000): 92, 116.

¹² Bowman, “Fue el compromiso”, 99-103.

¹³ Bowman, “Fue el compromiso”, 95-98, 107-108, 103.

de 1953-1970 y relacionadas con la memoria de la guerra civil de 1948.¹⁴ Para este trabajo interesan especialmente las campañas de 1953 y 1958, sobre las cuales el autor identifica la predominancia de un discurso liberacionista dirigido hacia la culpabilidad de Calderón Guardia y sus seguidores en el conflicto de 1948, así como el surgimiento de una oposición particularmente heterogénea en el sentido de que congregaba en un solo discurso opositor (antifiguerista) a quienes en otros momentos habían mantenido tensas relaciones políticas.¹⁵ Gamboa también defiende que durante el primer gobierno de Liberación Nacional se comenzó a edificar una nueva forma de hacer política mientras se demarcaba un nuevo tipo de institucionalidad bajo el discurso de la “nueva patria”, pese a que el PLN reflejaba una línea más personalista que ideológica durante las campañas electorales.¹⁶

La disonancia entre los participantes del período también es abordada por la historiadora Alexia Ugalde. La autora argumenta que la amnistía para los involucrados en actos violentos durante la década de 1940 tardó en aprobarse por falta de voluntad de las autoridades del Gobierno y que se alcanzó como respuesta a la presión de grupos organizados.¹⁷ El aporte de Ugalde puede apreciarse desde la Historia Política, puesto que retoma la tesis de Bowman, pero también desde la Historia de las Mujeres. Los grupos organizados identificados y analizados por la autora incluyen a las mujeres, lo cual permite distinguir el entrecruzamiento de roles políticos (públicos) con roles domésticos expresados en los discursos por la pacificación.¹⁸

La perspectiva de política y de género también es considerada por Alfonso González, quien muestra cómo la juventud, las masculinidades y las características atribuidas a las mujeres se fueron configurando durante el período de posguerra.¹⁹ En este libro, González plantea que a lo largo de la década de 1950 la virilidad buscada por los varones se pudo reflejar tanto en los discursos como en la práctica, pues esta tomó la forma de violencia dentro de un contexto en el cual las disputas

¹⁴ Manuel Gamboa, “Los discursos políticos durante las campañas electorales entre 1953 y 1970 en Costa Rica: la memoria de la Guerra Civil de 1948” (Tesis de Licenciatura em Historia, Universidad de Costa Rica, 2012).

¹⁵ Gamboa, “Los discursos políticos”, 77, 117.

¹⁶ Gamboa, “Los discursos políticos”, 117-118, 78.

¹⁷ Alexia Ugalde, ““Purificarse en las aguas del Jordán”. La ruta política y social de la amnistía de 1955 en Costa Rica y la participación de las mujeres”, *Diálogos. Revista Electrónica de Historia* 21, no. 1 (2020): 37-66.

¹⁸ Ugalde, ““Purificarse en las aguas del Jordán””, 37-66.

¹⁹ Alfonso González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra costarricense (1950-1960)* (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2005).

entre bandos políticos eran bastante acaloradas y en el que se exacerbaba cada vez más el anticomunismo.²⁰

El autor también aborda la cultura de masas en la cual los jóvenes estuvieron insertos y por la cual se transformaron sus patrones de socialización, produciendo con esto las críticas de quienes ya había alcanzado su etapa adulta y de quienes añoraban los roles de género de su pasado.²¹ En una segunda parte, González lleva a cabo un análisis dividido en diferentes temáticas sobre la construcción del papel femenino y su vínculo con el masculino, señalando que el hogar y la estética fueron constantes en los discursos de la publicidad de aquella década, en los cuales además se recalcan los beneficios directos que el cuidado de la casa y el mantenimiento de la belleza corporal tenían sobre las mujeres, así como sobre los hombres que se constituían como potenciales parejas o ya compañeros de las mujeres.²²

El historiador Iván Molina reconstruye un análisis bastante completo cuya temporalidad va del siglo XIX al XX, y en donde abarca tanto problemas culturales como aspectos socio-económicos. Para la década de 1950 y los años anteriores –teniendo en cuenta que los cambios no se dan abruptamente al iniciar cada decenio–, el historiador muestra, con datos censales, que para estos años la mayoría de la población costarricense vivía en zonas rurales y que contaba con un considerable grado de alfabetización, pese a que también evidencia que los porcentajes en este último sentido eran más elevados para el sector ubicado en las áreas urbanas que para aquellos que vivían en las áreas rurales.²³ Molina también indica que, debido al lento proceso de urbanización y al empeño por encaminar al país en la producción industrial, la década de 1950 presencié a una Costa Rica dedicada especialmente al sector primario y a la comercialización todavía artesanal; pero también a una población que sufría cambios en esas transacciones comerciales precisamente por la llegada de nuevos productos y el establecimiento de fábricas, así como por la cultura de masas en la cual Estados Unidos se conformaba como principal referente.²⁴

²⁰ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 31-33.

²¹ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 87-89.

²² González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 188-189, 292-293.

²³ Iván Molina Jiménez, *Costarricense por dicha: identidad nacional y cambio cultural en Costa Rica durante los siglos XIX-XX* (San José: Editorial UCR, 2015), 83, 101, 84.

²⁴ Molina Jiménez, *Costarricense por dicha*, 90-94, 96, 101-102.

2. Medicina y salud pública en Costa Rica

A mediados de la década de 1990, los historiadores Steven Palmer y Juan José Marín dieron curso al estudio de la salud como un problema social en el cual convergían otros temas como la educación, las políticas públicas, el control social, la misma comunidad médica, entre otros que mostraban cuán amplio era el panorama. En este incipiente como determinante trabajo, Palmer logra ubicar el inicio de los avances de la bacteriología y cómo estos contribuyeron a generar planes de higienización que expandieron su radio de acción a los planteles escolares a partir de la década de 1880, para lo cual según el autor, la Reforma educativa y la Fundación Rockefeller jugaron un papel crucial.²⁵

Por su parte, Marín, más que plantear la estructuración del sistema de salud pública, señala constantemente que las revistas sanitarias que circularon en el país de 1896 a 1949 y que eran escritas por médicos, constituyeron uno de los mecanismos mediante los cuales las costumbres de las clases populares intentaron ser morigeradas.²⁶ No obstante, ambos trabajos tienen una extensión corta y es por esto que no es posible determinar con suficiente claridad cómo y cuál fue el provecho que las instituciones sanitarias sacaron del sistema educativo, como tampoco se pueden encontrar detalles sobre la dinámica de la Fundación Rockefeller en el país.

En otro de sus artículos, Marín profundiza en el estudio de la medicina como fuente de control social, periodizando su estudio de 1800 a 1949. En este trabajo, el autor demuestra que desde los primeros años del siglo XIX era evidente la conflictividad surgida entre los tratamientos médicos y las prácticas empleadas por los curanderos, pero su argumento principal radica en que la conformación de una identidad médica y una farmacéutica –menos pronunciada que la primera– sentaron las bases para que los médicos se organizaran con el fin deslegitimar sus procedimientos y por tanto desacreditar los conocimientos generados desde el empirismo.²⁷ Marín, indica que este proceso condujo a que se justificaran diferentes canales con el propósito de paralizar las actividades empíricas y así dejar espacio para que los médicos laboraran. De este modo, la legislación, el

²⁵ Steven Palmer, “Salubridad pública y reforma educativa en Costa Rica (1880-1940)”, *Actualidades del CIHAC. Boletín del Centro de Investigaciones Históricas de América Central*, Universidad de Costa Rica, no. 8 (1995): 1-3.

²⁶ Juan José Marín Hernández, “Las Revistas Sanitarias en Costa Rica (1896-1949)”, *Actualidades del CIHAC. Boletín del Centro de Investigaciones Históricas de América Central*, Universidad de Costa Rica, no. 8 (1995): 3-4.

²⁷ Juan José Marín Hernández, “De curanderos a médicos. Una aproximación a la historia social de la medicina en Costa Rica: 1800-1949”, *Revista de Historia*, no. 32 (1995): 82-84.

aparato policial y la Iglesia católica fungieron como las principales vías para controlar e incluso perseguir a los curanderos.²⁸

Palmer realiza otro estudio en el cual coincide con la perspectiva de Marín respecto al control ejercido sobre las prácticas alejadas de la medicina moderna o aquella que había nacido de la revolución bacteriológica de finales del siglo XIX. En este libro, el autor muestra un caso bastante particular no sólo porque podría considerarse como un microestudio debido a que se encuadra en un personaje y un año específico (1932), sino también porque en este se pueden constatar los ligámenes entre el discurso médico imperante y las prácticas del ocultismo – protagonizadas por un cubano con antecedentes laborales en el mundo de la magia y el ilusionismo.²⁹

Si bien es cierto que el autor detecta el afán de los médicos por controlar y detener las consultas del Profesor Carbell, también ofrece un valioso análisis centrado en explicar cómo fue que el contexto influyó en la manera en que se conceptualizaba el trabajo del ilusionista. En este sentido, Palmer indica que las soluciones brindadas por Carbell para mejorar la salud, no fueron impuestas por él ya que en ese momento aún existía una clientela que le daba gran acogida a los saberes empíricos y al ocultismo.³⁰ También comprueba que no solamente los sectores populares acudían a este tipo de atención, demostrando que miembros de las familias de abolengo también solicitaban un remedio espiritual a pesar de que este provocara la oposición de los médicos.³¹ En su análisis, también subraya que la prensa fue vital para plasmar las discusiones entre los médicos y Carbell, y para legitimar las acciones del cubano respecto a la curación de males que alteraban la salud.³²

La misma lectura atinente a los sectores populares y su relación con la científicidad promovida por los médicos en Costa Rica, vuelve a ser rescatada por el historiador Juan José Marín en un capítulo de libro que focaliza el análisis entre 1864 y 1949. En este trabajo, las fuentes utilizadas por el autor son al tiempo su tema de estudio. Marín indica que los materiales sobre la higiene –libros, revistas, folletos y cartillas– funcionaban como medios de difusión para los

²⁸ Marín Hernández, “De curanderos a médicos.”, 89, 91-92.

²⁹ Iván Molina y Steven Palmer, *La voluntad radiante. Cultura impresa, magia y medicina en Costa Rica (1897-1932)*. San José: Plumsock Mesoamerican Studies y Editorial Porvenir, 1996), 11, 77.

³⁰ Molina y Palmer, *La voluntad radiante.*, 97.

³¹ Molina y Palmer, *La voluntad radiante.*, 142, 141.

³² Molina y Palmer, *La voluntad radiante.*, 126.

médicos del país, quienes también publicaban los resultados de las investigaciones que se daban a conocer en otros espacios. El aporte de este trabajo reside en que muestra, de forma ordenada y precisa, las líneas temáticas que contienen las fuentes analizadas.

Marín indica que el material estudiado estaba compuesto por tres ejes atendidos por los médicos: higiene de las madres, los niños/niñas y los jóvenes;³³ recalando, así como en sus obras anteriores, el papel adoctrinador y moralizante de la información proporcionada por los galenos.³⁴ Además, el autor señala que este tipo de material se llevó a los centros educativos para que allí fueran utilizados como manuales higiénicos, introduciendo a los niños/niñas y jóvenes en el cuidado de su salud. Sin embargo, Marín recuerda que, además de tomar en cuenta a este sector, los médicos se encargaron de elaborar obras que alcanzaban un público especialista y por tanto más selecto.³⁵

El mismo tópico sobre el ámbito laboral de los trabajadores de la salud es abordado por la historiadora Ana Paulina Malavassi, pero en esta ocasión el análisis no se enfoca en el desenvolvimiento de los médicos, sino que atiende la profesionalización de las parteras.³⁶ La autora utiliza pocas fuentes primarias, pero logra mostrar de forma concisa, y apegándose al enfoque de las masas como objeto a civilizar, que la instauración de los centros para educar a las mujeres en cuanto a la atención del parto llevaron a un proceso de feminización de la partería.³⁷ Indica al mismo tiempo que, si bien las autoridades en salud dieron apertura a dichos centros –primero la Escuela de Obstetricia y después la Escuela de Enfermería–, no lograron que la demanda fuera en aumento debido a su ubicación geográfica y por la serie de requisitos solicitados, por lo que, según Malavassi, debieron implementar becas para que ingresaran más estudiantes y así engrosar el cuerpo especialista.³⁸

Por otra parte, y paralelamente a los primeros esfuerzos por problematizar la salud desde la historia, la misma autora explora un período que los autores anteriores habían dejado al margen al

³³ Juan José Marín Hernández, “Biblias de la higiene. Las cartillas terapéuticas en Costa Rica (1864-1949)”, en *Culturas populares y políticas públicas en México y Centroamérica (siglos XIX y XX)*, comps. Francisco Enríquez e Iván Molina (Alajuela: Museo Histórico Cultural Juan Santamaría, 2002), 4-5, 11, 15-16.

³⁴ Marín Hernández, “Biblias de la higiene.”, 39-40.

³⁵ Marín Hernández, “Biblias de la higiene.”, 20-26.

³⁶ Ana Paulina Malavassi, “De parteras a obstétricas. La profesionalización de una práctica femenina tradicional en Costa Rica (1930-1940)”, en *Mujeres, género e historia en América Central durante los siglos XVIII, XIX y XX*, ed. Eugenia Rodríguez Sáenz (San José: UNIFEM-Plumsock Mesoamerican Studies, 2002), 91-114.

³⁷ Malavassi, “De parteras a obstétricas.”, 91-114.

³⁸ Malavassi, “De parteras a obstétricas.”, 91-114.

ubicarse en el siglo XVIII y XIX con el fin de recuperar los esfuerzos para institucionalizar la atención de los leprosos, así como las percepciones de los miembros de las comunidades respecto a quienes tenían la enfermedad o daban señas de ser futuros agentes de contagio.³⁹ En los cinco capítulos que componen el libro, la autora da con dos problemas fundamentales para comprender la enfermedad como un elemento que altera las relaciones sociales. Plantea que la lepra despertó la incertidumbre de quienes rodeaban al supuesto enfermo, lo que condujo a que se estableciera la expulsión de los afectados y a que se intentara ilegalizar a quien transgrediera el orden por motivos de salud.⁴⁰

Otro de los trabajos que se comprometen con el estudio de la salud, es el artículo de Steven Palmer sobre la medicina estatal en el istmo centroamericano, para el cual ofrece una visión original respecto a las obras anteriormente revisadas puesto que logra ir más allá de los períodos recorridos, su análisis es comparativo, y no basa su interpretación en el control social.⁴¹ Su trabajo es una recopilación, pues no usa fuentes primarias y recurre a otra bibliografía, pero no deja de ser clarificador en cuanto a la formación del sistema de salud de Costa Rica, en tanto indica que el país comenzó a desarrollar de manera muy temprana –en comparación con los otros países– una estructura de atención a la salud gracias a la instauración de la Facultad de Medicina y las instituciones públicas de medicina y salubridad.⁴²

Para la década de 1940 y las siguientes, Palmer indica que el país se puso de nuevo a la cabeza dado que inauguró y consolidó un sistema de seguros sociales que se unió a los servicios del Ministerio de Salud Pública, formando así un sistema dual.⁴³ El autor, por tanto, demuestra que la salud no sólo funcionó como un foco de mecanismos de control, pues el sistema público también fue sinónimo de altos estándares en cuanto a la calidad de la atención. Su estudio, por supuesto, está sujeto a dejar por fuera aspectos específicos de cada país dado que se trata de un análisis

³⁹ Ana Paulina Malavassi, *Entre la marginalidad y los orígenes de la salud pública: leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica (1784-1845)* (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2003). De hecho, el libro de la autora surge como producto de su tesis de maestría, defendida desde finales de la década de 1990, cuando los trabajos historiográficos en torno a la salud apenas se conformaban como una de las vetas de la disciplina histórica. Véase: Ana Paulina Malavassi, “Entre la marginalidad y los orígenes de la salud pública: leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica: 1784-1845” (Tesis de Maestría en Historia, Universidad de Costa Rica, 1998).

⁴⁰ Malavassi, *Entre la marginalidad y los orígenes de la salud pública*, 32, 83-86.

⁴¹ Steven Palmer, “Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central”, *DYNAMIS*, no. 25 (2005): 59-85.

⁴² Palmer, “Esbozo histórico de la medicina estatal”, 67, 69.

⁴³ Palmer, “Esbozo histórico de la medicina estatal”, 70, 74, 71.

comparativo y general, pero se puede partir de este para profundizar en las vías adoptadas dentro del marco de la salud pública en Costa Rica.

Por su parte, Florencia Quesada argumenta que la higienización de San José, capital de Costa Rica, se desarrolló bajo los conceptos de progreso y modernización desde un ejercicio de emulación/adaptación respecto a ciudades modelo. La higienización de la ciudad recibió el apoyo de la ingeniería y la medicina que, en conjunto, formó una “intelligentsia” autorizada para participar en proyectos sobre construcción de calles, cañería, cloacas, excusados y demás infraestructura sanitaria. La reestructuración fue llevada a cabo por especialistas para modernizar la ciudad en términos económicos, estéticos y morales.⁴⁴

Palmer vuelve a trabajar la salud en un artículo breve y sugerente sobre los esfuerzos alrededor de la cura de la anquilostomiasis a inicios del siglo XX en Costa Rica. Para esto el autor fundamenta su análisis con fuentes del Archivo de la Fundación Rockefeller.⁴⁵ En este artículo, Palmer ubica el problema en un contexto caracterizado por la premisa oficial de la “auto-inmigración” y dentro de las controversiales cifras de mortalidad infantil, para argumentar que desde la década de 1910 los higienistas habían concentrado sus esfuerzos en identificar los casos que provocaban el cansancio de los trabajadores rurales.⁴⁶

La finalidad de estas iniciativas consistía, según el autor, en divulgar información sobre la enfermedad para sectores no especializados, y en identificar a aquellos que presentaban los síntomas para atenderlos y proveerles una cura.⁴⁷ Palmer vislumbra dos cuestiones determinantes para el curso que tomó y tomaría la salud pública, una es que la Fundación Rockefeller brindó ayuda pero no impuso proyectos, métodos o tratamientos, en especial porque su llegada al país coincidió con planes previamente formulados por los médicos costarricenses. La segunda es que, justamente por lo anterior, el apoyo de la Fundación se redireccionó para cubrir otras aristas además de la anquilostomiasis.⁴⁸

⁴⁴ Florencia Quesada Avendaño, “La modernización entre cafetales. San José, Costa Rica, 1880-1930” (Tesis de Doctorado, Universidad de Helsinki, 2007).

⁴⁵ Steven Palmer, “Cansancio y nación: el combate precoz de los salubristas costarricenses contra la anquilostomiasis”, *Salud Colectiva* 5, no. 3 (2009): 410-412.

⁴⁶ Palmer, “Cansancio y nación”, 405-406.

⁴⁷ Palmer, “Cansancio y nación”, 407, 409.

⁴⁸ Palmer, “Cansancio y nación”, 409.

Malavassi amplía el estudio sobre el papel jugado por la Fundación Rockefeller en Costa Rica y Panamá desde la década de 1910 hasta el decenio de 1930, para lo cual también emplea las fuentes del Rockefeller Archive Center.⁴⁹ A diferencia del estudio de Palmer, la historiadora procura ir más lejos de las atenciones puestas sobre el asunto de la anquilostomiasis. El análisis no se queda allí y problematiza esta enfermedad junto con otras muchas, afirmando que fue un conglomerado de enfermedades infecciosas el que llamó la atención de la Fundación.⁵⁰ Según Malavassi, fue precisamente este dilema el que condujo a que la Fundación Rockefeller llevara a cabo campañas preventivas y creara Unidades Sanitarias para suprimir las enfermedades, brindar tratamientos y facilitar educación a las personas afectadas.

La autora explica que las Unidades Sanitarias se plantearon contribuir en el embarazo y en la crianza de los niños, así como en la capacitación de personal a fuerzas de la escasez y la preeminencia de prácticas tradicionales.⁵¹ Los aportes de la tesis son múltiples, pero sobre todo el hecho de que las enfermedades aquí son presentadas como la fuerza motriz para consolidar y dar seguimiento a los tratamientos. Permite observar cómo cambia la percepción de la enfermedad, cómo se procede ante esta, cuáles son los sectores involucrados, cuáles son las justificaciones para atenderla y cuáles son las limitaciones de los proyectos de salud.

Las enfermedades, el paso de la salud pública al sistema salubrista y la participación activa de un abanico de actores sociales, en especial los comunistas, pero también los individuales, los internacionales y las mujeres, son elementos analizados por Ana María Botey. Para la historiadora, las enfermedades y fundamentalmente las epidemias acaecidas en la segunda mitad del siglo XIX, funcionaron como un aliciente para la estructuración del sistema de salud costarricense, sobre el cual hubo una clara intervención estatal en conjunción con el papel de los médicos. La autora estudia la comunidad médica y la institucionalización del sistema de salud desde la legislación, los médicos de pueblo, los hospitales públicos, el Protomedicato y las Facultades. Finalmente, Botey se aparta de las interpretaciones sobre el control social como mecanismo predominante en las

⁴⁹ Ana Paulina Malavassi Aguilar, “Prevenir es mejor que curar: análisis sobre el trabajo cooperativo en salud pública de la Fundación Rockefeller en Costa Rica y Panamá: décadas 1910-1930” (Tesis de Doctorado, Universidad de Costa Rica, 2011).

⁵⁰ Malavassi Aguilar, “Prevenir es mejor que curar”, 368-369.

⁵¹ Malavassi Aguilar, “Prevenir es mejor que curar”, 167, 354, 358-359.

medidas tanto médicas como estatales, argumentando que, más bien, el período liberal fue esencial para cimentar un sistema público de salud.⁵²

Las políticas públicas de salud general, y no solo infantil, auspiciadas por el Ministerio de Salud Pública en las décadas posteriores a 1940, no han merecido la atención de los historiadores, como sí lo han hecho la filantropía privada, las prácticas populares o empíricas del siglo XIX e inicios del XX, y el higienismo estatal del mismo período. Sin embargo, Malavassi, junto a Palmer, supone una salvedad al estudiar las campañas de inmunización desde 1950 hasta 2000. Si bien su propuesta se trata de una síntesis debido al amplio período que abarca, en su reciente trabajo plantea que la década de 1950 constituyó el punto de partida de las campañas masivas de inmunización, a pesar de proponer también que estas eran deficientes por la escasez de recursos presupuestarios y de personal, lo cual generaba limitados alcances regionales e inconstancia en las aplicaciones.⁵³ La autora señala que fue hasta la década de 1970, mediante el Programa de Salud Rural y Comunitaria, que las campañas de vacunación fueron intensificadas y sistematizadas espacialmente.⁵⁴

El repaso por la implementación de cada una de las inmunizaciones del período de interés (DPT contra, influenza, Salk, entre otras), así como por sus limitaciones y alcances,⁵⁵ permite complementar los aportes con las recomendaciones dadas por los médicos en el Suplemento de Puericultura, el cual muestra una faceta de las campañas de inmunización que trasciende los informes institucionales empleados por la autora y que vuelca la atención en los niños/niñas. El análisis del suplemento también permite establecer puentes con esta obra, al abordar las sugerencias hechas por los médicos respecto a ciertas enfermedades para las cuales todavía no se contaba con una vacuna. El presente trabajo también intenta evidenciar que no todas las acciones sobre las enfermedades infantiles prevenibles por vacunación, o no, giraron alrededor de las campañas de inmunización.

⁵² Ana María Botey Sobrado, *Los orígenes del Estado de bienestar en Costa Rica: salud y protección social (1850-1940)* (San José: Editorial UCR, 2019).

⁵³ Ana Paulina Malavassi, “Análisis sobre la inmunización contra las enfermedades prevenibles en Costa Rica y su impacto social, 1950-2000: una mirada crítica de las políticas públicas a través de las Memorias de Salud”, en *Historia de las desigualdades sociales en América Central. Una visión interdisciplinaria, siglos XVIII-XXI*, eds. Ronny J. Viales H. y David G. Díaz A. (San José: Vicerrectoría de Investigación: Centro de Investigaciones Históricas de América Central, 2016), 370-373.

⁵⁴ Malavassi, “Análisis sobre la inmunización”, 372.

⁵⁵ Malavassi, “Análisis sobre la inmunización”, 356-370.

3. Maternidad e infancia en la medicina y la salud pública de Costa Rica

El problema de la maternidad es analizado por la historiadora Eugenia Rodríguez Sáenz, quien muestra en un breve artículo la variedad de grupos que, durante el período 1890-1932, articulaban discursos en las revistas culturales alrededor del papel que debían cumplir las mujeres dentro de la sociedad y en virtud de la nación. La autora afirma que, a pesar de que los discursos provenían de la Iglesia católica, los sectores liberales y más tarde las feministas, el sentido de estos no distaba de ser el mismo, pues todos coincidían en idealizar a las mujeres como madres genuinas.⁵⁶

Rodríguez asevera que aquella naturalización de la maternidad conllevó al surgimiento de una maternidad científica, la cual consistía en educar a las mujeres con recursos científicos para que, acorde al discurso, lograran optimizar la crianza de los niños/niñas, quienes por otra parte eran concebidos como el futuro de la nación. De este modo, las mujeres/madres tenían como responsabilidad brindar las mejores condiciones higiénicas y morales a sus hijos/hijas.⁵⁷ La autora no deja de lado las instituciones –entre estas: Gota de Leche, PANI, Escuela de Obstetricia, Escuela de Artes y Oficios Domésticos– cuya misión consistía en garantizar aquella maternidad científica, pero solamente son mencionadas pues el análisis dirige su atención al discurso público de las mujeres en su rol maternal.⁵⁸

Las instituciones que Rodríguez trae a colación en su análisis, son atendidas por Virginia Mora en un artículo que expone la manera en que la maternidad estuvo presente en las agendas de diferentes grupos sociales y en los proyectos estatales o públicos durante la década de 1920.⁵⁹ Mora señala que las concepciones de maternidad y por tanto las tareas idealizadas de las mujeres, derivaron del discurso médico y fueron de la mano con la profesionalización en el ámbito de la medicina; así, muestra cómo el contenido de las lecciones y las prácticas de las estudiantes de

⁵⁶ Eugenia Rodríguez Sáenz, “Inventando el Día de la Madre en Costa Rica: 1890-1932”, *Reflexiones*, no. 75 (1997): 34.

⁵⁷ Rodríguez Sáenz, “Inventando el Día de la Madre”, 35-37.

⁵⁸ Rodríguez Sáenz, “Inventando el Día de la Madre”, 37-39.

⁵⁹ Virginia Mora Carvajal, “Cuestión femenina y maternidad em la Costa Rica de los años veinte”, *Revista de Historia*, no. 11-12 (1998): 37, 40.

obstetricia y enfermería se ejecutaban justamente para atender a las mujeres a partir de una instrucción científica.⁶⁰

La autora también señala que durante la década analizada aparecieron organizaciones de índole privado y casi siempre compuestas por mujeres, quienes se propusieron fortalecer la educación de las madres sobre la crianza de los niños, destacando temas como la debida alimentación y los procesos higiénicos de la leche que consumían los infantes.⁶¹ Mora logra dejar un panorama bastante esclarecedor de la manera en que se ponía en práctica la maternidad científica, utilizando como principal fuente los artículos de prensa; aunque estos son muy pocos e incluso la autora considera que cada uno de los puntos abordados debe ser profundizado en estudios venideros.

La historiadora Virginia Mora aborda exhaustivamente los roles de las mujeres en la década de 1920 en otro trabajo más extenso. El estudio muestra los espacios ocupados por las mujeres, su organización social y política, las concepciones sobre estas y cómo esa participación continuaba siendo tradicional a la vez que permitía a las mujeres salir de la rutina doméstica.⁶² Sin embargo, para efectos de este análisis interesa especialmente el aporte del cuarto capítulo. En este, la autora plantea que las mujeres se organizaron y participaron en el ámbito laboral y en espacios de socialización a través del baile, los clubes y los deportes, lo cual generó inquietud social cuando la actitud/acciones se desviaban del estado de cosas existente relacionado a la mujer (honor, sensibilidad, maternidad, protección familiar). Ante este fenómeno de “modernización”, y como parte de un proceso de profesionalización de las ciencias de la salud, las mujeres recibieron un recordatorio de su papel maternal con anuncios en la prensa sobre crianza, servicios de salud, alimentación, y con la misma institucionalización de los servicios de salud. La autora propone, como otros estudiosos de la maternidad aquí presentados, que la maternidad científica contribuyó a reforzar la higienización y moralización buscada por los liberales.⁶³

La institucionalización de la maternidad científica a principios del siglo XX también caló en el sistema educativo, como afirma el historiador Iván Molina en su trabajo sobre educación

⁶⁰ Mora Carvajal, “Cuestión femenina y maternidad”, 36, 44, 37-40.

⁶¹ Mora Carvajal, “Cuestión femenina y maternidad”, 42-43.

⁶² Virginia Mora Carvajal, *Rompiendo mitos y forjando historia: mujeres urbanas y relaciones de género en Costa Rica a inicios del siglo XX* (Alajuela: Museo Histórico Cultural Juan Santamaría, 2003).

⁶³ Mora Carvajal, *Rompiendo mitos*, 181-244.

sexual entre 1920 y 1960. El autor identifica que las ciencias vinculadas a la salud reproductiva dieron cuerpo a proyectos formativos cuyo principal objetivo era educar a hombres y mujeres en temas de educación sexual. Ese fue el caso del Colegio Superior de Señoritas, donde las mujeres recibieron educación en áreas relativas a la maternidad, como la puericultura y la ginecología.⁶⁴ Sin embargo, Molina también explica que no solo el personal formado en medicina estaba involucrado en la atención del problema, sino también hombres y mujeres con carrera política y pedagógica con interés en la pobreza y la heteronormatividad, y que la educación sexual constituyó un interés de las ciencias de la salud desde otras ramas como la prevención de las enfermedades venéreas.⁶⁵ Debe aclararse que, el autor no cubre extensamente el tema de la puericultura.

La historiadora Eugenia Rodríguez también estudia la formación femenina en el Colegio Superior de Señoritas, pero dentro de un período más amplio (1840-1940) y desde una interpretación distinta a la de Molina. La autora analiza el régimen disciplinario del Colegio Superior de Señoritas, y el Liceo de Costa Rica, acercándose a la normativa institucional y las inquietudes presentadas en otras fuentes institucionales acerca de la educación de hombres y mujeres.⁶⁶ Rodríguez plantea que la disciplina colegial estaba dirigida a las estudiantes y las maestras y que la normativa regulaba la moral, la higiene –como identifica Molina–⁶⁷ y el rendimiento de estas a través de la vestimenta, los cursos (educación sexual y puericultura) y la actitud frente a los cursos.

La historiadora encuentra que la educación era una suerte de preparación para el resto de la vida de las mujeres, pues debían asumir un papel maternal o a lo menos protector, como también señala Virginia Mora para el contexto extra-educativo.⁶⁸ El régimen disciplinario enfocado a los hombres consistió en remarcar su posición familiar protectora-proveedora. Al igual que Virginia Mora, Rodríguez identifica que, si bien hubo un régimen disciplinario, las mujeres aprovecharon la educación para participar activamente fuera del hogar.⁶⁹

Alfonso González se enfoca en el desarrollo de la maternidad científica durante la posguerra (década de 1950). Su análisis se expande a otros problemas encontrados para tales años, que

⁶⁴ Molina Jiménez, “Deliciosas tempestades.”, 3-4.

⁶⁵ Molina Jiménez, “Deliciosas tempestades.”, 3-7.

⁶⁶ Rodríguez Sáenz, “Disciplinar para la maternidad”, e105.

⁶⁷ Molina Jiménez, “Deliciosas tempestades”, e066.

⁶⁸ Mora Carvajal, *Rompiendo mitos*.

⁶⁹ Rodríguez Sáenz, “Disciplinar para la maternidad”, e105.

sobrepasan la maternidad y se vinculan con la juventud, las masculinidades y la feminidad en términos más amplios.⁷⁰ El autor dedica un apartado a las mujeres entendidas como madres, y para esto utiliza fuentes publicadas en la prensa, entre las cuales destacan los anuncios de películas, los anuncios de diferentes tipos de leche, el Boletín Hablemos y el Suplemento de Puericultura –fuente a utilizar en este trabajo.⁷¹ González señala que, a través de las disposiciones médicas, los especialistas de la salud dejaron en una posición de vulnerabilidad a las mujeres, puesto que desprestigiaban los conocimientos populares al insistir en su poca valía.⁷²

También analiza la manera en que las películas extranjeras exhibidas en el país reproducían los avances científicos en torno a la maternidad, especialmente sobre el proceso de parto ahora con posibilidades de ser sustituido por las cesáreas.⁷³ Finalmente, examina de forma breve la importancia cobrada por la lactancia y los sustitutos de leche materna, así como los aspectos psicológicos sumados al discurso de las relaciones afectivas madre-hijo.⁷⁴ Si bien es cierto que en este apartado González utiliza el Suplemento de Puericultura, el autor no desgasta el tema de la maternidad científica y más bien sugiere, indirectamente, revisar con mayor exhaustividad esta fuente para ampliar sobre los elementos por él estudiados.

La niñez, por otro lado, también ha ocupado un lugar en la producción historiográfica de los últimos años. Por un lado, Domingo Vargas Azofeifa se ocupa de la creación del Hospital Nacional de Niños, y, por otro, Carmela Velázquez, dedica un espacio de su artículo a describir la atención médica desde el punto de vista del doctor Carlos Durán. Vargas centra su análisis en un proyecto que dio frutos hasta la década de 1960: el Hospital Nacional de Niños, por lo cual su período de estudio sale de los antecedentes, el contexto y el propio problema que interesa en estas páginas. No obstante, el autor dedica, basado en fuentes primarias y bibliografía, una sustancial parte de su tesis a explicar las deficiencias del sistema hospitalario destinado a los niños durante un período en cual primaban las enfermedades infectocontagiosas. Según el autor, la iniciativa sobre el Hospital Nacional de Niños surgió por las desarticulación de las entidades hospitalarias, que duplicaban sus labores; por las limitaciones de espacio, estructura y personal de los hospitales

⁷⁰ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*.

⁷¹ La fuente también es referenciada por el autor como Suplementos de Puericultura.

⁷² González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 116-118.

⁷³ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 109-112.

⁷⁴ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 123-131.

existentes, entre estos el Hospital Nacional de Niños y el Hospital de Niños de Cartago; y, debido a la epidemia de poliomielitis suscitada en 1954.⁷⁵

Vargas también sugiere que fueron varios los mecanismos mediante los cuales se logró disminuir la mortalidad entre 1940 y 1980. Entre estos, las campañas de salud del Ministerio de Salubridad y la publicación del documento que aquí interesa: el Suplemento de Puericultura, las nuevas drogas ofrecidas por el mercado farmacéutico, el papel del Patronato Nacional de la Infancia, y otros.⁷⁶ También afirma que las medidas de salud tomadas hasta 1950 para combatir la mortalidad infantil, fueron complementadas con la Consulta del Niño Sano y la Sección de Puericultura del Ministerio de Salubridad; también con las casas cuna y el suplemento mencionado.⁷⁷

El autor, por tanto, brinda un aporte sobre las limitaciones hospitalarias, puesto que su conocimiento es necesario para comprender la vehemencia de los médicos sobre las medidas preventivas respecto a la salud de los infantes, pero, sus aseveraciones en torno a la contribución de la salud pública deben ser revisadas. La tarea es prioritaria porque no todas sus afirmaciones sobre este problema tan importante, en términos de salud y demografía, han sido comprobadas. Aún desconocemos puntillosamente cómo funcionó, cómo aportó o no al sistema de salud, la puericultura institucional después de 1950.

El estudio de la historiadora Carmela Velázquez, por otro lado, fue publicado cinco años después de la tesis de Vargas y dedica un espacio a describir la atención médica a principios del siglo XX desde el punto de vista del doctor Carlos Durán.⁷⁸ El artículo es más un intento por reconstruir la biografía del médico desde su compromiso respecto a las innovaciones del mundo de la medicina, aunque la autora hace un esfuerzo por conectar la infancia y la medicina al describir la manera en que Durán registraba los padecimientos de sus hijas cuando eran apenas unos niñas.⁷⁹

Velázquez también muestra, de manera más extensa, las propuestas del médico respecto a la salud de los infantes, indicando que este prestaba especial atención a la mortalidad infantil, el

⁷⁵ Domingo Vargas Azofeifa, “El Hospital Nacional de Niños en el marco de la salud pública costarricense: 1954-1998” (Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad de Costa Rica, 2001), 104-113, 157, 164-166.

⁷⁶ Vargas Azofeifa, “El Hospital Nacional de Niños”, 134-137.

⁷⁷ Vargas Azofeifa, “El Hospital Nacional de Niños”, 161.

⁷⁸ Carmela Velázquez Bonilla, “El doctor Carlos Durán. Su investigación médica y sus estudios sobre la niñez”, *Diálogos Revista Electrónica de Historia* 7, no. 1 (2006): 83-84.

⁷⁹ Velázquez Bonilla, “El doctor Carlos Durán.”, 95-98.

manejo adecuado de la leche que consumirían los niños y el control que sobre estos se debía establecer en los centros escolares, todo lo cual convertía al médico, según la autora, en un precursor de la medicina preventiva.⁸⁰ Señala, también, que el doctor Carlos Durán externó su preocupación por los niños por medio de los consejos dados a las madres para que aprendieran principios higiénicos. Sin embargo, la autora no profundiza sobre la maternidad científica ni el control sobre esta, y tampoco sobre la puericultura que sugiere sucintamente.⁸¹

Respecto a la maternidad durante la década de 1910, Ana María Botey ahonda en la estructuración y el cuerpo organizativo de La Gota de Leche, así como en las medidas tomadas para cuidar la salud de los niños/niñas a partir de la capacitación de las madres. Para esto la investigación parte de 1913 –año en el cual se crea el centro– e incorpora la información contenida en las memorias del ente.⁸² Botey revisa la composición de La Gota de la Leche, señalando que se trataba de una organización encabezada por mujeres de la élite costarricense, quienes se encargaron de establecer nexos con personal especializado en nociones de salud, para mitigar así la mortalidad infantil.⁸³ Las ínfimas precauciones higiénicas, la desnutrición de los niños/niñas y la mortalidad infantil justificaron la preparación de las madres por parte del personal.⁸⁴

La salud de la niñez también es analizada por Ana Paulina Malavassi, pero en esta investigación la autora se ubica en el primer semestre del año 1954 para estudiar el caso de la epidemia de poliomielitis en San José. Según Malavassi, la enfermedad fue representada de diversas formas, y esto lo comprueba con numerosos artículos periodísticos publicados al calor de su propagación. Afirma que los médicos y el Ministerio de Salud lo presentaron como un problema sanitario que debía ser confrontado con medidas higiénicas.⁸⁵ Pero, también señala que, de forma paralela, los padres de familia solicitaban el cierre de las escuelas por considerarlos centros de infección, contradiciendo entonces el discurso médico.⁸⁶

⁸⁰ Velázquez Bonilla, “El doctor Carlos Durán.”, 101-106.

⁸¹ Velázquez Bonilla, “El doctor Carlos Durán”, 114.

⁸² Ana María Botey Sobrado, “De la beneficencia a la filantropía “científica”: la fundación de La Gota de Leche (1913)”, *Diálogos Revista Electrónica de Historia*, número especial (2008): 1337-1338.

⁸³ Botey Sobrado, “De la beneficencia a la filantropía”, 1373.

⁸⁴ Botey Sobrado, “De la beneficencia a la filantropía”, 1373-1375. La autora también hace una revisión sobre la manera en que se regía La Gota de Leche al interior, pero esto tiene una orientación más administrativa y el punto clave para este apartado refiere más bien a la maternidad y la lactancia.

⁸⁵ Ana Paulina Malavassi Aguilar, “Representaciones sobre la epidemia de poliomielitis en el periódico La Nación. Costa Rica, 1954”, inédito.

⁸⁶ Malavassi Aguilar, “Representaciones”.

Finalmente, Malavassi considera que a raíz de los casos de personas con poliomielitis, la población se convirtió en un agente vigilante del paisaje higiénico, mientras contribuía también a pormenorizar los efectos de la enfermedad mediante las colectas de fondos.⁸⁷ Su estudio es vital para la investigación propuesta pues ayuda a notar con claridad cómo se construye la enfermedad durante la década de 1950, y porque da luces del papel que adquiere el Ministerio de Salubridad en cuanto a la concepción de la enfermedad y el procedimiento idóneo para combatirla.

El mismo tema de la poliomielitis es revisado nuevamente por Malavassi, pero el problema de este segundo artículo dirige su atención a un grupo de estudiantes que realizó su práctica en la Casa Verde, lugar en el cual se prestaba tratamiento a los niños/niñas afectados por aquella y otras enfermedades.⁸⁸ La autora describe las características generales del centro, pero el grueso de su análisis lo dedica a mostrar la forma en que los niños eran vistos como sujetos necesitados de ayuda por parte de las trabajadoras sociales que asistían las labores del lugar, quienes además imprimían prejuicios en sus comentarios y argumentaban que la rehabilitación era una prioridad.⁸⁹ El aporte de esta investigación radica en que muestra una lectura original de la salud puesto que los enfermos pueden ser concebidos de formas distintas según el sector que los mire, sugiriendo inmediatamente que los médicos no constituyen el único sector con preocupaciones respecto a la salud de los niños/niñas.

Carmela Velázquez cuenta con otra obra sobre la infancia y la salud, en la cual ubica su problema de estudio entre 1938 y 1973 y en donde analiza los proyectos ejecutados alrededor de los casos de niños/niñas con tuberculosis.⁹⁰ En este capítulo, la autora señala que, además del primer Sanatorio para la curación de la tuberculosis, se creó un preventorio y un campamento infantil con el propósito de instruir a los niños/niñas bajo principios profilácticos.⁹¹ El trabajo de Velázquez ayuda a comprender que ya para la segunda mitad del siglo XX había una institución focalizada en los niños/niñas, lo que muestra una panorámica en la que no solo las madres eran

⁸⁷ Malavassi Aguilar, “Representaciones”.

⁸⁸ Ana Paulina Malavassi Aguilar, ““Y que no queden rezagados para pedir limosna y acabar así em seres infelices”. Análisis de las percepciones de un grupo de estudiantes de pedagogía de la Universidad de Costa Rica sobre la poliomielitis, la víctima y la rehabilitación. Casa Verde, 1955-1957”, en *Historia de la Infancia en Costa Rica. Cinco aproximaciones*, ed. David Díaz Arias (San José: Editorial Nuevas Perspectivas, 2012), 95-96.

⁸⁹ Malavassi Aguilar, ““Y que no queden rezagados””, 117-125, 135.

⁹⁰ Carmela Velázquez Bonilla, “Los niños y el Sanatorio Carlos Durán (1938-1973)”, en *Historia de la Infancia en Costa Rica. Cinco aproximaciones*, ed. David Díaz Arias (San José: Editorial Nuevas Perspectivas, 2012).

⁹¹ Velázquez Bonilla, “Los niños y el Sanatorio”, 189-192.

instruidas. Por otro lado, lleva a cuestionarse sobre las estrategias alternativas para combatir la enfermedad que atacaba a los infantes durante el período que incumbe a esta investigación.

Por su parte, el historiador Dennis Arias se aproxima a la niñez desde la teoría biopolítica enfocándose en las previsiones tomadas desde el ámbito higienista y médico respecto a la vida de los niños/niñas durante el período 1870-1930.⁹² Arias afirma que la información relativa a la mortalidad infantil, la esperanza de vida y la natalidad pasó a ser fundamental para controlar la vida de los niños/niñas, de modo que la estadística funcionaba como uno de los saberes fundamentales para vencer las pérdidas humanas, valiéndose para tal argumentación de los Mensajes Presidenciales y los datos de los Anuarios Estadísticos.⁹³ El autor, también advierte que en la concepción de los médicos la corporalidad de la madre equivalía a una extensión del cuerpo del hijo/hija, siendo así la causa o la solución de los males que pesaban sobre la salud de los niños/niñas. De manera que, mediante la revisión de los discursos en las revistas médicas, el autor demuestra que las mujeres se convirtieron en sujetas a disciplinar, pues debían contar con un cuerpo determinado y debían cuidarlo según las normas médicas, así como debían observar con cautela el de sus hijos/hijas.⁹⁴

La aproximación de Arias refleja la importancia de la estadística como motor de las medidas encabezadas por los médicos. La consulta de este apartado resulta necesaria para interpretar los datos numéricos como base del desvelo de los médicos y la población sobre el tema de las enfermedades, si bien esta investigación no se propone trabajar desde la teoría del biopoder. Otro aspecto importante de la obra de Arias es la exposición de los estudios médicos en las revistas científicas de Costa Rica, pues propone que las imágenes (fotografías) y el texto de estos trabajos componían un discurso jerárquico en el cual se ubicaba al médico por encima de los pacientes, el médico en como portador del saber y el paciente en calidad de objeto experimental y demostrativo de la enfermedad.⁹⁵

Los hallazgos de Arias son interesantes porque muestran un acceso muy limitado de las revistas y el conocimiento científico, en tanto que instrumentos escritos por los médicos para los

⁹² Arias Mora, *Héroes melancólicos*, 45-105.

⁹³ Arias Mora, *Héroes melancólicos*, 45-105.

⁹⁴ Arias Mora, *Héroes melancólicos*, 45-105.

⁹⁵ Arias Mora, *Héroes melancólicos*, 106-190.

médicos,⁹⁶ y porque difieren de los de Marín y Palmer en cuanto al público meta de los conocimientos científicos y el método de explicación de la enfermedad. Tanto Marín como Palmer identificaron una popularización de los conceptos médicos para la prevención de enfermedades,⁹⁷ lo cual se acerca más a la propuesta de este trabajo. Sin embargo, Arias y Marín encontraron que había una visión médica preponderante donde no entraba en juego la participación voluntaria de los pacientes. En el Suplemento de Puericultura, como se verá adelante, sí hubo un espacio de participación para sus lectores(**as**), pero fue muy limitado y a la vez se conservó una interacción vertical por parte de los médicos.

Por último, Liliana Jiménez aborda el discurso acerca de las mujeres para el caso del Día de la Madre, revisando un periódico religioso y otro secular para el período que va de 1932 a 1964. La autora trabaja con varios ejes temáticos vinculados con el 15 de agosto, entre los cuales se encuentra el hogar como el espacio que, bajo los preceptos religiosos, debía mantenerse en orden y armonía. Asimismo sostiene que la publicidad sirvió como una plataforma para reproducir estereotipos, aunque al mismo tiempo utilizó la celebración para comercializar servicios y productos.⁹⁸ Jiménez advierte, además, que las mujeres fueron concebidas como educadoras innatas de sus hijos, ya fueran niños o mayores pues se suponía que su papel como formadoras debía ser por el resto de sus vidas.⁹⁹

Los trabajos revisados en la segunda parte del estado de la cuestión, reflejan dos líneas claras. Por un lado, se puede notar que los investigadores han inclinado la balanza de los problemas hacia el control ejercido por el gremio médico respecto a las prácticas que salían del rango considerado científico y, por otra parte, sus trabajos han posicionado a la medicina y la salud pública como elementos determinantes en cuanto a los avances y mejoras en la salud. Estas dos vertientes se configuran como antecedentes valiosos para el estudio de la puericultura en Costa Rica, pues contribuyen a comprender el ahínco de los médicos por privilegiar los conocimientos científicos a la vez utilizados como un respaldo. También ayudan a entender por qué el Ministerio de Salud le daba atención a la divulgación de un material que, al igual que en períodos anteriores,

⁹⁶ Arias Mora, *Héroes melancólicos*, 106-190.

⁹⁷ Marín Hernández, “Biblias de la higiene.”, 1-46.

⁹⁸ Liliana Jiménez, “La celebración del Día de la Madre: una construcción social, espiritual y material vista a través del análisis de la prensa escrita secular y católica (1932-1964)” (Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad de Costa Rica, 2015), 123, 170-179.

⁹⁹ Jiménez, “La celebración”, 136-139.

tenía intenciones educativas. Por supuesto, el estudio procurará evidenciar los cambios en la manera de operar de la institución pública y los nuevos temas abordados por esta en un contexto poco analizado en los trabajos sobre la salud pública. Como fue expuesto, la mayoría de estos ponen término a su período en la década de 1940, o bien, no llegan a esta.

En segunda instancia, el trabajo se diferenciará de los análisis sobre la maternidad y la niñez porque las interpretaciones partirán de un aspecto específico de la medicina y la higiene, inherente a los problemas planteados por los investigadores, pero poco estudiado en cuanto a sus especificidades: la puericultura. También importante y casi inexistente en los trabajos analizados, es el problema de la participación por medio de dudas/preguntas de quienes no tenían fundamentos científicos pero que los solicitaban. Esto es necesario para reinterpretar la idea de los médicos como impositores de conocimiento, si bien el problema requiere de un análisis mesurado para conocer los matices de fondo. Por último, el trabajo propone el uso de una fuente que solamente ha sido consultada y analizada por dos de los investigadores aquí referenciados, más por uno¹⁰⁰ que por otro,¹⁰¹ y que resulta fundamental pues se difundía a través de un medio masivo y contenía una parte de los proyectos que el Estado desarrollaba para mejorar las condiciones de salud de uno de los sectores más vulnerables del período.

6. Marco teórico: entre la maternidad científica y la salud de los infantes

En este acápite se hará una revisión de trabajos que enfatizan en los dos puntos medulares a desarrollar en la investigación: maternidad e infancia. Para esto, se consideran más de veinte obras correspondientes a diversos países, dentro de los cuales predominan aquellos ubicados tanto en el norte como el sur de América Latina, pero sin marginar otros artículos, tesis o capítulos de libro que problematizan la salud de los niños y las madres para el caso de España, Francia, Inglaterra y Estados Unidos.

Los trabajos consultados se presentarán en dos secciones, una que alude a la intervención de la maternidad por parte de la medicina, y la otra que incluye las diversas formas en las que se ha abordado la niñez desde el punto de vista de la higiene y la medicina. Aunado a esto, y como problemas intrínsecos a las temáticas de dichos trabajos, ambos subapartados contemplan, hasta

¹⁰⁰ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*.

¹⁰¹ Vargas Azofeifa, "El Hospital Nacional de Niños".

donde los abordajes lo permiten, los discursos e inquietudes que acompañaron y condujeron a las atenciones puestas sobre las mujeres y los infantes. También consideran los sectores que participaron de manera discursiva o práctica; las instituciones y/o medios de difusión para efectivizar las medidas; y por supuesto, las medidas mismas, ya sea en términos de salubridad o de tratamientos. Las obras aquí presentadas, corresponden a diversos períodos de la Historia de la Infancia de cada país consignado; no solamente se toman en cuenta aquellas que aluden a la década de 1950, pero sí las que refieren a iniciativas de pediatría y puericultura en períodos claves. Por esto, los paralelismos establecidos en el desarrollo no se centran solo en la simultaneidad periódica.

1. Discursos e intervención médica sobre la maternidad

La historiadora Alejandra Álvarez propone, como lo hacen casi todos los investigadores aquí revisados, que la puericultura en Colombia surgió debido a dos razones: mortalidad infantil e ideas eugenésicas.¹⁰² La autora plantea que la puericultura debe ser entendida como un capítulo del desarrollo de la eugenesia y no, como proponemos para el caso costarricense, como una de las tantas expresiones del Estado de bienestar social –vigorizado, mas no inaugurado, en Costa Rica desde la década de 1940–. La autora atiende la emergencia de la puericultura desde tres enfoques teóricos: la Sociología del Conocimiento, propuesta por David Bloor, Steven Shapin y Ludwik Fleck; la circulación y producción del conocimiento, estudiada por James Secord y Jonathan Topham; y, la Historia Cultural y la Historia de los Textos, iniciadas y profundizadas por Roger Chartier y Josep Simon (investigador de la Historia de la Ciencia).¹⁰³

A partir de tales referentes teóricos, la autora estudia las revistas científicas, las tesis de medicina y puericultura, los textos publicados por médicos, y la *Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura* (1940). Álvarez encuentra en este material tres fases de los inicios de la puericultura en Colombia. La primera y la segunda son similares, en tanto que se concentraban en la salud de los niños/niñas y las mujeres desde un punto de vista científico para los científicos, es decir, desde una esfera privada de conocimiento. En esta etapa, según la autora, los problemas más importantes para los médicos fueron la relevancia dada a la lactancia materna mientras se desvirtuaba la

¹⁰² Mónica Alejandra Álvarez Tello, ““Para cuidar un ser que apenas se bosqueja en las entrañas de lo desconocido”. Surgimiento de la puericultura en Colombia en la primera mitad del siglo XX” (Monografía de grado de Historia, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2015), 6-7.

¹⁰³ Álvarez Tello, ““Para cuidar un ser””, 26-31.

alimentación artificial; la atención sobre elementos de la vida cotidiana, como el vestido, el sueño y el baño; la higienización del embarazo; la creación de Las Gotas de Leche; y, la inquietud sobre enfermedades hereditarias que ponían en peligro el proyecto eugenésico.¹⁰⁴

La tercera etapa, consistió en la institucionalización y la profesionalización de la puericultura, la cual consistió en la discusión, a través de la revista citada, de la legislación, las campañas de salud y la divulgación del conocimiento creado por los médicos, así como en la creación de la Escuela Superior de Higiene y las Primeras Jornadas Pediátricas.¹⁰⁵ Esta última fase es quizá la más similar al caso costarricense estudiado, pues, como se verá, se trata de una etapa pública a cargo de un ente estatal, lo cual dista de otros casos, seguidamente presentados, donde la institucionalización y la profesionalización parecen ser más tempranos. También es parecida en cuanto a que la autora la entiende, en parte, desde la divulgación científica.

La maternidad es explorada por Jorge Pardo Soto, en cuyo pequeño artículo estudia la puericultura de finales del siglo XIX en Chile. A partir de una visión biopolítica, argumenta que durante este período las madres eran concebidas por el Estado como el vehículo por medio del cual se podía preservar el futuro de la patria: el niño, quien a su vez se convertía en potencial trabajador –inserto en la dinámica productiva–.¹⁰⁶ Señala que la producción era tan significativa durante estos años, que las madres trabajadoras eran sustituidas por nodrizas para que no se entorpeciera el proceso productivo. La lógica de la eficiencia y el rendimiento de la población, ligada a la inquietud sobre la mortalidad infantil, también estaba presente, según el autor, en las actividades organizadas por los médicos y en los consultorios, donde la ciencia ocupaba un lugar especial en la argumentación de la salud infantil.¹⁰⁷ Pero, esto no es profundizado por Pardo, puesto que su propósito es presentar un marco general de la puericultura desde la perspectiva del rendimiento.

Para el mismo período planteado por Pardo, pero ubicada espacialmente en Argentina, Marcela Nari efectúa un análisis cuyos ejes son la educación doméstica y la puericultura, o, como ella lo expresa, la “crianza científica”, dirigida a las madres.¹⁰⁸ Siguiendo la línea del resto de los

¹⁰⁴ Álvarez Tello, ““Para cuidar un ser””, 37-83.

¹⁰⁵ Álvarez Tello, ““Para cuidar un ser””, 84-115.

¹⁰⁶ Jorge A. Pardo Soto, “La expresión de la biopolítica: dos momentos en la historia contemporánea; la Puericultura de fines del siglo XIX en Chile y la discusión eugenésica liberal de Habermas en la Alemania del siglo XXI”, *Revista Enfoques*, no. 9 (2008): 265-266.

¹⁰⁷ Pardo Soto, “La expresión de la biopolítica”, 267-269.

¹⁰⁸ Marcela María Nari, “La educación de la mujer (o acerca de cómo cocinar y cambiar los pañales a su bebé de manera científica)”, *Mora. Revista Interdisciplinaria de Estudios de la Mujer*, no. 1 (1995): 32.

trabajos para otros países, la autora argumenta que la puericultura constituyó un motivo de preocupación para quienes la practicaban debido a la alta mortalidad infantil y porque el niño era concebido, por las autoridades médicas, como el futuro ciudadano y como una fuente de riqueza, ante lo cual enfatizaron, tanto en las revistas científicas como en los congresos de infantes, la responsabilidad pública de la mano con la responsabilidad materna.¹⁰⁹ Así, la autora sostiene que los profesionales en puericultura desplazaron los saberes de las mujeres sobre el proceso del parto al dejarlo bajo su tutela, señalando además que dicho panorama estuvo caracterizado por el autoritarismo por parte de los médicos, en el sentido de que los consejos sobre higiene recordaban a las madres la obligatoriedad de asistir a los exámenes y revisiones.¹¹⁰

Desde una interpretación muy similar a la presentada en el trabajo anterior, Di Liscia plantea que la caída de la natalidad y el repunte de la mortalidad infantil durante el período 1935-1948 en Argentina, dieron como producto un discurso médico, institucionalizado por los mismos médicos y las visitadoras sociales, que tenía como eje vertebral la atención y la instrucción de las mujeres embarazadas y las madres, es decir, la atención prenatal, postnatal y el parto en instituciones estatales. Según la autora, los médicos consideraban que este era el atajo más factible para confrontar aquellos dos problemas demográficos, aunque tuvieran que cumplir con la tarea mediante la imposición,¹¹¹ compartiendo en este punto la perspectiva que ofrece Nari sobre el mismo país y, en específico, sobre el desarrollo de la ciencia ginecológica argentina.

Para el caso de la maternidad en Brasil durante la década de 1920, Martha de Luna Freire mantiene la tesis de que las funciones que debían seguir las madres sobre la crianza de los niños, fueron producto de una construcción que encontraba su origen en el discurso modernizador de la recién formada república, el cual consistía, de manera similar al desarrollado en Chile, en el futuro de la nación.¹¹² La autora sostiene que el discurso referente a la medicina como un insumo para construir la maternidad, surgió debido a la mortalidad infantil y concordó con una base discursiva más amplia en la cual los educadores, los médicos, e incluso las feministas, destacaban las

¹⁰⁹ Nari, “La educación de la mujer”, 35, 39. Para tales afirmaciones y las siguientes del apartado sobre la puericultura, la autora utiliza discursos y, sobre todo, textos elaborados por médicos puericultores.

¹¹⁰ Nari, “La educación de la mujer”, 42-43.

¹¹¹ M. S. Di Liscia, “Hijos sanos y legítimos: sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948)”, *História, Ciências, Saúde-Maguiinhos* 9 (2002): 215-218. La autora propone esta argumentación con base en diferentes cifras estadísticas.

¹¹² Maria Martha de Luna Freire, ““Ser mãe e uma ciência”: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920”, *História, Ciências, Saúde-Maguiinhos* 15 (2008): 154-156.

supuestas destrezas naturales de las mujeres para hacerse cargo de sus hijos/hijas, lo que era representado como un privilegio y así como una razón legítima para reforzar la maternidad.¹¹³

Freire también señala, a lo largo de todo su artículo, que la idea de progreso perseguida en aquel contexto le dio un lugar primordial a la ciencia, cuyo propósito era erradicar cualquier elemento que pudiera denotar atraso. Por esto, las prácticas tradicionales debían eliminarse mediante la introducción de técnicas científicas dirigidas a las mujeres en revistas “femeninas”.¹¹⁴ Según la autora, las inquietudes en términos de puericultura, se enfocaron en la alimentación, de modo que la lactancia materna fue concebida como una tarea innata y obligatoria de la mujer, en especial por sus propiedades nutricionales; mientras que la nutrición se presentó, en coherencia con el discurso progresista, como el conocimiento científico, y por tanto certero, para alimentar a los niños.¹¹⁵ Los conocimientos en psicología, de acuerdo con la autora, también fueron manifestados por los médicos cuando hacían referencia a las conductas que los niños debían seguir, pero esta dinámica no es abordada extensamente por Freire. Las revistas, por tanto, conglomeraban varias áreas del conocimiento científico para contribuir en la educación y la salud infantil.

La intervención sobre la maternidad también llama la atención de Marivaldo Cruz do Amaral, quien investiga el discurso de los médicos en torno al parto de las mujeres en Bahía durante el período de 1910 a 1927. Este artículo es mucho más específico porque trata sobre la manera en que los médicos utilizaron la prensa para convencer a las mujeres de las atenciones positivas que recibirían en la Maternidade Climério de Oliveira.¹¹⁶ Según el autor, el discurso de los médicos tendía a ser modernizador por cuanto pretendía civilizar el parto, para lo cual se les advertía a las mujeres de las condiciones higiénicas y los tratamientos menos riesgosos que gozarían en la institución.¹¹⁷

El mismo argumento es propuesto por Tania de Almeida y Luiz O. Ferreira, para el Brasil de mediados de siglo. Ambos autores muestran que los esfuerzos y proyectos de higienización, y hasta la hospitalización del parto, fueron adoptados por el Servicio Especial de Salud Pública, al entrenar y recapacitar temporalmente a parteras empíricas que, a pesar de ser constantemente

¹¹³ Freire, ““Ser mãe e uma ciência””, 155-158.

¹¹⁴ Freire, ““Ser mãe e uma ciência””, 159-160, 166.

¹¹⁵ Freire, ““Ser mãe e uma ciência””, 162.

¹¹⁶ Marivaldo Cruz do Amaral, “Mulheres, imprensa e higienização: medicalização do parto na Bahia (1910-1927)”, *História, Ciências, Saúde-Magalhães* 15, no. 4 (2008): 928.

¹¹⁷ Amaral, “Mulheres, imprensa e higienização”, 941-942.

juzgadas por los médicos y las enfermeras, eran útiles para los fines de la institución, debido a su pertenencia a la comunidad.¹¹⁸ Estas parteras, según explican los autores, se encargaban de la atención prenatal y de los partos mismos,¹¹⁹ de manera que, aún con las transformaciones institucionales, la atención del parto continuaba siendo objeto de atención dentro del marco de la educación sanitaria.

El análisis de los consejos brindados por los médicos puericultores en Brasil es continuado por Ana Laura Godinho, quien examina los manuales de puericultura publicados de 1918 a 1968 con base en la propuesta teórica foucaultiana de la biopolítica.¹²⁰ Los médicos, según la autora, señalaban constantemente sus vastos conocimientos para ratificar que eran los únicos con propiedad de intervenir en la salud, al tiempo que las madres debían desempeñar un papel secundario pero necesario en el cuidado de sus hijos, sobre todo en cuanto a la higiene y la educación psicológica del niño/niña.¹²¹ Godinho también indica que el propósito de gobernar a las madres y la población infantil, se reflejaba en los señalamientos que hacían los médicos respecto a los cuidados prenatales –actividades físicas, higiene corporal y alimentación de las mujeres–, así como en el control sobre la lactancia de los bebés.¹²²

Los aportes de Godinho en cuanto a la ciencia médica y la salud infantil a principios del siglo XX, complementan, y en algunos casos ayudan a reforzar, los argumentos sostenidos, pero no siempre estudiados exhaustivamente, por los autores anteriores. Además, ratifican las afirmaciones de Ana Paula Vosne, quien también estudia la puericultura en Brasil durante la primera mitad del siglo XX. Esta autora, al igual que Godinho y otros investigadores, afirma que la puericultura brasileña se montó sobre la base de los manuales y estudios provenientes de Francia y Estados Unidos,¹²³ y que los temas tratados por los médicos –en este caso tres: Carlos Prado, Martinho da Rocha y Rinaldo de Lamare– fueron esencialmente la alimentación infantil, las

¹¹⁸ Tania Maria de Almeida y Luiz Otávio Ferreira, “A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil (1940-1960)”, *História, Ciências, Saúde-Maguinhos* 18 (2011): 98-101, 106.

¹¹⁹ Almeida y Ferreira, “A higienização das parteiras”, 98, 102-109.

¹²⁰ Ana Laura Godinho Lima, “Maternidade higiênica: natureza e ciência nos manuais de puericultura publicados no Brasil”, *História: Questões & Debates, Curitiba*, no. 47 (2007): 95.

¹²¹ Godinho Lima, “Maternidade higiênica”, 110-112.

¹²² Godinho Lima, “Maternidade higiênica”, 114-120.

¹²³ Ana Paula Vosne Martins, ““Vamos criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX”, *História, Ciências, Saúde-Maguinhos* 15, no. 1 (2008): 141-143.

relaciones afectivas entre la madre y el niño, y, más tardíamente, el rol del padre en el cuidado del niño y las nociones de psicología, introducidas por de Lamare en la década de 1940.¹²⁴

La autora concuerda con los demás autores que analizan los manuales de puericultura en que la mortalidad infantil fue el motivo de la creación de este material y en cuanto a la utilización del lenguaje accesible por parte de los médicos.¹²⁵ Añade que estas publicaciones, en muchos casos reimpresas, estaban dirigidas a las mujeres que se dedicaban exclusivamente a cuidar de sus hijos, y no a quienes también debían trabajar en otras tareas,¹²⁶ lo cual contrastaba con las intenciones de los médicos en Costa Rica, como se verá en el momento preciso. La autora, finalmente, menciona que las publicaciones revisadas surgieron en un contexto de intervención estatal en materia materno-infantil,¹²⁷ pero, no hace, como tampoco muchos otros autores, un esfuerzo por triangular la información de los manuales y los datos relacionados con las actividades o proyectos de atención primaria desarrollados en el país.

Alanís, por otro lado, analiza la creación y el funcionamiento de los Centros de Higiene Infantil en México entre 1922 y 1932, sin embargo, la autora destina un subapartado exclusivamente a estudiar la manera en que el personal de estos centros buscaba atender a las madres por medio de consultas prenatales y postnatales.¹²⁸ Según Alanís, las consultas y las visitas de las enfermeras iban dirigidas en dos sentidos: una de estas buscaba capacitar a las mujeres para su parto, recomendándoles dirigirse a los hospitales pues allí contaban con las herramientas propicias, tal y como hacían en Brasil durante un período cercano.

La segunda vía, tenía como punto central el ofrecimiento de los consejos en torno al cuidado de los bebés recién nacidos.¹²⁹ Alanís afirma que ambos propósitos constituían las insignias de los Centros de Higiene Infantil, puesto que los médicos y el resto del personal consideraban a las madres como sujetas ignorantes que debían ser dirigidas para evitar la mortalidad infantil. Finalmente, la autora muestra un punto interesante sobre la salud de la madre en beneficio del hijo/hija, y es que aborda el tratamiento recibido por las mujeres en cuanto a las enfermedades

¹²⁴ Vosne Martins, ““Vamos criar seu filho””, 146-152.

¹²⁵ Vosne Martins, ““Vamos criar seu filho””, 139, 142.

¹²⁶ Vosne Martins, ““Vamos criar seu filho””, 152.

¹²⁷ Vosne Martins, ““Vamos criar seu filho””, 146.

¹²⁸ Mercedes Alanís, Más que curar, prevenir: surgimiento y primera etapa de los Centros de Higiene Infantil en la Ciudad de México, 1922-1932”, *História, Ciências, Saúde-Maguinhos* 22, no. 2 (2015): 395.

¹²⁹ Alanís, Más que curar”, 396.

venéreas que podían transmitirse a sus retoños. De esta manera, presenta un panorama de intervenciones multidireccionales que trascendían la alimentación y que dan cuenta de los tópicos tratados en la atención prenatal.¹³⁰

La educación de las madres en cuestiones de salud también es analizada por Carmen Colmenar, sin embargo, su estudio va más lejos del período planteado por los autores anteriores, pues se sitúa en la Segunda República y el franquismo, prestando atención tanto al discurso como a las funciones de la Escuela Nacional de Puericultura. La autora trabaja desde el concepto de “maternología”, que hace referencia al estudio de la maternidad y cuya defensa recayó en manos de los médicos así como de la institución creada antes de la Segunda República.¹³¹ Desde la perspectiva de la autora, la maternología se fortaleció en dos vertientes: una dedicada a la formación de cuerpo especializado en muy diversas ramas de la higiene, para las cuales se recibían títulos particularmente centrados en la puericultura.¹³² Y otra, especialmente preocupada por la mortalidad infantil y enfocada en llevar el mensaje de precaución a las madres por medio de la radio y cursillos, bajo el precepto de que estas eran las culpables de la enfermedad y la muerte. Esto último lleva a la autora a notar una transición de la maternidad como mandato biológico a la “maternidad consciente”, en la cual las mujeres debían percatarse y asumir los parámetros científicos sobre la crianza.¹³³

Las instrucciones proporcionadas a las madres para el cuidado de sus hijos/hijas también son atendidas por Natalia Chernyaeva, quien trabaja con los manuales de puericultura publicados en la Unión Soviética de 1954 a 1970. Su análisis muestra que las inquietudes sobre los cuidados de los niños/niñas provenían del ámbito estatal, desde el cual se publicaron numerosos libros cuyos temas giraban en torno a la puericultura, y del núcleo familiar, que se expresaba mediante cartas donde cuestionaba las sugerencias médicas y donde ponía en evidencia la consulta de estos libros al manejar términos especializados.¹³⁴ Chernyaeva también apunta que los manuales de puericultura determinaban como función maternal la vigilancia de la salud emocional y psíquica

¹³⁰ Alanís, “Más que curar”, 398-399.

¹³¹ Carmen Colmenar Orzaes, “La institucionalización de la maternología en España durante la Segunda República y el franquismo”, *Historia de la educación*, no. 28 (2009): 162, 168.

¹³² Colmenar Orzaes, “La institucionalización”, 169-171.

¹³³ Colmenar Orzaes, “La institucionalización”, 172-175, 182.

¹³⁴ Natalia Chernyaeva, “Upbringing à la Dr. Spock:” *Child-Care Manuals and Constructing Normative Motherhood in the Soviet Union, 1954-1970*, *Ab Imperio*, no. 2 (2013): 238-240. Inclusive, y esto es un punto que remarca la autora, en un contexto donde el aborto estaba legalizado.

de los niños/niñas por encima de la salud física, de forma que las madres se transformaban incluso en psicólogas y educadoras de sus hijos.¹³⁵ Este tipo de maternidad es concebido por la autora como “maternidad intensiva”.¹³⁶

Por último, y a diferencia de las posiciones expuestas por el resto de autores, el artículo de Chernyaeva sugiere que no todos los consejos se quedaron en el plano impositivo, pues hubo excepciones en las cuales se proponía una línea menos rigurosa entre la medicina y las iniciativas propias de la madre.¹³⁷ Sin embargo, los hallazgos de la autora encuentran similitudes con los anteriores, pues muchas de las expresiones de la puericultura en la Unión Soviética de mediados de siglo, fueron parecidas a las expuestas por los demás autores para países de América Latina en a principios del siglo XX.

A manera de hipótesis se apunta que las diferencias quizá no fueron tan marcadas porque el problema de la mortalidad infantil continuaba preocupando a los actores que participaban de la puericultura. Las discrepancias de los casos tal vez puedan encontrarse en varios puntos: en las posibilidades de recepción del material y sus recomendaciones, en los actores involucrados, en el carácter privado y/o estatal de los materiales, en los proyectos de atención materializada, y no solo de discursiva, de las entidades que participaban en la salud de las mujeres y los niños/niños.

2. Discursos y medidas médico-higiénicas sobre la salud infantil

La historia de la salud de los niños/niñas es estudiada por María Eugenia Chaoul, quien se enfoca en las medidas higiénicas adoptadas por las escuelas urbanas de la ciudad de México a principios del siglo XX. La autora indica que los médicos, los ingenieros y arquitectos fueron vitales para el mantenimiento del orden y el aseo en las escuelas, de manera que los planteles fueron transformados estructuralmente para que los estudiantes contaran con todas las condiciones a fin de prevenir las enfermedades.¹³⁸ Los primeros cambios se evidenciaron en la construcción de excusados y un sistema de acueductos que, según la autora, reglamentaron la vida cotidiana de los escolares, en el sentido de que ahora estos contaban con instrucciones para beber el agua potable,

¹³⁵ Chernyaeva, “Upbringing à la Dr. Spock:”, 242-245.

¹³⁶ Chernyaeva, “Upbringing à la Dr. Spock:”, 223-251.

¹³⁷ Chernyaeva, “Upbringing à la Dr. Spock:”, 248-249.

¹³⁸ María Eugenia Chaoul, “La higiene escolar en la ciudad de México en los inicios del siglo XX”, *Historia Mexicana* 62, no. 1 (2012): 255-258.

y además, debían someterse a una rutina en la cual sus cuerpos eran limpiados con baños que tenían como objetivo eliminar los microbios.¹³⁹

Chaoul, evalúa además la forma en que los niños/niñas de tales escuelas fueron segregados, inclusive dentro de una misma institución, bajo el supuesto de que sus enfermedades podían contaminar el ambiente y a sus compañeros, para lo cual se idearon aulas separas en donde se contaba con tratamientos especiales para erradicar las afecciones, especialmente los piojos y las erupciones en la piel –que la autora interpreta como prioritarias para los médicos, porque reflejaban la suciedad y ponían en duda la moral.¹⁴⁰ Entre otros aportes, la autora muestra que había espacios que trabajaban simultáneamente a los consultorios donde eran atendidas las madres y los niños/niñas en otros países.

Por su parte, Mercedes Alanís da seguimiento a las acotaciones de Chaoul también para el caso de México, aunque ahora ubicada en los Centros de Higiene Infantil (CHI) durante el período 1922-1932. Según la autora, estos centros se inscribieron en un contexto de institucionalización de la salud, donde el Departamento de Salubridad Pública se convirtió en el principal ente propulsor; si bien señala que los médicos –ya con especialidades como la pediatría– fueron actores importantes en el funcionamiento de los CHI y en la construcción de un nuevo modelo de infancia.¹⁴¹ Alanís, explica que estos centros se levantaron para atenuar la mortalidad infantil, actuando por medio de atenciones a las enfermedades y ejerciendo un control estricto sobre la evolución de la salud de los infantes. No obstante, indica que las medidas de prevención no fueron realmente efectivas, a pesar de los numerosos canales implementados para su promoción.¹⁴²

La autora considera estas acciones desde el punto de vista de la función social en tanto medidas extendidas hasta el domicilio,¹⁴³ pero también, así como plantean otros autores ya revisados, propone que el control de los médicos y su alto autoconcepto, se manifestaba al entender a las mujeres como agentes culpables, por su ignorancia, de la muerte infantil.¹⁴⁴ Más que una contradicción, su doble interpretación advierte sobre la dualidad de los sistemas de salud que

¹³⁹ Chaoul, “La higiene escolar”, 261-265.

¹⁴⁰ Chaoul, “La higiene escolar”, 277-281.

¹⁴¹ Alanís, “Más que curar”, 393.

¹⁴² Alanís, “Más que curar”, 399-401.

¹⁴³ Alanís, “Más que curar”, 395.

¹⁴⁴ Alanís, “Más que curar”, 397-399.

podieron asentarse sobre una base de bienestar estatal y surgimiento de conocimientos médicos que daban credibilidad y autoridad a los médicos y las instituciones donde laboraban.

Sobre la niñez y su salud, Alberto del Castillo también lleva a cabo un estudio donde propone un punto de vista menos apegado a la higiene y más direccionado hacia el tratamiento practicado por estudiantes y médicos pediatras, considerando para esto la literatura pediátrica desplegada de la escuela francesa, pero utilizada dentro de las cátedras mexicanas a finales del siglo XIX e inicios del XX.¹⁴⁵ Del Castillo afirma que los médicos enfatizaban las diferencias de la infancia respecto a la adultez, fundamentados en los cursos donde las enfermedades infantiles constituían el principal problema y en diagnósticos donde la observación meticulosa y la utilización de instrumentos novedosos facilitaban notar los contrastes.¹⁴⁶ De esta manera, su estudio se distancia un tanto de los demás aquí incluidos, pues el tema central es la infancia desde la clínica, aunque también comparte la interpretación de que los padecimientos infantiles se convirtieron en una inquietud científica y profesional, por sus características propias.

La profesionalización de la pediatría también surgió en Uruguay a finales del siglo XIX e inicios del XX, e incluso se desarrolló no solo como una práctica profesional de laboratorio o consultorio, como lo muestra del Castillo, sino también como una comunidad científica internacional que discutía y buscaba consensos para intervenir la infancia de su país en razón de la alta mortalidad. Esta es la lectura que ofrece Anne-Emanuelle Birn, quien, además, comprueba que estas relaciones médicas fueron conformándose así, de 1890 a 1940, a través de la adopción de métodos de medición estadística para llevar un control de la mortalidad infantil; del posicionamiento internacional de artículos científicos elaborados por activos médicos-investigadores sobre la tuberculosis, la mortalidad infantil de Cuba, entre otros problemas; de la participación en numerosos congresos internacionales; de la instauración de instituciones de caridad cuyo modelo se había creado en otros países, como Francia; y, de las interacciones con múltiples organismos internacionales de salud: Organización Panamericana de la Salud, Fundación

¹⁴⁵ Alberto del Castillo Troncoso, “La visión de los médicos y el reconocimiento de la niñez en el cambio del siglo XIX al XX”, *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* 6, no. 2 (2003): 10-11.

¹⁴⁶ Castillo Troncoso, “La visión de los médicos”, 11-14.

Rockefeller, Comisión en Organización de Salud de la Liga de las Naciones, Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia.¹⁴⁷

Elías Pizarro elabora un trabajo muy breve, para el caso chileno, sobre la salud infantil desde el punto de vista de las Colonias Escolares en Arica, durante el verano de 1927. Según el autor, estas colonias conjugaban la pedagogía y la higiene pública con el objetivo de brindarles una oportunidad a los niños/niñas que provenían de familias con escasos recursos, dándoles así un espacio en el cual pudieran suprimir enfermedades o males menores que afectaran su salud.¹⁴⁸ El autor asegura que los maestros no solo desempeñaron un papel magisterial sino también higienista, ya que procuraban –sujetos del discurso médico y las prescripciones médicas– brindar un ambiente saludable a los niños/niñas que acudían a las colonias.¹⁴⁹

Respecto a la infancia y la salud en Argentina, Adriana Álvarez aporta un artículo en el cual explora la atención de los niños tuberculosos del Asilo Marítimo de Mar del Plata desde 1893 hasta 1920, inscribiéndolo en un contexto caracterizado por numerosos casos de enfermedades infectocontagiosas, alta mortalidad infantil y una noción de la niñez basada en los ciudadanos y trabajadores del futuro.¹⁵⁰ En este trabajo la autora muestra el perfil de los niños/niñas que ingresaban al asilo, sobre lo cual determina que había un sector conformado por infantes expósitos y otro por pequeños con familias provenientes de los sectores populares. Tales grupos, señala la autora, se diferenciaron en un principio puesto que recibían atenciones distintas entre sí y porque el segundo de estos contaba con allegados que respaldaban o ponían límites a las disposiciones institucionales.¹⁵¹ Además de problematizar la enfermedad de la niñez desde su institucionalización, Álvarez sugiere que este tipo de instancias debe verse a la luz de un bienestar que no solamente estaba ligado a la medicina sino también a la vida social, destacando el juego como un elemento de integración social y como un problema de necesario abordaje.¹⁵²

¹⁴⁷ Anne-Emanuelle Birn, “The national-international nexus in public health: Uruguay and the circulation of child health and welfare policies, 1890-1940”, *História, Ciências, Saúde-Maguihos* 13, no. 3 (2006): 33-64.

¹⁴⁸ Elías Pizarro, “Higiene y pedagogía: las colonias escolares y su presencia en el extremo norte de Chile (1927)”, *Interciencia* 39, no. 8 (2014): 598.

¹⁴⁹ Pizarro, “Higiene y pedagogía”, 599-600. La pobreza en este caso era un motivo para fomentar las condiciones higiénicas o sanitarias, pero el autor también rescata como motor el contexto eugenésico, aunque no brinda detalles sobre este.

¹⁵⁰ Adriana Álvarez, “La experiencia de ser un ‘niño débil y enfermo’ lejos de su hogar: el caso del Asilo Marítimo, Mar del Plata, 1893-1920”, *História, Ciências, Saúde-Maguihos* 17, no. 1 (2010): 14, 20.

¹⁵¹ Álvarez, “La experiencia de ser”, 23-25.

¹⁵² Álvarez, “La experiencia de ser”, 26-27.

Carolina Biernat y Karina Ramacciotti analizan la legislación y la materialización de los proyectos de salud pública sobre la maternidad y la infancia, en respuesta a la mortalidad infantil, desde 1936 hasta 1955. En lugar de analizar las líneas discursivas de los médicos y los consejos de estos solo desde la perspectiva eugenésica o progresista de la nación, las autoras afirman que, aparte de esta razón, en Argentina existían otras inquietudes como el descenso del flujo migratorio y los nacimientos urbanos, la desatención de la maternidad por parte de las mujeres que se insertaban al mercado laboral remunerado, la instauración de un sistema nacional de salud materno-infantil, y la búsqueda de legitimación médica sobre sus especialidades –entre las cuales se encontraba la puericultura.¹⁵³

Las autoras demuestran que, a pesar de las múltiples motivaciones, los proyectos legislativos estaban rodeados de críticas y contradicciones. Uno de los problemas más importantes era la duplicación de competencias, pero también la escasez presupuestaria y la falta de personal apto, el limitado alcance espacial de las políticas, la poca disponibilidad de locales adecuados para la atención médica e higiénica, la coordinación administrativa de los hospitales. Todas estas condiciones obstructivas eran enfrentadas, según las autoras, con un discurso médico que posicionaba, internacionalmente, al niño como un sujeto de derechos. Es por esto que tales sujetos cobran un nuevo significado en cuanto a las atenciones de salud. Este último punto es bastante significativo, pues advierte sobre la importancia de los niños no solo Argentina, sino también en países como Costa Rica, donde el programa materno infantil se adhiere a iniciativas también internas, como el Código Sanitario.

La higiene infantil analizada por otros autores para América Latina, también ha sido un problema historiográfico retomado por Mestre, Trescastro y Galiana para el caso de la España del decenio de 1930. A pesar de que su artículo es muy coincidente con los trabajos anteriores, se diferencia de estos al estudiar la radio como una vía estratégica para difundir los conocimientos médicos en torno a la alimentación.¹⁵⁴ Los autores argumentan que tales campañas sanitarias en pro de la niñez, fueron pensadas desde el Sección de Higiene Infantil de la Dirección General de Sanidad junto con la Asociación Española de Médicos Puericultores, como consecuencia de la

¹⁵³ Carolina Biernat y Karina Ramacciotti, “La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955)”, *História, Ciências, Saúde-Maguihos* 15, no. 2 (2008): 331-351.

¹⁵⁴ Josep Bernabeu Mestre, Eva Trescastro y Eugenia Galiana, “La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en España de la Segunda República (1933-1935)”, *Salud Colectiva*, no. 7 (2011): 50.

mortalidad infantil ligada a las diarreas y la enteritis –principales causas de muerte de los niños en España.¹⁵⁵ Estas consistían en conferencias radiadas que ofrecían –especialmente a las madres– un contenido técnico pero simple sobre la lactancia y los alimentos adecuados para los niños, sin mediar objetivos ideológico-políticos sino solamente preventorios en el sentido estricto de la medicina.¹⁵⁶ Además, el artículo muestra que la salud de los niños no sólo fue incentivada en el plano divulgativo, sino también en el práctico, al incluir a las visitadoras puericultoras para hacer efectiva la campaña higiénica.¹⁵⁷

Otro trabajo cuyo aporte deriva de un interés por estudiar la infancia, es el artículo de Birn, Pollero y Cabella, en el cual se analiza la mortalidad infantil desde las percepciones de cuatro salubristas en el Uruguay de las primeras cuatro décadas del siglo XX.¹⁵⁸ Los autores señalan que, debido el estancamiento de la mortalidad infantil en un contexto con un sistema de salud pública en progreso y un seguro social, los médicos se inquietaron, intentaron dar con las causas de las muertes y propusieron soluciones para disminuir su número.¹⁵⁹ Tales soluciones, apuntan los tres autores, no siempre coincidieron, pero hubo ocasiones en que tuvieron puntos de encuentro pues todos respondían a una preocupación de naturaleza epidemiológica y ligaban los orígenes de las muertes con la maternidad o con unas bases sanitarias ineficientes.¹⁶⁰

Kaspar Burger explora la infancia desde diferentes aristas, incluida la salud, a través de los centros de cuidado constituidos en Francia (*crèches*) y Estados Unidos (*day nurseries*) desde el siglo XIX hasta el período de posguerra, si bien aporta alguna información para los primeros años del siglo XXI.¹⁶¹ El autor señala que los *crèches* y los *day nurseries* surgieron de iniciativas filantrópicas y que funcionaron como guarderías con el propósito de ayudar a los sectores trabajadores y pobres, y donde la principal tarea radicaba en disminuir la mortalidad, proveyendo a los niños de conocimientos sobre higiene. Aunque, según Burger, las instituciones no siempre

¹⁵⁵ Bernabeu Mestre, Trescastro y Galiana, “La divulgación radiofónica”, 50-51.

¹⁵⁶ Bernabeu Mestre, Trescastro y Galiana, “La divulgación radiofónica”, 54-55, 52.

¹⁵⁷ Bernabeu Mestre, Trescastro y Galiana, “La divulgación radiofónica”, 55-56.

¹⁵⁸ Anne-Emanuelle Birn, Raquel Pollero y Wanda Cabella, “No se puede llorar sobre leche derramada: el pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900-1940”, *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe* 14, no. 1 (2003), accesado 31 mayo 2016, <http://eial.tau.ac.il/index.php/eial/article/view/929/965>, p. 4.

¹⁵⁹ Birn, Pollero y Cabella, “No se puede llorar”, 10-13.

¹⁶⁰ Birn, Pollero y Cabella, “No se puede llorar”, 96-99.

¹⁶¹ Kaspar Burger, “A Social History of Ideas Pertaining to Childcare in France and in the United States”, *Journal of Social History* 45, no. 4 (2012): 1005-1025.

cumplieron con tales fines y por tanto suscitaron opiniones que ponían en cuestión la eficiencia y la pertinencia de los servicios prestados.¹⁶²

El autor también logra identificar el período de la Gran Depresión como un parteaguas pues asegura que, a partir de este momento, los centros franceses perdieron importancia, retomándola hasta el período de posguerra cuando la protección materno-infantil pasó a constituir un problema estatal. Burger afirma que en Estados Unidos, dichos centros representaron un soporte para los proyectos promovidos por Roosevelt y la base para la creación posterior de entidades públicas como la U.S. Children's Bureau.¹⁶³

Las instituciones públicas de Estados Unidos destinadas a la protección de la salud infantil, pasan a ser el tema de estudio de James Gillespie en un artículo que muestra la manera en que los distintos entes articularon proyectos en torno a la nutrición durante el período de posguerra. El autor argumenta que las instituciones estadounidenses transformaron la acción internacional, pues sus programas estaban dirigidos a la población afectada por la Segunda Guerra Mundial y ubicada fuera del continente americano.¹⁶⁴ Según el autor, médicos e instituciones como la United Nations Relief and Rehabilitation Administration (UNRRA) y la United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) desarrollaron investigaciones alrededor de las causas de la desnutrición y a partir de estas se crearon programas cuyos pilares tenían que ver con la educación de las familias en términos científicos, al menos así anhelado por los médicos, y con el abastecimiento de leche, tomada de los excedentes productivos en el norte de Europa. De acuerdo al autor, posteriormente y tras complicaciones presupuestarias, UNICEF también impulsó campañas de vacunación.¹⁶⁵

Finalmente, Janet Fink propone un estudio sobre las ideas en torno a la niñez partiendo de su representación en las fotografías del Year Book del National Children's Home (NCH) de Inglaterra, desde la década de 1930 hasta el decenio de 1960. Para Fink, en un contexto de pobreza y de numerosos casos de desnutrición, el NCH procuró representar a niños/niñas saludables y vigorosos a través de las fotografías, con las que se delineaba el contraste entre las vidas

¹⁶² Burger, "A Social History", 1007, 1009, 1008, 1010.

¹⁶³ Burger, "A Social History", 1013-1015.

¹⁶⁴ James A. Gillespie, "International organizations and the problem of child health, 1945-1960", *DYNAMIS*, no. 23 (2003): 116.

¹⁶⁵ Gillespie, "International organizations", 124-127, 134-135.

desordenadas que llevaban fuera del centro y las vidas controladas que tenían dentro de este, al tiempo que acentuaban la utilidad representada por los niños sanos como futuros trabajadores.¹⁶⁶ Las reformas sobre salud infantil de las últimas décadas (1950 y 1960) son interpretadas por la autora como otro elemento del contexto que incidió en la representación de los niños/niñas, dado que las fotografías integraron escenas lúdicas que insinuaban el saludable estado mental de estos.¹⁶⁷

A pesar de que no todos los trabajos revisados coinciden con la periodización establecida para este trabajo, el abordaje de los autores brinda pautas sobre la manera en que se pueden interpretar temáticas semejantes para el caso costarricense de la década de 1950, aunados por supuesto a los estudios que sobre Costa Rica recuperan la maternidad y la niñez, y que fueron evaluados en el apartado anterior. Asimismo, tener en cuenta este panorama historiográfico es necesario para evaluar si el caso de Costa Rica supone conexiones con discursos y sistemas foráneos de salud, y si también aquí se adoptaron líneas argumentativas parecidas alrededor de la enfermedad, la niñez y la maternidad –focalizadas en la puericultura.

7. Fuentes y estrategia metodológica

En las siguientes líneas se describen las fuentes a utilizar en el trabajo de investigación, pasando por sus características básicas y su formato, las ventajas y limitantes que representan para los objetivos a desarrollar, así como por las carencias que poseen en cuanto a la información que dejan por fuera. Seguido de la descripción y análisis de las fuentes, se presenta un sub-apartado referente a la metodología, en donde se explica el procesamiento de la información recolectada hasta el momento, y la utilidad que las bases de datos o de referencia tienen para el análisis de la puericultura en Costa Rica.

7.1 Descripción y evaluación de las fuentes

El Suplemento de Puericultura, ya mencionado en múltiples oportunidades a lo largo de la propuesta, constituye la fuente base de la investigación. Para obtener los 249 números que lo componen, se consultó el diario *La Nación*. Según una de las memorias institucionales del Ministerio de Salubridad Pública, el suplemento fue publicado en un periódico de Tres Ríos, sin

¹⁶⁶ Janet Fink, “Inside a hall of mirrors: residential care and the shifting constructions of childhood in mid-twentieth-century Britain”, *Paedagogica Historica* 44, no. 3 (2008): 288, 291-292, 298.

¹⁶⁷ Fink, “Inside a hall”, 301-302.

embargo, casi todas las publicaciones, que inician en diciembre de 1949 y finalizan en noviembre de 1956, están disponibles en el periódico citado, resguardado en la Sala de Colecciones Especiales Adolfo Blen de la Biblioteca Nacional Miguel Obregón Lizano; por esto, no se consultará el otro órgano de prensa mencionado.

El Suplemento de Puericultura se publicó los domingos –aunque en contadas ocasiones se publicó entre semana (martes o sábado, por ejemplo)–, y la cantidad por año se mantuvo en un nivel similar –de 25 a 43 números– con excepción de 1949 por comenzar en el doceavo mes. No obstante, si se considera el total de domingos de cada año, es fácil evidenciar que faltan algunos números, pues la totalidad de suplementos no calza con la cantidad de domingos transcurridos anualmente. Ahora bien, las razones que explican la ausencia del suplemento son dos, la primera es que simplemente se decidió no publicar ese domingo, y eso se ratifica porque no se altera el número, es decir después de uno o varios domingos sin publicaciones se pasa al número que seguía inmediatamente; y el segundo motivo es que el acervo documental de la Biblioteca Nacional no cuenta con todos los domingos en que se publicó dicho material.¹⁶⁸

En cuanto a la estructura del Suplemento de Puericultura, este se dividía en tres partes, como se aprecia en la Imagen 1. En la primera sección (izquierda), se presentaban tres preguntas cortas sobre uno o varios temas que, de acuerdo con la información indicada en la fuente, eran redactadas por los lectores –que no son identificados ni por nombre, género, edad o ubicación– y respondidas por los especialistas en el área de la puericultura. En la segunda (centro), se extendía un tópico iniciado en el primer apartado o se ahondaba acerca de un problema específico. Y, en la tercera (derecha), se brindaban consejos al igual que en la segunda. En numerosas ocasiones la temática de un apartado es continuada el siguiente domingo, si bien esto no ocurre con tanta frecuencia en la sección de preguntas y respuestas. Además, todos tienen en común los problemas que incumben al estudio: maternidad, higiene infantil y enfermedades; de hecho, estos ejes se plantearon por ser elementos que cruzan constantemente cada uno de los apartados.

¹⁶⁸ A este último respecto, están faltando los números 54, 55, 56, 96, 132, 141, 196 y 243.

Imagen 1.

Suplemento de Puericultura no. 1

... para subsanar su puesto, parlamentaria. En cambio, sin profesionales, venga en forma...
... En lo, será la semana entrante, esa petición, envíe todos los pro-...
... En el momento esta per-...
... favorablemente esta per-...

SUPLEMENTO de PUERICULTURA No. 1
Departamento de Protección Infantil
Ministerio de Salubridad Pública

SELECCION DE PREGUNTAS DE LA SEMANA.
HAGA SUS PREGUNTAS AL DEPARTAMENTO DE PROTECCION INFANTIL.
MINISTERIO DE SALUBRIDAD PUBLICA

CONSULTE SUS DUDAS

AQUI CONTESTAREMOS LAS DE MAYOR INTERES GENERAL.

SABE USTED:

- 1º En qué Vitamina es muy rico el Jugo de Naranja?
- 2º ¿A qué edad debe vacunarse por primera vez contra la VIRUELA?
- 3º ¿Cuál es la causa más frecuente de falta de apetito en el NIÑO?

(Contestaremos en el próximo Suplemento de Puericultura)

El DEPARTAMENTO DE PROTECCION INFANTIL, agradece la colaboración muy valiosa que el diario "LA NACION" le concede en prestarse para publicar cada domingo este Suplemento, que desde ahora dedica y ofrece a los padres costarricenses.

Esperamos que su lectura pueda interesarlos y significar para ellos alguna ayuda en la difícil tarea de crear hijos sanos, felices y espiritualmente.

Conocer y tratar de solucionar los problemas relacionados a la crianza del niño, es acción directamente vinculada al futuro de la Nación.

Defendamos ese futuro protegiendo al niño y al adolescente contra factores nocivos como estas enfermedades patógenas o lecturas inadecuadas.

Este Suplemento constará, con variaciones mínimas, de las secciones siguientes:

- (A) Un artículo científico, de índole educativa, que habrá de redactarse preferentemente a temas psicológicos, semánticos o médicos.
- (B) Un comentario sencillo y demostrativo sobre acciones de Puericultura: alimentación, régimen dietético, vacunación y otras prácticas saludables en la Infancia Infantil.
- (C) El DEPARTAMENTO DE PROTECCION INFANTIL contestará en este Suplemento a las preguntas de mayor interés que se le dirijan, en el curso de la semana, sobre asuntos de PUERICULTURA.

Estamos atentos a las solicitudes y sugerencias que hagan a bien hacernos quienes nos lean.

Iniciamos apenas esta Campaña Educativa y creemos que su éxito depende más que de nosotros de quienes se interesen por ella y contribuyan a difundirla y a mejorarla.

SI SE LE CONSIDERA BENEFICIA AGORRESE SU LECTURA

LA PRACTICA DE LOS PRINCIPIOS DE PUERICULTURA PROTEGE A SU HIJO.

¿CUAL CAMA PREFERE USTED PARA SU NIÑO?



ESTA NO

Cama Lujosa. "Compuesta" pero difícil de limpiar, retiene polvo. No se ventila bien.

Cama sencilla

SI

Fácil de mantener limpia, no retiene polvo. La mejor.

LA CAMA DEL NIÑO DEBE SER SENCILLA.
LOS LAZOS, CINTAS, VUELOS, ETC.
RESULTAN ANTI-HIGIENICOS.

Fuente: Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 1, 01-12-1949.

La fuente, por otro lado, contiene una imagen que acompaña al texto (Imagen 1), pero que no brinda información más importante que la proporcionada por los artículos, pues se trata de una o tres gráficas invariables y con fines ilustrativos, de manera que no constituirán un elemento a tomar en cuenta para el desarrollo de la interpretación. Pese a que el texto recibirá la atención del análisis, necesariamente hay que recordar que este cuenta con algunas limitaciones que pueden solucionarse dependiendo del enfoque que se les dé, o bien, pueden cotejarse con otras fuentes. Una de estas falencias tiene que ver con la utilización de un lenguaje revestido de tecnicismos que podría conducir a una investigación con más tonos médicos que sociales si esta se queda en un plano descriptivo, pero esa limitación puede solventarse si, con el uso de otras fuentes, se hace un esfuerzo por comprender la vehemencia de los especialistas en cuanto a la científicidad de los

procedimientos sugeridos, lo cual es totalmente útil para entender la maternidad y la infancia desde esta óptica, y desde la divulgación científica del período.

Otra de las limitantes de la fuente está en la repetición de sus publicaciones; ya entrando en los dos últimos años de publicación, los suplementos retoman sugerencias que fueron dadas anteriormente, es decir, no proponen recomendaciones novedosas. Esto puede dar cuenta de la indiferencia de los médicos o de la insignificancia que para ellos representaba este mecanismo divulgativo; sin embargo, también puede presumirse que el Ministerio de Salubridad Pública continuaba publicando los mismos artículos porque los problemas de salud preocupantes en 1949, seguían constituyendo una inquietud cuatro o cinco años después. Además, con base en la alta fecundidad que imperaba en este período, puede comprenderse que los artículos repetidos eran, de todos modos, necesarios, porque aquellas mujeres que eran madres primerizas o que no habían leído el periódico cuando habían tenido a sus primeros hijos, podían leer por primera vez una información que les sería de mucha utilidad a criterio de las autoridades que elaboraban el Suplemento de Puericultura.

Otra de las características de esta fuente es que parte de la autoría estuvo directamente en manos de médicos que laboraban en el país o de instituciones que no formaban parte del ente costarricense; es decir, alguna información fue extraída de trabajos producidos por la Oficina del Niño de Washington D. C., como el libro *El Niño de Uno a Seis Años* (1945), o, por entes regionales como el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. Es válido presumir que los criterios de selección eran establecidos por personal que conocía los problemas de salud de las madres y los niños. Uno de los autores que publicaba en el suplemento –y quizá el único porque después de él solo otra persona participó un par de veces–, el Dr. Rodrigo Loría Cortés, se había formado en Estados Unidos y Francia, y, además, investigaba sobre enfermedades infantiles (en su mayoría, parasitarias).¹⁶⁹ A Loría lo habían antecedido en el Departamento de Protección Maternal y en el de Protección Infantil, Máximo Terán Valls y Carlos Sáenz Herrera, respectivamente. Ambos, al igual que Loría, estudiaron en Europa¹⁷⁰ y por eso cabe considerar un contacto con la puericultura y su pertinencia en la prevención de enfermedades.

¹⁶⁹ S. a., “Biografía del Dr. Rodrigo Loría Cortés”, *Boletín del Hospital Infantil de México* 55, no. 4 (1998): 246-247.

¹⁷⁰ Carlos Arrea Baixench, “Dr. Máximo Terán Valls”, *Acta Médica Costarricense* 55, 1 (2013): 7; Oscar Porras, “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, *Acta Médica Costarricense* 56, no. 2 (2014): 47-48.

Sin embargo, salvo por la participación directa de Loría en las recomendaciones, no sabemos si la información publicada fue seleccionada por los jefes de departamento ni por cuáles filtros pudo haber pasado. Esta limitante no permite problematizar sobre la autoría del Suplemento de Puericultura. Sí es posible adentrarse en los autores que durante el período se dedicaron al estudio de la salud infantil y materna, pero sus productos de investigación no entran concretamente dentro del campo de la puericultura y su estudio sobrepasaría bastante los objetivos planteados.

Por otra parte, es importante tener presente que la publicación del suplemento se hacía mediante un periódico que tenía un amplio alcance, elemento que sugiere una difusión de contenidos no solamente limitada a los círculos académicos, cuyas vías de preferencia eran las revistas médicas. Asimismo, debe rescatarse que la información contenida en la fuente no estaba aislada de la realidad costarricense, por lo que puede ser entendida como una herramienta empleada por el Ministerio de Salubridad Pública para hacer más efectivas sus tareas de prevención. En este sentido, el Suplemento de Puericultura ayudará a presentar las intenciones de la institución conforme el trabajo vaya avanzando.

Desde luego, la fuente deja algunos vacíos de información que no pueden resolverse sino con la revisión de otros insumos, por ejemplo, resulta muy complicado conocer si las sugerencias brindadas por los médicos fueron acatadas por los lectores del suplemento. A partir de los textos no se puede saber si en efecto las recomendaciones se llevaron a la práctica o si quedaron en el plano de una prevención ideal y desfasada. En la fuente tampoco se indican los nombres ni la procedencia de las personas que hacían sus consultas por medio de las preguntas semanales, de modo que estas quedan en el anonimato y por tanto resulta complicado conocer el perfil de quienes leían la información y si sus dudas estaban condicionadas por la calidad de la asistencia sanitaria recibida (o no) en su lugar de residencia.

La fuente tampoco permite conocer el conjunto de interrogantes planteadas en la sección correspondiente, ya que la selección de las estas respondía a los intereses de los encargados del suplemento. No por esto dejan de apreciarse las inquietudes de los lectores, pero es preciso entender que, de todas las dudas, solamente se escogían tres por semana, pese a que en algunas ocasiones se hacía una excepción al dedicar el suplemento exclusivamente a consultas y contestaciones sobre un tema en particular.

Ahora bien, tampoco es posible confirmar con un alto nivel de certeza que las preguntas formuladas allí para los médicos, provinieran de los lectores; el suplemento indica que las interrogantes sí son elaboradas por estos, y en una de las memorias de la institución Máximo Terán Valls informa que el Departamento de Protección Maternal colaboró en la sección de preguntas – no aclara si las colaboradoras fueron las mujeres embarazadas y madres o el personal de salud.¹⁷¹ Esa afirmación y el reporte de Terán deben, por tanto, manejarse con cuidado, porque, como han señalado otros autores para casos foráneos, secciones como estas buscaban reforzar la imagen médica y el conocimiento científico. Las muestras de agradecimiento de algunos lectores, por ejemplo, buscaban la confianza de terceros en el sistema de salud.

Adicionalmente, se revisarán las estadísticas vitales como un complemento de la fuente base. El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) cuenta los datos impresos sobre las defunciones fetales, neonatales e infantiles por sexo y según causas; además, el Centro Centroamericano de Población (CCP) tiene digitalizados los Anuarios Estadísticos, que incluyen la mortalidad infantil por edades y provincias desde 1949 hasta 1953. Esta última fuente también contiene las cifras respectivas a la mortalidad neonatal e infantil según las causas de 1952 a 1953, y las causas de muerte neonatales y de niños menores de un año desde 1954 hasta 1956. La mortalidad registrada en estas fuentes también está desagregada por asistencia médica y no asistencia médica, lo cual contribuye a problematizar, junto a los datos relativos a las causas, la salud infantil desde las desigualdades.

Los datos relacionados con los causantes de las muertes infantiles, también son indispensables para comprender si la información médico-higiénica vinculada a las enfermedades y estudiada en el tercer capítulo del trabajo, encajaba dentro del contexto o si más bien era seleccionada al azar por estar únicamente relacionada con la salud de los recién nacidos y los niños. Es fundamental saber si los conocimientos proporcionados eran pertinentes según los índices de muerte de los infantes y si los cuidados sugeridos estaban fundamentados, es decir, si el suplemento tenía alguna validez y si podía despertar el interés de los lectores, o si respondía a una lógica global sin asidero local.

¹⁷¹ Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1951).

Finalmente, también se han consultado las Memorias del Ministerio de Salubridad Pública, publicadas para todos los años de la década de 1950. Este material institucional incluye tablas con cantidades de consultas por cantones (y distritos, para algunos años), el tipo de servicios que daba el Departamento de Protección Materno Infantil y quienes participaban en estos, algunos de los inconvenientes o alcances de las consultas, información sobre inmunizaciones y enfermedades que alteraban la mortalidad y la morbilidad, explicaciones generales pero valiosas acerca de las investigaciones desarrolladas en torno a las problemáticas clave, entre otros aspectos de menor regularidad que, de todos modos, permiten ejemplificar o ampliar la explicación sobre los factores detrás de la puericultura. Todos estos puntos son importantes, pues permiten evaluar el alcance multidimensional que pudo haber tenido la implementación de los consejos dados en el Suplemento de Puericultura, ya que algunos de los servicios consignados en las memorias, eran sugeridos en esta publicación.

Finalmente, la triangulación es importante porque el problema de la salud infantil depende de determinantes sociales que se reflejan en la enfermedad y en la mortalidad, así como del acceso a los servicios de salud que, en el caso costarricenses, eran y son competencia de las instituciones públicas.

7.2 Estrategia metodológica

El uso de la base de datos abajo descrita y la lectura del Suplemento de Puericultura responderán a un análisis cualitativo porque los objetivos plantean estudiar las preocupaciones y la construcción de tareas atribuidas a las mujeres, así como la elaboración de un modelo de infancia interconectada con el conocimiento científico y delimitado específicamente por la higiene. El carácter cualitativo de la investigación se enfocará esencialmente en el contenido de la fuente, es decir, en identificar los temas tratados en los artículos y en la forma en que estos eran escritos tanto por los médicos como por los lectores; sin embargo, también se yuxtapondrá el análisis de discurso cuando la fuente lo permita y cuando el trabajo así lo amerite.

Con la finalidad de sistematizar la información contenida en las preguntas-respuestas y en los textos, se elaboró una base de datos que integra una primera parte donde se muestran las características generales de la fuente; una segunda donde se especifica el departamento del ministerio encargado del suplemento y las instituciones mencionadas por quienes escribían; y una

tercera donde se demarcan los ejes de la investigación, a saber las enfermedades infantiles, la maternidad científica y la higiene infantil. El primer segmento conglomeraba la fecha de publicación del suplemento, el título del periódico –exclusivamente *La Nación*–, las páginas donde aparecía la fuente, los autores de la segunda y tercera sección, los títulos de los textos de ambas secciones en caso de que los tuvieran, y el número del suplemento.

La segunda parte que incluye el departamento perteneciente al Ministerio de Salubridad Pública y a las instituciones aludidas en los textos, consta solamente de dos columnas, pero es vital por dos aspectos: uno es que, teniendo en cuenta al órgano encargado, se pueden identificar permanencias y cambios en el contenido de cada artículo y en la selección de las preguntas semanales. El otro es que, al saber cuáles eran las instancias mencionadas, se podrá extender el problema institucional de la puericultura más allá del Ministerio de Salubridad Pública, es decir, se podrá detectar el tejido institucional en el cual estaba inmersa la salud pública tanto nacional como internacional.

El último apartado está conformado por varias categorías de análisis que ayudan a ordenar el contenido del suplemento y que se consideran como indicadores de cada uno de los problemas planteados. Primeramente, el tema de las enfermedades es subdividido en una sección que contiene los nombres de las enfermedades consultadas o tratadas en los textos, otra en la cual se incluyen los aspectos ligados a las enfermedades y que pretende ser más específica respecto al contenido, una tercera que presenta los motivos por los cuales se daba la enfermedad y que está ligada a las explicaciones médicas, y una última que toma en cuenta las recomendaciones dadas para prevenir o enfrentar la enfermedad ya acaecida en el niño/niña.

Las columnas destinadas a recolectar la información sobre la maternidad tienen que ver con los temas directamente relacionados con este problema, las referencias vinculadas con el conocimiento científico y el conocimiento empírico, las recomendaciones dadas a las mujeres embarazadas, y las indicaciones dirigidas directamente a la madre para cuidar a sus hijos. Estas categorías ayudarán a constatar si los médicos contraponían los saberes producidos desde la academia con los saberes populares, y si le recalaban a las futuras madres la predominancia de uno sobre otro; asimismo, permiten establecer los aspectos mediante los cuales se construía la maternidad científica, o sea, la manera en que la ciencia preconcebía y dictaba el ejercicio de la maternidad desde el ciclo de embarazo hasta el nacimiento y el desarrollo del niño.

La sección de higiene infantil comienza disgregando la información con un apartado que considera las referencias a la alimentación del niño, otro sobre las referencias en torno a la conducta o los hábitos del niño, un tercero respecto a los ambientes o condiciones higiénicas del infante, y por último, uno que integra otros aspectos relacionados con la higiene que no entran en las categorías anteriores por ser excepcionales en la fuente. La parte sobre la alimentación ayudará a dar cuenta de la relevancia que para los médicos tenía el ligamen salud-nutrición; las referencias a conductas o hábitos posibilitarán explicar los ejes mediante los cuales los niños debían actuar para mantener su salud. Las referencias a los ambientes o condiciones higiénicas ayudarán a presentar con mayor claridad cuál era la importancia que la puericultura le otorgaba a los espacios, objetos y partes del cuerpo de los infantes en función de la higiene y la limpieza.

Los datos sobre mortalidad infantil están ordenados en cada una de las fuentes mencionadas, es decir, los anuarios estadísticos contienen cuadros en donde se pueden visualizar claramente las subdivisiones por categorías, los números absolutos y los totales. Sin embargo, se integrarán los datos compatibles para todos los años en tablas que permitan notar las tendencias y las rupturas durante la totalidad del período que comprende el trabajo (1949 a 1956). Esto facilitará la elaboración de cuadros que, a su vez, harán más inteligible la información al momento de presentarla. Por último, es importante aclarar que las fuentes que contienen las cifras de mortalidad infantil recibirán un tratamiento cuantitativo por tratarse de datos numéricos, pero debe tomarse en cuenta que el manejo de esta información se hará en función de un análisis esencialmente cualitativo; la mortalidad infantil, en este caso, contribuirá a presentar el telón de fondo de las preocupaciones en torno a las enfermedades.

CAPÍTULO 1. INCENTIVANDO LA MATERNIDAD CIENTÍFICA

En este capítulo la maternidad científica será entendida como un fenómeno derivado de la medicalización de la sociedad. La medicalización se comprende como un proceso donde los conocimientos biomédicos se utilizan para patologizar o someter al estudio/atención médica situaciones de la sociedad que no necesariamente tienen un vínculo con la salud o la enfermedad. El proceso de medicalización se construye históricamente a medida que cambia la regulación, la investigación y la aplicación biomédica, de manera que los objetos de esas ciencias van variando en el tiempo y en los espacios.¹⁷² Por otro lado, es esencial entender que la ciencia se mueve en un espacio social que la determina o incide en ella, por lo cual la medicalización surge a partir de y tiene efectos en las manifestaciones sociales.¹⁷³

Los alcances de la medicina en la patologización y control de aspectos aparentemente dañinos para la salud y la sociedad han sido amplios, pues los científicos y las redes formadas a su alrededor han convertido comportamientos en locura, espacios comunes en espacios nocivos, roles de género aceptados socialmente en agentes de la salud, prácticas cotidianas en prácticas higiénicas, y demás. Cuando la maternidad pasa a ser uno de los objetos de las ciencias por asociarse a riesgos en la salud de la mujer y el feto, se entiende que hay un proceso de medicalización donde los dos sujetos deben ser revisados y guiados por el camino de la higienización, la prevención, la curación y la salud. La medicalización de la maternidad y la niñez puede observarse desde varias dimensiones: el lenguaje empleado por quienes participan del proceso; la cotidianidad; la revisión física; las concepciones sociales del cuerpo; la construcción de responsabilidades individuales, comunales, institucionales y estatales (a quién o quiénes les corresponde una tarea específica).

Los orígenes de la medicalización de la maternidad han sido identificados por las y los historiadores en el siglo XIX, como producto de la institucionalización de la medicina y la bacteriología. La mortalidad infantil fue una de las razones que condujeron al crecimiento de estas dos áreas, de manera que la maternidad comenzó a ser intervenida y orientada por el personal entrenado para reducir las muertes de los niños y contar con población laboralmente apta. La maternidad fue conducida de varias formas por el personal de salud, siguiendo a la ciencia moderna

¹⁷² Michel Foucault, “Historia de la medicalización”, *Educación media y salud* 11, no. 1 (1977): 1-25.

¹⁷³ Anahi Sy, “La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía Naturaleza/Cultura”, *Ciência & Saúde Coletiva* 23, no. 5 (2018): 1531-1539.

como fundamento en el marco de las convenciones sociales, es decir, se siguieron métodos modernos para dirigir a las personas socialmente aceptadas y supuestamente preparadas para cuidar a las niñas y los niños: las mujeres. Este proceso ha sido conceptualizado en las Ciencias Sociales como “maternidad científica”.

El siguiente apartado hará un recuento de la década de 1950, de manera que se abordará brevemente el sistema político, económico, social y cultural de la mitad del siglo XX. Ninguno de estos aspectos corresponde específicamente al problema de la puericultura, pero son de oportuna consideración porque significaron profundas transformaciones en el devenir del país y porque fue sobre la base de estos que se implementaron las medidas de salud revisadas en el presente capítulo y los dos siguientes.

Los otros dos apartados del primer capítulo, responden al objetivo 1: Analizar las referencias a la maternidad en el Suplemento de Puericultura, para explicar la forma en que se perfiló una maternidad científica a través de la consulta de las mujeres que solicitaban información y las sugerencias de los médicos ligadas a la salud de la mujer y la atención de los niños. En este sentido, se procurará analizar los consejos científicos dados a las mujeres desde el embarazo hasta el parto y la manera en que la noción médica de crianza posicionaba a las madres como un componente esencial de la salud pública. El capítulo se dividirá en las siguientes secciones: contexto histórico, consejos sobre el embarazo y recomendaciones a la madre para la primera etapa del niño y la niña.

1. Contexto histórico de Costa Rica durante la década de 1950

La población costarricense del decenio de 1950 estaba saliendo de una guerra civil (1948) que dio inicio a múltiples conflictos intrafamiliares y políticos, y que significó uno de los antecedentes más relevantes del Estado que posteriormente presentó tintes más intervencionistas que los mostrados durante la República Liberal.¹⁷⁴ Si bien es cierto, que gran parte de los proyectos heredados al gobierno posterior a la guerra civil habían estado forjándose desde la década de 1940 con las políticas sociales promovidas tanto por los calderonistas como por los comunistas y el

¹⁷⁴ Ronny Viales Hurtado, “El régimen liberal de bienestar y la institucionalización de la pobreza en Costa Rica 1870-1930”, en *Pobreza e Historia en Costa Rica: determinantes estructurales y representaciones sociales del siglo XVII a 1950*, ed. Ronny J. Viales Hurtado (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, Posgrado Centroamericano en Historia y CIHAC, 2005), 71-100.

apoyo de la Iglesia católica, también es cierto que el nuevo período que parte del fin de la guerra llevó a la ejecución de las políticas anteriormente delineadas por aquellos sectores.

Después de la guerra civil, fueron dos las personas que se alternaron la presidencia. El periodista Otilio Ulate era quien había alcanzado por derecho la presidencia, sin embargo, José Figueres Ferrer, líder y participante del partido opositor al gobierno de Calderón Guardia, asumió el poder político por un plazo de dieciocho meses al establecer la Junta Fundadora de la Segunda República.¹⁷⁵ Con inmediatez al final de la guerra civil de 1948, las transformaciones se comenzaron a evidenciar en el plano económico al ponerse en marcha una serie de medidas que se habían discutido y propuesto ya desde inicios de la década de 1940 con la participación del Centro para el Estudio de los Problemas Nacionales.¹⁷⁶ Los planteamientos que cuestionaron la dirección política que estaba tomando el gobierno de Calderón Guardia, tenían como eje vertebral el apoyo hacia la dinamización del sector primario y la producción industrial. La llegada de la Junta supuso la creación, el reacomodamiento y el impulso de diversas instituciones, como el Instituto de Defensa del Café, la nacionalización de la banca y la declaración de semi-autonomía del Consejo Nacional de Producción.¹⁷⁷

La modernización encabezada por Figueres Ferrer y quienes le apoyaron en el campo político, también se reflejó en la convocatoria a una Asamblea Nacional Constituyente, en donde su apoyo era mínimo, pero con la cual se estableció definitivamente el carácter de las instituciones públicas, es decir, los diferentes grados de autonomía que iban a recibir los entes. En este sentido, es primordial recordar que, además de los bancos y los ferrocarriles nacionales, las instancias aseguradoras, el Sistema Nacional de Salud Pública y la Caja Costarricense de Seguro Social fueron parte de la nueva Constitución Política erigida tras la convocatoria a la Asamblea.¹⁷⁸

La Junta no sólo encontró relevantes las medidas alrededor de la economía costarricense, concentrada en el café y la industrialización, sino que asumió su responsabilidad frente al sistema de salud. La Caja Costarricense de Seguro Social ya había sido puesta en función desde 1941 y el Ministerio de Salubridad Pública desde 1927, no obstante, ambas instituciones fueron agregadas a la Constitución Política y por tanto fueron estructuradas legalmente. La Constitución Política de

¹⁷⁵ Rovira Mas, *Estado y Política Económica*, 40.

¹⁷⁶ Rovira Mas, *Estado y Política Económica*, 42-43.

¹⁷⁷ Rovira Mas, *Estado y Política Económica*, 47-53.

¹⁷⁸ Rovira Mas, *Estado y Política Económica*, 58-59.

1949 fue esencial en la definición de las actividades que le corresponderían a cada una de estas instituciones, pues si bien ambas estaban encargadas de los servicios de salud, no lo estaban en la misma dirección. Por un lado, la Caja Costarricense de Seguro Social se encargó, generalmente, del tratamiento a los pacientes y de la atención de un sector específico de la población que estaba constituido solamente por quienes contaban con un seguro regulado bajo la colaboración entre Estado, patrones y trabajadores.

El Ministerio de Salubridad Pública tuvo entre sus tareas básicas la prevención de enfermedades y la colaboración en servicios de atención primaria para aquellas personas que no contaran con un seguro.¹⁷⁹ La demarcación de estas tareas quedó, por tanto, definida de este modo en la Constitución Política, sumándose entonces a los numerosos cambios ya ejecutados desde la Junta Fundadora de la Segunda República y seguidos por el gobierno de Ulate. Debe tenerse presente que este fue un cambio constitucional sin grandes transformaciones para el período que convoca, de manera que la administración y las medidas del Ministerio de Salubridad Pública aparentemente se mantuvieron al margen de las discusiones políticas.

El resultado para el área de la salud fue una continuación con mejoras graduales de las políticas públicas implementadas desde el siglo XIX. El Estado y algunas instituciones de beneficencia había asumido el abordaje de la salud pública mediante la creación de la Facultad de Medicina, la Facultad de Farmacia y la Escuela de Obstetras; la implementación de médicos de pueblo; la construcción y funcionamiento, con ayuda de la Fundación Rockefeller, de las Unidades Sanitarias; la instauración del primer Instituto de Higiene de Costa Rica –posteriormente el Ministerio de Salubridad Pública conformó otro–; el establecimiento de la Subsecretaría de Salubridad Pública –más tarde elevada a Secretaría de Salubridad Pública–; la construcción de calles, acueductos, cloacas y excusados; y, la educación por medio de cartillas y otros materiales que contenían temas sanitarios.¹⁸⁰

El contexto, por otro lado, estuvo marcado por problemas nacionales que interesaron más o que estuvieron en el foco de la atención durante los años del gobierno de Otilio Ulate (1949-

¹⁷⁹ Ministerio de Salud, *Memoria del Cincuentenario del Ministerio de Salud y de la salud pública en Costa Rica* (San José: Sección Audiovisual Ministerio de Salud, 1977), 29-30.

¹⁸⁰ Ana María Botey Sobrado, *Los orígenes del Estado*; Ana Paulina Malavassi, “De parteras a obstétricas.”; “Prevenir es mejor que curar”; Viales Hurtado, “El régimen liberal”, 71-100; Quesada Avendaño, “La modernización”; Marín Hernández, “Biblias de la higiene.”; Palmer, “Cansancio y nación”, 403-412.

1953). Esto no quiere decir que la administración ulatista no dirigiera sus acciones a los cambios generados una década atrás y vigorizados desde su primer año en funciones, pero sí significa que hubo aspectos que destacaron en su agenda política debido al estado de la economía costarricense, afectada por una guerra mundial y deteriorada incluso antes de la década de 1940. Los gobiernos de los primeros años del período planteado para este trabajo, no sólo enfocaron sus energías en la disminución de la deuda externa y la deuda interna, logrando parcialmente sus objetivos, sino que también promulgaron una legislación que ayudó a ejecutar las cláusulas reunidas en la Constitución Política.¹⁸¹ El período estuvo mayormente caracterizado por apoyar la legislación en torno al café, mientras desarrollaban también medidas focalizadas en diversificar la producción que sería exportada.¹⁸²

La esfera política se caracterizó por las tensiones entre figuras y partidos políticos que antes y durante la guerra civil habían estado enfrentándose, a pesar de los esfuerzos estatales por mantener un equilibrio en el sector económico. Las elecciones presidenciales de 1953 permitieron notar precisamente la convulsión del período, puesto que los partidos que participaban en la campaña electoral estaban integrados por personajes que tuvieron un rol en la guerra civil o que estaban conectados a alguno de los participantes directos; en este sentido, el Partido Liberación Nacional, encabezado por Figueres Ferrer, y el Partido Demócrata, cuyo candidato era Castro Cervantes, mantuvieron relaciones de enemistad política a través de la prensa.¹⁸³ Es decir, los periódicos fungieron como un medio primordial en la contienda de 1953 y fueron aprovechados para criticar a los candidatos y para cuestionar las disposiciones tomadas hasta el momento.

Los opositores en aquellas elecciones, además, mostraban a Figueres como el líder de la insurgencia de 1948, y, por tanto, como el responsable de la violencia descargada contra los costarricenses y especialmente contra quienes rodearon a Calderón Guardia durante su administración y la de Teodoro Picado. Esto, según Manuel Gamboa, significaba responsabilizar a Figueres sobre determinados actos que habían ocurrido en 1948, para que los electores se percataran del futuro que les esperaba tras las elecciones.¹⁸⁴ Pero los opositores al figuerismo tampoco eran ajenos a las críticas de sus contrincantes políticos. El Partido Liberación Nacional

¹⁸¹ Ministerio de Salud, *Memoria del Cincuentenario*, 123, 126-127.

¹⁸² Ministerio de Salud, *Memoria del Cincuentenario*, 129-131.

¹⁸³ Gamboa, “Los discursos políticos”, 42.

¹⁸⁴ Gamboa, “Los discursos políticos”, 67-69, 73-74.

creó un discurso donde el punto neurálgico tenía que ver con los vínculos entre Castro y los comunistas, y entre el Partido Demócrata y los calderonistas, quienes para Figueres habían cometido fraude y provocado la violencia política de la década de 1940.¹⁸⁵

Los enfrentamientos discursivos no cesaron después de la contienda electoral, ya que Figueres continuó siendo criticado en el espacio público por políticos y empresarios una vez en el gobierno.¹⁸⁶ Todo lo anterior apunta a que el gobierno de Figueres no encontró estabilidad en el terreno político ni consolidó un sistema democrático; no se trató de un período en el cual existiera un acuerdo entre las diferentes partes que componían el entretejido político de Costa Rica. Tampoco, como bien anota y advierte Bowman, supuso la negociación inmediata entre los diferentes partidos políticos sólo por el hecho de que la Guerra Civil de 1948 hubiera finalizado¹⁸⁷ y por haberse reconocido oficialmente la mayoría de votos obtenidos por el Partido Liberación Nacional en las elecciones de 1953, así como su dominio en la Asamblea Legislativa.¹⁸⁸ De hecho, otro aspecto que denota la tensión entre las partes enfrentadas en la década de 1940 fue la omisión de la amnistía general, que solo se logró por la presión de varios sectores con propuestas de estabilidad y paz interna.¹⁸⁹

Los cambios durante el período también se reflejaron en el paisaje, las migraciones y las relaciones de género. En relación a las migraciones es necesario señalar que, a pesar de que todavía durante la década de 1950 la población costarricense seguía teniendo una vida predominantemente rural, procesos como la industrialización supusieron también el desplazamiento de personas hacia las zonas donde se encontraban los centros de producción del sector secundario. Aunque este fenómeno tuvo mayor visibilidad para la década de 1960, comenzó precisamente con las medidas impulsadas desde las décadas de 1940 y 1950: modernización del modelo agroexportador e impulso del sector servicios.¹⁹⁰

El consumo, además, fue transformado a raíz de las políticas del Estado dirigidas a los aumentos salariales: hubo un mayor poder adquisitivo y por tanto mayores posibilidades de adquirir otro tipo de productos que estaban en el mercado. En consecuencia, el consumo pasó de ser

¹⁸⁵ Gamboa, “Los discursos políticos”, 48-50, 61.

¹⁸⁶ Bowman, “Fue el compromiso”, 99-106, 113.

¹⁸⁷ Bowman, “Fue el compromiso”, 91-92.

¹⁸⁸ Rovira Mas, *Estado y Política Económica*, 63.

¹⁸⁹ Ugalde, ““Purificarse en las aguas del Jordán””, 37-66.

¹⁹⁰ Molina Jiménez, *Costarricense por dicha*, 83-87.

personalizado y artesanal a ser impersonal y protagonizado por productos elaborados en las fábricas de Costa Rica y en otros países, contribuyendo así a una cultura de masas cuyo principal referente fue Estados Unidos.¹⁹¹ Los productos provenientes de este país no se limitaban a los alimentos o la tecnología; también destacaban la música y el cine, en parte consumidos por jóvenes costarricenses que se identificaban con las vicisitudes de sus homólogos estadounidenses.¹⁹²

Las transformaciones anotadas no significaron un cambio rotundo en los papeles construidos décadas atrás, sino la incorporación de elementos generados gracias al contexto de la década de 1950. Aunque los varones estaban insertos en dinámicas productivas y económicas nuevas, en esos procesos resaltaban al mismo tiempo los valores de masculinidad que los situaban como sujetos fuertes y proveedores.¹⁹³ La proveeduría de los varones ligada también a las mujeres determinaba que los nuevos modelos de hogar resultantes de las dinámicas económicas, estuvieran encabezados por ellos en términos monetarios y por ellas en términos del cuidado que requería la vivienda y las relaciones dentro del hogar. Por ejemplo, Alfonso González ha evidenciado que el consumo masivo de electrodomésticos estaba dirigido a los varones para que los compraran y a las mujeres para que los utilizaran.¹⁹⁴ Al mismo tiempo, los patrones de consumo deseados en la población de la década de 1950 incluían modelos y guías estéticas para las mujeres, donde el cuerpo y el maquillaje eran elementales, y donde la maternidad también era abordada como un tema central de la feminidad.¹⁹⁵

La publicidad dirigida al uso femenino de los productos de belleza y hogar, estuvo presente incluso en las publicaciones religiosas, pese a que la Virgen de los Ángeles, patrona de Costa Rica, fuera expuesta en las décadas de 1930, 1940 y 1950 como un modelo conservador a seguir por las mujeres. La Virgen de los Ángeles era, en el ideario, una madre abnegada, una mujer honorable, sumisa y sencilla.¹⁹⁶ El hogar y la educación de los hijos/hijas eran partes sustanciales de esta idea, la vanidad y el autocuidado no. El estereotipo de la mujer doméstica también se reforzó durante el período por medio de los anuncios del Día de la Madre y el consumo vinculado. Ileana Jiménez muestra que en la década de 1950 los anuncios de productos para el hogar aumentaron y

¹⁹¹ Molina Jiménez, *Costarricense por dicha*, 94-95, 101-102.

¹⁹² González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 71-73.

¹⁹³ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 68-69.

¹⁹⁴ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 189-190.

¹⁹⁵ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 175, 107-158.

¹⁹⁶ Valeria Mora López, “El culto a la Virgen de los Ángeles en Costa Rica (1930-1960)” (Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica, 2019), 81-87, 103-109; Jiménez, “La celebración”, 114-163.

predominaron respecto a la publicidad de productos de cuidado personal y alimentos.¹⁹⁷ Esto demuestra que todavía en los años cincuenta, las mujeres se entendían en el hogar, ya fuera desde una visión religiosa o secular.

La interacción entre las concepciones de antaño y las más recientes también se expresó en la participación de las mujeres en la política. Desde las primeras décadas del siglo XX las mujeres costarricenses se involucraron en la política, y lo continuaron haciendo en la década de 1950. Uno de los tipos de participación política de las mujeres en los años cincuenta fue a través de la organización de un colectivo para solicitar la amnistía general negada por las autoridades de gobierno. Esta manifestación de voluntad política y conciencia de los procesos de violencia y paz rescatada por la historiadora Alexia Ugalde, es interesante porque muestra la faceta pública de las mujeres y la importancia de su iniciativa –que derivó, junto con otras, en la aprobación de la amnistía. Sin embargo, la autora ha demostrado que las mujeres mantuvieron un discurso de justificación basado en la armonía familiar y su papel de protectoras cuando discutieron el tema de la paz.¹⁹⁸ El ligamen entre el espacio público de la política y el privado del hogar se mantuvo.

La propuesta de María Flórez-Estrada sobre la política económica sexual del período brinda una explicación a las continuidades observadas para la década de 1950. La autora identifica en los discursos de Monseñor Sanabria, del presidente Rafael Ángel Calderón Guardia, del representante comunista Manuel Mora Valverde y de medios socialistas, puntos de confluencia sobre los lugares del hombre y la mujer en la sociedad. El discurso de las tres figuras, que posteriormente pactarían a nivel político, era masculino porque no consideraba la opinión de las mujeres y porque buscaba reivindicar espacios, posiciones y privilegios aparentemente amenazados por el capitalismo y la modernidad. Las tres figuras sostenían que la familia debía ser nuclear y que esta, además, debía mantenerse holgada económicamente con el salario masculino.¹⁹⁹

La deshonra del hombre no solo estaba provocada por la percepción injusta del salario, sino también por verse en la necesidad de recibir la ayuda de su pareja femenina, quien trabajaría fuera y descuidaría sus tareas domésticas. Estas ideas quizá no se expresaron abiertamente en un pacto, pero la alianza a la que llegaron las tres figuras influyentes, descansó en el discurso conservador y,

¹⁹⁷ Jiménez, “La celebración”, 164-219.

¹⁹⁸ Ugalde, ““Purificarse en las aguas del Jordán””, 37-66.

¹⁹⁹ María Flórez-Estrada Pimentel, *La política sexual de la reforma social costarricense: una disputa olvidada* (San José: Editorial UCR/Editorial Costa Rica, 2020), 145-283.

por tanto, lo perpetuó en los proyectos que se desarrollarían en el gobierno de Calderón y en los posteriores.²⁰⁰ El sistema educativo adoptó de nuevo la influencia de la religión católica instaurándola como materia de enseñanza²⁰¹ y el sistema de salud, como se verá aquí, se ocupó de las niñas/niños demandando la colaboración de las madres. Flórez-Estrada nota que el discurso sobre la cobertura de salud se dirigió a las niñas/niños y no a las madres,²⁰² lo cual se revisará en este y los capítulos siguientes.

Esta breve descripción del contexto inmediato a la guerra civil, es necesaria porque dota de sentido a los profundos y continuos cambios llevados a cabo durante la década de 1950. Los aportes de otros autores sirven como preámbulo de los capítulos siguientes porque muestran que las reconfiguraciones del espacio político, económico, social y cultural tuvieron incidencia en los proyectos institucionales. Justo en este contexto es donde se debe ubicar el Ministerio de Salubridad Pública y sus funciones, así como las valoraciones que se desplegaban de este y que no dejaban de ajustarse a las percepciones de género expuestas aquí. El estudio del Suplemento de Puericultura y otras fuentes debe enfocarse en este marco contextual pues, como se observará, fueron varias de las tantas partes que se sumaron a los cambios y continuidades institucionales generadas por la reestructuración del Estado durante la década de 1950.

2. La mujer y el riguroso cuidado prenatal

En el marco del contexto explicado se establecieron algunas otras medidas que contribuyen a comprender la atención puesta por los médicos sobre las mujeres que llegarían a ser madres. Quizá los proyectos más ambiciosos en este terreno fueron la implementación del seguro por maternidad y la existencia de dos departamentos encargados de lleno en las labores relacionadas con las madres: el Departamento de Protección Maternal y el Departamento de Protección Infantil, ambos del Ministerio de Salubridad Pública y fusionados más tarde en el Departamento de Protección Materno Infantil.²⁰³ Dichas instancias mantuvieron la tutela de la publicación del

²⁰⁰ Flórez-Estrada Pimentel, *La política sexual*, 145-283.

²⁰¹ Flórez-Estrada Pimentel, *La política sexual*, 258.

²⁰² Flórez-Estrada Pimentel, *La política sexual*, 254-283.

²⁰³ El primer departamento emisor del Suplemento de Puericultura aparece bajo el nombre de Departamento de Protección Materno Infantil, pero en 1950 existía un departamento encargado de la maternidad (Departamento de Protección Maternal) y otro relacionado con los infantes (Departamento de Protección Infantil). Por tanto, es posible determinar que la publicación se trataba de una colaboración entre dos departamentos afines y que el manejo de la

Suplemento de Puericultura en buena medida gracias a la creación del Código Sanitario de 1950, en el cual estaban determinados los deberes que concernían al área de protección infantil y maternal.²⁰⁴

El Código Sanitario de 1950 había estado antecedido por otra serie de códigos de la misma índole, pero este fue el que rigió para el período en estudio. La mención del Código Sanitario es pertinente porque el Ministerio de Salubridad Pública y sus respectivos departamentos debían tener presente sus artículos, y en efecto los tenían. En 1952 Fernando Rudín publicó un artículo que establecía las competencias del Ministerio de Salubridad Pública y la Caja Costarricense de Seguro Social, tomando como base los artículos que estipulaba el Código Sanitario vigente sobre la salud infantil. En su artículo, Rudín se apoyó en el Código debido a los inconvenientes que tenía la Caja para atender a los niños en el Hospital San Juan de Dios. Esto supone que los artículos que referían a la salud de los niños también eran considerados por los departamentos encargados del Suplemento de Puericultura y las medidas materiales en su atención.

Los beneficios de la puericultura diseñada en los departamentos del Ministerio –así como en otros países y en Costa Rica antes del período en estudio–²⁰⁵ estaban dirigidos a los niños y niñas, pero la obligación de atender los consejos recayó sobre las mujeres. La institucionalidad consideró que las madres tenían un papel determinante en el rumbo que tomaría la salud de sus hijos; por lo cual, la maternidad era también parte intrínseca de los proyectos públicos de salud. La garantía ofrecida por las madres en cuanto a la calidad de la salud de sus niños estaba reflejada en el mensaje semanal que los departamentos publicaban en el suplemento, donde las mujeres eran invitadas a participar en las preguntas enviadas a la instancia o a los especialistas que laboraban allí.

Durante los primeros meses de publicación, el suplemento incentivó la participación de sus lectores(as) a través de leyendas como “El Departamento de Protección Infantil espera que usted envíe sus preguntas y consulte sus dudas”.²⁰⁶ El mensaje todavía no era lo suficientemente claro

maternidad se visualizaba en ambos como un problema de necesaria cobertura en función de los infantes, por esto la decisión de trabajar desde el campo de la puericultura.

²⁰⁴ Ministerio de Salubridad Pública, *Código Sanitario* (San José: Imprenta Nacional, 1950), 49-51. Véase: Fernando Rudín H., “La consulta externa de niños nada tiene que ver con actividades de Salubridad”, *La Nación* (3), 5 setiembre de 1952.

²⁰⁵ Molina Jiménez, “Deliciosas tempestades.”, e066.

²⁰⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 5, 05-02-1950.

como para suponer que las mujeres eran las únicas que debían atender el llamado del cuidado de los niños; sin embargo, ya para el mes de julio de 1950 los mensajes incorporaron la palabra “madre” y dejaron fuera de duda quiénes eran las receptoras meta de la información allí publicada.

A partir de julio de 1950 y en adelante, el mensaje ya no era tan difuso como “Consulte sus dudas al Departamento de Protección Infantil”²⁰⁷ y además otorgaba un objetivo a las mujeres al manifestar: “MADRES; Envíen las preguntas que deseen saber para provecho de sus hijos, y si es alguna duda a este Departamento den, que a ambas cosas estaremos muy prolijos”.²⁰⁸ Tras este mensaje, fueron publicados con frecuencia otros como “MADRES; Envíen las preguntas que deseen saber para provecho de sus hijos. Con todo agrado le serán contestadas, pues nuestro fin es: AYUDARLA. CONSULTENOS CUANTO ANTES”²⁰⁹ o como “El Departamento de Protección Infantil desea ser un consejero práctico de las madres, consúltenos sus dudas y problemas”.²¹⁰ Después de 1950, los mensajes mantuvieron, hasta las últimas publicaciones, el mismo significado, cual era dar a entender a las madres que, naturalmente, debían supervisar la salud de sus hijos acompañadas de un asesoramiento médico.

Aparte de los mensajes semanales que ya después de 1950 tenían como propósito capturar la atención de las madres, el significado de la maternidad se manifestó con claridad en las cortas pero sugerentes líneas dedicadas a las mujeres en el Día de la Madre. Uno de los suplementos de agosto de 1950 indicaba que: “El Departamento de Protección Infantil, rinde respetuoso homenaje a ‘LA MADRE COSTARRICENSE’ y les ruega encarecidamente consultarle sus dudas, comunicarle sus dificultades en la crianza de sus hijos haciendo efectivos nuestros deseos de ayudarla en su altísima misión. Queremos que para nosotros cada día sea ‘DÍA DE LA MADRE’”.²¹¹ La salud, pues, era un elemento más al cual las mujeres-madres debían poner atención; los cuidados de su hijo entraban también dentro de la rama científica de la medicina

²⁰⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 01-08-1950.

²⁰⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 16, 09-07-1950. La mayúscula es del documento original.

²⁰⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 21, 17-09-1950. La mayúscula es del documento original.

²¹⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 50, 25-11-1951. Estos mensajes no conforman la totalidad publicada en el Suplemento de Puericultura, puesto que se emitieron más de doscientos números y la gran mayoría incluía un mensaje, pero, estas eran las leyendas más significativas ya que después de su primera emisión recibieron cambios mínimos.

²¹¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 18, 06-08-1950. Las mayúsculas son del documento original. Sólo para el año señalado (1950) se hizo mención explícita del Día de la Madre.

aunque éstas no tuvieran una preparación profesional en dicho campo, si bien era evidente que para los médicos la ausencia de conocimientos en el área podía solventarse con los consejos y explicaciones dados por ellos mismos. En este sentido, es importante recalcar que, si bien el suplemento aludía a una “altísima misión” maternal, la ayuda médica era prioritaria en ese supuesto cometido de las madres.

La perspectiva de que las mujeres eran natas cuidadoras de sus hijos pero con sugerencias científicas por considerar y comprender, ya podía detectarse desde principios del siglo XX, cuando las intervenciones médicas en cuanto a la salud de las mujeres estaban antecedidas y/o acompañadas de discursos donde era lugar común la naturalización de la maternidad.²¹² Incluso en la educación pública de las mujeres se incorporó el tema a los planes de estudio como eje sustancial.²¹³ La maternidad significaba, en el imaginario colectivo, una virtud, un privilegio y un don que le había sido entregado a las mujeres y que servía incluso como aliciente para premiarlas o para asignarles un día especial en el cual se las pudiera celebrar.²¹⁴ Además, durante los años anteriores se habían estado publicando algunos libros, como los de los doctores Carlos Pupo y Benjamín Céspedes, con alusiones claras a la madre como cuidadora central de sus hijos e hijas.²¹⁵

La prensa se unió a los libros como material informativo para las mujeres, pese a que se tratara de un medio de comunicación masiva. Si bien se supone en la actualidad que el material contenido en los periódicos no debería tener distingo de género a menos de que aborde un problema de género para su discusión, es incorrecto aplicar esta idea para el pasado. Los conceptos sobre las mujeres y los hombres durante la década de 1950 facilitaron la creación de espacios exclusivos para ellas y ellos en la prensa nacional y extranjera. En Estados Unidos se abrieron con fines comerciales secciones en el Washington Post sobre hogar, belleza, maternidad, alimentación y otros temas para las mujeres a pesar de la oposición de su editora, mientras que las noticias de corte socio-político y económico fueron dirigidas a los hombres.²¹⁶

En Costa Rica sucedió lo mismo en el decenio de 1950 y Alfonso González lo ha evidenciado con las secciones y suplementos de los mismos tópicos, que fueron destinados a las

²¹² Rodríguez Sáenz, “Inventando el Día de la Madre”, 33-35.

²¹³ Rodríguez Sáenz, “Disciplinar para la maternidad”, e105; Molina Jiménez, “Deliciosas tempestades”, e066.

²¹⁴ Rodríguez Sáenz, “Inventando el Día de la Madre”, 33-42; Mora Carvajal, “Cuestión femenina”, 34-36.

²¹⁵ Arias, *Héroes melancólicos*, 66-105.

²¹⁶ Mei-ling Yang, “Women’s Pages or People’s Pages: The Production of News for Women in the Washington Post in the 1950s”, *Journalism & Mass Communication Quarterly* 73, no. 2 (1996): 364-378.

mujeres y sus parejas hombres para atraerlos al mercado. La idea de publicitar productos para mujeres a los hombres se explica en las mismas concepciones de género que posicionaban al hombre en el ámbito laboral, como empleado remunerado con poder adquisitivo y proveedor familiar.²¹⁷ Los mensajes del Suplemento de Puericultura muestran un fenómeno similar, pero no igual a los anteriores. El suplemento asumió que las mujeres debían cuidar a los niños y niñas, como fue común en el período, pero, nótese que esta información sí fue dirigida directamente a ellas porque no mediaba un tema comercial por tratarse de un ente público con otros objetivos.

Tanto en las concepciones previas de maternidad, que se pueden encontrar en los trabajos referenciados, como en la perspectiva del Ministerio de Salubridad, los esfuerzos que debían protagonizar las madres contra los perjuicios en la salud infantil empezaban en los primeros meses del embarazo, no en la crianza. El valor de esta etapa se inscribía además en los tres principios propuestos por el Programa de Protección Maternal, que estaban expuestos como elementales en el suplemento y venían a ser: 1. “Realzar la importancia del cuidado PRE-NATAL”, 2. “Tratar de conseguir la mejor actividad mental y sentimental de la madre frente al problema de la maternidad” y 3. “Hacer comprender a la madre la importancia que tienen los cuidados higiénicos en el porvenir de su hijo”.²¹⁸

El Ministerio de Salubridad Pública brindó la información necesaria para que las mujeres obtuvieran seguridad sobre su estado de embarazo, indicándoles cuáles eran las manifestaciones más comunes en una mujer embarazada: desde la interrupción de la menstruación, las náuseas y los vómitos, hasta el momento en el cual se presentaban los movimientos fetales.²¹⁹ Después de percatarse del estado de embarazo, las mujeres, según los médicos encargados del suplemento, debían acatar ciertas conductas que ayudarían a llevar un embarazo sin peligros para ellas ni para sus hijos, de ahí que la atención estuviera puesta sobre elementos de la cotidianidad como la vestimenta.

El suplemento explicaba a las lectoras que “el tema del vestido, es uno de los que son mirados con más indiferencia por muchas señoras que, por una u otra razón, no se dan cuenta de la importancia que tiene acomodar sus ropas y vestidos a su nuevo estado y continúan llevando la

²¹⁷ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*.

²¹⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 9, 02-04-1950.

²¹⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 156, 22-08-1954; no. 160, 19-09-1954.

misma manera de vestirse, aún cuando el embarazo está ya muy avanzado”.²²⁰ Las mujeres, entonces, debían evitar utilizar ciertas prendas como las ligas y los zapatos altos, y debían procurar cambiarlas por ropa y calzado cómodo con el fin de contrarrestar los riesgos en su salud e, inmediatamente, en la salud de la criatura.²²¹

La alimentación y los ejercicios puestos en práctica por las futuras madres también fueron aspectos fundamentales en las nociones de puericultura promovidas por el Ministerio de Salubridad Pública, por esto, las mujeres debían adecuar sus dietas bajo sugerencias como “tomar suficientes huevos y legumbres verdes; si es posible un suplemento de Vitaminas C y D, para asegurar un buen desarrollo al niño sin debilitar a la madre”.²²² En la misma línea, los consejos señalaban que “La convalecencia de su parto puede ser rápida y estará usted en buenas condiciones para la crianza de su niño, si se alimenta bien”, añadiendo que “una mala alimentación puede ser causa de graves peligros: abortos y partos prematuros, niños nacidos débiles que mueren tempranamente”.²²³

La preocupación por los niños desde la adecuación de la vida cotidiana de las mujeres se tradujo de un modo semejante en los consejos sobre el estado físico de la embarazada. Las autoridades en salud insistieron en que la mujer debía llevar su vida pasivamente sin ejecutar fuertes movimientos, al tiempo que se le insinuó la relevancia de llevar a cabo diferentes tipos de ejercicios, como las caminatas. El propósito era que saliera a caminar o trabajara en su casa, evitando coser con máquinas de pedal, nadar o subir gradas agresivamente.²²⁴ El perfil de mujer que se esperaba en el embarazo era la contraparte de la mujer trabajadora, obrera o artesana, que no podía permitirse descansos durante el día.

La salud mental también fue básica en la redirección de los hábitos femeninos. Al respecto, los médicos argüían que “la atención a la tranquilidad de la mente de la embarazada, repercute favorablemente tanto sobre la evolución de su estado como sobre la estabilidad y salud mental del niño por nacer (...) es absolutamente indispensable que así como se da cuidado y atención al cuerpo

²²⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 213, 22-01-1956.

²²¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 5, 19-02-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 161, 16-09-1954.

²²² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 7, 05-03-1950.

²²³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 7, 05-03-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 159, 12-09-1954.

²²⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 33, 01-04-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 214, 09-01-1956.

mediante la vigilancia a sus diferentes funciones, no hay que olvidar lo que se refiere a la mente”.²²⁵ En este sentido, la mujer embarazada debía adaptarse a un ambiente tranquilo, sin juegos, películas ni conversaciones que provocaran alteraciones en su estado mental, por ejemplo, películas o literatura de terror y hasta comentarios acerca del momento del parto. Debía, contrariamente, escuchar música y radio, ver películas y practicar juegos de mesa que la ayudaran a mantenerse “espiritualmente sana”.²²⁶

El punto esencial a reconocer es que el eje de la inquietud radicó en el bienestar de las mujeres, pero más aún, en el bienestar de aquellos que estaban por nacer. La intención en este sentido era que las madres controlaran factores que, en la visión de los médicos, estaban en sus manos o podían practicarse en el ámbito doméstico. Otro factor significativo es que, desde el punto de vista médico, las mujeres debían interiorizar estos consejos y transformar sus estilos de vida en función de la salud, lo cual resultaba hartamente complejo y hasta imposible para aquellas mujeres que trabajaban fuera del hogar o en este mientras atendían a una considerable cantidad de niños característica de un país donde la tasa global de fertilidad era de 6,7 hijos por mujer en el período de 1950 a 1955.²²⁷ Los médicos ignoraron este contexto o supusieron que, a pesar de este, los consejos podían ser leídos y asumidos por mujeres con tiempo y holgados estados económicos.

La situación anterior expone continuidades en la concepción conservadora de maternidad. La historia Virginia Mora identificó que durante la década de 1920 se abrió, o continuó, un debate con connotaciones moralistas sobre el lugar de la mujer en la sociedad a la luz del mercado laboral. Mientras muchas mujeres laboraron como obreras y construyeron espacios de sociabilidad y ocio, varios y varias consideraron que ellas debían honrar su posición como guías morales de la familia trabajaran o no trabajaran extra-domésticamente.²²⁸ La visión desde la salud pública estatal sobre las mujeres durante el período que interesa muestra la misma convicción: las mujeres debían cuidar de su hogar, de su salud y de la salud de los suyos, “¿por qué habrían de estar en otro lugar que no su casa?”. Esta es la razón por la cual no se consideró adaptar los consejos para la diversidad de situaciones que vivían las mujeres.

²²⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 206, 13-11-1955.

²²⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 206, 13-11-1955.

²²⁷ Miguel Gómez, “Antecedentes, justificación y objetivos del estudio”, en *Determinantes de la fecundidad en Costa Rica. Análisis longitudinal de tres encuestas*, eds. Luis Rosero Bixby, Miguel Gómez Barrantes y Virginia Rodríguez de Ortega (San José: Dirección General de Estadística y Censos), 11.

²²⁸ Mora Carvajal, *Rompiendo mitos*, 139-179.

Los consejos anteriores, además, reflejan la iniciación práctica de la mujer en la maternidad científica, cumpliendo de este modo con los tres puntos del Programa de Protección Maternal propuestos en el suplemento y creados al interior del Ministerio de Salubridad Pública. Huelga decir que los padres o compañeros de las mujeres no tenían un rol ni primario ni secundario para los médicos cuando se trataba de la crianza “científica”. Es importante anotar que algunas de estas recomendaciones surgieron de una serie de artículos publicados por el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social de Venezuela bajo el título “Cartas a las futuras madres”. Esto es elocuente, pues el hecho de que las cartas fueran elaboradas en una instancia de otro país quiere decir que el ente nacional abrazó la misma línea discursiva justificada en criterios científicos que, además, había estado forjándose a lo largo de las décadas precedentes.

La puericultura tampoco fue una lógica limitada a los médicos de Costa Rica y Venezuela, pues durante el mismo período tales temas fueron abordados y explicados por los doctores brasileños de una forma bastante similar a la propuesta por el suplemento, en el sentido de que las publicaciones de puericultura del país sudamericano también contuvieron información sobre actividades físicas de bajo impacto o restringidas al espacio doméstico, higiene corporal, modificación de la dieta y la vestimenta, y lectura de los mismos manuales de educación sanitaria producidos por los médicos.²²⁹

Las transformaciones sugeridas en los manuales de puericultura extranjeros, y particularmente en el costarricense, también siguieron el mismo modelo en Colombia, donde la crianza determinada por la salud fue reconocida como una arista médica desde inicios de siglo. Las tesis y libros publicados bajo la autoría de especialistas en salud durante las primeras décadas del siglo XX, plantearon cambios definidos por la nutrición y la higiene corporal;²³⁰ las preocupaciones sobre estos dos puntos fueron casi idénticas a las expuestas por los médicos costarricenses y brasileños. No obstante, hay una diferencia importante respecto a la profundidad proyectada por el Ministerio de Salubridad Pública a través del suplemento, y es que, pese a las pretensiones eugenésicas de los médicos colombianos, hubo una preocupación prematura por reconocer las condiciones de vida de las mujeres embarazadas que también eran trabajadoras fuera del hogar.

²²⁹ Godinho Lima, “Maternidade higiênica”, 114-115.

²³⁰ Álvarez Tello, ““Para cuidar un ser””, 73-79.

El Dr. Gartner no dejó de posicionar en un lugar privilegiado a la medicina, pero su enfoque estuvo en las mujeres trabajadoras.²³¹ Por otro lado, y todavía más relevante, es que la *Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura* publicó las disposiciones legales en materia laboral – relacionada con la salud de las mujeres embarazadas y madres– emitidas a finales de la década de 1930.²³² Este particular llama la atención, pues la revista ya había sido introducida en Costa Rica para el período en que el suplemento estaba publicándose, es decir, estas nociones que consideraban a la mujer trabajadora ya estaban a disposición de los médicos costarricenses, a menos que los números anteriores a la década de 1950 no llegaran al país.²³³

No hay duda de que el suplemento presenta una gran contradicción, pues sí había una inquietud por la mortalidad infantil, pero no un enfoque real sobre la extensión de esta en los sectores que difícilmente podían cumplir con las sugerencias ofrecidas en el periódico *La Nación*. Si bien es cierto que el Ministerio de Salubridad Pública procuró extender geográficamente sus servicios prenatales, como en seguida es analizado, también es un hecho que el seguimiento del material foráneo no siempre fue adaptado a la realidad nacional de las mujeres en estado de embarazo. En general, tanto los médicos de Costa Rica y Brasil, como otros de Colombia, expusieron cuáles eran las condiciones ideales dentro del esquema científico global –nótese que la mayoría de médicos estaba de acuerdo en los beneficios dados por el ejercicio, la alimentación balanceada, la vestimenta adecuada y otros cambios. Pero se distanciaron de una parte de la realidad y probablemente frenaron, por esto mismo, la praxis de los consejos entre las familias que esperaban un hijo. Esta lejanía no solo estuvo presente en las recomendaciones prenatales.

Es necesario señalar que la iniciación ofrecida a las madres respecto a las nociones de higiene prenatal y la importancia de los entes en torno a este aspecto, no apareció como una iniciativa exclusiva de los encargados o colaboradores del suplemento, pues algunas mujeres también se preocuparon por saber en qué consistía la higiene prenatal mediante la redacción de preguntas.²³⁴ La sugerencia de que había un interés de las mujeres en capacitarse en tecnicismos médicos puede aceptarse, sobre todo si se toman como referencia otros casos semejantes, como el

²³¹ Álvarez Tello, ““Para cuidar un ser””, 73.

²³² Álvarez Tello, ““Para cuidar un ser””, 89-91.

²³³ La revista colombiana ya estaba en Costa Rica a inicios de la década de 1950, de acuerdo con los sellos de entrada de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social (BINASSS).

²³⁴ Para detenerse en el análisis de Chernyaeva y en los datos aportados por Molina, ver respectivamente: Chernyaeva, “Upbringing à la Dr. Spock:”, 239; Iván Molina, *La educación en Costa Rica de la época colonial al presente* (San José: EDUPUC, 2016), 335.

de Rusia, para el cual Chernyaeva ha identificado que estas empleaban la jerga médica con base en la prelectura de textos o publicaciones que desarrollaban temas alrededor de la puericultura.

Las preguntas enviadas al Ministerio de Salubridad Pública fueron probablemente enviadas por las lectoras, y esto se puede aceptar si se considera que el porcentaje de mujeres de 10 años y más que sabía leer y escribir y que vivía en la zona rural, era de 70,2 para 1950, mientras que aquellas de la zona urbana que también sabían leer y escribir representaban un 90,6 por ciento. Sin embargo, la posibilidad debe ser observada con cuidado porque pudieron ser escasas las mujeres con acceso a publicaciones de prensa, o bien, los médicos pudieron estar formulando preguntas retóricas bajo una autoría ficticia de las mujeres para respaldar sus publicaciones. En Bahía, Brasil, los médicos estudiados por Amaral publicaron las cartas de agradecimiento que recibían por sus consejos de puericultura para dar credibilidad a sus ulteriores publicaciones, así que no es descartable que en Costa Rica hubiera pasado algo similar.²³⁵

Las respuestas derivadas de las dudas que presentaron las mujeres se encuadraron en la idea anteriormente explicada, es decir, en reconocer a la madre como la encargada de procurar un sano embarazo para proveerle un buen estado de salud a su hijo.²³⁶ A partir de las respuestas sobre el significado de higiene prenatal, las mujeres embarazadas –suponiendo que eran estas las que consultaban los aspectos relacionados con el período de embarazo– también se preguntaron sobre los momentos y procedimientos adecuados para cumplir con la concepción de maternidad generada a partir de los preceptos médicos. Existió una preocupación por parte de éstas en cuanto a determinar los tipos de exámenes médicos a los cuales debían someterse –siendo “obligatorios” los exámenes de heces, orina, grupo sanguíneo, hemograma y reacción de sangre a la sífilis (pruebas serológicas).²³⁷

Las lectoras también consultaron el tiempo justo en el cual tenían que asistir a las consultas prenatales, las cuales fueron parte de los servicios que ofrecía el Ministerio de Salubridad Pública.²³⁸ La selección de estas preguntas evidencia un posicionamiento institucional por parte del Suplemento de Puericultura, asumido para cumplir con los objetivos del Programa de Protección Infantil. Este componente es importante porque demuestra que la responsabilidad de los niños y

²³⁵ Amaral, “Mulheres, imprensa e higienização”, 929.

²³⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 19, 20-08-1950.

²³⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 18, 06-08-1950.

²³⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 156, 22-08-1954.

niñas no se depositó nada más en quienes eventualmente llegarían a ser madres, sino también en el ente rector de la salud pública. Aunque esto no quiere decir que las dos (madres e instituciones públicas) estuvieran en las mismas condiciones de asumir esa responsabilidad.

Las consultas prenatales fueron indispensables tanto para las mujeres que preguntaron por el momento en que debían recurrir a estas, como para los médicos. Para el cuerpo especialista, la importancia de las consultas prenatales residía en que el médico o la obstétrica de la embarazada podían percatarse tempranamente de enfermedades que a la larga se transmitirían al hijo; era tan necesaria la primera cita como la constancia de la mujer durante los siguientes meses de su embarazo.²³⁹ El Ministerio intentó convencer a las mujeres de que la consulta era un menester durante todo el período gestacional porque en esta, además de ser examinadas con suma cautela por el cuerpo médico, tendrían la oportunidad de recibir información para comprender los cambios producidos por el embarazo y consejos presumiblemente útiles como los que ya se daban en el Suplemento de Puericultura.

El suplemento expuso que temas y realidades del embarazo tales como las agruras, los cambios de peso y los dolores de cabeza, se podían evacuar en las consultas prenatales, que se ofrecían en las Unidades Sanitarias, en las Maternidades y en los Centros Materno-Infantiles. Las mujeres también fueron informadas de las visitas domiciliarias de las enfermeras visitadoras, y se les recordó la posibilidad de consultar a un médico particular, externo a los órganos del Ministerio de Salubridad Pública.²⁴⁰ Pero, ¿por qué las mujeres optarían por tales servicios? Desde el Ministerio se les recordó la disponibilidad de especialistas, que las alejarían de conocimientos perjudiciales para su salud y la de su hijo. Las autoridades señalaban:

No pierda de vista la importancia que tiene para usted el cumplimiento exacto de cualquiera de estas citas [prenatales], y por ningún motivo debe usted concederle mayor importancia a cualquier problema o inconveniente doméstico como excusa para no acudir a la consulta en cualquiera de los días que le hayan señalado, pues si el motivo fuere algún quebranto de salud, entonces con mayor razón debe venir a la consulta porque tiene la oportunidad de que el médico la atienda y le aconseje lo que sea del caso. No le ponga atención a las habladurías ni a los consejos de las vecinas y mucho menos a las supersticiones o creencias callejeras, ya que nada de esto le traerá ningún bien para usted ni para su futuro hijo. Atienda sólo a lo que le diga el médico o la enfermera, cuyos conceptos están respaldados no sólo

²³⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 5, 19-02-1950.

²⁴⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 156, 22-08-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 157, 29-08-1954.

en conocimientos científicos sino también en la experiencia de muchos años y en la de muchos otros especialistas.²⁴¹

La cita interesa especialmente porque sugiere el compromiso que las mujeres debían ejercer frente a los servicios de salud, en el sentido de que no había posibilidad de que existieran asuntos más importantes que su maternidad, como se ha señalado. Además, porque plantea que las mujeres fueron el sustento de los servicios prestados en los centros de salud ya mencionados arriba (maternidades, hospitales, consultas a domicilio, entre otros), o sea que, sin su asistencia, los entes carecían de sentido. La cita, además, da cuenta de una auto-legitimación por parte de los médicos en detrimento de cualquier otra persona que no contara con los conocimientos sobre la salud de las mujeres ni con la experiencia en torno a las prevenciones para resguardar la salud del futuro infante, entiéndase vecinos, familiares o allegados no calificados, curanderos o parteras empíricas.

La auto-legitimación del saber biomédico ante las mujeres se desarrolló, pero no se originó, en este período. Los historiadores Juan José Marín, Steven Palmer, Ana María Botey, Ana Paulina Malavassi, Florencia Quesada y Dennis Arias²⁴² han demostrado, a través del discurso de las revistas, los libros y la divulgación médica, y de la instauración de una Facultad de Medicina, que la comunidad de médicos buscó vigilar y regular otras ocupaciones del campo de la salud. Quesada argumenta que a finales del siglo XIX e inicios del XX surgió una *intelligentsia* higienista compuesta por médicos e ingenieros para reconstruir la ciudad de San José desde sus conocimientos. De tal modo que, estos procesos de institucionalización y reconocimiento exterior le confirieron una autoridad a los médicos basada en el conocimiento, la preparación y la organización.

Fuera del círculo profesional, los médicos también intentaron adiestrar a los sectores populares por presentar las mayores desventajas en salud y a las mujeres por un contexto de género que las subordinaba frente a los hombres. Esto último es clave para comprender lo que pasaba en Costa Rica durante la década de 1950, pues, tanto antes como en esos años, se presentó un problema de conocimiento acreditado en combinación con lugares asignados socialmente al hombre y la mujer. Los consejos aquí analizados muestran a hombres médicos con autoridad y a mujeres sin conocimientos en el área de salud, lo cual sugiere que los médicos entendían que las mujeres no

²⁴¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 211, 08-01-1956.

²⁴² Botey Sobrado, *Los orígenes del Estado*; Malavassi, “De parteras a obstétricas.”; “Prevenir es mejor que curar”; Viales Hurtado, “El régimen liberal”, 71-100; Quesada Avendaño, “La modernización”; Marín Hernández, “Biblias de la higiene.”; Palmer, “Cansancio y nación”, 403-412.

tenían dotes naturales para cuidar a los niños/niñas. Los médicos, además de poseer un conocimiento que las mujeres no tenían, eran parte de una institución reconocida estatalmente para observar y controlar la salud. Debe quedar claro, sin embargo, que el espacio de preguntas abierto en el Ministerio por lo menos brindó la posibilidad de entablar una especie de diálogo entre médicos y madres.

La valorización de la experiencia médica manifestada en el suplemento, se relaciona estrechamente con el caso de otras regiones donde las consultas médicas comportaban un carácter obligatorio para las mujeres, bajo el fundamento de que la medicina ligada a la maternidad se configuraba en la panacea de problemas como la mortalidad infantil. Efectivamente, Biernat y Ramacciotti y Mercedes Alanís sugieren para el caso de Argentina y México respectivamente, que las consultas prenatales se constituyeron en ejes de las políticas para palear la mortalidad, y que estas eran consideradas como una necesidad ante el escaso conocimiento de las madres quienes, en la visión médica, provocaban la muerte de los niños y niñas.²⁴³

En Argentina, los esfuerzos legales e institucionales fuera de la capital fueron constantes entre la década de 1930 y la de 1950, sin embargo, su impacto no retuvo significativamente la mortalidad infantil. Según las autoras, la asistencia a la maternidad fue menos práctica y más discursiva, aunque las mujeres se pronunciaron para encontrar una solución a las limitaciones del servicio.²⁴⁴ En Brasil y en Colombia, específicamente en Bogotá, los servicios prenatales fueron prestados junto a los consejos publicados en revistas, tesis o libros, como en Costa Rica. En Brasil el Instituto de Protección y Asistencia brindó el servicio desde inicios del siglo XX²⁴⁵ y en el Colombia las autoridades médicas también habían iniciaron labores antes del período que interesa aquí. Las consultas prenatales en Colombia presentaron problemas de afluencia y los médicos se manifestaron al respecto en la década de 1940, a pesar de que en la capital colombiana se advertía el estado laboral como elemento constitutivo de la aplicación de las disposiciones.²⁴⁶

Era común, entonces, que los médicos puericultores recurrieran a estrategias como las consultas prenatales al menos en América Latina –en Estados democráticos o no– desde el siglo XIX hasta bien entrado el siglo XX, y que las combinaran con la educación sanitaria en torno a los

²⁴³ Biernat y Ramacciotti, “La tutela estatal”, 335; Alanís, “Más que curar”, 398, 400.

²⁴⁴ Biernat y Ramacciotti, “La tutela estatal”, 342-347.

²⁴⁵ Godinho Lima, “Maternidade higiênica”, 104.

²⁴⁶ Adriana Álvarez, “La experiencia de ser”, 94-95.

mismos tópicos. Por otro lado, en Costa Rica la supuesta ignorancia de las mujeres en términos de salud también fue percibida como una de las razones para crear espacios tales como las consultas prenatales. En algunas oportunidades, los médicos dieron a entender que las falencias en la salud del niño surgían porque la madre ignoraba los consejos dados, pero, esto no siempre se indicó de manera explícita, sino ligeramente a través de los discursos que acompañaron las recomendaciones.²⁴⁷ En este sentido, una vez más, Costa Rica mostró una atención prenatal sin mayores distorsiones respecto al resto latinoamericano revisado hasta ahora.

Las consultas prenatales en Costa Rica fueron ofrecidas como una opción conveniente y, sobre todo, como una alternativa sólida para el período, y así parece ser según los totales anuales de las siete provincias (véase Cuadro 1.1). Asimismo, las consultas prenatales representaron el complemento del discurso, pues eran los espacios en los cuales se llevaba a la práctica aquello que sólo quedaba en el incentivo desde el material divulgativo/educacional, además, fueron una herramienta efectiva para llevar el control de las embarazadas. Y en efecto lo fue; este tipo de consultas ascendió anualmente, con excepción del aproximado reportado en las memorias del Ministerio de Salubridad para el año 1955.

Además, la cantidad de consultas respondió al total de mujeres entre 20 y 34 años de edad (quienes presentaban las mayores tasas de fecundidad) en la mayoría de provincias:²⁴⁸ El Gráfico 1 muestra que hubo más consultas donde había una cantidad mayor de mujeres en el rango etario señalado, con excepción de Puntarenas, donde, como en Heredia y Guanacaste, hubo varias Unidades Sanitarias que no reportaron este tipo de servicio (véase Anexo 1.1). En San José hubo pocas también, en relación con la cantidad de mujeres, pero, en el Cuadro 1.1 se aclara que el Instituto Materno Infantil dió una considerable cantidad de consultas que se consignaron para 1954.

²⁴⁷ Ya para el apartado de la crianza de los niños, se mostrarán sus respectivas concepciones médicas y se determinarán las diferencias en torno a las tareas de las mujeres, pero hasta el momento la fuente base no parece indicar que se culpabilizara a las mujeres estando en período de embarazo.

²⁴⁸ Como referencia para calcular la cantidad de mujeres entre 20 y 34 años de edad del censo de 1950, se ha considerado la tasa de fecundidad según grupos de edades, en zona urbana y rural, de 1955 a 1960; hay cinco años de diferencia, pero se trata de un aproximado. Las tasas de fecundidad pueden encontrarse en: Miguel Gómez, “Antecedentes, justificación y objetivos del estudio”, en *Determinantes de la fecundidad en Costa Rica. Análisis longitudinal de tres encuestas*, eds. Luis Rosero Bixby, Miguel Gómez Barrantes y Virginia Rodríguez de Ortega (San José: Dirección General de Estadística y Censos, 1992), 28.

Cuadro 1.1
Consultas prenatales controladas por el Departamento de Protección Maternal y por el
Departamento de Unidades Sanitarias*

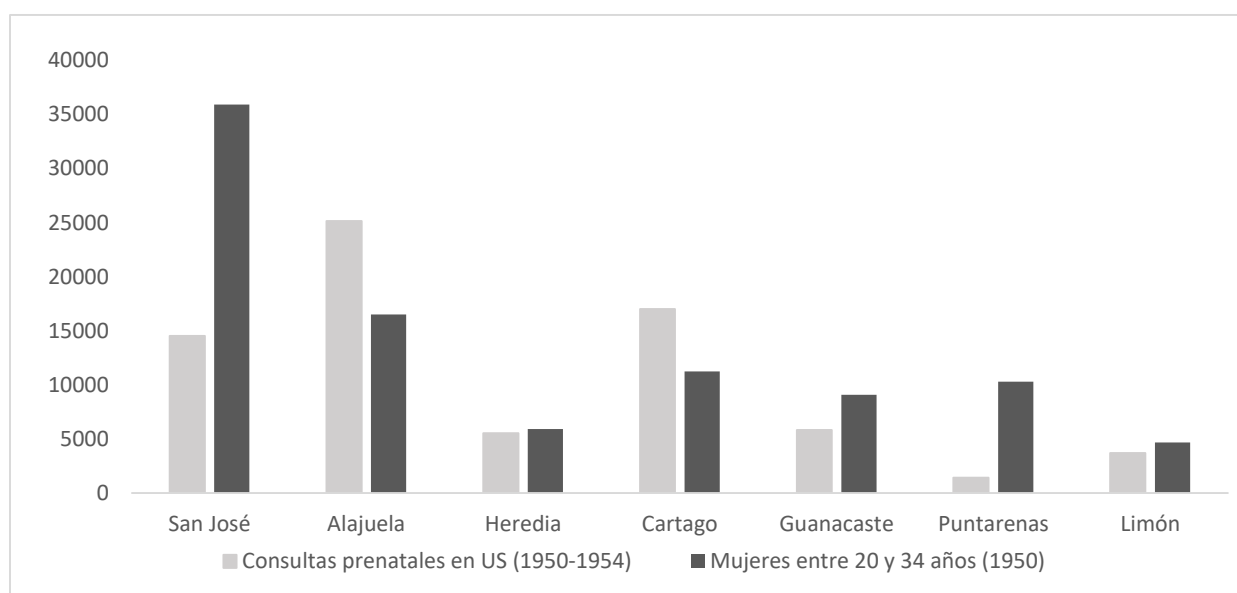
Año	San José	Alajuela	Heredia	Cartago	Guanacaste	Puntarenas	Limón	Total
1950	3625	5424	1823	1837	1622	516	835	15682
1953	1023	8783	1552	7610	2066	470	1581	23094
1954**	9883	10941	2142	7571	2140	414	1280	34371
1955***								12998
1956								67295
Total	14531	25148	5517	17018	5828	1400	3696	153440

*Los datos se encuentran originalmente divididos por meses para cada provincia.
 **Para 1954, el Instituto Materno Infantil Carit también llevó a cabo 24.125 consultas prenatales.
 ***Los datos de 1955 corresponden a las “historias prenatales”.

Fuente: Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1951); *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1954); *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1955); *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1956).

Gráfico 1.1

Consultas prenatales dadas por el Departamento de Protección Infantil y el Departamento de Unidades Sanitarias respecto a las mujeres entre 20 y 34 años de edad por provincia



*Los datos se encuentran originalmente divididos por meses para cada provincia.
 **Para 1954, el Instituto Materno Infantil Carit también llevó a cabo 24.125 consultas prenatales.
 ***Los datos de 1955 corresponden a las “historias prenatales”.

Fuente: Ministerio de Salubridad Pública. *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública*. San José: Imprenta Nacional, 1951; *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública*. San José: Imprenta Nacional, 1954; *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública*. San José: Imprenta Nacional, 1955; *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública*. San José: Imprenta Nacional, 1956; Dirección General de Estadística y Censos, *Censo de población de Costa Rica 22 mayo de 1950*. San José: Dirección General de Estadística y Censos, 1952.

Debe tenerse presente esto: En Costa Rica, como en Argentina y Bogotá, también surgieron dificultades en cuanto a la asistencia de las mujeres embarazadas. El problema presentado en estos países –y seguramente en otros cuyo desarrollo no ha sido abordado– sugiere que, pese a sus distanciamientos con la realidad, el material divulgativo no solo pretendía complementar las consultas prenatales, sino que buscaba cubrir los vacíos que dejaba la asistencia dada en los centros de salud. Para el caso de Costa Rica los médicos dejaron constancia de que las consultas prenatales no estaban contando con la asistencia deseada porque las mujeres embarazadas limitaban los cuidados prenatales al nivel casero y privado.²⁴⁹ La pregunta es, ¿por qué pasaba esto?

El servicio público siguió presentando desigualdades de accesibilidad y problemas de asistencia, como los expuestos para otros países latinoamericanos en períodos cercanos. El primer punto es que las consultas durante el embarazo podían estar creciendo pero lo hacían de manera desigual, puesto que las Unidades Sanitarias que prestaron el servicio se ubicaron solo en las cabeceras de cantón y en menor medida en los distritos, así como lo demuestra el Anexo 1.1.²⁵⁰ En tal sentido, no todas las mujeres tuvieron las mismas posibilidades de acudir a una consulta de este tipo debido a su lejanía con los centros.

Las memorias donde se registraron los datos analizados también indican que había lugares donde apenas estaban instaurándose las consultas prenatales y donde, por consecuencia, las mujeres no habían contado con los servicios recomendados. El cuadro evidencia que algunas de las Unidades Sanitarias tenían pocos meses de estar funcionando todavía para 1954.²⁵¹ Los documentos del Ministerio de Salubridad Pública exponen, junto a estos datos, que algunos cantones carecían de las consultas prenatales, como La Unión, El Guarco, Carrillo, Buenos Aires, Montes de Oro y Osa –todos incluidos en el censo de 1950–,²⁵² aunque estos son muy pocos.

El segundo punto para suponer que las consultas prenatales no estaban contando con la asistencia de la gran mayoría de mujeres embarazadas se puede encontrar nuevamente en el Anexo 1.1. Los datos muestran que había espacios donde las consultas prenatales no eran constantes o

²⁴⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 50, 25-11-1951.

²⁵⁰ El anexo sólo muestra las consultas por cantones y distritos para los años 1953 y 1954 porque las Memorias de Salubridad Pública no disgregan la misma información para los otros años del período.

²⁵¹ Es probable que para 1953 sucediera lo mismo, pero las memorias de este año incluyen los meses sin especificar cuáles eran los servicios que estaban instaurándose.

²⁵² Dirección General de Estadística y Censos, *Censo de población de Costa Rica 22 mayo de 1950* (San José: Dirección General de Estadística y Censos, 1952), 108-115.

donde bajaba la cantidad de un año a otro; pese a que no contemos con todos los años de la década de 1950, la mitad del período ayuda a clarificar uno de los mayores problemas que inquietaban a los médicos: la discontinuidad de una misma mujer en los controles de su o sus embarazos. Los impedimentos que encontraron las mujeres pudieron ser los señalados anteriormente: limitación del tiempo, distancia de las unidades físicas y desconfianza hacia los servicios y el personal de salud.

Es necesario aclarar, entonces, que, en su conjunto, las consultas prenatales evidencian un crecimiento y fueron importantes para los médicos y la institucionalización de la higiene prenatal, es por esto, y por su contenido, que el suplemento las recomendó. No obstante, hubo dos obstáculos que intervinieron en el éxito de las consultas prenatales sugeridas: las Unidades Sanitarias no se encontraban en todas las regiones del país y tampoco brindaban las consultas en todos los centros que estaban funcionando. Por otro lado, el alcance del Suplemento de Puericultura y otros medios de promoción del Ministerio de Salubridad Pública parecían tener limitaciones porque las consultas no necesariamente, y no por regla general, iban en aumento en aquellos espacios donde ya estaban ofreciéndose.

Aparte de los problemas que representó el proceso de formación y centralización de servicios de salud dirigidos a las mujeres, debe considerarse que pudo haber otros factores que determinaran la asistencia de ellas a las consultas institucionalizadas. Pese a que no se cuentan con datos cuantitativos para el caso de la asistencia empírica de los partos en Costa Rica, sí se conoce que, en espacios rurales como Guanacaste, las mujeres embarazadas preferían acudir al servicio de mujeres con conocimientos tradicionales y aceptados en las comunidades.²⁵³ Esa relación de confianza o tradición también pudo interferir en la percepción de las mujeres respecto a los hombres y las instituciones públicas de salud, aunque los médicos gozaran de un reconocimiento generalizado en el país y a nivel global.

La maternidad científica también se caracterizó por rescatar aspectos relacionados con el parto, desde la explicación científica de ciertos procesos a los que podían enfrentarse las parturientas hasta las condiciones idóneas para que estas dieran a luz. En el primer caso, la sección

²⁵³ Rodolfo Núñez Arias, Juan José Marín Hernández y Blanca Rosa Vega Camacho, ““Donde hay mujer no muere mujer”. Mujeres certeras y sabiduría popular, el caso de las parteras en San Cruz, Guanacaste: 1930-2000” (ponencia, IV Jornada de Investigación Sede del Pacífico, Puntarenas, Costa Rica, 19 y 20 noviembre 2013).

de preguntas del Suplemento de Puericultura destacó por traer a colación los motivos de los diferentes tipos de aborto, las clases de presentaciones del feto al momento del parto –normal, de cara, podálica, transversa–, la retención de placenta, los peligros de la prematuridad, y la duración regular del parto. Todos estos tópicos estuvieron acompañados de información sobre su naturaleza y sus consecuencias negativas.²⁵⁴

El suplemento revisado consideró que durante los últimos días del embarazo las mujeres debían tener presente la salud de su hijo para cuando este naciera, por tal motivo la preocupación sobre el embarazo, el parto y la salud infantil, estuvo dirigida hacia la preparación de la llegada del niño. Las mujeres debían alistar, independientemente de su situación económica, “6 camisitas de algodón, 6 camisitas de tela suave, abiertas atrás, 3 saquitos de algodón, 6 fajeros de tela de hilo, 1 docena de mantillas de hilo, 1 docena de mantillas de franela o algodón, 3 pares de escarpines, 6 gacillas grandes”.

No podían olvidar “4 sábanas para cama, 2 cobijas de algodón y 1 cobijita de lana”, junto a los utensilios para el baño del niño: “1 tina o palangana, 2 toallitas para enjabonar al niño, 2 toallas más grandes para secarlo, 1 pan de jabón (el de glicerina es aconsejable), 1 caja de polvos talco, 1 frasco de aceite mineral, 1 frasco de boca ancha con tapa...”.²⁵⁵ Eran utensilios que, evidentemente, no estaban al alcance de todas las mujeres embarazadas por su costo material y que se ajustaban más a las consideraciones médico-higiénicas de la medicina moderna que a las sugerencias que podía dar una partera empírica relacionada con mayor cercanía a la realidad de la futura parturienta.

Para los médicos era importante que las mujeres tomaran el suplemento como una suerte de material educativo y que, con este, aprendieran a identificar las manifestaciones anteriores al parto, como las contracciones o la expulsión de sustancias.²⁵⁶ Las mujeres debían optar por la vía institucional porque era la más oportuna para llevar a cabo el parto una vez reconocidos los síntomas y preparadas las condiciones para el niño. Los médicos no descartaron tener un parto

²⁵⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 20, 03-09-1950; Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 157, 29-08-1954; Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 22, 01-10-1950; Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 27, 24-12-1950; Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 29, 28-01-1951; Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 31, 04-03-1951; Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 124, 01-11-1953; Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 127, 17-01-1954.

²⁵⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 215, 05-02-1956.

²⁵⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 164, 24-10-1954.

dentro de la casa y con una obstétrica, siempre y cuando se consideraran las reglas higiénicas que incumbían tanto a la embarazada como a quienes la acompañaban; sin embargo, la recomendación usual fue que la mujer asistiera a un hospital en caso de que se tratara de su primer parto.²⁵⁷

Incluso cuando las mujeres embarazadas no tenían las posibilidades de trasladarse a un centro médico, los profesionales y las personas capacitadas desde una base institucional continuaron siendo presentados como los sujetos autorizados, pues eran ellos quienes estaban encargados de socorrer el parto fuera de las instancias de salud. En general, el Suplemento de Puericultura colaboró con la institucionalización del parto, dando un lugar privilegiado al personal que allí atendía a las mujeres. Era consecuente con la creación de centros de salud y con sus variados servicios. La siguiente cita, extraída de un suplemento de 1954, ejemplifica estos aspectos con rotunda claridad:

Aténgase a este consejo: recuerde que es mucho mejor ir a un hospital bien equipado que permanecer en casa exponiéndose a peligros; la casa no brinda siempre todas las comodidades o necesidades para la asistencia correcta del parto. No todos los partos pueden ser atendidos a domicilio; pero si causa de fuerza mayor la obligan a dar a luz en su casa – no siendo primeriza– hable con la enfermera de Salubridad Pública, ella le dirá cómo tiene usted que prepararse y a quién puede acudir. Su consejo será siempre favorable a usted y a su hijo. (...) Tenga siempre presente las instrucciones que le den en las últimas visitas que usted haga a la consulta prenatal.²⁵⁸

Toda esta preparación extensa durante el embarazo implicaba la preponderancia de la salud del infante frente a la salud de su madre, incluso cuando este no hubiera nacido, pese a que en ciertos casos la salud de las madres también fuera un problema que los médicos se plantearon resolver. Alfonso González ha señalado a partir del uso del Suplemento de Puericultura y de otro cuya información tenía el mismo propósito, que la maternidad significó seguir una serie de instrucciones;²⁵⁹ es decir, extractos de artículos como este denotan que la maternidad suponía abarcar cada uno de los puntos que respondían a lógicas científicas. Esto era un lugar común en Costa Rica, ya que, desde inicios de siglo, aunque de forma menos sistematizada, algunos médicos influyentes manejaron la misma idea de la mujer dada al hogar y a sus hijos/hijas, y la utilizaron para justificar la misma serie de pasos durante el embarazo. Este fenómeno, de concentración,

²⁵⁷ Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 10, 16-04-1950.

²⁵⁸ Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 162, 03-10-1954.

²⁵⁹ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 119.

ciencia y acción desinteresada es llamado por Natalia Chernyaeva para la Unión Soviética “maternidad intensiva”.²⁶⁰

Las palabras instructivas dirigidas a las mujeres continuaron fortaleciendo el control del embarazo y el parto, antecedido por la profesionalización obstétrica.²⁶¹ El control del parto llegó ya para la mitad del siglo XX hasta los espacios rurales –la provincia de Guanacaste, por ejemplo–, donde se desarrolló un fenómeno de “pluralismo médico”: parteras empíricas ejerciendo bajo la lupa de autoridades de salud pública vigilantes de su práctica, a la vez que se abrían espacios de atención institucional.²⁶² En la capital, según Alfonso González, los partos atendidos en hospitales o con intervención médica alcanzaron apenas un 40 por ciento. Ahora, el autor toma en cuenta que el Hospital San Juan de Dios elevó los partos en un 100 por ciento para afirmar que hubo una transición del parto privado al parto institucionalizado,²⁶³ por lo cual es posible asegurar que los consejos dados en el suplemento eran parte de los esfuerzos por dotar al parto de un carácter institucional que todavía no se había consolidado en todos los cantones. Lo que importa en este sentido es que las iniciativas y el control alrededor del parto fueron prolíficas y que el suplemento coadyuvó en estos esfuerzos.

El control sobre el parto se debía en gran medida a las casi inamovibles cifras de mortinatalidad o de nacidos muertos. Estas eran, como se aprecia en el Anexo 1.2, altas, realmente similares entre cada año y con bajas poco significativas durante el período de 1950 a 1956. Por otra parte, el cuadro conduce a pensar y a cuestionar la predominancia dada en el suplemento a los servicios institucionales. Nótese que la cantidad de recién nacidos muertos en realidad no era radicalmente opuesta entre aquellos que nacían con asistencia médica y los que nacían sin asistencia médica; las cifras, más bien, parecen indicar una mayoría de mortinatos con asistencia médica. Si bien los datos pueden entrar en duda, pues cabe la posibilidad de que hubiera muertes sin asistencia que no fueran registradas, también es factible que los centros de salud tuvieran las deficiencias

²⁶⁰ Chernyaeva, “Upbringing à la Dr. Spock:”, 223-251.

²⁶¹ Malavassi, “De parteras a obstétricas.”, 91-114.

²⁶² Núñez Arias, Marín Hernández y Vega Camacho. ““Donde hay mujer””, 13, 22. Los autores trabajan con entrevistas realizadas a un grupo de parteras de la región guanacasteca.

²⁶³ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 111-112. Además, el autor sostiene que el proceso se debe enmarcar dentro de la modernización de la maternidad buscada también en varios ámbitos durante el período de posguerra.

higiénicas propias de un sistema hospitalario que apenas se iniciaba en la medicalización del parto –de acuerdo con los datos.

Es muy probable que debido a estas cifras se insistiera en el Suplemento de Puericultura en la asistencia regular a las consultas prenatales, que podían disminuir los riesgos de muerte de la criatura y de la madre. En otras palabras, la casi invariable mortinatalidad del período y lo que suponemos como una lucha médica por disminuirla, conducían a exhortar a las mujeres hacia el autocontrol y la confianza que debían tener respecto a los servicios públicos del parto.

La recomendación del parto en los centros de salud autorizados o atendidos por el personal de salud acreditado, puede responder también a la lógica externa de promoverlo junto a otros servicios institucionales y públicos. En Costa Rica se estaba implementando un modelo general de atención, como en otros países, independientemente de si estos sistemas foráneos fueron exitosos en sus cometidos. No se conoce si los médicos costarricenses contaban con datos que arrojaran panoramas más positivos que los propios durante el período, pero sí se sabe que en períodos cercanos la higienización y medicalización del parto estaba emprendiéndose en Brasil, donde los médicos adoptaron material estadounidense –como en Costa Rica– sobre el embarazo y el parto y donde las parteras tradicionales participaron de un programa de capacitación constante por parte del Servicio Especial de Salud.²⁶⁴

En Brasil, como en Costa Rica, una cantidad considerable de partos –más del 50%– fue atendida en el hogar, y como en el país centroamericano, el conocimiento de las parteras fue subestimado y discutido. Allá como aquí, los médicos consideraron que las mujeres embarazadas debían ser atendidas bajo su supervisión. Ciertamente en Brasil las parteras tuvieron un papel determinante en la ejecución del plan público de salud, pero estuvieron sujetas a la preparación –o la nueva formación– variada en temas (alimentación, embarazo, parto, otros) y auspiciada por la institucionalidad oficial.²⁶⁵

En la década de 1940, la *Revista Colombiana de Pediatría y Puericultura* publicaba la importancia que para los médicos tenía la medicalización del parto. Sus propuestas contuvieron, entre otros aspectos de salud materna e infantil, la regulación de las parteras y de los partos a domicilio; es decir, el parto también se encontraba en una etapa de transición, donde las

²⁶⁴ Vosne Martins, ““Vamos criar seu filho””, 96, 98-100.

²⁶⁵ Almeida y Ferreira, “A higienização das parteiras”, 98-105.

instituciones públicas procuraban consolidar los conocimientos científicos producidos por el círculo médico.²⁶⁶

Es más, en otros países, como Argentina, la mayoría de especialistas rechazó los métodos alternativos del parto hospitalizado. En la década de 1960 y 1970, hubo doctores que despreciaron las propuestas de parto vertical y la colaboración de la psicología en este sentido. De hecho, estos partos atípicos para las nociones contemporáneas más extendidas, se practicaron especialmente en consultorios privados que sí recibieron el apoyo de unos cuantos, incluso de madres y padres, pero que siguieron siendo polemizados.²⁶⁷ Los consejos dados en el suplemento, entonces, obedecían al paso del parto doméstico al parto hospitalizado y a las tendencias de otros países cuya información podía estar al alcance de los médicos costarricenses –por medio de lectura, intercambios, capacitaciones o congresos internacionales–. La línea seguida fue la del consenso, no fue la tradicional ni la más vanguardista.

Las mujeres embarazadas y su parto eran fundamentales en el modelo de maternidad científica promovido, pero inmediatamente después del alumbramiento las mujeres tuvieron que poner en práctica otro tipo de consejos ligados al período de recuperación tras el parto. Estas recomendaciones fueron sus primeros pasos en la crianza de los y las recién nacidas. Los artículos sobre el puerperio conducen a suponer que no hubo una transformación respecto a las responsabilidades de las mujeres que ahora se convertían en madres, aunque sí puede afirmarse que se introdujeron algunos cambios en la visión científica de maternidad sobre el posparto: las mujeres debían adoptar un nuevo estilo de vida propuesto por los médicos; esto quiere decir que después del embarazo y el parto se convertían en objeto de otro tipo de recomendaciones, igualmente sustentadas en la medicina y en los proyectos institucionales.

El puerperio era una etapa más a ser involucrada en las funciones institucionales enfocadas en la maternidad, de tal manera que las consultas prenatales sugeridas en el suplemento fueron remplazadas por las consultas posnatales, también incluidas en el material divulgativo. Según el suplemento, las nuevas consultas funcionaban para que el médico volviera a examinar a la mujer con el fin llevar el control de su rehabilitación y para que las enfermeras se encargaran de brindar

²⁶⁶ Álvarez, “La experiencia de ser”, 106, 111.

²⁶⁷ Karina Felitti, “Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980)”, *História, Ciências, Saúde-Maguihos* 18, supl. 1 (2011): 119-125.

consejos que también debían ser aprehendidos por las mujeres y que tenían que ver con la higiene de los pezones, los tiempos de alimentación y los ejercicios.²⁶⁸

Es importante aclarar que, además de la salud del niño, la salud de la madre constituyó una preocupación para los médicos puesto que las mujeres recibieron consejos que ayudarían a mejorar su estado después del embarazo. Esto no borra el hecho de que las mujeres seguían estando bajo control médico y que la salud del niño era primordial en el suplemento, pero refleja que las madres eran objeto de atención por parte del personal de salud. Había una “maternidad intensiva”, como propone Chernayeva, pero las sugerencias podían llegar a ser una guía, finalmente las mujeres no tenían por qué saber toda la información higiénica que incumbía a su estado de embarazo. Asumir la idea del instinto maternal sería asumir la posición patriarcal que determina a la mujer como madre y solo como tal.

La visión médica sobre la maternidad, entonces, no llegó a su fin con el embarazo, sino que fue transformada y redirigida hacia una nueva fase también consideraba por los médicos para convencer a las mujeres de la dicha que suponía el nacimiento de un niño. El suplemento le hacía saber a la mujer-madre que, con el apoyo de familiares, podía ver que:

Ella y su hijo no tienen por qué formar un mundo aparte, [porque] alrededor suyo comienza a formarse la prolongación de un ambiente natural, humano y familiar, en el cual otros seres, parientes, amigos o vecinos comparten con ella (la madre), directa o indirectamente, la tarea de mantener un medio donde su hijo se desarrolla, crece y vive sin muchas dificultades y sin mayores peligros.²⁶⁹

La cita llama la atención porque, en primera instancia, fueron pocas las ocasiones en las cuales se extendió a otros sujetos la responsabilidad de mantener en buenos términos la salud del niño o la niña. En segundo lugar, porque la maternidad ejercida después del parto parecía estar, en aquellas palabras, compartida también por quienes participaban en la vida de la mujer ahora madre. La elección de la cita no es arbitraria, pues conduce a preguntarse si la alusión a la familia y su rol en la crianza, contribuyeron a darle un giro al discurso sobre la maternidad que seguía después del parto.

²⁶⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 165, 31-10-1954.

²⁶⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no.

3. La madre como protectora del recién nacido y el niño: lactancia y crianza

3.1 Lactancia

Los principios del Programa de Protección Maternal citados más arriba, ciertamente fueron abarcados y cumplidos por lo menos en materia de divulgación mediante los consejos sobre el embarazo y el parto dados en el Suplemento de Puericultura, pero, los mensajes dirigidos a las madres no se agotaron en esta primera etapa.

Así como los cuidados durante el embarazo fueron para los médicos componentes necesarios en el ejercicio de la maternidad, también lo fue la lactancia. El Suplemento de Puericultura número 16 publicado en julio de 1950, abrió el tercer apartado de su artículo *Lo que toda madre debe saber* con la oración “la mayoría de las irregularidades o molestias en la salud del niño recién nacido son debidas a una mala alimentación”, para seguidamente señalar que el 10 por ciento de la mortalidad infantil era generado por la diarrea verde y el cólera infantil.²⁷⁰ La alusión a la mortalidad no fue, sin embargo, tan simple como un recordatorio. El artículo más bien advertía a las madres que la lactancia era fundamental para contribuir en la disminución de aquellas enfermedades que estaban afectando a los niños, e insinuaba a la vez que la lactancia era un elemento que, bien orientado, podía llegar a solventar ese diez por ciento de muertes infantiles. Por esto, y con relación específica a la lactancia, el mismo suplemento les expresaba directamente a las madres:

Ante todo una regla fundamental que Usted conoce bien, pero que es necesario repetirla muchas veces UNA MADRE DEBE ALIMENTAR A SU HIJO, esta es la frase más importante de estas notas, y usted sabe por qué?, porque esta leche, preparada en el seno de la madre está perfectamente adaptada a las necesidades del niño. (...) Recuerde Usted que mueren tres veces más niños alimentados al biberón, que alimentados al seno.²⁷¹

Para los médicos, las mujeres sabían anticipadamente que la lactancia representaba un aspecto intrínseco a la maternidad, pero de todos modos reforzaron su discurso con el hecho de que la suspensión de la lactancia –causada por las mismas madres– conllevaba a serias consecuencias sobre los infantes. El buen horizonte que tomara la lactancia o la incidencia que tuviera sobre la mortalidad y la salud del niño, dependía nuevamente de la madre y su atención cuidadosa sobre los

²⁷⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 16, 09-07-1950.

²⁷¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 16, 09-07-1950. Las mayúsculas son del documento original.

consejos que le brindara el suplemento o las enfermeras y el médico. Ante esta inquietud, los médicos no solamente retomaron la mortalidad como un signo del valor que tenía la lactancia, sino que además dieron a las madres los beneficios del amamantamiento para justificar su ejecución.

El argumento médico estuvo fundado en que la lactancia ayudaba a reponer a la madre después del parto y en que la leche materna contenía los nutrientes básicos para la alimentación, en que podía evitar infecciones y en que el niño podía digerirla con mayor facilidad, en que no incluía microorganismos y en que aportaba sustancias inmunológicas derivadas de la sangre de la madre.²⁷² Para los médicos, fue primordial que las mujeres comprendieran el significado de aquello que solamente dependía de ellas. La lactancia necesitaba de “una vigilancia médica muy relativa”,²⁷³ y por esto su responsabilidad radicaba en dejarles claro cuáles eran los aportes de la lactancia y cómo podían sacar el mejor provecho de esta en beneficio del niño.

El lugar prioritario que para los médicos ocupaba la lactancia y el papel decisivo que la madre jugaba en este sentido no la exceptuó de ciertas pautas médico-higiénicas; por el contrario, su significado dentro de la esfera preventiva condujo a los departamentos del Ministerio a ofrecer numerosos y variados consejos. El suplemento, de acuerdo con publicaciones de la Oficina del Niño en Washington, les recordó a las mujeres que el momento de lactancia requería de tranquilidad, y que para tales fines debían “regular todas sus diferentes ocupaciones de modo que durante la alimentación no se le interrumpa ni se le llame por otros menesteres”.²⁷⁴

La higiene de la mujer, por otro lado, también fue fundamental al momento de amamantar al niño. En esta categoría entró la alimentación: cuáles alimentos consumir –preferiblemente aquellos que no afectaran el sabor de la leche (“alimentos excitantes”), como el café, el té, el tabaco, entre otros–, en qué medidas ingerirlos y a quiénes hacer caso en este sentido –una vez más, la enfermera de Salubridad Pública se hacía cargo de estos aspectos–.²⁷⁵ La higiene de sus pechos también se incluyó en la lista de elementos a tener en cuenta, así como los horarios de lactancia, las mediciones de la leche, entre otros.

²⁷² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 30, 18-02-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 164, 24-10-1954.

²⁷³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 23, 15-10-1950.

²⁷⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 23, 15-10-1950.

²⁷⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 17, 23-07-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 165, 31-10-1954.

Aparte de la higiene personal de la mujer, las madres fueron instruidas en cómo cargar al niño/niña al momento de amamantar, en las diferencias entre la cantidad de leche dada en los primeros siete días después del nacimiento y los cinco meses posteriores.²⁷⁶ Inclusive, las madres encontraron en estos consejos una razón legítima para preguntar sobre los medicamentos o la pertinencia del consumo de líquidos que ayudaran a aumentar la cantidad de su leche, probablemente para cumplir con las medidas señaladas en el suplemento.²⁷⁷ Aunque la madre o el niño pasaran por situaciones complicadas, como los agrietamientos de los pezones o las diarreas en los niños aun cuando estaban siendo amamantados con su propia leche, los médicos fueron vehementes en sus argumentos sobre la lactancia, su recomendación sostenía que estos factores no debían ser excusas para discontinuar el amamantamiento del pequeño o la pequeña.²⁷⁸

No obstante el recordatorio continuo de la tarea maternal y la atención puesta por las mujeres al respecto, desde el Ministerio de Salubridad se brindaron algunas pocas alternativas donde la madre podía dejar de amamantar a su hijo. Pero, es importante señalar que aquellos casos en donde la madre no figuraba como la principal proveedora de alimento, estaban determinados por los riesgos en la salud del niño, es decir, eran casos donde la mujer podía afectar la salud del bebé debido a las afecciones que ella misma estaba experimentando. La suspensión de la lactancia sólo tomaba en cuenta cuando la madre era portadora de enfermedades como la tuberculosis y la lepra,²⁷⁹ situación ante la cual la nodriza representaba una opción viable. La lactancia no se trató de una decisión autónoma, fundamentalmente porque los hallazgos científicos en torno a la sustancia no lo permitían.

Sin embargo, las nodrizas también debían cumplir con ciertas rigurosidades que acompañaban la lactancia de las madres porque la importancia de los métodos higiénicos tenía su origen en los niños y niñas. Los médicos del suplemento no hicieron distingos entre madres y nodrizas, si bien aclararon que era todavía mejor cuando el bebé era amamantado por su propia progenitora. Esto quiere decir que las nodrizas también debían atender su estado de salud para no transmitir enfermedades al infante, de tal manera que primeramente tenían que asistir a un

²⁷⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 18, 06-08-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 22, 01-10-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 19, 20-08-1950.

²⁷⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 159, 12-09-1954.

²⁷⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 21, 17-09-1950.

²⁷⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 4, 22-01-1950.

“minucioso examen médico, que incluya exámenes de Rayos X y laboratorio”.²⁸⁰ Las nodrizas, por consecuencia, se sumaron a la maternidad científica aunque no fueran las madres de los lactantes.²⁸¹ La madre, entonces, podía optar por una o varias nodrizas si había una necesidad de por medio y si sus recursos le daban la posibilidad de contratar una.

La relevancia dada a la lactancia materna en el suplemento, también –al igual que el parto, las consultas prenatales y posnatales, analizadas en el apartado anterior– alcanzó los centros institucionales durante la década de 1950. Una vez se estableció una coherencia entre la parte divulgativa –y discursiva– y el accionar propuesto desde los diferentes departamentos del Ministerio de Salubridad Pública. Entre dichos espacios de lactancia institucional se encontraron tanto el Instituto Maternal Carit, como el Departamento de Nutrición del ente mencionado. La memoria del Ministerio de Salubridad Pública de 1950, da cuenta de la creación de un comedor ubicado en el Instituto Maternal Carit, creado para las mujeres embarazadas y las mujeres que estuvieran amamantando.²⁸²

La instancia en cuestión, también reportó en sus memorias que para 1954 había un total de 15 mujeres beneficiadas con el comedor del Centro de Nutrición de San José –téngase en cuenta que había otros funcionando– y que para 1955 había un total de 127 mujeres que recibían leche en los Centros de Nutrición.²⁸³ La fuente no señala si el dato corresponde a la asistencia de un solo centro o de varios. Es importante señalar que los números proporcionados por los informes de la instancia no denotan una asistencia abundante por parte de las mujeres que recurrían a los comedores. Sin embargo, las cantidades no son tan relevantes en este caso como sí lo es el hecho de que la divulgación se inscribía en un amplio esfuerzo impulsado desde el sector público. La apertura de centros de alimentación demuestra que las sugerencias del Suplemento de Puericultura no fueron ajenas a las actividades del Ministerio de Salubridad que tomaron una misma dirección. Asimismo, muestra que hubo un apoyo intra-institucional, en el sentido de que una sección

²⁸⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 5, 05-02-1950.

²⁸¹ El suplemento muestra la labor de las nodrizas como un caso excepcional y como la última salida, pues era pertinente que la madre tomara las riendas de la lactancia; pero queda pendiente la tarea de buscar y analizar otras fuentes que puedan dar cuenta sobre el trabajo de estas mujeres durante el período abordado.

²⁸² Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1951).

²⁸³ Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1955); Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1956).

colaboró con la otra aunque por supuesto cada una en la especialidad que le concerniera: una divulgativa y la otra práctica.

No es intención aquí explorar a fondo las muy diversas vertientes de atención proporcionadas en otros espacios relativos a la lactancia durante la década de 1950 puesto que el Suplemento de Puericultura no hace referencia a ningún vínculo entre la lactancia y los centros mencionados –como sí pasaba con las consultas prenatales, posnatales y el parto–. Sin embargo, es importante no perder de vista estos centros y las acciones desarrolladas allí, ya que, al rescatarlos, aunque sea ligeramente, se puede comprender la preeminencia que estaba tomando la lactancia en cuanto a la maternidad derivada de los preceptos científicos.

La tradición en cuanto a la maternidad se puede encontrar en los años cincuenta como se encontraba a inicios de siglo. El historiador Dennis Arias ha identificado el patrón de culpabilización recibido por las mujeres al buscar opciones alimenticias de fuentes animales para sus hijos/hijas que administraban en “biberones infanticidas”. Los médicos, como Carlos Pupo y Benjamín Céspedes, hallaron en la alimentación de leche animal un error, no solo porque podía enfermar a los niños y las niñas, sino también porque era una tarea que no se podía impedir, postergar o rechazar por ser natural. La lactancia “solo” debía ser encaminada, lo que Arias ha reconocido como una “pedagogía de la lactancia”. Hubo excepciones como las nodrizas, sugeridas por los médicos por ser una realidad del período, pero la inspección y el cuidado también debía aplicarse a ellas.²⁸⁴ El discurso sobre la lactancia, las responsabilidades de la mujer, las consecuencias de sus actos y la restricción de su independencia se mantuvo varias décadas después.

Los centros de alimentación para las mujeres y familias con bajos recursos materiales o problemas de salud también evocan a proyectos anteriores, concretamente a las Gotas de Leche. La Gota de Leche de Costa Rica estuvo organizada por mujeres, con una doctora a la cabeza, y respondieron a la lógica filantrópica con el fin de reducir la mortalidad infantil.²⁸⁵ Los comedores tuvieron la misma finalidad, pero la diferencia es que en los años anteriores las propuestas se caracterizaron por tener una base más independiente que estatal, pese a que había médicos reconocidos en el campo de la salubridad pública que mostraban sus posiciones en torno a la

²⁸⁴ Arias Mora, *Héroes melancólicos*, 66-105.

²⁸⁵ Botey Sobrado, “De la beneficencia a la filantropía”, 1361, 1374.

salud,²⁸⁶ pese a que las iniciativas filantrópicas recibieron colaboración e impactaron, directa o indirectamente, en las políticas del Estado, y pese a que la intervención estatal en términos de salud se estaba impulsando con fuerza desde las primeras décadas del siglo XX.²⁸⁷

La convergencia entre la posición conservadora y la modernidad fue otro aspecto diferenciador del período que interesa. Alfonso González ofrece un análisis integrador en su libro sobre la postguerra en Costa Rica, donde la leche artificial o comercial comenzó a ocupar un lugar en el mercado, lo cual impulsó la liberación femenina de aquellas que no podían dar de mamar. Más que sentirse culpables, las mujeres tenían la opción de liberarse de la responsabilidad socialmente otorgada.²⁸⁸ La publicidad de las leches deshidratadas lleva a considerar otra razón para que los médicos prefirieran la leche materna. González sostiene que la alimentación materna fue promovida por su importancia alimenticia y afectiva de acuerdo a las corrientes del período. Pero a esa explicación, que sin duda es atinada puesto que el problema continuaba, debe añadirse que la venta de productos lácteos extranjeros se originaba en el comercio y no necesariamente en la reducción de la mortalidad y las enfermedades que en efecto movían a las instituciones públicas de salud. Quizá por esto los médicos insistieron tanto en la leche materna, sus propiedades y su accesibilidad.

La lactancia explicada en este apartado desde el discurso y la imagen de la maternidad, fue perseguida por los médicos en otros lugares, como Barranquilla, Colombia, donde las mujeres fueron integradas al proyecto de modernización de la primera mitad del siglo XX. La tarea de las mujeres colombianas, de acuerdo a los médicos, era cuidar al futuro ciudadano a través de la lactancia.²⁸⁹ El abordaje que dieron los médicos a este problema en otros países será retomado en el apartado sobre alimentación, pues estos se justificaban en el valor nutritivo de la leche, pero aquí es importante considerar que la lactancia también era concebida en otros espacios como una obligación materna. La comunidad médica colombiana tenía muy presente que las mujeres ya estaban insertas en el mercado laboral, lo cual impedía cumplir con los horarios y demás

²⁸⁶ Arias Mora, *Héroes melancólicos*, 66-105.

²⁸⁷ Botey Sobrado, “De la beneficencia a la filantropía”, 1373-1374. Botey argumenta que el trabajo de las mujeres en cuanto al proyecto de La Gota de la Leche recibió ayuda, aunque limitada, de entes públicos; y que además advirtió a las autoridades estatales del problema que rodeaba la mortalidad infantil. Para profundizar en la intervención estatal en temas de salud, véase: Viales Hurtado, “El régimen liberal”, 71-100.

²⁸⁸ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 123-131.

²⁸⁹ Ángela L. Agudelo-González y William A. Chapman-Quevedo, “Maternidad y lactancia a través del discurso de la comunidad médica en Barranquilla, primera mitad del siglo XX”, *Historia y Memoria*, no. 23 (2021): 197-225.

recomendaciones sobre lactancia; en Costa Rica también se discutió el trasfondo socioeconómico de la alimentación de los infantes (ver Capítulo 2), y, en ambos países se implementaron centros de alimentación.²⁹⁰ Sin embargo, el objetivo final de las medidas era que las mujeres asumieran la tarea a la cual estaban sujetas socialmente.

3.2 Crianza de los niños a cargo de las madres

El Suplemento de Puericultura número 84 de setiembre de 1952, comenzó con la publicación de una serie de artículos bajo el título *La ignorancia de las madres para cuidar y alimentar a sus hijos* y bajo autoría del Dr. Rodrigo Loría Cortés, para entonces director del Departamento de Protección Materno Infantil del Ministerio de Salubridad Pública. En el primer artículo, el médico indicaba que el resto de los breves capítulos estarían dirigidos especialmente a las mujeres que vivían en bajas condiciones económicas puesto que aquellas con más recursos ya conocían los temas tratados allí.²⁹¹ Después de aquella introducción en la cual quedaba claro el público lector buscado, el médico pasaba a justificar sus consejos indicando que:

La ignorancia de las madres en el cuidado y nutrición de sus hijos puede considerarse una verdadera tragedia nacional. Al mencionar este defecto no queremos solamente hacer una crítica para las madres, que por el simple hecho de serlo, merecen ya el elogio más respetable, sino también señalar, a quienes cabe la responsabilidad de instruir las para que puedan tener hijos sanos, tanto física como emocionalmente (...) Si se pudiera calcular en forma estadística la ignorancia que sobre asuntos de niños poseen las madres de nuestro país, quedaríamos a no dudarlo espantados, al ver como muchos miles de mujeres se encuentran ante la difícil tarea de cuidar a un niño (...) ²⁹²

Aquellos artículos pretendían darle continuidad a la educación dirigida exclusivamente a las mujeres, quienes en la visión médica eran las únicas o las indicadas para criar a sus hijos/hijas, muy acorde a la naturalización de la maternidad apuntada por autoras como Eugenia Rodríguez y Virginia Mora para otros períodos²⁹³ y en concordancia también con los discursos que salían a la luz en las vísperas del Día de la Madre durante el mismo período de este estudio.²⁹⁴ Para Loría Cortés, el problema educativo se convertía en un asunto de primer orden para el departamento que tenía a su cargo y no solamente para las mujeres, aunque éstas debían escuchar las sugerencias del

²⁹⁰ Universidad de Costa Rica, 2005), 123-131.

²⁹⁰ Agudelo-González y Chapman-Quevedo, “Maternidad y lactancia”, 197-225.

²⁹¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 84, 28-09-1952.

²⁹² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 84, 28-09-1952.

²⁹³ Rodríguez Sáenz, “Inventando el Día de la Madre”, 33-42; Mora Carvajal, “Cuestión femenina”, 31-54.

²⁹⁴ Jiménez, “La celebración”.

personal que sí tenía conocimientos sobre medicina infantil. Por tanto, aquella “tragedia nacional” encontraba su término en la capacitación institucional dirigida hacia la madre. Había, evidentemente, un hilo conductor entre las ideas expuestas sobre la maternidad durante el embarazo y después del embarazo, pues las instrucciones y su cumplimiento debían ser constantes por parte del ministerio en cuestión y también por parte de las mujeres.

El argumento de Loría fue secundado por las mujeres que escribieron al Departamento de Protección Infantil para evacuar sus dudas sobre la crianza de los niños/niñas.²⁹⁵ A pesar de que los fragmentos de correspondencia incluidos en el suplemento no abundaron, el Cuadro 1.2 –con todos los extractos publicados– muestra la aprobación, mediante la solicitud de información médica, de las propuestas que estaba trazando el suplemento. La solicitud de explicaciones por sí sola, aparte de las preguntas que sí se publicaban con mayor frecuencia, da cuenta de la anuencia de las mujeres para con los médicos o el departamento a su cargo. Pero además, mantiene una relación con el pensamiento del médico Loría al referirse abiertamente a la necesidad de recibir capacitación para la crianza. Incluso, quien firma como “Una madre” revela la preocupación por la supuesta ignorancia de las mujeres que se apegaban a otro tipo de conocimientos no avalado por la medicina moderna.

Dichas notas no aparecieron durante todos los años del período en estudio, seguramente por razones de espacio, o bien, porque, como apunta Amaral para el caso brasileño, solamente convenía publicarlas cuando recién comenzaba a imprimirse el suplemento para dar credibilidad a la ulterior información.²⁹⁶ Sin embargo, la cuestión es que desde muy temprano las mujeres fueron partícipes de la iniciativa del Departamento de Protección Infantil, así como del respaldo del discurso médico imperante en el suplemento, al menos las que aparecen en el cuadro y las que enviaban sus preguntas.²⁹⁷

²⁹⁵ Cuando el Departamento de Educación Sanitaria asumió el suplemento, no se publicaron las opiniones de las mujeres.

²⁹⁶ Amaral, “Mulheres, imprensa e higienização”, 929.

²⁹⁷ Se desconoce si los departamentos a cargo del suplemento recibieron sugerencias o quejas respecto a la línea que estaban tomando, al contenido de información o a las respuestas dadas.

Cuadro 1.2

Correspondencia de mujeres dirigida a los departamentos encargados del Suplemento de Puericultura

Año	Nombre de la lectora	Residencia de la lectora	Extracto de la carta enviada
1950-04-16	Una madre	San José	Considero muy importante el Suplemento de Puericultura que publican en LA NACIÓN. Es un medio muy efectivo para instruir a las madres, que muchas veces por ignorancia o por costumbres malas arraigadas en las mentes, cometen graves errores en perjuicio directo de los niños.
1950-04-16	M. de E.	Guanacaste	Quedo de ese Departamento agradecida por el Suplemento de Puericultura que publica LA NACIÓN, y que por estos lados se lee asiduamente.
1950-10-01	N. J. de C.	San José	Como Ustedes tan amablemente ponen a nuestra disposición este Suplemento; les envíe esa pregunta para que me sea contestada, Muy agradecida.
1950-11-26	M. I. S. de Ch.	San José	Sírvase esta ocasión para agradecerle mucho la ayuda inmensa que con esta Sección de Puericultura le presta Usted a las madres costarricenses. Atenta servidora.
1951-03-18	Z. P. de A.	San José	Atendiendo el ofrecimiento hecho por ese departamento, me permito solicitarles contestación a las siguientes preguntas.

Fuente: Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 10, 16-04-1950; Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 22, 01-10-1950; Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 25, 26-11-1950; Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 32, 18-03-1950.

No obstante la participación de las mujeres al opinar sobre la crianza, sobra decir que el suplemento permite ampliar más sobre la visión y el discurso de los médicos. Precisamente la visión de los médicos señalaba a las madres que el cuidado del niño era todo una ciencia y que este ayudaría, tal cual como sucedía con la lactancia, a disminuir las cifras de mortalidad infantil que habían sido más altas en otros momentos donde no contaban con un tutor que les aconsejara los caminos a seguir;²⁹⁸ de manera que, las madres debían asumir el papel de oyentes y cuidadoras, acrecentándolo en ciertas ocasiones como cuando el nacimiento había sido prematuro o cuando se presentaban problemas mayores en la salud del niño/niña.

La prematuridad del bebé requería justamente que las madres pusieran en práctica los consejos dados y que intensificaran sus esfuerzos pues de otro modo el niño/niña estaría en peligro, para lo cual los médicos preparaban a las mujeres en estos términos. El cuidado extra y especial –así aludido por los médicos– era una necesidad debido a que el niño/niña no había desarrollado sus huesos y porque tenía una cabeza débil; por tales justificantes la madre debía aprender a cargarlo en sus diferentes actividades, así como evitar el fumado y moverlo con cuidado al alzarlo.²⁹⁹ De entrada, los médicos tenían que explicar cuán frágil era el niño prematuro para que de este modo tuvieran lugar sus consejos y para que, más importante aún, las madres los llevaran a cabo. El *modus operandi* era brindar este tipo de características con el fin de que las madres comprendieran por qué era necesario que ellas procedieran.

Según la información del suplemento, los consejos sobre el niño prematuro eran de especial atención por las razones anteriores, es decir, el estado del niño debía pesar sobre las decisiones que tomara la madre, dentro de las cuales estaban saber a quiénes escuchar y a quiénes no. En este sentido, los médicos se colocaron nuevamente a la cabeza mientras restaban valor a las recomendaciones brindadas por otras personas. El suplemento indicaba que, a razón de que “el niño prematuro despierta un interés especial, la madre recibe generalmente gran cantidad de consejos de parte de sus vecinos y conocidos, pero no debe tenerlos en cuenta, siguiendo tan sólo los de su médico”.³⁰⁰ Resalta en esta cita el ligamen entre las reprobaciones que hacía el Dr. Loría y la maternidad vinculada con la protección de

²⁹⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 32, 18-03-1951.

²⁹⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 32, 18-03-1951.

³⁰⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 44, 23-09-1951.

los niños prematuros, privilegiando nuevamente la posición de los médicos en todo aquello que tocara su área de especialidad.

Era importante, también, que, dentro de aquella maternidad científica construida desde el seno de una institución pública, se recomendaran procedimientos particulares pero muy similares a los brindados para el embarazo y la lactancia de las mujeres, es decir, que se propiciaran espacios institucionales y se atribuyera importancia al personal del sector salud por medio del suplemento. En otras palabras, el suplemento propuso al médico y la enfermera como los profesionales que debían ser consultados por las madres en cuanto al tratamiento de los niños prematuros, por las características que este presentaba y porque en el hospital tendría las condiciones para ser conducido por buen camino. Los médicos se constituían nuevamente como los sujetos idóneos y sugerían la hospitalización como el procedimiento viable para el cuidado del niño. El hecho de que las madres recibieran apoyo de las instituciones a través de la intervención médica, no las dejaba por fuera del especial cuidado de los niños prematuros al pasar su internamiento en el hospital, por eso las instrucciones y por eso también las advertencias para aplicar en el ámbito doméstico.

Los artículos del suplemento relacionados estrechamente con las labores maternas, también sugerían que el médico era importante durante todo el período de crianza del niño y que sus atenciones funcionaban como un acompañamiento para la madre. El artículo *El cuidado del niño*, publicado en el suplemento número 13, exponía que “es muy bueno ponerlo bajo la dirección de un médico...Muy a menudo él resolverá problemas que parecían difíciles, y algunas veces, tratando un problema con el médico, podrá la madre encontrar ella misma la buena solución”.³⁰¹ Era la madre a quien le correspondía elegir un médico para el niño, ya fuera del sector privado o del público, pero preferiblemente con experiencia en atención de los infantes. Ella también podía acudir a una enfermera de salud pública o contactar al director del departamento para que la guiara en la elección de quien atendería a su hijo y de quien se convertiría en un consejero y compañero en la crianza del niño.³⁰²

³⁰¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 13, 28-05-1950.

³⁰² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 13, 28-05-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 14, 11-06-1950.

Para los médicos, era conveniente que las madres fueran preparadas ante sus preguntas, pero también, que llevaran consigo las dudas que surgieran en el proceso de crianza,³⁰³ pues en la consulta recibirían las respuestas de un especialista en el tema, ayuda que no tendrían si acudían a otros servicios en salud como los brindados por curanderos o parteras. El suplemento indicaba que una buena madre no llevaría a su hijo donde otra persona que no fuera el médico o la enfermera referidos.³⁰⁴ Estos aspectos evidencian dos cosas: en primer lugar, refleja que los médicos catalogaban y transmitían en el suplemento qué era una buena maternidad, limitados al plano de la salud; y en segundo lugar, da a entender que la madre debía actuar como vigilante de la salud del niño/niña.

El Ministerio de Salubridad Pública había trabajado en la instauración de las Consultas del Niño Sano para cumplir con tales objetivos. Estas consultas fueron sugeridas constantemente en el suplemento y puestas en función poco después de que se publicara el primer número, de manera que las propuestas fueron contemporáneas. En el suplemento número 90, y como continuación y término de la serie *La ignorancia de las madres para cuidar y alimentar a sus hijos*, el Dr. Loría les mencionaba a las madres que las Consultas del Niño Sano se habían establecido desde setiembre de 1951, agregando que en la consulta de San José se había alcanzado más de 3000 consultas y que las desarrolladas en otros lugares iban creciendo cada vez más. Concluía su artículo diciendo que este progreso ayudaba a ampliar “una costumbre que tiene que ser la labor que más preocupe a los médicos y enfermeras de las Unidades Sanitarias, porque es una de las pocas que en forma efectiva podrá lograr que mueran menos niños en nuestro país y que tengan un mejor estado de nutrición”.³⁰⁵

Las palabras del doctor mostraban a las madres la legitimidad que iban teniendo las Consultas del Niño Sano en el corto tiempo que llevaban funcionando, dándoles a entender que podían depositar su confianza en manos de un proyecto que iba tomando fuerza. Al mismo tiempo, la alianza de los médicos con las madres encontraba su máxima expresión en este tipo de estrategias puesto que, según el suplemento, a las madres y al departamento les interesaba erradicar la mortalidad infantil y proveer las condiciones para que el niño/niña

³⁰³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 14, 11-06-1950.

³⁰⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 46, 14-10-1951.

³⁰⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 90, 16-11-1952.

estuviera bien alimentado –muy de la mano con la lactancia ya expuesta y con la higiene de la alimentación a explicar en el siguiente capítulo.

Por otro lado, frases como “escriba o llame por teléfono a CONSULTA DEL NIÑO SANO, Salubridad Pública, y se le enviará una enfermera a su casa”,³⁰⁶ o “lleve a su hijo a las Consultas para Niños Sanos, del Ministerio de Salubridad Pública”,³⁰⁷ iban a tono con las sugerencias anteriores y mostraban un plan de acción por parte del Ministerio de Salubridad Pública, a pesar de que ese plan no fuera generalizado en el sentido de que, por ejemplo, la primera opción dejara por fuera a quienes no contaban con un teléfono en sus domicilios. Para el Departamento de Protección Materno Infantil y para el Departamento de Educación Sanitaria estas iniciativas eran un soporte porque así cumplirían con sus planes, a la vez que en su óptica eran un apoyo incondicional para las madres que deseaban proteger a sus niños/niñas. Es importante señalar que las Consultas del Niño Sano habían sido recomendadas por el suplemento desde 1951, lo cual da cuenta de la coordinación entre departamentos y, así, de la participación de todos estos en la conformación de la maternidad científica desde la perspectiva de la salud pública.³⁰⁸

Por último, y con base en este primer capítulo, es necesario cerrar indicando que la maternidad proyectada desde los conocimientos en puericultura establecía con claridad un espacio privado, en donde la madre era el pilar de la salud de su hijo/hija, y otro espacio público, donde los centros de salud constituían los sostenes que el Estado proporcionaba para mejorar la calidad de vida de los niños/niñas a través de los consejos dados a las mujeres embarazadas o ya madres. El suplemento revisado desde la perspectiva de la maternidad científica, mostraba, asimismo, varias etapas de la maternidad, de manera que en este se puede hallar una maternidad subdividida según los estados de la mujer: primero, cuando estaba embarazada; segundo, cuando se encontraba cerca de dar a luz; tercero, cuando incorporaba las primeras experiencias como madre, y cuarto, donde la mujer se desenvolvía

³⁰⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 105, 19-04-1953. Las mayúsculas son del documento original.

³⁰⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 121, 27-09-1953.

³⁰⁸ Este capítulo sólo consigna la visión atinente a las mujeres-madres, pero aspectos como las Consultas del Niño Sano serán vistos desde otro punto de vista en los capítulos siguientes, lo cual significa que este tipo de iniciativas no sólo tenían que ver con la maternidad. La puericultura estaba compuesta de otros ángulos.

como madre y colaboraba de manera directa con la crianza del infante. También hay una distinción entre la maternidad surgida en la ignorancia y la maternidad educada.

Conclusiones

La maternidad científica de la década de 1950 fue construida discursivamente desde el mismo enfoque empleado por los médicos en Costa Rica y otros países a partir del siglo XIX: las mujeres fueron el público meta del suplemento por sus supuestas, y aceptadas socialmente, bondades para el cuidado de los niños/niñas, la familia y el hogar. Las mujeres, especialmente aquellas de bajos recursos económicos, fueron responsabilizadas y culpabilizadas directamente de la salud y enfermedad de sus hijos, lo cual se reflejó en las instrucciones higiénicas del embarazo y el puerperio y en las reprimendas y consejos sobre la descuidada crianza que daban a sus hijos/hijas.

La historiadora Eugenia Rodríguez ha mostrado cómo se construyó un régimen disciplinario para mujeres y hombres colegiales a través de las normas que contemplaban el comportamiento cognitivo y moral.³⁰⁹ Pero, ¿solo el espacio educativo se prestaba a la disciplina? ¿En esta investigación se puede observar un patrón disciplinar hacia las mujeres que incursionaban en la maternidad? Sí, la diferencia es que controlarlas desde el Ministerio parecía ser más complicado porque la disciplina tenía que efectuarse en el hogar o el espacio privado. Además, la disciplina no solo estuvo fundamentada en una concepción moral de maternidad responsable, sino también en los conocimientos científicos que se daban y debían seguirse para obtener resultados satisfactorios.

Por otro lado, se pudieron detectar otras vías de disciplinamiento, pero también de preocupación por la salud de la mujer y la del feto. El Estado ofreció control y atención mediante consultas prenatales, postnatales, parto hospitalizado y consultas para los niños/niñas, las cuales pretendían complementar los consejos y la información divulgativa. Sin embargo, estos servicios presentaron limitaciones consideradas por los médicos: falta de asistencia regular a las consultas, sin mencionar que los servicios no estaban disponibles en todo el país. Los alcances de la salud pública en torno a la mujer también fueron cuestionables

³⁰⁹Rodríguez Sáenz, “Disciplinar para la maternidad”, e105.

en términos discursivos, pues los médicos dieron consejos que podían ser difícilmente ejecutados por mujeres con escasos recursos económicos, mujeres trabajadoras fuera del hogar y mujeres con varios hijos/hijas o niños/niñas al cuidado. No todas las mujeres podían asumir un rol de cuidado permanente y apegado a la higiene como el recomendado, por su inflexibilidad.

CAPÍTULO 2. MODELANDO AL NIÑO Y A LA NIÑA A TRAVÉS DE LA HIGIENE INFANTIL

En las conclusiones del libro *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*, su autor, Philippe Ariès, asegura “The family ceased to be simply an institution for the transmission of a name and an estate -it assumed a moral and spiritual function, it moulded bodies and souls.”³¹⁰ La frase del autor expresa el problema de la obra: la infancia en la institución familiar y la interrelación entre las ideas sobre la niñez y el efecto de estas en la familia. Ariès es considerado por la comunidad académica como un pionero de la historia de la infancia, pues argumentó y comprobó que la infancia es un constructo social que, por serlo, se transforma en el tiempo con los cambios culturales, políticos y económicos. Los cambios de la sociedad vienen acompañados de ideas que se depositan en diferentes sectores sociales y que calan en estructuras como la familia, donde se desarrolla un proceso de estructuración y compromiso con esas ideas. Ariès logró identificar este fenómeno en las observaciones sobre la relación de la familia con los niños, en la vestimenta y los juegos, en el tratamiento de adultos a niños, en la educación, en los diversos sectores sociales, en las expectativas depositadas en los miembros de la familia para con los niños y niñas, entre otros elementos.³¹¹

La premisa planteada por Ariès encuentra su correlato en la propuesta de la medicalización explicada en el primer capítulo de esta investigación. La infancia se comprende en este trabajo como un producto social sujeto a cambios, lo cual permite aceptar la idea de que la niñez pudo, y en efecto estuvo, impregnada de los conceptos y la institucionalización biomédica. Bajo este entendido, es válido interrogarse sobre la relación de la infancia y el desarrollo de las ciencias de la salud, con el fin de identificar los cambios experimentos en términos de ideas, prácticas excepcionales y cotidianas de los tutores y los infantes, desarrollo institucional, papel estatal, valorización de la vida por parte de la sociedad, entre otros aspectos. El estudio de fenómenos sociales como la puericultura, la mortalidad infantil en altos o bajos índices y la higiene pueden dar pistas de esas transformaciones, por lo cual se tomarán en cuenta en este capítulo y el siguiente. El motivo que lleva a considerar estas líneas de estudio recae en que, como se ha indicado atrás, la

³¹⁰ Philippe Ariès, *Centuries of Childhood. A Social History of Family Life*, traducido por Robert Baldick (New York: Alfred A. Knopf, 1962), 412.

³¹¹ Ariès, *Centuries of Childhood*.

década de 1950 y las anteriores en Costa Rica estuvieron marcadas por la mortalidad infantil, la desnutrición y las enfermedades prevenibles.

En la introducción de este trabajo se ha mostrado que la infancia ha sido un problema historiográfico complejo y multidimensional, sobre el cual se puede investigar todavía más, principalmente durante la segunda mitad del siglo XX en Costa Rica. Este y el tercer capítulo buscan ampliar el conocimiento sobre la niñez en la mitad del siglo XX, no solo para profundizar en el problema sino también para reconocer cambios y continuidades en aspectos que caracterizaron el período y que se extienden hasta nuestros días. De esta forma, el presente capítulo tiene como objetivo: estudiar los consejos brindados en el Suplemento de Puericultura respecto a la alimentación, los hábitos o conducta de los niños y las condiciones higiénicas en que éstos debían mantenerse, para caracterizar la niñez saludable que los médicos promovían a través de la higiene.

La higiene infantil se presentará en tres secciones que para los médicos fueron áreas de necesaria cobertura: alimentación, hábitos y conducta, y aseo del niño. En el apartado referente a la alimentación se explicará el contexto de malnutrición y desnutrición que experimentaban los infantes, las formas en que el suplemento tenía presente tal problema y la vía que tomó para intentar combatirlo. El segundo acápite abordará los comportamientos que los médicos deseaban fomentar en los niños mediante la educación de sus padres. Y, la tercera sección se concentrará brevemente en la limpieza de los espacios y las partes corporales de los infantes.

1. Alimentación sana y reglamentada

El material publicado durante el período, especialmente el Suplemento de Puericultura, enfatizó en la salud infantil desde dos ejes: las enfermedades nutricionales y el consumo de alimentos nutritivos, si bien no todos los aspectos fueron abarcados con la misma asiduidad. En efecto, fueron pocos los suplementos que tomaron como punto central la desnutrición o las enfermedades generadas por los hábitos alimenticios y por las reducidas oportunidades en cuanto al acceso a ciertos alimentos, pero las respuestas y artículos en torno a estos dos temas mostraron una preocupación significativa por parte de los departamentos que brindaron los consejos retomados más adelante. En este sentido, fueron dos las inquietudes más recurrentes en los médicos; por un lado, las enfermedades o el nivel de

malnutrición de los niños en Costa Rica, y, por otro lado, aunque en conjunción, los escasos conocimientos de la población en cuanto a principios nutricionales.

Una de las principales preocupaciones de los médicos radicó en que los deficientes niveles de nutrición en los niños no solamente podían afectar su salud nutricional sino también su organismo completo como consecuencia de este problema. Es decir, desde el Ministerio se explicó a las madres que el estado nutricional podía conducir a que la niña o el niño fuera un seguro candidato a padecer otra serie de enfermedades o a ser atacado por diferentes parásitos como el tricocéfalo –causante de la tricocefalosis, intensamente pronunciada en menores desnutridos–. En este sentido, las autoridades afirmaron que “el tricocéfalo, considerado por muchos autores [entiéndase especialistas de la salud] inofensivo, es uno de los parásitos que producen mayores estragos en las personas mal nutridas.”³¹² Pero esta era tan sólo una de las deficiencias que podían producirse a raíz de la carencia de alimentos; ahora, sí se trataba de una enfermedad relevante pues las dolencias causadas por parásitos eran comunes en el período, lo cual será abordado en el tercer capítulo de este trabajo.

El Ministerio se esforzó por dar a entender que otras enfermedades como la avitaminosis podían surgir al consumir alimentos inadecuados o insuficientes para la salud del infante, y que podían generar graves problemas como el daño en los tejidos epiteliales del cuerpo del niño o la aparición del “beriberi” –caracterizada por la deficiencia de tiamina–, que, según el suplemento, afectaba el sistema nervioso y podía causar la muerte del pequeño o deterioros irreversibles en este.³¹³ El inadecuado consumo de alimentos, y por ende de vitaminas, también podía traducirse en daños en la piel y en los ojos,³¹⁴ y a falta de hierro podía surgir uno de los tantos tipos de anemia –enfermedad que afecta los niveles de hemoglobina–.³¹⁵ El Suplemento de Puericultura, pues, definió cuáles eran los males generados por la falta de consumo de cada vitamina y a la vez dió algunas sugerencias –que serán revisadas más adelante–, de tal modo que el propósito era que la información quedara

³¹² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 168, 21-11-1954.

³¹³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 194, 07-08-1955.

³¹⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 194, 07-08-1955.

³¹⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 106, 26-04-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 107, 03-05-1953.

clara, que se pudiera comprender y analizar, y que los padres evitaran en la medida de lo posible tales menoscabos al ejecutar las recomendaciones.³¹⁶

A pesar de que las enfermedades derivadas del estado nutricional del niño fueron un asunto considerado debido a los efectos que tenía sobre los infantes, es importante tener en cuenta que la desnutrición era indiscutiblemente un *problema nacional* de primer orden que causaba buena parte de las preocupaciones alrededor de la salud de los niños. Así, el suplemento procuró esbozar, al lado de los pocos pero importantes artículos sobre las enfermedades o daños provocados por la alimentación, el panorama nacional que afectaba a los infantes en términos de la desnutrición. La intención fue esclarecer e incentivar la reflexión para llevar a la práctica los consejos. El objetivo, al menos del Suplemento de Puericultura, no consistió en proponer o discutir nuevos proyectos de salud pública. Tampoco exhortó explícitamente la organización de los padres ni hizo un llamado a las autoridades que podían intervenir en el problema.

El suplemento explicó en sus publicaciones el significado de la desnutrición infantil señalando, a modo de respuesta y además de forma muy simple, que esta “se presenta en los niños por falta de una buena alimentación” o “por falta de alimentos que ayudan a la formación de músculos, huesos, dientes, piel, sangre y en general para el crecimiento del niño”, y que se presentaba especialmente en aquellos que entraban en la etapa donde la madre ya no era quien los alimentaba por medio de la lactancia, es decir, cuando estaban más expuestos a las condiciones socioeconómicas de la familia.³¹⁷ Empero, en otros casos el tono de preocupación fue más evidente, en el sentido de que se explicaron los aspectos anteriores acompañados de expresiones que no escondieron la realidad del país y que reflejaron, implícitamente, que las desigualdades también eran experimentadas por este sector poblacional. De tal modo, el suplemento expresó en torno a la desnutrición severa en los niños:

³¹⁶ Cuando se hace referencia a “padres”, es porque el suplemento no siempre indicaba explícitamente que la información iba dirigida a las “madres”, pero el capítulo anterior es un importante referente para suponer que en realidad todos los consejos concebían a la madre como principal receptora.

³¹⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 179, 13-03-1955; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 180, 24-04-1955; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 179, 13-03-1955.

Entre los problemas nutricionales que afrontan nuestros pueblos, uno de los más serios es el de la “desnutrición grave” en los niños. Se trata de una enfermedad que existe en diversas partes del globo y que ha recibido nombres muy diversos; entre nosotros, desgraciadamente, es muy frecuente y se le conoce con el nombre de “policarencia infantil”, que es debida a la ausencia de múltiples factores en la alimentación: proteínas, vitaminas, etc. Es una de las enfermedades más significativas del grado de abandono en que se encuentra un gran sector de nuestra infancia.³¹⁸

Al hacer referencia a este tipo de problemas, los encargados de la divulgación no solo estaban mostrando las preocupaciones particulares de los departamentos del Ministerio de Salubridad Pública, sino que también estaban considerando un sintomático problema nacional que transcendía los lindes de la institucionalidad pública de la salud. De hecho, el Departamento de Educación Sanitaria tuvo claro que la desnutrición severa había constituido un punto importante en los desvelos de los médicos de Costa Rica incluso antes de la publicación del suplemento, señalando que “el problema ha preocupado desde hace mucho tiempo a los médicos, por sus funestas consecuencias, ya que es responsable, directa o indirectamente, del más alto índice de la mortalidad infantil y por las graves lesiones producidas...”³¹⁹ El suplemento, entonces, se produjo en un contexto en el que la desnutrición infantil no era problema nuevo ni mucho menos de reciente preocupación.

Esto tiene asidero si se contempla que antes de la década de 1950 ya los galenos contaban con datos sobre la enfermedad infantil. La realidad del período estuvo definida por una preocupación más amplia que venía desde la década de 1910, precisamente cuando el proyecto caritativo de La Gota de Leche había puesto en marcha sus proyectos por cuestiones que evidentemente tenían un vínculo con los problemas de alimentación, como se señaló en el primer capítulo de este trabajo.³²⁰ Los problemas de alimentación, entiéndanse carencias, también pueden rastrearse desde la literatura. El historiador Dennis Arias ha identificado las preocupaciones de algunas escritoras, como las maestras Luisa González y Carmen Lyra, sobre la niñez en los años veinte, cuando las necesidades económicas de los niños y niñas escolares se manifestaban en hambre, anemias, pies descalzos, condiciones de higiene por debajo del ideal de los higienistas, y demás imágenes que evocan la pobreza y el origen de las enfermedades. Estas condiciones, junto a otras similares en trabajadores y trabajadoras,

³¹⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 198, 11-09-1955.

³¹⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 198, 11-09-1955.

³²⁰ Botey Sobrado, “De la beneficencia a la filantropía”, 1336-1377.

motivaron el ingreso de Carmen Lyra a la esfera política.³²¹ El problema de la alimentación no era nuevo en Costa Rica.

Sin embargo, puede considerarse que la década de 1940 representó una nueva etapa de inquietudes sobre los infantes puesto que en 1947 se emitió la primera ley (Ley No. 1057) de recaudación de impuestos para atender la desnutrición. La ley consistió en un impuesto a la cerveza producida internamente. Además, a finales de los años cuarenta los médicos Antonio Peña, Carlos Sáenz y Edgar Cordero –sobre quienes se presume el suplemento hacía referencia– anunciaron como graves los resultados nutricionales detectados en una investigación de la sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios con niños de 0 a 12 años de edad. Esta investigación sirvió para proponer y emitir una segunda ley de impuestos (Ley No. 26), esta vez a las fanegas de café, para paliar los efectos que estaba teniendo la enfermedad sobre los infantes escolares.³²²

La desnutrición, además, había sido calculada en un 57,4 por ciento según la Encuesta Nacional de Nutrición de 1966.³²³ Este último dato no corresponde siquiera al período de estudio del presente trabajo, pero si en la década de 1940 había una preocupación por parte de quienes estaban en contacto con los niños y si para el decenio de 1960 las cifras de desnutrición superaban el 50 por ciento, es posible inferir que para los años que incumben a este apartado (1949-1956) también había una proporción de infantes afectados que no bajaba de tal promedio, a menos que se hubiera presentado una baja considerable y ciertamente excepcional. No obstante, esto último es poco factible si se consideran los suplementos que tocaron el tema de la desnutrición, y si la totalidad de artículos sobre alimentación publicados en el Suplemento de Puericultura se comprenden dentro de este panorama, es decir, si todos los números relacionados con los alimentos y la nutrición se entienden como un esfuerzo por solucionar la situación que afectaba a los infantes. A este material debe agregarse el trabajo que desarrolló el Ministerio desde otras iniciativas que trataron el mismo problema y que se analizarán más adelante.

³²¹ Arias Mora, *Héroes melancólicos*, 334-434.

³²² Carlos Díaz Amador, “Evolución de la nutrición infantil en Costa Rica”. *Revista Costarricense de Salud Pública* 2, no. 3 (1993): 31, 35. Véase la publicación original de Peña, Sáenz y Cordero en: Antonio Peña Chavarría, Carlos Sáenz Herrera y Edgar Cordero Carvajal, “Síndrome carencial de la Infancia”, *Revista Médica de Costa Rica*, no. 170 (1948): 125-139.

³²³ Amador, “Evolución de la nutrición”, 32.

Las preocupaciones alrededor de la desnutrición también se pueden detectar en los vínculos estrechos que estaba forjando el Ministerio de Salubridad Pública y el Fondo para la Infancia de la Naciones Unidas (UNICEF por sus siglas en inglés) durante la década de 1950.³²⁴ Efectivamente, tan solo seis meses después de que se llevara a cabo la primera publicación del suplemento, la UNICEF estuvo estrechando labores con el Ministerio de Salubridad Pública en cuanto al mejoramiento de la nutrición de los infantes; su interacción estuvo respaldada por un convenio y consistió en la donación de leche por un período de seis años. En aquella ocasión, el Suplemento de Puericultura dedicó un número completo a explicar la presencia de la institución en el país, señalando que uno de los objetivos del reciente vínculo entre el Ministerio y la UNICEF consistía justamente en efectivizar la nutrición relativa a los niños.³²⁵ Así que el Suplemento de Puericultura formó parte de la intencionalidad de ambas instancias. Y aunque solamente se tratara de un suplemento referente a la UNICEF, la importancia de la estrechez entre las instituciones no es nada despreciable y acota al argumento de que en efecto había una condición que estaba afectando a los infantes.

Es importante señalar que el Ministerio de Salubridad no fue en lo absoluto ajeno a las dinámicas globales que se producían para abordar la desnutrición como enfermedad y las muertes derivadas de esta. Los países categorizados como países del “Norte”, vieron en la malnutrición de los países “periféricos” o del “Sur” un problema estructural que estimulaba el desarrollo de otras enfermedades y buscaron abordarla durante el período de entre guerras (1919-1939). La propuesta en este sentido fue concentrar la atención en la malnutrición y el medio ambiente en tanto que prevención inmunológica con efectos positivos para las finanzas que antes estaban destinadas al control de enfermedades tropicales más pesadas para las arcas.³²⁶ La correlación entre la malnutrición y las enfermedades se aceptó por organismos internacionales y, evidentemente, por médicos que laboraban para los sistemas públicos de salud como el de Costa Rica.

³²⁴ Amador, “Evolución de la nutrición”, 31.

³²⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 12, 14-05-1950.

³²⁶ Michael Worboys, “The Emergence and Early Development of Parasitology”, en *Parasitology: A Global Perspective*, eds. Kenneth S. Warren y Jhon Z. Bowers (New York: Springer Nature, 1983), 12-13.

Uno de los casos concretos más significativos en esta línea es precisamente el de la UNICEF, pues la instancia no solamente estaba llegando a Costa Rica para el período apuntado, sino que sus funciones de suministro de leche, obtenida de los excedentes estadounidenses, se estaban extendiendo a diferentes regiones más allá de Europa, cuya población constituyó el objetivo inicial debido a los efectos de la Segunda Guerra Mundial. Este crecimiento institucional, tanto hacia Costa Rica como hacia los demás países, se dio pese a las críticas generadas por su modelo de ayuda activa a países con roles pasivos en la producción y autoabastecimiento de lácteos para las mujeres y los niños con problemas nutricionales.³²⁷ Asimismo, en décadas anteriores (1930) Unión Radio y la Asociación Española de Médicos Puericultores Titulados habían estado desarrollando iniciativas de educación relacionadas con los efectos de la desnutrición en países como España, que realmente no presentaba un panorama tan distinto al costarricense. Bernabeu y otros autores han evidenciado que en España la implementación de métodos o medios de difusión como la radio estuvieron orientados por médicos puericultores y fueron considerados como una salida a los problemas alimenticios que afectaban a la población infantil.³²⁸

El Suplemento de Puericultura también puede entenderse como un espacio propicio para aminorar los inconvenientes que aquejaban a los niños, debido a sus componentes explicativos y educativos. Los casos de España y Costa Rica son similares porque en ambos países las instancias públicas (para España, la Dirección General de Higiene) estuvieron preocupadas por el problema de la mortalidad infantil, y concentraron su atención en la lactancia materna y en la dieta de los niños de una forma entendible para quienes no formaban parte de la comunidad científica. Además, en los dos países, el problema fue abordado desde la interlocución de los medios masivos y los servicios prestados directamente por el personal de salud. En España, las visitadoras puericultoras fungieron como transmisoras de los conocimientos en alimentación mientras algunos médicos del sector público desarrollaban

³²⁷ Para observar con mayores detalles el inicio de la UNICEF en los países afectados por la Segunda Guerra Mundial y la participación de la United Nations and Rehabilitation Administration (UNRRA) en la misma dirección, se puede consultar: Gillespie, 2003: 133-140.

³²⁸ Bernabeu Mestre, Trescastro y Galiana, “La divulgación radiofónica”, 50-52.

los programas radiofónicos.³²⁹ En Costa Rica, como se verá adelante, se desarrollaron trabajos del INCAP y se creó un Centro de Nutrición por solicitud de la OPS.³³⁰

Desde esta perspectiva, y por los menos en el caso español y costarricense, las herramientas divulgativas funcionaron como una ayuda complementaria y no como el centro de la política pública en torno a los problemas de alimentación, así como sucedió con las consultas prenatales abordadas en el capítulo anterior. Los materiales de divulgación o de distribución popular como el Suplemento de Puericultura, las películas, la radio, los panfletos y demás fueron, pues, instrumentos para convencer a los padres de la importancia de la nutrición y para efectivizar el impacto que podían tener los servicios del Ministerio de Salubridad Pública, especialmente si consideramos que algunos de estos no presentaban una amplia cobertura, como los incipientes Centros de Nutrición (27 para 1956) que brindaban leche a las madres y los niños.³³¹

La inquietud sobre la educación de los padres en términos nutricionales fue uno de los aspectos que movieron a los médicos a publicar el Suplemento de Puericultura y que estuvo, en su criterio, estrechamente relacionado con la desnutrición infantil; es decir, las carencias educativas representaban un problema fundamental que podía conducir a las enfermedades señaladas. En este sentido, el doctor Rodrigo Cortés Loría, Director del Departamento Materno Infantil del Ministerio de Salubridad, consideró la pobreza como un factor determinante en el problema de la desnutrición, pero también insistió en la educación parental:

Sin querer entrar a discutir el problema de fondo [la pobreza] podemos mencionar como se logra mejorar la nutrición del niño con sólo instruir a la madre sobre los dos tópicos que hemos venido comentando: aseo y **conocimientos alimenticios apropiados que se deben dar**. En muchos casos no es la pobreza la tragedia N° 1, tal como pasa con aquellas personas que compran para sus niños fideos, gelatinas y

³²⁹ Bernabeu Mestre, Trescastro y Galiana, “La divulgación radiofónica”, 55-56.

³³⁰ Además, en la década de 1940 se creó un Instituto de Higiene dirigido por el Dr. Clodomiro Picado, quien estableció como objetivo estructural el abastecimiento de alimentos nacionales, sin embargo, tras su fallecimiento se paralizó la iniciativa. Véase más sobre la propuesta en: Ronny Viales Hurtado y Nasly Madrigal Serrano, “La constitución de la Microbiología como disciplina y como campo de formación e investigación en Costa Rica. (1870-1957)”, en *Historia de la Microbiología en contexto global. Estudios de caso de Costa Rica, Argentina y España*, eds. Ronny Viales Hurtado y César Rodríguez Sánchez (San José: CIHAC). En prensa.

³³¹ Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1958).

chayotes, en lugar de aprovisionarse de otras verduras que son inclusive más baratas que algunos de los elementos citados.³³²

Aparte de que la madre siempre estaba presente dentro de la puericultura promovida por el Ministerio de Salubridad Pública, es necesario detenerse en tres puntos importantes. Primero, que estas expresiones no fueron comunes en el suplemento, pero que, segundo, todos los demás números en torno a la alimentación sugieren que efectivamente los médicos consideraron los problemas de desnutrición como un tema educacional. Y, tercero, que el consumo de los sectores populares fue un aspecto importante a cubrir o a combatir, al menos en la perspectiva de quien era uno de los funcionarios más importantes del sistema de salud pública del país (Cortés Loría). Es decir, la selección de tales palabras no es arbitraria, sino que obedece a un criterio que intenta evidenciar la concepción de una influyente figura dentro del Ministerio de Salubridad Pública.

El suplemento número 198 dejó indudablemente claro que la educación debía ser la principal meta de sus encargados y de los padres de los infantes –uno informando y el otro aplicando–, además de complementar la expresión de Cortés Loría, al señalar que:

Desgraciadamente esta preocupación de los médicos [sobre la desnutrición], si bien les ha permitido conocer mejor la enfermedad, sus causas, sus consecuencias y su tratamiento, no ha permitido avanzar [sic] un sólo paso en la **prevención de medidas higiénicas**, económicas y sociales que exigen un inmenso esfuerzo de todos los sectores de nuestro país.³³³

Desde luego la cita refleja que el encargado del artículo tenía presente que las condiciones económicas jugaban un papel fundamental en el crecimiento de la desnutrición, pero también alude a que “la prevención de medidas higiénicas” para sobreponerse a la desnutrición, estaba ligada al ámbito educativo, que, por tanto, tenía que ver sustancialmente con la divulgación e instrucción de información. Es decir, esta cita termina de definir lo apuntado anteriormente sobre la importancia de la divulgación en términos de la nutrición infantil y, a su vez, corrobora que el suplemento fue observado por el Ministerio de Salubridad Pública como un medio idóneo en este sentido. De esta manera, es como se puede comprender la existencia de los consejos relacionados con los procesos de la leche ingerida

³³² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 89, 09-11-1952. El resaltado es mío.

³³³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 198, 11-09-1955. El resaltado es mío.

por los niños y las recomendaciones asociadas al consumo de alimentos. No obstante, debe considerarse que, como expresa el autor o autora de la cita, el problema era multifactorial, por lo cual no se podía esperar un cambio sustancial a nivel nacional solo con la divulgación.

Uno de los temas en torno a la nutrición que más atendieron los médicos y que se publicó con mayor constancia en el Suplemento de Puericultura, fue el de la leche. El tema fue importante porque después de la lactancia –ya referida en el primer capítulo– el niño o la niña se enfrentaba a una serie de riesgos en la salud provocados por la leche artificial o por el tratamiento que sus encargados le dieran a esta. De manera que, aquellos que alimentaban al infante debían tener presente cuáles eran las diferentes clases de leche aptas para el consumo del niño y la niña, así como también debían conocer cuáles eran las propiedades que contenían esas leches y las diferentes formas de prepararlas para evitar que el pequeño o la pequeña enfermara.

El Ministerio incentivó el consumo de leche bajo un fundamento meramente nutricional, según el cual ésta podía “considerarse como el mejor alimento con que [sic] cuenta el hombre. Es fuente de proteínas, grasas, carbohidratos, minerales y vitaminas, elementos indispensables para el mantenimiento del organismo”.³³⁴ Además señalaba, específicamente para el caso de los infantes: “Considerada la leche como alimento único e insustituible para el niño en los primeros meses, continúa ocupando el primer lugar durante la infancia y el resto de la vida, como uno de los principales componentes de nuestra alimentación”.³³⁵ Sin embargo, los beneficios eran tan variados como los tipos de leche que se pudieran obtener en el mercado. En este sentido, el suplemento dio a conocer a sus lectores que, por ejemplo, la leche pasteurizada era aquella que tenía una alta calidad y que además había sido sometida a un proceso que aseguraba la salud del infante; o que la leche descremada contenía proteínas y grasas y que, por esto mismo, era una fuente nutricional recomendable para el niño.³³⁶

³³⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 125, 20-12-1953.

³³⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 125, 20-12-1953.

³³⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 36, 13-05-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 125, 20-12-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 34, 15-04-1951.

Los médicos brindaron más opciones de leche, como las leches patentadas para el infante, que eran todas aquellas que se encontraban disponibles en el mercado y que contaban con un permiso.³³⁷ Pese a que estas indicaciones específicas provenían de Estados Unidos, también valían para Costa Rica, donde el mercado era receptor de marcas estadounidenses y europeas que promocionaban la leche deshidratada o en polvo, como *My Boy*, *Klim*, *Milk Power*, *Danny*, *Milex*, *White Lily* y *Omela*.³³⁸ El Ministerio tuvo en cuenta que este alimento no podía ser obtenido por todos los sectores socio-económicos, y aprovechó para señalar que, esas sugerencias adoptadas de los manuales de la Oficina del Niño de Washington D.C. (Estados Unidos), podían ser ejecutadas no desde el hogar mismo, sino en las Consultas del Niño Sano, donde se facilitaba el producto o se ofrecían consejos para conseguir alimentos asequibles y nutritivos, es decir, donde ahora sí se acoplaban las sugerencias a la situación local, por lo menos para aquellos que tenían acceso a las consultas referidas.³³⁹

Los médicos indicaron que ellos mismos dispondrían cuáles iban a ser las cantidades de leche y las proporciones de azúcar idóneas para el infante, aplicando este tipo de consejos tanto en las Consultas del Niño Sano como en el mismo suplemento, donde se brindaban las medidas que el niño debía ingerir según su edad.³⁴⁰ No obstante las referencias a los médicos como guías oportunas para la selección de las leches, el Estado abogó por fortalecer los cuidados alimenticios del infante dentro del hogar, caso en el cual eran los padres quienes asumirían todo aquello que estuviera relacionado con el consumo de la leche; o sea, idealmente, después de seguir el consejo médico sobre la elección del producto, los encargados de los infantes solamente debían seguir los pasos que el suplemento brindara. Así, las enfermedades que se podían transmitir por medio de la leche –como la brucelosis, la difteria o la tuberculosis–³⁴¹ y la considerable cantidad de microbios que tenía este tipo de alimento,³⁴² fueron considerados factores decisivos para prestarle atención a las recomendaciones en torno a los métodos higiénicos de la leche.

³³⁷ Véase: Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 58, 10-02-1952.

³³⁸ Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 18, 06-08-1950. Véase el tratamiento que Alfonso González le da al tema en: González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*, 123-125.

³³⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 23, 15-10-1950.

³⁴⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 24, 12-11-1950.

³⁴¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 95, 11-01-1953.

³⁴² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 94, 04-01-1953.

El suplemento mencionó en una ocasión que la leche generalmente consumida por los niños en Costa Rica contenía cerca de tres millones de microbios por centímetro cúbico, mientras que en Estados Unidos, donde para los médicos el control era efectivo, se estimaba que la leche consumible debía tener diez mil microbios por centímetro cúbico.³⁴³ Esto es importante porque, evidentemente, había una gran disparidad y un aumento de riesgo para los infantes; también porque muestra la actualización por parte de los médicos sobre datos tan particulares como este; y, porque esta información no fue guardada por el círculo médico, sino que fue difundida, seguramente para justificar la cautela que el suplemento sugería sobre el consumo de las leches. La información es interesante porque además muestra que el material de divulgación era explicativo e instructivo, no solo lo segundo. Es cierto que la explicación derivaba de quienes conocían sobre el tema, pero las razones podían dar más espacio a la reflexión y la aplicación.

Las reglas que se debían seguir dentro del hogar fueron básicamente tres: una fue la obtención de las leches pertinentes, la otra –y quizá la más reiterativa e importante para los niños que estaban en la transición de leche materna a leche de origen animal– fue hervir el producto para suprimir todos los microorganismos que pudiera contener la leche cruda, y la tercera, fue prepararla con las raciones adecuadas.³⁴⁴ Es decir, más que seguir abundantes pasos, los contenidos dados sobre la leche tuvieron que ver con el consumo conveniente de sus derivaciones, con conocer las propiedades de este alimento y con prepararlo de la forma adecuada. El problema de esto, entonces, radicó especialmente en las condiciones que tuvieran los diferentes sectores sociales para conseguir las leches y los instrumentos de cocina que evitarían las enfermedades o la muerte de los infantes, de esos mismos sectores que recibían como consejo la asistencia a las Consultas del Niño Sano para que allí se les suministrara el alimento vital y además se les estudiara nutricionalmente en los laboratorios, como apuntaba el informe del Departamento de Nutrición de 1953.³⁴⁵

³⁴³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 94, 04-01-1953.

³⁴⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 4, 22-01-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 14, 11-06-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 95, 11-01-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 124, 13-12-1953.

³⁴⁵ Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública*. San José: Imprenta Nacional, 1954.

Las carencias económicas y las opciones del mercado de las leches fueron consideradas, como ya se mencionó, pero los médicos costarricenses continuaron resistiéndose, como se explicó en el primer capítulo. Desde el suplemento se señaló que “...la alimentación artificial es un acto anormal, contra la naturaleza, que exige seguir ciertas reglas muy estrictas controladas por el médico.”³⁴⁶ En la comunidad internacional también primó el hallazgo científico en torno a los beneficios de la leche materna y de la leche manipulada bajo estándares higiénicos, de ahí el rechazo a la sustancia artificial y la insistencia a las madres sobre su rol en la alimentación. En la España de la década de 1930, los médicos puericultores dedicados a la divulgación sobre el consumo de alimentos en los infantes, recomendaron la lactancia materna por sobre la artificial porque traía aparejada beneficios para la salud de los niños, y aconsejaron, en caso de que la primera no fuera posible por enfermedades de la madre, una serie de procedimientos para tratar la leche de origen animal y el biberón a utilizar, que, según las estadísticas, causaban más muertes infantiles que el consumo del producto natural.³⁴⁷

La teoría acuñada por los puericultores españoles, también fue seguida por los médicos uruguayos durante la primera mitad del siglo XX, cuando la tasa de mortalidad infantil se había quedado estancada y llegaba a un punto similar al de la tasa costarricense del período de estudio. Algunos médicos, como Joaquín Salterain, no aludieron a la lactancia como causa o solución de la mortalidad, pues no había datos estadísticos confiables sobre amamantamiento, sin embargo –y a la luz de la incidencia de diarreas y enfermedades infectocontagiosas, como en Costa Rica (ver siguiente capítulo)–, otros médicos como Julio Bauzá, Augusto Turenne y Luis Morquío, consideraron que la leche materna era, en ese contexto, más recomendable, pues la leche artificial no siempre era consumida al pie de la vaca, sino que era contaminada en el ínterin del ordeño al consumo. Esto, junto a otras limitantes como el acceso a los servicios de salud, las condiciones de vivienda y el clima, provocaban un aumento en la mortalidad infantil, especialmente por causas como la

³⁴⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 23, 15-10-1950.

³⁴⁷ Bernabeu Mestre, Trescastro y Galiana, “La divulgación radiofónica”, 55-56.

gastroenteritis.³⁴⁸ No en vano los médicos, tanto españoles como uruguayos, criticaron las Gotas de Leche de sus países.³⁴⁹

La leche materna también predominó en las recomendaciones de puericultura de los médicos en Colombia; allí, doctores como Barberi, instaron a las madres a proveer el alimento a sus hijos para disminuir la tasa de mortalidad infantil por diarreas y enteritis,³⁵⁰ de forma similar a Uruguay. Tanto Barberi como otros médicos que laboraron en el área de salud durante las primeras décadas del siglo XX, discriminaron en sus publicaciones el destete temprano, la contratación de nodrizas para alimentar a los niños y, desde luego, la leche de origen animal para consumo en los primeros años de vida.³⁵¹ Tales ideas no evitaron la creación de Gotas de Leche y patronatos infantiles,³⁵² sin embargo, estas fueron concebidas como la última opción para quienes necesitaban alimentarse por falta de recursos. Esto explica que la legislación laboral consignara permisos de lactancia para las mujeres que trabajaban,³⁵³ en otras palabras, que conjugaran el fundamento científico y la práctica.

Pese a las distancias temporales, los consejos expuestos en los diferentes países coinciden con el caso costarricense en tanto que se apegaron a verificaciones del campo de la medicina y la microbiología, además, la predominancia de la lactancia en los consejos alimenticios respondió a la alta mortalidad, que no fue ajena en ninguno de los países mencionados, y al temor de enfermedad por brucelosis –infección causada por bacterias del género *Brucella*, que se pueden encontrar en alimentos lácteos no pasteurizados–.³⁵⁴ No debe obviarse, tampoco, que en todos estos casos el criterio médico parecía destacar sobre la opinión de la mujer que estaba siendo exhortaba a amamantar a su hijo.

Por otro lado, y dejando a un lado el consumo de leche por parte de los infantes, es importante anotar que desde el Ministerio también se dedicó un espacio al consumo de otros alimentos. El lugar dominante que este nuevo tema ocupó en el Suplemento de Puericultura

³⁴⁸ Birn, Pollero y Cabella, “No se puede llorar”.

³⁴⁹ Bernabeu Mestre, Trescastro y Galiana, “La divulgación radiofónica”, 55; Birn, Pollero y Cabella, “No se puede llorar”.

³⁵⁰ Álvarez Tello, ““Para cuidar un ser””, 42-44.

³⁵¹ Álvarez Tello, ““Para cuidar un ser””, 60-61.

³⁵² Álvarez Tello, ““Para cuidar un ser””, 59-63. Para detenerse en el discurso, las recomendaciones y las medidas prácticas en Barranquilla, véase: Agudelo-González y Chapman-Quevedo, “Maternidad y lactancia”, 197-225.

³⁵³ Álvarez Tello, ““Para cuidar un ser””, 90.

³⁵⁴ Álvarez Tello, ““Para cuidar un ser””, 90.

se puede entender como uno de los canales que estaba tomando el Ministerio de Salubridad Pública para solventar el problema de la desnutrición infantil. De hecho, la presencia de expresiones tocantes a la desnutrición o las enfermedades en general pueden comprenderse como una suerte de justificación para publicar las nociones de nutrición más recientemente conocidas dentro del círculo médico. Esto no quiere decir que los médicos utilizaran la desnutrición o las afecciones para dar a conocer sus conocimientos en torno a la nutrición, quiere decir más bien que estos conocimientos surgieron o fueron expuestos a partir de aquel problema con miras a una solución.

Los consejos sobre la alimentación, excluyendo la leche, sus derivados y sus formas de preparación, tomaron como eje medular las propiedades nutricionales de cada alimento y sus efectos en los niños y las niñas que lo consumieran. De esta forma, fueron numerosos los artículos que contuvieron información sobre las vitaminas de las frutas, las legumbres, las verduras o las carnes, sugiriendo a los lectores, por ejemplo, que las legumbres se debían cocer de cierta manera para preservar sus propiedades, que el cabello del niño podía ser fortalecido gracias al consumo del aceite de hígado, que el infante debía ingerir jugo de frutas como la naranja o la zanahoria porque eran “ricos en gérmenes vivificadores llamados vitaminas” y que las gotas de jugo de limón eran un buen alimento junto al consumo de la leche.³⁵⁵ Pero de todos estos alimentos, quizá el más recomendado en el suplemento fue la fruta. Fueron varias las ocasiones en que se advirtió a los lectores sobre el benéfico consumo del banano, la naranja, el limón y la guayaba debido a sus vitaminas y porque ayudarían a prevenir enfermedades en los infantes.³⁵⁶ Además, es muy probable que los diferentes tipos

³⁵⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 11, 30-04-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 15, 25-06-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 16, 09-07-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 17, 23-07-1950; no. 24, 12-11-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 37, 10-06-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 38, 24-06-1951.

³⁵⁶ Entre algunos de los artículos o respuestas que dedicaron sus explicaciones al consumo de frutas, se pueden ver: Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 18-12-1949; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 16, 09-07-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 17, 23-07-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 38, 24-06-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 64, 23-03-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 84, 28-09-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 139, 11-04-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 146, 06-06-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 149, 27-06-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 152, 18-07-1954; Ministerio de Salubridad

de frutas sugeridos en el suplemento estuvieran al alcance de la gran mayoría de la población en una Costa Rica que todavía era predominantemente rural.³⁵⁷

Asimismo, el suplemento recomendó otros productos que no solamente contenían las propiedades necesarias para la salud del niño, sino que también podían obtenerse a módicos precios en el mercado, como el guineo o el bazo de res,³⁵⁸ que ayudaban, según los médicos, a disminuir los efectos de la “pésima nutrición en el campo” o del “defecto más extendido en Costa Rica”, cual era precisamente el bajo consumo de proteína animal por condiciones económicas.³⁵⁹ Esto es respaldado por el análisis de Mauricio Menjívar en torno a las autobiografías de campesinos que fueron niños en nuestro período de estudio. El autor rescata que, efectivamente, a mediados del siglo XX había infantes cuyas comidas no incluían los alimentos esenciales que recomendaba el suplemento.³⁶⁰ Por esto, no debe extrañar que los esfuerzos divulgativos expuestos en el suplemento y los servicios de nutrición dados en los centros del Ministerio de Salubridad Pública, fueran también complementos del *Boletín de Nutrición*. El boletín fue recomendado en el Suplemento de Puericultura, publicado diariamente por el ministerio en el periódico *La Nación* y concentrado en explicaciones nutricionales sobre variados alimentos.³⁶¹

Es posible notar que el Suplemento de Puericultura mezcló las dos preocupaciones que tenían los médicos, reunió tanto la inquietud por el peso socio-económico en la nutrición infantil como la noción de que las deficiencias alimenticias también estaban condicionadas por la educación que en materia nutricional tenían los encargados de los niños. Ahora, es pertinente preguntarse ¿quiénes proporcionaron los conocimientos derivados de la nutrición, ya fuera con los consejos sobre la leche o los demás alimentos? La identificación de la pertenencia de los encargados puede ayudar a comprender por qué se tuvo en cuenta los

Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 166, 07-11-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 182, 15-05-1955.

³⁵⁷ Molina Jiménez, *Costarricense por dicha*, 83.

³⁵⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 68, 04-05-1952.

³⁵⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 145, 30-05-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 155, 08-08-1954.

³⁶⁰ Mauricio Menjívar Ochoa, “¡Cuidado, niños trabajando! Aportes para una historia de la sensibilidad masculina entre los niños trabajadores agrícolas del Valle Central y Guanacaste, Costa Rica: 1912-1970”, en *Historia de la Infancia en Costa Rica. Cinco aproximaciones*, ed. David Díaz Arias (San José: Editorial Nuevas Perspectivas, 2012), 162-164.

³⁶¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 33, 01-04-1951.

problemas socio-económicos que interferían en la alimentación infantil. Recuérdese que esto no siempre sucedió así, en el caso de la construcción de la maternidad científica se identificaron más bien tratos distantes de la realidad de las mujeres.

Desde luego hubo trabajadores de la salud que trabajaron directamente para el Suplemento de Puericultura, aunque no siempre se dio a conocer su autoría. Sin embargo, una parte significativa de los consejos sobre nutrición fue tomada de la Oficina del Niño en Washington D.C. o del INCAP, sobre todo al no existir una institución local que formara profesionales en el campo.³⁶² Es decir, los conocimientos en nutrición acogidos por el Ministerio de Salubridad estuvieron respaldados en la experiencia de dos instituciones importantes, tanto porque dedicaron sus labores a la salud del infante como por las investigaciones y el apoyo sobre temas relacionados puntualmente con la alimentación. Estas fueron publicaciones que recogieron los conocimientos en un área que tomaba cada vez mayor relevancia debido a los crecientes casos de desnutrición infantil en términos globales. No fue extraño, por tanto, que Costa Rica retomara estas publicaciones a la luz de una situación que se había comenzado a percibir localmente más de tres décadas atrás y que ponía en desventaja a los infantes del país.

El establecimiento del INCAP se propuso en 1946 con el fin de identificar problemas nutricionales, y orientar y apoyar el desarrollo de la investigación y la atención al respecto en la región.³⁶³ El instituto había estado formando a un conjunto de estudiantes en materia de nutrición, de entre los cuales no sólo se encontraban costarricenses y centroamericanos sino también otros interesados provenientes de muy diversas regiones como Europa Central, Europa del Norte, Norte y Sur América, e inclusive de Asia.³⁶⁴ Es decir, el ente centroamericano figuró como un centro influyente en cuanto a nutrición y educación. Sobre el caso particular de Costa Rica, el INCAP había estado relacionándose en varios sentidos

³⁶² La primera Escuela de Nutrición de Costa Rica se creó hasta 1980. Escuela de Nutrición, Reseña Histórica la Escuela de Nutrición, accesado Enero 18, 2021, <http://nutricion.ucr.ac.cr/index.php/es/features/content-right-sidebar>.

³⁶³ Nervin Scrimshaw, “La primera década del INCAP”, accesado Enero 02, 2021, <http://www.incap.int/index.php/es/listado-de-documentos/acerca-de-incap/1-la-primera-decada-del-incap/file>.

³⁶⁴ Christiane Berth y Corinne A. Pernet, “Wissenstransfer, Experten und ihre Handlungsspielräume am Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), 1961-1982”, *Geschichte und Gesellschaft* 41, no. 4 (2015): 636. El artículo, además, ofrece una perspectiva renovada que considera a Centroamérica como un centro global de generación de conocimientos.

con su sistema de salud pública, tan así que ya desde 1948 la institución centroamericana llevaba a cabo investigaciones sobre las dietas de los costarricenses. Además, en 1950, segundo año de publicación del Suplemento de Puericultura, el país se integró al instituto.³⁶⁵

Después de la integración, el INCAP y el Ministerio de Salubridad desarrollaron en 1950 una investigación con 150 niños de escuelas urbanas, suburbanas y rurales.³⁶⁶ Y, en 1953, las mismas instituciones trabajaron conjuntamente en estudios antropométricos de más de 25.000 escolares que demostraron un retraso en el desarrollo de los infantes costarricenses frente a los estadounidenses, así como en pruebas hepáticas de las madres y niños que asistieron a los Centros de Nutrición (Naranjo y San Ramón) y en el estudio del bocio endémico.³⁶⁷ En 1956, se levantó una encuesta clínica nutricional en Turrialba y el Ministerio continuó las investigaciones en nutrición.³⁶⁸ De esta manera, la información brindada por la institución pública se divulgó con bases verificables, con el respaldo de especialistas en el tema que estaban construyendo conocimiento en y sobre la región y con la seguridad que surgía de una relación cercana.

Las investigadoras Berth y Pernet han mostrado que para 1975 el país centroamericano ya contaba con 85 personas instruidas por el instituto,³⁶⁹ aunque no se puede comprobar cuántos estudiantes costarricenses fueron formados durante la década de 1950. En todo caso, sí puede constatar que ya para los años del período en estudio los consejos del Ministerio surgieron del vínculo entre el sistema de salud de Costa Rica y el INCAP, o sea, fueron producto de un trabajo regional e institucional puesto en función de los infantes a pesar de que ninguno de los dos entes se limitara únicamente a la salud de los niños. Esto último es importante, pues quiere decir que ambas instituciones compartieron preocupaciones y dirigieron sus trabajos hacia la especialización –suponiendo que las funciones en torno a la niñez constituían de por sí un campo particularizado de la salud, de la medicina o de la higiene–.

³⁶⁵ Amador, “Evolución de la nutrición”, 31-32.

³⁶⁶ Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional), 1951.

³⁶⁷ Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional), 1954.

³⁶⁸ Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional), 1958.

³⁶⁹ Berth y Pernet, “Wissenstransfer, Experten”, 636.

Vale añadir que hay registros, escasos pero existentes, sobre la formación del personal de salud en Costa Rica, y no solo del papel del INCAP como agente aislado. Entre estos, la asistencia a Congresos de Nutrición en Colombia y Guatemala, y la participación en el Seminario de Comedores Escolares desarrollado en San José con especialistas en Nutrición.³⁷⁰ Además, como parte del Programa de Educación Nutricional, se efectuaron conferencias y demostraciones de cocina al personal de educación, a los estudiantes y a los padres de familia, pese a la falta de personal en educación nutricional señalada en las memorias del Ministerio de Salubridad Pública. Esto sugiere que había una preparación en el campo nutricional que permitió, con las limitaciones del caso, formar una cadena de enseñanza en temas que eran parte de un currículum profesional e institucionalizado, en tópicos que ya no debían formar parte del conocimiento popular o empírico.³⁷¹

2. Conductas y hábitos a seguir

El presente acápite pretende mostrar, junto a los artículos sobre la malnutrición infantil, las diferentes formas en que la institucionalidad pública de la salud procuró intervenir en la vida cotidiana de aquellos que apenas estaban en formación, e intenta evidenciar que la medicina como especialidad buscó jugar un papel determinante en el porvenir del niño de la década estudiada. Para esto, hay que tener claro que las sugerencias en torno a los hábitos serán consideradas como una manifestación de los médicos o psicólogos sobre la forma en que era o debía ser un infante.

Los artículos referentes a los hábitos y los comportamientos infantiles, intentaron primeramente hacer entender a los padres –y algunas veces sólo a las madres– que las actitudes que tomaran los niños estaban únicamente determinadas por ellos mismos (los progenitores). Es decir, desde el suplemento se concibió a los padres como aquellos que debían guiar la formación de sus hijos y que tenían la responsabilidad de comportarse de manera adecuada por cuanto eran los modelos a seguir de los niños, de manera que ellos eran quienes debían velar porque sus hijos adquirieran buenos o malos hábitos.³⁷² Para los médicos,

³⁷⁰ Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional), 1954.

³⁷¹ Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional), 1958.

³⁷² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 21, 17-09-1950.

además, los padres debían encargarse de fortalecer los hábitos de sus hijos mediante dos vías: una era la reprimenda o la indiferencia ante los malos comportamientos de los niños y la otra tenía que ver con los incentivos, las felicitaciones y la facilitación de elementos que contribuyeran a proseguir con los hábitos deseables según las nociones de salud del período.³⁷³ En este sentido, el suplemento sugirió que:

Una de las primeras obligaciones de los padres es enseñar a los hijos a hacer habitual e inconscientemente las cosas que contribuyen a la buena salud. Los hábitos de salud o higiene guardan relación con las otras tareas fundamentales del niño: comer, dormir, jugar, eliminar y mantener el cuerpo limpio y propiamente vestido. La mayor parte de estos hábitos deben ser adquiridos en los primeros tres o cuatro años de la vida, y una vez aprendidos pueden durar toda la vida.³⁷⁴

La cita resume los aspectos mencionados pues demuestra que el suplemento otorgó la responsabilidad de los hábitos a los padres, y evidencia la importancia que para los médicos tenían los hábitos en la salud infantil. Para los doctores la infancia debía estar enmarcada en la higiene física y mental. En esta línea, el Suplemento de Puericultura también le explicó a los padres en sus primeras publicaciones que el trabajo asignado implicaba una serie de desafíos y que la enseñanza de los hábitos no estaría exenta de tres complicaciones, a saber: la disminución de interés por parte del niño cuando sus padres le insistieron sobremanera en el aprendizaje, el desagrado del niño acerca del aprendizaje cuando su madre se preocupara más de la cuenta, y la indisposición del infante en su aprendizaje cuando los padres se mostraran impacientes por el ritmo en la adquisición de los hábitos.³⁷⁵ La enseñanza de los hábitos, pues, debía asumirse como una tarea más de la crianza de los niños; se trataba de una crianza integral con evidente influencia de la psicología.

Si bien es cierto que lo anterior determinaba las actitudes que los padres debían tener respecto al aprendizaje de sus hijos y que les atribuía un lugar de capital importancia en la conformación de la niñez sana, no es menos cierto que la cita alude asimismo al comportamiento o las reacciones que para los médicos eran usuales en los niños. Es decir, a la dicotomía de niño sano y niño bajo riesgo de enfermedad, donde se desarrollaba el proceso de medicalización. Es por esto que los consejos atinentes a los temas mencionados en la cita

³⁷³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 48, 28-10-1951.

³⁷⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 48, 28-10-1951.

³⁷⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 59, 17-02-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 60, 24-02-1952.

anterior (alimentación, sueño, vestimenta, juego y aseo), fueron profundizados con frecuencia desde las primeras hasta las últimas publicaciones del suplemento y fueron discutidos en las memorias del Ministerio. Por tal motivo, cada una de estas áreas en particular es un prisma desde el cual se puede observar qué entendían los médicos por un niño sano y por qué estos elementos fueron vitales en el crecimiento del infante del período, o sea, cómo fue concebida la infancia saludable a través de los consejos alrededor de los cinco puntos señalados.³⁷⁶

Aspectos como el sueño fueron visualizados desde una perspectiva totalmente distinta y especializada, en el sentido de que se trató de una visión dictada desde la salud pública o la esfera médica pese a que el problema pudiera parecer un componente superfluo de la cotidianidad del niño o la niña y sus padres. Para los médicos fue asunto de atención primaria la regularidad en los horarios del sueño, y fue importante tener en cuenta las singularidades de cada infante o las edades de estos para variar los hábitos al respecto. El suplemento sugirió que el niño debía someterse a diferentes horarios de sueño cada vez que superara una etapa etaria, y debía acoplarse a un esquema como el siguiente: “Durante toda la infancia, el niño debe dormir mucho por la noche, pero las siestas diurnas deben irse acortando gradualmente, de acuerdo a la edad. Por lo menos dos, una larga y una corta, le son necesarias hasta tener más de un año. Poco después del primer cumpleaños, y a veces hasta antes, el niño abandonará la siesta corta...”³⁷⁷ Después de haber sobrepasado el primer año de vida, la siesta “se acortará mucho entre las edades de 1 a 5 años, pero la duración del sueño nocturno permanecerá casi invariable en todo este periodo, los niños duermen de 11 a 12 horas.”³⁷⁸

Con la finalidad de que se cumplieran todas estas modificaciones higiénicas por parte de los padres y sus hijos, el suplemento indicó que era menester seguir otra serie de reglas como evitar los juegos muy dinámicos antes de acostarse; evitar la lectura de cuentos de terror antes del sueño “sobre todo a los niños muy imaginativos, quienes se afectan con las aventuras narradas, más de lo que los adultos se dan cuenta”; entre otras.³⁷⁹ Se trataba,

³⁷⁶ Las explicaciones sobre el aseo de los niños, también integradas en los hábitos propuestos por el suplemento, serán abordadas en el siguiente apartado.

³⁷⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 27, 24-12-1950.

³⁷⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 69, 21-05-1952.

³⁷⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 72, 15-06-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 73, 22-06-1952.

entonces, de un elemento que sugiere atención meticulosa por parte de los médicos, en el sentido de que el suplemento no se limitó a la regulación, pues también recomendó a los padres conocer los motivos que alteraban el sueño de sus hijos,³⁸⁰ mientras explicó, como si de una especialidad se tratara, las diferentes razones por las cuales el niño no podía dormir.

Los motivos de la falta de sueño en los niños y niñas se debían a que estos hacían una larga siesta, a la falta de ejercicio o al deseo de atención de estos, a alguna enfermedad o a que el o ella “no se haya acostumbrado a un plan de vida demasiado estricto”.³⁸¹ Es decir, la concepción médica intentó delinear la infancia bajo preceptos higiénicos y a través de hábitos que, a primera vista, eran tan simples como el sueño. Por otro lado, se trató de consejos que fueron publicados porque estaban ligados a la faceta psicológica del infante o si se quiere, a un área social y de la salud. Sobre esto último se volverá más adelante, pero es necesario tenerlo en cuenta pues denota que efectivamente había un factor de la salud del niño que estaba en juego en los sistemas de salud de Costa Rica en particular y de América Latina y otras regiones en general.

El fenómeno anterior fue similar para otros componentes de la actividad vital de los infantes y sus padres, en especial con todo aquello que tenía que ver con la vestimenta y los juegos de los niños y niñas. Sobre la vestimenta, el suplemento dejó consignado desde el primer número dedicado a este elemento que “la ropa debe escogerse teniendo en cuenta la salud, comodidad, conveniencia y agrado, así como la educación del niño a quien está destinada; no debe elegirse simplemente para complacer al adulto que se deleita vistiendo al niño como si fuera una muñeca.”³⁸² La cita es importante porque refuerza el argumento de que la medicina intentaba inmiscuirse en la cotidianidad del infante; es decir, es necesario considerar que el suplemento no se dedicó a dar consejos sobre la vestimenta y la moda – entendida esta desde el punto de vista estético–, sino que su propósito residió en brindar las pautas que acotarían en la higiene del niño y la niña.

³⁸⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 119, 06-09-1953.

³⁸¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 73, 22-06-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 74, 29-06-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 76, 13-07-1952.

³⁸² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 50, 11-11-1951.

No obstante, hubo ocasiones en que el suplemento aludió a los supuestos gustos de los infantes, tanto para elegir su ropa como para compararla, si bien esto fue relacionado por los médicos o psicólogos desde el punto de vista de la formación de la personalidad, no de la introducción al mercado³⁸³ como sucedió en el caso de las mujeres adultas de la época.³⁸⁴ En esta línea es pertinente preguntarse ¿cuáles fueron las preocupaciones de los médicos sobre la vestimenta y cuáles, por tanto, eran aquellas que se externaron a los lectores desde un punto de vista profesional? La siguiente cita da luz sobre esto:

La ropa del niño debe estar hecha de tal manera que no se dé cuenta que la lleva puesta; debe ser sencilla, fácil de lavar, adecuada al clima, de poco peso, que no abulte, lo suficientemente amplia para la mayor comodidad, sin fajas apretadas. Asimismo, al niño debe agradaarle la ropa que use, pues puede sentirse cohibido si lleva prendas que no le gusten o con las cuales le parezca estar demasiado en evidencia.

Al escoger la ropa del niño, debemos hacernos las siguientes preguntas: Podrá el niño jugar libremente teniéndola puesta?; será bastante abrigada?; permitirá el libre desarrollo del cuerpo, la circulación de la sangre y la actividad muscular?; le permitirá estar de pie sin dificultad?; podrá ponerse y sacarse fácilmente, y no presentará dificultades en el excusado?; podrá lavarse bien y será durable?; le agradaará al niño?³⁸⁵

De esta manera, es evidente que la vestimenta estuvo signada por los parámetros higiénicos, o por lo menos eso fue lo que se procuró desde el Ministerio. Es más, el suplemento aconsejó que cada una de las prendas de vestir debía disponer de las condiciones necesarias para la salud del niño, abarcando desde los zapatos y la ropa interior hasta los pantalones, las blusas y los vestidos. Los zapatos de los niños debían cumplir con ciertas medidas que tomaran en cuenta el tamaño de los pequeños huesos del niño y debían acoplarse bien al infante para que no maltrataran sus pies y así se sintiera más cómodo. La ropa interior de los párvulos tenía que ser elaborada con determinados materiales para que no estrujara y para que fuera más fácil utilizarla al momento de hacer sus necesidades. Los botones debían ser lo suficientemente grandes para que el niño los pudiera manejar, y las prendas como los

³⁸³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 51, 02-12-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 79, 10-08-1952.

³⁸⁴ González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra*.

³⁸⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 50, 11-11-1951.

vestidos debían confeccionarse de manera que también fueran manejables para las niñas en sus actividades cotidianas y tomando en cuenta los diferentes tipos de tela.³⁸⁶

Las sugerencias sobre la vestimenta, pues, estuvieron menos orientadas a los hábitos, las maneras de aprendizaje o los gustos y estuvieron más enfocadas en la comodidad e higiene física de los pequeños. Sin embargo, hubo algunos casos donde sí se plantearon recomendaciones alrededor del aprendizaje y el comportamiento de los niños respecto a las formas de vestir, haciendo referencia a la independencia, el desarrollo de los gustos después de los 4 años de edad, la importancia del orden y la preparación de la ropa, y el problema de las distracciones cuando el infante se vestía.³⁸⁷ Estos artículos, al igual que los anteriores, buscaron estimular la higiene física y mental de los niños/niñas partiendo de estereotipos de género, lo cual será explicado tras la revisión del juego, otro tema cotidiano convertido en objeto de higiene y salud.

Las sugerencias del juego no distaron de las recomendaciones en torno al sueño y la vestimenta; según los médicos, en esta actividad cotidiana también se encontraban las bases de la infancia. En este caso, con base en el libro *El Niño de Uno a Seis Años* de la Oficina del Niño (Washington, D.C.), se publicó:

Hay pocos espectáculos tan agradables como el que presenta un niño feliz cuando juega. Observar los niños jugando, es presenciar la realización de un acertado plan de la naturaleza para contribuir al desenvolvimiento de sus facultades. El juego es un gran constructor: forma cuerpos, haciendo trabajar los músculos; forma mentes, pues el niño que juega agudiza su inventiva, está alerta y se ve ante problemas que debe resolver de inmediato; forma la conciencia social, pues durante el juego, el pequeño debe tener en cuenta a los demás; da salud, pues el juego activo significa estar al aire libre y al sol.³⁸⁸

La cita es sugerente por dos razones: una es que evidentemente hay una interconexión entre el juego y las concepciones que tenían los médicos respecto a la salud infantil; y otra

³⁸⁶ Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 51, 02-12-1951; no. 53, 16-12-1951; no. 81, 24-08-1952; no. 82, 31-08-1952; no. 83, 21-09-1952; no. 53, 16-12-1951.

³⁸⁷ Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 50, 11-11-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 51, 02-12-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 79, 10-08-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 80, 17-08-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 85, 05-10-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 86, 12-10-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 82, 31-08-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 83, 21-09-1952.

³⁸⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 5, 19-02-1950.

es que, no cabe duda de que el juego fue abordado desde una perspectiva permeada por la salud mental o la higiene mental. De igual forma que en el caso del sueño y la vestimenta, los temas sobre el juego brindados en el suplemento estuvieron caracterizados por retomar las singularidades según la edad del infante, los diferentes tipos de actividades lúdicas y las reglas que debían seguir tanto padres como niños y niñas para su ejecución.

El suplemento recomendó que los niños debían contar con un espacio exclusivo para sus actividades, es decir, debían tener un lugar dentro de su casa así como un espacio externo para jugar,³⁸⁹ pero además, sus padres debían disponerles juguetes acorde con sus capacidades físico-motoras o que, en concomitancia, ayudaran a desarrollar estos aspectos.³⁹⁰ El suplemento dejó constancia de una amplia como diversa cantidad de juguetes que podían, y debían, ser utilizados por los niños según su edad; los juguetes grandes fueron para los niños más pequeños, según los médicos, puesto que su musculatura estaba en un proceso muy temprano de formación, o sea, debía contar con “escaleritas y cajones para trepar, bloques grandes para arrastrar y levantar”. Mientras que, los niños de edades más avanzadas gustaban de “recortar figuras con tijeras, dibujar con lápices de colores, ajustar piezas de rompecabezas simples...”³⁹¹, por lo cual debían facilitárseles “papeles de colores, rollos de papel periódico o papel para empapelar, lápices de colores, pinceles y pinturas, de los que se usan para cartelones, arcilla o “plasticina”, tijeras con punta roma, bloques de diversos tamaños”.³⁹² Las sugerencias permite observar que los médicos pensaban una infancia sana con base en mínimos detalles lúdicos, lo que en términos reales era poco viable tomando en cuenta que había infantes con necesidades básicas de alimentación.³⁹³

Por otro lado, es importante tener en cuenta que los consejos sobre los diferentes tipos de juguetes presentados en el suplemento también iban de la mano con el sexo de los niños y la construcción del género normativo. En algunas ocasiones los consejos o explicaciones dejaron claro que artículos como las muñecas o los ganchos con ropa estaban destinados a las niñas y que juegos como la construcción, eran de la afinidad de los niños.³⁹⁴ En la misma

³⁸⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 7, 05-03-1950.

³⁹⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 8, 19-03-1950.

³⁹¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 8, 19-03-1950.

³⁹² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 221, 18-03-1956.

³⁹³ Menjívar Ochoa, ““¡Cuidado, niños trabajando!””, 2012: 161-167.

³⁹⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 221, 18-03-1956.

línea, el libro del cual se tomaron los aspectos relacionados con el juego, indicaba que los niños seguían como ejemplo su vida y que por tanto éstos interpretaban papeles como el médico o la enfermera, o que jugaban con trenes, camiones o muñecas.³⁹⁵

La vestimenta motivó argumentos parecidos cuando los encargados de los artículos asumían que las niñas usaban vestidos y los niños ciertas prendas como pantalones u overoles, o cuando indicaban que las niñas tenían mayores habilidades para aprender a vestirse en contraposición con los niños, lo cual no tenía sustento científico.³⁹⁶ Por tanto, podría colegirse que este tipo de comentarios o sugerencias coadyuvaron a definir cuáles eran las actitudes que debían tener los infantes según su sexo y que incentivaron la construcción de roles de género asociados al contexto. Fueron realmente pocas las ocasiones en que este tipo de manifestaciones apareció en el Suplemento de Puericultura y no se tienen evidencias de que se discutieran en otros espacios del Ministerio, por tanto, no es posible deducir con total contundencia que había una presencia significativa de las visiones de género relativas a la formación de los niños. Sin embargo, se ha visto que las mujeres fueron tratadas muy conservadoramente, por lo que, sin lugar a dudas, los patrones hetero-normativos fueron parte del desenvolvimiento institucional.

Además de la identificación de continuidades que se ha hecho aquí y en otros trabajos como el de González para la mitad de siglo, es interesante encontrar otros aspectos contextuales que ayudan a entender el problema presentado. Durante el período en estudio y los años posteriores, el juego, la vestimenta y el comportamiento fueron observados y utilizados por un grupo de psicólogos y psiquiatras en Estados Unidos para orientar a niños/niñas que, desde su criterio, se habían desviado de la norma. Los niños y niñas debían jugar con ciertos juguetes y vestirse de cierta forma, porque si no lo hacían, podían ser “reorientados” o sometidos a experimentación en su vida cotidiana. Estos especialistas afirmaban que las familias de los niños con comportamientos femeninos y las niñas con actitudes masculinas podían recibir asistencia para revertir esas manifestaciones.³⁹⁷ No se puede afirmar que estos enfoques calaran en Costa Rica, sobre todo porque fueron

³⁹⁵ Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 9, 02-04-1950.

³⁹⁶ Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 80, 17-08-1952.

³⁹⁷ Karl Bryant, “Making Gender Identity Disorder of Childhood: Historical Lessons for Contemporary Debates”, *Sexuality Research & Social Policy* 3, no. 3 (2006): 23-39.

vanguardistas en los años cincuenta, pero sí es evidente que el círculo médico vio la identidad de género como un objeto de trabajo.

El vínculo entre las prácticas lúdicas y las influencias de la psicología puede hallarse en otros artículos publicados en Costa Rica. En este sentido, los artículos sobre los juegos explicaron a los padres que los niños debían jugar de forma colectiva o con otros compañeros de sus mismas edades porque, según estos, el infante era un ser social y por tanto requería de otras personas para formar una personalidad cuyas características deseables se movieran entre el liderazgo, la confianza y la iniciativa. En la misma línea, que integraba las nociones sobre el comportamiento infantil, el suplemento señalaba que también era oportuno que los padres incentivaran el juego individual pues los niños aprenderían a independizarse sin inmiscuirse en el espacio de juego de sus hermanos o hermanas mayores.³⁹⁸ La personalidad se formaba a través de la vestimenta, el juego de roles y el comportamiento social.

Al lado de aquellas sugerencias que no dejaron de mostrar la importancia que el juego tenía sobre los infantes, el Ministerio publicó otros artículos que indicaron, nuevamente a los padres, la necesidad de inculcar valores como la cortesía, ya que estos eran vitales al momento del juego con otros niños, además de catalogar como un “buen hábito” este tipo de aprendizajes infantiles.³⁹⁹ Por último, otra perspectiva sobre el juego, el comportamiento y la personalidad del niño, residió en la importancia que tenían los “juegos dramáticos de fantasía” –o actuación de situaciones irreales–, debido a que estos permitían el desarrollo de la imaginación en el infante.⁴⁰⁰ Estas concepciones, entonces, dejan vislumbrar que la salud pública incorporaba como tarea la explicación dirigida a los padres sobre cómo debía guiarse el juego de los infantes para que estos lograran desarrollar una serie de capacidades que eventualmente serían de utilidad; pero también, se puede notar que el suplemento determinó por medio de los artículos del juego, cuáles eran los comportamientos que normalmente derivarían del niño al ejecutar las actividades mencionadas. Una desviación podía denotar anormalidad en los infantes y una carga para los padres.

³⁹⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 10, 16-04-1950.

³⁹⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 219, 04-03-1956; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 220, 11-03-1956.

⁴⁰⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 9, 02-04-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 218, 26-02-1956; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 220, 11-03-1956.

La atención puesta sobre todos los aspectos que tenían que ver con las actividades lúdicas de los infantes, debe ser observada bajo la luz de un contexto internacional en el cual el juego estaba tomando un papel crucial en el crecimiento de los niños. Había otros espacios fuera de América Latina, como el National Children's Home en Inglaterra, donde hubo una transformación en los enfoques que los encargados le estaban dando a los niños y que se podían constatar a través de las imágenes que proyectaban –en este caso por medio de álbumes fotográficos donde aparecían los infantes–. El centro inglés para niños había estado elaborando imágenes que retrataban la salud meramente física de los sujetos –medidas, peso, entre otros aspectos– pero ya para las décadas que también conciernen a este trabajo (1950 y, aparte, 1960) pasaron a exponer la vida de los infantes por medio de tomas en las cuales estos aparecían jugando y mediante las cuales intentaban representar su salud mental.⁴⁰¹

Además, en Argentina, Florencio Escardó y Amilcar Marzorati e Isolda Breyer trabajaron en la década de 1940 con el juego como terapia para liberar el estrés y para facilitar tratamientos físicos. En el decenio siguiente, Escardó y su equipo continuaron aplicando la terapia en el centro hospitalario que este dirigía, al tiempo que procuraban, en conjunción con este procedimiento, evitar las intervenciones invasivas. Tales teorías fueron tan recientes como en Costa Rica, aunque para el caso argentino Rustoyburu rastrea claramente que el origen de la “paidoterapia” o terapia mediante el juego se debió a una traducción y difusión de un texto de F. Schneersohn, quien delimitaba una parte de su trabajo a la salud infantil.⁴⁰² Es decir, al igual que en el caso del Suplemento de Puericultura del Ministerio de Salubridad Pública de Costa Rica, y durante el mismo período, recién se estaba adoptando una concepción que tomaba el juego como un elemento constitutivo de la salud mental del niño y que denotaba las nuevas ideas que la psicología aportaba sobre la salud infantil.

Hay evidencia de que, ya desde inicios del siglo XX, Adolph Pinard (propulsor de la puericultura en Europa) relacionaba el comportamiento y crecimiento con los juegos de los niños, de modo que el juego por sí solo no parece ser una novedad del período, sino más bien producto de una atención cuidadosa por parte de los especialistas que estaban estudiando la infancia desde la higiene mental. Por esto mismo no extraña que los artículos provenientes

⁴⁰¹ Fink, “Inside a hall”, 291-292, 302-304.

⁴⁰² Cecilia Alejandra Rustoyburu, “Pediatria psicósomática y medicalización de la infancia en Buenos Aires, 1940-1970”, *História, Ciências, Saúde-Maguihos* 22, no. 4 (2015): 1256, 1260, 1262.

de Estados Unidos contemplaran tal dimensión poco antes del período en estudio –recuérdese que los mensajes estadounidenses se habían publicado en la década de 1940. Sin embargo, el juego, como componente de la salud mental promovida en Costa Rica, no parece haber tenido un lugar preferente para los médicos del Ministerio antes de la década de 1950. En los informes del Departamento de Higiene Mental, el Dr. Fernando Quirós Madrigal –Jefe del departamento, maestro y preparado en las áreas de Farmacia y Psiquiatría⁴⁰³ informaba sobre la primera terapia de juego, impartida por una especialista en Pedagogía a 21 niños en 1954.⁴⁰⁴ Entonces, si bien en Europa el vínculo entre juego e higiene mental databa de medio siglo atrás, en Costa Rica y en otros países apenas estaba emergiendo.

Si bien una parte de las actividades lúdicas fue vista desde un ángulo que parecía más psicológico o que se acercaba más a la higiene mental, algo más evidentes fueron los artículos acerca de las emociones y el comportamiento general del niño/niñas. En los últimos meses de las publicaciones del suplemento, se emitió una serie de artículos que suman veintiséis y que integran entre sus temas el miedo, el enojo y el afecto; evidenciando el cada vez más estrecho vínculo entre la salud infantil y los aspectos psicológicos. En estos artículos, se les advirtió a los padres que su apoyo era vital en el dominio o manejo de las emociones del niño/niña porque, de no ser así, podían causar graves consecuencias en la salud de este/esta.⁴⁰⁵

La educación, el soporte y la protección emocional que recibiera el niño/niña por parte de sus padres era necesario para quienes escribían estas explicaciones porque según estos “los niños no nacen con temores, amores y odios específicos...a medida que crecen tienen experiencias desagradables que causan temor, y comienzan a tener otras tan agradables, respecto a las demás personas, que se desarrolla en ellos el sentimiento del amor”.⁴⁰⁶ En otras palabras, y según el suplemento, uno de los objetivos de los padres debía ser acompañar a los infantes en este proceso formativo.

⁴⁰³ Gonzalo Adis Castro, “Recordando al Doctor Fernando Quirós Madrigal”, *Cúpula* 8, no. 16 (1984): 21-26.

⁴⁰⁴ Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1955).

⁴⁰⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 88, 26-10-1952.

⁴⁰⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 90, 16-11-1952.

Al respecto, los médicos o psicólogos indicaron que el miedo en los niños podía aparecer por la sugestión de los padres, ante lo cual las madres debían aprender a controlar sus emociones porque la continuación de expresiones de este tipo podía contagiarse al pequeño/pequeña. En este sentido, el suplemento brindó a las madres una serie de sugerencias para “curar” sus miedos en virtud del niño.⁴⁰⁷ También señalaron que los castigos propiciados por los padres o las situaciones incomprensibles para los niños podían conducir al miedo, así como también los movimientos o sonidos inesperados.⁴⁰⁸ Todo lo cual podía aminorarse siguiendo un conjunto de recomendaciones, como la explicación de padres a hijos entorno a aquellos aspectos que fundaban el miedo: un animal, los policías, los dentistas, los médicos o las enfermeras –por lo demás expuestos con frecuencia en los consejos de puericultura.⁴⁰⁹

Los padres encargados de la crianza de los niños, además, debían aprender a identificar cuáles eran las causas comunes del enojo –rabietas, interrupción del juego, hambre o cansancio–, mientras el suplemento explicaba al mismo tiempo cuáles eran las vías que tenían que seguir los padres para evitar que el infante manifestara estas emociones. Por ejemplo, debían cumplir con los horarios establecidos para las actividades mencionadas arriba, mostrar ciertas actitudes, ignorar a los niños y dejarlos solos cuando se comportaban con enojo.⁴¹⁰

Por otra parte, pero igualmente centrado en la explicación sobre las emociones, el suplemento señaló acerca del afecto que comúnmente los niños comenzaban a percibirlo desde edades tempranas y que sentían celos cuando estaban esperando la llegada de un hermano menor. Así, los padres, y en especial la madre, debían percatarse de atender imparcialmente a todos sus hijos por medio de determinadas actividades.⁴¹¹ Lo interesante

⁴⁰⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 97, 01-02-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 94, 04-01-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 95, 11-01-1953.

⁴⁰⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 99, 22-02-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 97, 01-02-1953.

⁴⁰⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 92, 21-12-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 101, 08-03-1953.

⁴¹⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 105, 19-04-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 106, 26-04-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 108, 10-05-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 109, 17-05-1953.

⁴¹¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 113, 14-06-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 114, 05-07-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 115, 12-07-1953.

de estas ideas expuestas en el suplemento es que, así como pasaba con las demás explicaciones, los artículos reflejaban tanto el supuesto comportamiento de los infantes como las tareas que debían seguir los padres, de manera que el material permite evidenciar las concepciones médicas o psicológicas sobre los primeros y las disposiciones sugeridas para los segundos. Es decir, la representación de la madre y el niño y sus responsabilidades.

Además, es interesante y pertinente conocer el origen de esas ideas de talante más psicológico. Las explicaciones sobre la presencia en el suplemento de este tipo de consejos pueden ir en varias direcciones, pero todas interconectadas. Primero, hay que tener en cuenta que era común encontrar recomendaciones con tintes psicológicos en las publicaciones de puericultura que se ofrecían en diferentes regiones antes y durante el mismo período en cuestión. Uno de estos ejemplos ya ha sido mencionado (el del National Children's Home de Inglaterra), pero había otros casos como los presentados por Chernyaeva, Godinho y Rostoyburu para la Unión Soviética, Brasil y Argentina respectivamente.⁴¹² Las tres autoras coinciden en que los consejos psicológicos ocupaban un lugar irremplazable en los manuales de puericultura dedicados esencialmente a las madres, de modo que las mujeres debían ponerle cuidado a tales aspectos en el proceso de la crianza de sus hijos. Este tipo de recomendaciones era tan importante como las de corte nutricional o gineco-obstétrico.

La propuesta para Argentina y Colombia es más elocuente para los efectos de la relación que se quiere proponer entre los consejos brindados en Costa Rica y las recomendaciones dadas en un marco regional. Resulta que ya desde el decenio de 1930, los textos de puericultura del primer país sudamericano daban luz en materia psicológica de una forma realmente similar a las publicaciones adoptadas por el suplemento en Costa Rica. Los temas que trabajaban los psicólogos en aquellos manuales argentinos, giraban alrededor del juego, los buenos modales, el sueño y el sistema nervioso del niño, recomendando al mismo tiempo la consulta al especialista.⁴¹³

En el período que incumbe aquí, e incluso en las décadas de 1960 y 1970, algunos de los profesionales involucrados en el análisis y aplicación de la higiene psicológica

⁴¹² Chernyaeva, "Upbringing à la Dr. Spock:", 242-245; Godinho Lima, "Maternidade higiênica", 110-111; Rostoyburu, "Pediatria psicossomática", 1249-1265; 2016: 117-142.

⁴¹³ Cecilia Alejandra Rostoyburu, "Maternidad e infancia. "Los consejos médicos y psicológicos en la revista Hijo Mío...! Buenos Aires, en la década de 1930", *Arenal* 23, no. 1 (2016): 134-135, 129.

continuaron trabajando este tema. Escardó, por ejemplo, se enfocó en el efecto de la presencia materna en los niños que padecían alguna dolencia (poliomielitis y asma) bajo la influencia de los hallazgos de Thomas French y Franz Alexander, según Rostoyburu. En Colombia, por otro lado, la década de 1930 presenció estudios en el campo de la higiene mental; en este sentido, Julio Martínez, Pablo Llinás y Emilio Robledo centraron su atención en la fatiga muscular, el sueño y la fatiga intelectual respectivamente, y sobre todo en el vínculo entre el cansancio, la inactividad física y el *surmenage* en los infantes. Todo esto fundamentados, a criterio de María F. Vásquez, en los aportes de Angelo Mosso, Mathias Duval y Alfred Binet, es decir, en referentes teórico-metodológicos exógenos.

Pese a que en el Suplemento de Puericultura estuviera ausente la recomendación sobre las consultas psicológicas de los infantes y a pesar de que toda la información referente a los aspectos psicológicos aquí presentados estaba tomada de un libro que se había producido en Estados Unidos, es importante rescatar que la reproducción de conocimientos no fue gratuita, sino que se debía a una base que permitía la selección y adopción de las nociones que llegaban de otros espacios. Es cierto que eran otras las enfermedades, y no las mentales, las que generaban mayor preocupación y atraían mayores esfuerzos por su peso en la mortalidad infantil y los efectos tangibles, pero la presencia de los artículos analizados expone una conceptualización integral de la puericultura, de ahí las congruencias –desde una panorámica general– con otros países donde se desarrollaba, quizá más extendidamente, la higiene mental como parte de la puericultura.

En Costa Rica el Ministerio estableció la Sección de Higiene Mental en 1938, la cual publicó folletos con títulos sugerentes: “Niños enfermos mentales”, “Proteja la salud mental del hijo”, “Para la salud mental del niño”, entre otros. Aparentemente fue en estos años cuando ingresó la perspectiva relacional de higiene, maternidad, infancia y puericultura, por esto se afirma que había una base asociada a la información divulgada durante la década de 1950. No se cuenta con abordajes historiográficos alrededor del tema de la higiene mental en la puericultura para los años anteriores al estudiado, solamente se sabe que en 1900 el médico Benjamín Céspedes consideró en su libro *La higiene de la infancia en Costa Rica* que la

afección materna tenía efectos sobre el comportamiento moral de sus hijos/hijas.⁴¹⁴ Sin embargo, esta es una referencia aislada.

3. Espacio, ambiente y cuerpo sanos

El Ministerio de Salubridad Pública también se propuso cubrir otros aspectos de la vida cotidiana de los padres y los niños, que no dejaron de estar relacionados con la higiene. En este caso, varios de los consejos tomaron la forma de la limpieza y el aseo de los espacios y los cuerpos de los infantes, lo cual remite a la frase de Ariés sobre el papel de la familia – pese al distanciamiento temporal y espacial– y a la reorganización internacional y nacional en torno al medio ambiente. El material divulgativo, entiéndase el Suplemento de Puericultura, abogó por espacios que no estaban al alcance total del Ministerio de Salubridad Pública, pero que podían ser atendidos por quienes los habitaban; de manera que su atención estuvo dirigida hacia el espacio interno y privado.

Uno de los primeros espacios que debía reunir las características higiénicas, era el dormitorio del niño. El consejo en este sentido fue que el pequeño contara con una habitación propia pero también, y más importante, que este espacio mantuviera los rigores de limpieza, es decir, tenía que ser un cuarto limpio, ventilado y con los objetos adecuados para el niño según su edad.⁴¹⁵ Hasta la cama del infante debía cumplir con una forma y una ubicación que permitiera una fácil limpieza y que, por tanto, contribuyera en el aseo;⁴¹⁶ pero también debían cuidarse los muebles y objetos cuando, por ejemplo, se rociaba con DDT (insecticida comúnmente usado para el período) la habitación del infante.⁴¹⁷ Las recomendaciones demuestran que los médicos procuraron interferir en casi todos, sino todos, los aspectos que rodeaban la vida del niño. Es otra cuestión si tales sugerencias se llevaron a la práctica, pese a que las instrucciones no parezcan indicar una flexibilidad dirigida a quienes, como apuntamos arriba, no podían siquiera obtener los alimentos necesarios para llevar el régimen nutricional aconsejado.

⁴¹⁴ Arias Mora, *Héroes melancólicos*, 96.

⁴¹⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 17, 23-07-1950.

⁴¹⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 1, 04-12-1949; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 18, 06-08-1950.

⁴¹⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 82, 31-08-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 246, 07-10-1956.

Por otro lado, las recomendaciones establecieron que el niño debía permanecer en un espacio tranquilo –importante para otros aspectos rutinarios sugeridos, como el sueño–.⁴¹⁸ Al lado de esto indicaron que era tarea de los encargados del pequeño o la pequeña revisar las paredes y los objetos, pues era peligroso que estos estuvieran compuestos de plomo –sustancia tóxica para los seres humanos.⁴¹⁹ El Ministerio aconsejó, además, que el ambiente debía permanecer en óptimas condiciones de limpieza para evitar los tórsalos –comunes para el período y riesgosos para el niño por las casi inevitables infecciones que provocaban y provocan–.⁴²⁰ Por otro lado, los pisos de la casa debían estar limpios pues por allí caminaba o gateaba el niño/niña y, por ende, aumentaban las probabilidades de contraer alguna afección como consecuencia de los microorganismos allí presentes.⁴²¹

Los consejos de esta índole plantean que los espacios fueron concebidos como un problema de higiene debido a que sus deficientes condiciones podían conducir a variadas enfermedades. Esto quiere decir que las recomendaciones sobre asuntos de escasa relevancia por su carácter cotidiano llegaron a estar justificadas bajo fundamentos médico-higiénicos, lo cual al mismo tiempo pretendía convencer a quienes estuvieran leyendo el suplemento. El patrón fue el mismo seguido para elementos como la vestimenta o el juego. En realidad, estos consejos fueron cortos y no dijeron mucho más de lo que aquí ha sido expuesto, pero es oportuno considerarlos puesto que evidencian una preocupación del suplemento por llegar a optimizar la salud del infante. El Ministerio de Salubridad Pública había estado desarrollando múltiples medidas –algunas de ellas abordadas en este trabajo– y era necesario que los encargados de los niños no dejaran escapar este tipo de detalles. En este sentido, la idea de higiene y salud procuró ser integral. La inquietud encontró similar expresión en los consejos sobre el aseo de los cuerpos de los niños.

Además de las condiciones asépticas que concernían a los espacios donde se desenvolvía el infante, la intervención deseada se trasladó a los cuerpos de los y las pequeñas, en el sentido de que debían poner en práctica medidas de aseo para mantenerse limpias; de esta manera la limpieza se convirtió en un aspecto rutinario más junto a los hábitos señalados

⁴¹⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 98, 15-02-1953.

⁴¹⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 69, 21-05-1952.

⁴²⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 103, 22-03-1953.

⁴²¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 82, 31-08-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 246, 07-10-1956.

en los apartados anteriores. El Suplemento de Puericultura no era precursor en este sentido, más bien brindó nociones que caracterizaban la puericultura sugerida desde el ámbito médico y que eran propias de la educación de los niños en otras regiones donde también había una preocupación por fortalecer la salud infantil. En Estados Unidos, Francia y México, los niños fueron inculcados tanto en los centros que tomaban la forma de guarderías como en los centros escolares urbanos respectivamente. En ambos espacios, los infantes debían complementar su educación con una serie de regulaciones higiénicas que iban desde las reglas generales de aseo hasta la inspección higiénica por parte de los maestros, el lavado de las manos, la boca, el cuerpo completo y la desinfección en las escuelas. Los casos norteamericanos y el caso europeo encontraron paralelismos con el caso costarricense pese a que no siempre calzaron temporalmente y a que en algunos casos el espacio referido no fuera la casa de habitación (privado), sino el centro escolar (público).⁴²²

Al respecto, el suplemento señaló que la suciedad era enemiga de los niños y que los baños eran indispensables para contribuir con el hábito de la limpieza. En el caso de los niños más pequeños, los médicos también señalaron que debían mantenerse en óptimas condiciones de limpieza a pesar de que no fuera recomendable bañarlos con agua como sí era posible con los infantes.⁴²³ En este sentido, los padres debían implementar otras formas de aseo aconsejadas por los doctores. Los bebés recién nacidos también debían pasar por el proceso de aseo, implementando para esto ciertos productos como la vaselina o los aceites en el primer día de nacido, o bien, debían ser sometidos a un baño de esponja durante los primeros cinco días después de su nacimiento.⁴²⁴ En cualquier caso, el bebé debía iniciar sus hábitos de limpieza desde muy pequeño y continuarlos con regularidad como sucedía con los otras prácticas.

Los niños más grandes no escaparon de la sugerencia y el nuevo hábito incorporado a su cotidianidad. Los infantes debían bañarse todos los días obligatoriamente para mantener la higiene de la piel, para evitar los resfríos y otras enfermedades, y en general para mantener

⁴²² Burger, "A Social History", 1012; Chaoul, "La higiene escolar", 278-279. El caso mexicano, sin embargo, se llevó a cabo bajo medidas estrictas que convertían las aulas en un espacio de segregación.

⁴²³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 20, 03-09-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 91, 30-11-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 92, 21-12-1952.

⁴²⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 50, 25-11-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 127, 17-01-1954.

un buen estado de salud.⁴²⁵ De hecho, según los médicos, el hábito del baño era todo un proceso que cambiaba según las edades de los niños –tal cual ocurría con los demás hábitos ya apuntados–; los baños iniciales debían extenderse por un tiempo suficiente pues el niño apenas estaba aprendiendo a hacerlo; mientras que los infantes de 4 y 5 años tenían práctica en el baño, lo hacían de la forma correcta y sólo necesitaban ayuda para limpiar ciertas áreas difíciles para ellos.⁴²⁶ A estas prácticas de higiene asociadas con el baño se unieron otras como los baños de sol, que debían efectuarse diariamente e ir cambiando según la edad del niño para evitar afecciones como el raquitismo –sobre el cual el suplemento insistía constantemente.⁴²⁷

Los hábitos de aseo también debían implementarse cuando del cuerpo del niño se trataba. Varios de los consejos en este sentido hicieron alusión a la cabeza del infante por cuanto era allí donde se originaba una variedad de infecciones o plagas. Es por esto que ante diversas clases de suciedad, como el popularmente llamado “frijolillo” –acumulación de sebo y propagación de costras en el cuero cabelludo–, los médicos recomendaron métodos de limpieza como la utilización de vaselina durante toda la noche y el lavado con agua tibia y jabón,⁴²⁸ o en último caso, el corte del cabello del niño/niña.⁴²⁹ Cuando los padres bañaban cotidianamente al niño/niña, por otro lado, debían percatarse de eliminar cualquier resto de grasa que permaneciera en su pequeña cabeza tomando en cuenta los productos sugeridos y evitando la implementación de otros usos caseros, con lo cual impedirían la caspa –alteración

⁴²⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 19, 20-08-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 63, 16-03-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 71, 08-06-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 85, 05-10-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 88, 26-10-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 102, 15-03-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 143, 16-05-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 158, 05-09-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 192, 24-07-1955; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 240, 12-08-1956.

⁴²⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 76, 20-07-1952.

⁴²⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 20, 03-09-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 91, 30-11-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 92, 21-12-1952.

⁴²⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 13, 28-05-1950.

⁴²⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 40, 22-07-1951. Similares procedimientos de aseo y prevención de contagio, eran recomendados para enfermedades que usualmente atacaban a los niños y que afectaban la piel, como el eczema y el impétigo –sarpullido o ampollas–.

que además debía revisarse por un médico.⁴³⁰ Finalmente, los piojos eran un problema que fácilmente se presentaba en el niño y que según el suplemento era característico de las “personas sucias”, pero que, podía propagarse en el ambiente escolar, por esto la sugerencia residió en un método más exigente y distinto a los anteriores: talco y DDT, junto con un lavado por ocho días.⁴³¹

Los consejos también se extendieron a otras partes del cuerpo del niño/niña que eran claves no por su potencial estético, sino por su capacidad de concentrar microbios que más tarde podían convertirse en infecciones o enfermedades. Las orejas, ojos, nariz y manos del niño/niña debían estar limpios siguiendo los procedimientos que los médicos indicaran. El suplemento proveía cuáles eran los utensilios indicados para la limpieza y las formas adecuadas de hacerla; así, se indicaba a los padres, a manera de instrucción: “lave cada ojo con un pedacito de algodón para quitar las suciedades que se pegan a los párpados, sobre todo los extremos del ojo que muchas veces se enrojecen” y “limpie igualmente las fosas nasales con un fosforito envuelto en algodón que Ud. girará lentamente...”⁴³² Al lado de lo cual se brindaban consejos similares para otras partes como las orejas⁴³³. Las manos de los niños también eran primordiales para la higiene propuesta en el suplemento. Según los médicos, la limpieza de esta parte constituía un derecho del niño/niña, y además debía ser constante y modificable en determinados casos donde el aseo cotidiano del infante tomara otras connotaciones, como cuando estaba resfriado.⁴³⁴

El aseo bucal del infante también fue importante, sobre todo si se tiene en cuenta que ya para la década de 1950 el Ministerio de Salubridad estaba llevando a cabo proyectos que

⁴³⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 53, 16-12-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 110, 24-05-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 71, 08-06-1952.

⁴³¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 171, 12-12-1954.

⁴³² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 36, 13-05-1951.

⁴³³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 36, 13-05-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 85, 05-10-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 188, 26-06-1955.

⁴³⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 36, 13-06-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 57, 27-01-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 109, 17-05-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 143, 16-05-1954.

incluían los servicios dentales de los niños,⁴³⁵ que estimulaban la odontología como una especialidad médica. El suplemento indicó que después del proceso de dentición —explicado detalladamente— era oportuno evitar las caries, el eventual proceso de extracción y afecciones como el *muguet*, que consistía en “una infección por hongos que se localiza en la boca de niños especialmente débiles o bien de aquellos en quienes no se mantiene un aseo conveniente”.⁴³⁶ Para lograr tal objetivo, seguramente propuesto por especialistas en el área, las sugerencias brindadas redundaban en el aseo de la boca, el cuidado sobre el consumo de ciertos alimentos que por sus composiciones podían afectar las nuevas piezas de los infantes, y en las visitas al dentista para las revisiones.⁴³⁷

Es posible afirmar, a partir de los consejos del suplemento, que en Costa Rica los resultados buscados distaron mucho de las concepciones estéticas o morales que tuvieron los médicos que se encargaron del suplemento, pues se acercaron más a la prevención de problemas que podían tener serios daños sobre los niños y que serán estudiados en el siguiente capítulo.⁴³⁸ En otras palabras, el valor contenido en los hábitos que estaba intentando fomentar el Ministerio se inscribía en un problema más amplio que estaba conectado con las enfermedades. Para los médicos, la limpieza que sobre los niños propugnaran los entes de la salud pública y los padres, ayudaría a menguar las probabilidades de que el infante perjudicara su salud y la de otros niños, sobre todo considerando que se trataba de una etapa en la cual los infantes compartían cotidianamente espacios como las

⁴³⁵ Sobre los niños que asistían a los dentistas del Ministerio de Salubridad Pública durante el período, se puede ver: Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1951).

⁴³⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 37, 10-06-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 39, 08-07-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 40, 22-07-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 90, 16-11-1952.

⁴³⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 35, 29-04-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 37, 10-06-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 100, 01-03-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 101, 08-03-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 138, 04-04-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 150, 04-07-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 41, 05-08-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 247, 14-10-1956.

⁴³⁸ Es imposible asegurar aquí, que los fundamentos morales aplicados al aseo de los niños durante la década en cuestión, no intervinieran en los consejos o acciones tomadas por las autoridades en salud, puesto que el Suplemento de Puericultura no deja constancia de esto. Para tales aseveraciones es necesario revisar el discurso médico que se puede encontrar en otro tipo de fuentes.

escuelas, que facilitaban la propagación de infecciones o plagas. El principio promocionado por el suplemento fue, entonces, comenzar los hábitos de aseo en los hogares para evitar los cuadros de contagio en otros espacios.

Por último, es importante retomar dos elementos relacionados con los consejos sobre el aseo y con los hábitos en términos generales. El primero es que los consejos explicados a lo largo de todo el capítulo muestran la preocupación del sistema de salud pública sobre la realidad a la cual podían enfrentarse los infantes; es decir, las sugerencias eran particulares pues estaban enfocadas en los niños y no eran nada superfluas, todo lo contrario, eran pertinentes y necesarias para cimentar mejores estándares de salud infantil. No obstante, y en segundo término, el suplemento no permite observar si tales medidas –algunas más complejas que otras– fueron llevadas a cabo, lo cual resulta de complicada verificación al no contar con fuentes suficientes sobre la vida cotidiana durante el período. Sin embargo, se puede afirmar que muy difícilmente todas las recomendaciones pudieron implementarse pues para entonces había infantes que estaban inmersos en las dinámicas laborales debido a las condiciones de pobreza de sus familias.

Conclusiones

Los niños y niñas de la década de 1950 procuraron ser modelados a través de principios higiénicos dirigidos a las madres. La modelación del período se puede enmarcar en un proceso de medicalización expresado en los consejos de alimentación, sueño, vestimenta, juegos y comportamientos que debían seguirse regularmente en el hogar y fuera de este. La revisión de las explicaciones y recomendaciones sobre alimentación, en específico, muestran que durante el período hubo una noción de las situaciones que pasaba el infante y su familia en términos socioeconómicos, lo cual pudo estar relacionado con el establecimiento de una institución regional que conocía las particularidades de la población centroamericana. No obstante, desde el sector público de salud se hizo énfasis en la educación popular y no en la intervención estructural del problema. La puericultura de la alimentación estuvo orientada a la escogencia inteligente de alimentos y en el recordatorio de alternativas alimenticias que podían ayudar a los familiares.

La infancia saludable también significó centrar la atención en elementos novedosos dentro de la higiene de los niños y niñas. La higiene mental y la personalidad fueron dos ejes de la puericultura promovida por el Ministerio de Salubridad mediante la vestimenta, el sueño, los juegos y los comportamientos/formación de la personalidad. En este particular se marginaron las restricciones socioeconómicas de los familiares, pese a que la higiene mental no era un campo del todo nuevo en el país. ¿Cómo se manifestaron las desconsideraciones en este sentido? En propuestas como espacios y juguetes destinados exclusivamente a los pequeños y las pequeñas de la casa por su singularidad etaria respecto a los adultos y a los mismos infantes y adolescentes. La orientación de género bajo el esquema binario fue otro elemento que se intentó estimular a través de la higiene de la vestimenta y el juego. Por lo tanto, se puede hallar una tendencia a cambiar la cotidianidad presente y futura de los infantes.

Por último, la higiene del cuerpo de los infantes debe verse como un complemento de la higiene mental, pues ambas funcionaban para fomentar la salud. En este trabajo se estableció un apartado para la higiene corporal por facilidad de análisis, pero el abordaje fue muy parecido al anterior: los padres, y especialmente las madres, debían cuidar todos los días a sus hijos/hijas de pies a cabeza por una motivación epidemiológica y no estética, ni aparentemente moral.

CAPÍTULO 3. PREOCUPACIONES Y SUGERENCIAS EN TORNO A LAS ENFERMEDADES INFANTILES

La introducción del capítulo anterior retomaba uno de los aportes del historiador Philippe Ariès en la Historia de la Infancia. La propuesta de Ariès, sobre la concepción de la infancia como un fenómeno cambiante y sujeto a la construcción de ideas, se relacionó con el proceso de medicalización por sus posibles efectos en la niñez y la familia a nivel histórico. Esta convergencia de problemas permite observar y explicar los aspectos analizados a continuación. La mortalidad infantil y las enfermedades de los niños/niñas se entienden en este trabajo como procesos biológicos y sociales, pues hay causas y efectos provocados por microorganismos y deficiencias fisiológicas, pero también preocupaciones originadas en las comunidades biomédicas.

En la Costa Rica anterior al período de estudio, estas comunidades (concretamente la médica y la estadística) atravesaron procesos de institucionalización y desarrollo motivadas por la infancia y la esperanza de una economía basada en sus propios recursos humanos, al tiempo que esas transformaciones incidieron sobre los niños/niñas desde los conocimientos, el discurso, los consejos y las prácticas higiénicas.⁴³⁹ La muerte de los niños/niñas y sus enfermedades continuaron siendo problemas durante el período que interesa, por eso se brindaban las recomendaciones estudiadas. Pero, ¿qué pueden decir las fuentes de este período sobre la mortalidad y las enfermedades infantiles? ¿Por qué es importante revisarlas? El estudio de la mortalidad y las enfermedades pueden mostrar el estado del sistema de salud y las continuidades y cortes en la atención del problema, y pueden ayudar a reconstruir la cotidianidad de los niños del período.

Además, este es un período particular porque se encuentra entre lo que ya sabemos como historiadores/historiadoras. La historiografía ha abordado el problema, como se ha mencionado, hasta la década de 1940 y sabemos, de forma muy general, que los años setenta fueron cruciales en la atención de la salud infantil y en la reducción de la tasa de mortalidad infantil.⁴⁴⁰ En el siguiente capítulo se intenta dar una respuesta en este sentido partiendo del

⁴³⁹ Arias, *Héroes melancólicos*.

⁴⁴⁰ Luis Rosero-Bixby, "Determinantes socioeconómicos y sanitarios del descenso de la mortalidad infantil", *PAHO* (1985): 246-267.

siguiente objetivo: Identificar las enfermedades referenciadas y explicadas en el Suplemento de Puericultura, con el propósito de determinar las principales afecciones infantiles del período, así como las razones que provocaban la inquietud de quienes redactaban las preguntas y de los especialistas de la salud que escribían las sugerencias.

En el primer apartado se elaborará una caracterización cuantitativa de la mortalidad y la presencia de enfermedades en la niñez de la década de 1950, para lo cual se han tomado en cuenta las cifras proporcionadas por las estadísticas vitales. A partir de estos datos se procura mostrar cuáles fueron los niveles de mortalidad por rangos etarios y cuáles fueron las diferencias que presentaban las defunciones en los menores de un año según la asistencia médica, las provincias y las causas. Los siguientes dos apartados se basarán sustancialmente en el Suplemento de Puericultura para estudiar las enfermedades infantiles (infectocontagiosas, parasitarias y otras), pero cuando sea necesario se tomarán en consideración las cifras del primer acápite y se dialogará con estas.

Por último, y en razón de las múltiples interpretaciones que sobre la infancia se puedan hacer, es preciso señalar que en el primer apartado se estará hablando de mortalidad infantil cuando se haga referencia a los niños/niñas menores de un año, pero en las otras dos secciones las menciones sobre infantes estarán ligadas a los niños con menos de un año, a los niños que llegaban hasta los 6 años de edad y aquellos que estaban en la etapa escolar (aproximadamente de 7 a 12 años de edad). El Suplemento de Puericultura contempló enfermedades que tenían incidencia en todos esos rangos etarios, lo cual sugiere que las personas de 0 a 12 años eran considerados niños con riesgos particulares. En los casos necesarios y para no caer en confusiones, se estará especificando cuando se trate de infantes menores de un año.

1. La mortalidad infantil en el decenio de 1950

Durante los años precedentes a este período (1949-1956), la preocupación por la mortalidad infantil había estado compartida tanto por la población civil, como por las autoridades de salud y las autoridades gubernamentales. La inquietud no era para menos, las cifras relativas a las defunciones infantiles (menores de 1 año de edad) y de la niñez (menores de 5 años de edad) estaban alcanzando niveles elevados: en el lapso de 1900 a 1940 la tasa

de mortalidad infantil⁴⁴¹ disminuyó pero se mantuvo entre los 100 y 300 difuntos anuales por cada mil habitantes, y situación similar pasaba con las muertes de los niños menores de 5 años.⁴⁴² A partir de esto surgieron pronunciamientos médicos que estuvieron pendientes del comportamiento de las madres en cuanto a la atención de sus hijos y que procuraron solucionar las abundantes muertes;⁴⁴³ además, nacieron proyectos como La Gota de Leche, generado desde un círculo de mujeres caritativas cuyo objetivo fue aliviar el problema mediante la alimentación.⁴⁴⁴

Paralelamente, la Fundación Rockefeller desempeñó un importante trabajo desarrollando iniciativas para atender a las madres y los infantes.⁴⁴⁵ Antes y durante los trabajos de la Fundación Rockefeller en Costa Rica, el Estado sostuvo un discurso de auto-inmigración o mejoramiento de la calidad de salud de los costarricenses para asegurar fuerza laboral en lugar de contratar extranjeros, lo cual supuso atender el problema de la alta mortalidad infantil. La mortalidad y las enfermedades se convirtieron en un asunto a resolver para la comunidad médica, los estadistas y los intelectuales; estos sectores abordaron el tema discursivamente como un llamado de urgencia, utilizaron las cifras estadísticas para establecer planes de acción y se insertaron en los movimientos políticos con miras a intervenir en los sectores menos favorecidos.⁴⁴⁶ A partir de la década de 1920, la Subsecretaría de Salubridad continuó con la inquietud y los programas de intervención.

A pesar de los programas que se desarrollaron en Costa Rica para paliar la mortalidad, deben plantearse preguntas que podrían dar cuenta de las mejoras, avances o limitaciones en los períodos posteriores dentro del terreno de las defunciones. En esa tónica vale cuestionarse si ¿para la mitad del siglo XX la elevada mortalidad infantil en Costa Rica persistió? ¿Las causas de la mortalidad se mantuvieron? ¿Por qué hubo continuaciones o rupturas en cuanto a mortalidad e incidencia de enfermedades? ¿Cuáles fueron, continuaron o no los mismos niveles de mortalidad, las particularidades que caracterizaron las defunciones infantiles

⁴⁴¹ La tasa de mortalidad infantil es el número de defunciones de niños menores de 1 año por cada 1000 nacidos vivos en un año determinado.

⁴⁴² Héctor Pérez Brignoli, *La población de Costa Rica, 1750-2000: una historia experimental* (San José: Editorial UCR, 2010), 139-142.

⁴⁴³ Arias, *Héroes melancólicos*, 66-105.

⁴⁴⁴ Botey Sobrado, "De la beneficencia a la filantropía", 1338-1339, 1355.

⁴⁴⁵ Malavassi Aguilar, "Prevenir es mejor que curar".

⁴⁴⁶ Arias, *Héroes melancólicos*, 66-105, 334-434.

durante la década de 1950? El Gráfico 3.1 intenta esbozar una primera respuesta a estos interrogantes. Las tasas de mortalidad infantil (TMI) expuestas en el primer gráfico muestran que para el período 1949-1956 hubo una baja respecto a los años anteriores pues éstas no superaron las 100 muertes por cada mil habitantes en ninguno de los años apuntados. Además, es evidente que la TMI fue aminorándose ligeramente a lo largo del período (de 97,4 a 71,6 por mil nacimientos), así como lo hizo, aunque más lentamente, la tasa de mortalidad general –en parte por el mismo efecto que tienen las muertes infantiles en esta.⁴⁴⁷

No obstante la diferencia entre las tasas de los años anteriores y las tasas de la década de 1950, también es importante notar en el mismo gráfico que la TMI del período continuó siendo alta porque varió entre las 100 y las 70 muertes por cada mil habitantes. Más aún, puede constatar que la TMI fue elevada porque representó una porción realmente considerable respecto a la tasa de mortalidad general: 37,25 por ciento en un promedio de 8 años (ver Cuadro 3.1 con el porcentaje de participación anual).⁴⁴⁸ Esto quiere decir, en otras palabras, que las probabilidades de muerte de la población se concentraron en el primer año de vida durante el período 1949 a 1956, de ahí los consejos y los servicios brindados por el Estado.

La TMI de otros países también respalda la afirmación de que este indicador era alto en Costa Rica. Es cierto que en el país centroamericano la tasa se mantuvo para finales del período en un nivel similar a países como Argentina y España, que para 1950 tenían una TMI de 64,9 y 64 respectivamente.⁴⁴⁹ También es constatable que Costa Rica estaba significativamente por debajo de los países del istmo –Guatemala, El Salvador, Honduras y

⁴⁴⁷ La tasa de mortalidad general es el número de personas difuntas por cada 1000 habitantes en un año determinado.

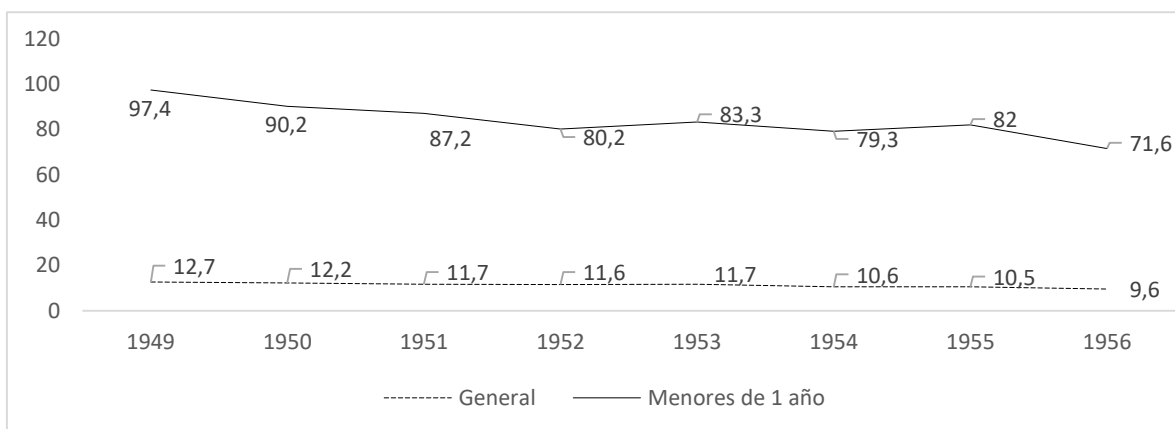
⁴⁴⁸ Elaboración propia con base en anuarios estadísticos.

⁴⁴⁹ Edith Alejandra Pantelides y Adriana Rofman. “La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo”. *Desarrollo Económico* 22, no. 88 (1983): 517; Rosa Gómez Redondo, “El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900-1970”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, no. 32 (1985): 105.

Nicaragua– y de México, cuyas respectivas TMI para 1950 fueron de 146,68, 175,25, 168,52 y 167,37⁴⁵⁰ y 101 (las de Costa Rica al iniciar el siglo).⁴⁵¹

Gráfico 3.1

Tasa de mortalidad general y mortalidad infantil por mil (1949-1956)



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica*. San José: Imprenta Nacional, 1957.

Sin embargo, hubo otros países que para los años de estudio alcanzaron TMI inferiores a 60. Este era el caso de Estados Unidos –un referente de los médicos del Suplemento de Puericultura– e Inglaterra, que para 1950 llegaban apenas a 35,5 y 35 niños muertos por cada mil nacimientos respectivamente.⁴⁵² Era también el caso de Uruguay, con una TMI menor a 60 niños fallecidos por cada mil nacimientos para 1953;⁴⁵³ y era el caso de Suiza, que contaba con una muy baja TMI: 28,6 entre 1951 y 1955.⁴⁵⁴ De manera que Costa Rica sí tenía una TMI cada vez más baja dentro de su propio comportamiento y en comparación con algunas regiones –en especial con sus vecinos centroamericanos–, pero también alta si se le contrasta con los últimos países. Desde luego, estos países manejaban

⁴⁵⁰ Yolanda Baires Martínez, “La situación demográfica de Centroamérica (1950-1980)”. *Anuario de Estudios Centroamericanos* 10 (1984): 145.

⁴⁵¹ Cecilia Andre Rabell y Mier y Terán Rocha, “El descenso de la mortalidad en México de 1940 a 1980”, *Estudios Demográficos y Urbanos* 1, no. 1 (1986): 48.

⁴⁵² M. Rodwan Abouharb y Anessa L. Kimball, “A New Datase on Infant Mortality Rates, 1816-2002”, *Journal of Peace Research* 44, no. 6 (2007): 748.

⁴⁵³ Wanda Cabella, Daniel Ciganda, Ana Fostik y Raquel Pollero, “Evolución de la mortalidad infantil uruguaya (1950-2004): estancamiento y descenso” (ponencia, IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba, 2007), 2.

⁴⁵⁴ Luigi Lorenzetti y Perrenoud y Alfred Perrenoud, “Infant and Child mortality in Switzerland in 19th and 20th Centuries”, s.f., 6.

estructuras económicas y sistemas de salud diferentes, pero el aspecto significativo es que, justamente por eso, las TMI variaban.

Cuadro 3.1
Mortalidad por rangos de edad (1949-1956)

Años	Menores de 1 año	% *	1-4 años	%	5-9 años	%	10-14 años	%
1949	3346	33,8	1750	17.7	345	3.4	141	1.4
1950	3358	34,3	1588	16.2	299	3	143	1.4
1951	3420	35.5	1511	15.6	320	3.3	128	1.3
1952	3739	37.7	1580	15.9	271	2.7	119	1.2
1953	3956	38.4	1692	16.4	342	3.3	117	1.1
1954	3820	39.2	1560	16.1	331	3.4	120	1.2
1955	4009	40.1	1447	14.5	249	2.5	126	1.3
1956	3685	38.7	1240	13	264	2.8	123	1.3

*Todos los porcentajes han sido calculados respecto a la mortalidad general por año.

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda y Dirección General de Estadística y Censos. *Anuario de la Dirección General de Estadística 1949*. San José: Ministerio, 1949; *Anuario de la Dirección General de Estadística 1950*. San José: Ministerio, 1953; *Anuario de la Dirección General de Estadística 1951-1952*. San José: Ministerio, 1954; *Anuario de la Dirección General de Estadística 1953*. San José: Ministerio, 1955; *Anuario de la Dirección General de Estadística 1955*. San José: Ministerio, 1956.

Dirección General de Estadística y Censos. *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica, 1954*. San José: Imprenta Nacional, 1955; *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica, 1955*. San José: Imprenta Nacional, 1956.

La mortalidad infantil⁴⁵⁵ en números absolutos también sobresalió respecto a las defunciones de los niños mayores, o sea, la mortalidad varió según los rangos de edad de los infantes.⁴⁵⁶ Además de ratificar que las muertes en menores de un año se perfilaron como las

⁴⁵⁵ La mortalidad infantil es la cantidad de niños menores de 1 año difuntos en un año determinado.

⁴⁵⁶ Los rangos de edad seleccionados corresponden a los rangos considerados en el Suplemento de Puericultura. Esta fuente abarcaba, como se ha visto en los dos capítulos anteriores y como se verá con los siguientes apartados, desde la salud de los recién nacidos hasta la salud de los escolares. Es importante señalar que el suplemento no especificó qué comprendía por etapa escolar o niños escolares, de manera que se entiende que

más significativas frente a la mortalidad general, el Cuadro 3.1 permite considerar que la mortalidad entre los niños disminuyó conforme éstos superaron etapas etarias, lo cual supone que las posibilidades de muerte se aminoraron entre los 5 y los 9 años de edad, tanto así que representaron tan solo un 3,4 por ciento –máximo durante el período– del total de muertes en el país. Esta tendencia se mantuvo constante en el sector de niños que sucedía en la escala de edades y que se encontraba en la última etapa escolar (los de 10 a 14 años). De igual manera, el Cuadro 3.1 muestra que durante el período no hubo ningún momento en que la mortalidad después de un año superara las muertes de los menores de esta edad, la única que se acercó más, y ni siquiera a un nivel tan elevado, fue la mortalidad de los niños que estuvieron entre los 1 y los 4 años.

Los datos también indican porcentualmente que las defunciones fueron una realidad inherente a la infancia, pero, por otro lado, evidencian que la muerte no alcanzó ni de cerca a todos los niños por igual; sin duda alguna, hubo un sector infantil más perjudicado y más expuesto a riesgos en su salud. Nótese en el Cuadro 3.1 que ni siquiera la suma porcentual por año de la mortalidad en los niños de 1 a 14 años, superó el porcentaje anual de la mortalidad de aquellos que tenían menos de un año de edad. Por ejemplo, para 1949 –año de la primera publicación del Suplemento de Puericultura– el porcentaje de muertes en menores de un año llegó a 33,8 por ciento, mientras que el porcentaje de mortalidad en los niños de 1 a 14 años sumó 22,5 por ciento, de los cuales, claro debe estar, un 17,7 por ciento provinieron del rango que iba de 1 a 4 años.

Es necesario señalar que la TMI y la mortalidad en los diversos rangos de edad se mantuvo en una tendencia hacia la baja, pero igualmente alta porque, durante el período 1949-1956, no hubo un sistema de salud lo suficientemente consolidado como para atender las necesidades de todos los sectores de la población, incluyendo a los niños. A lo largo del trabajo esta falencia ha quedado patente, pero es preciso recordar algunas características del sistema de salud para comprender tales valores. Había, ciertamente, un sistema de salud pública que había tomado impulso desde las primeras décadas del siglo XX con iniciativas

sus referencias eran sobre los infantes que estaban acabando la primera infancia (desde la concepción hasta los ocho años) y estaban llegando a los 12 años –en teoría el año cumbre de la fase escolar.

como las anteriormente mencionadas. Había, asimismo, un sistema de seguros sociales erigido a inicios de la década de 1940.

No obstante, como puede observarse en estudios más profundos y con períodos más amplios de análisis, la mortalidad bajo el sistema de salud pública anterior a 1950 tuvo un comportamiento descendente muy lento –aunque no estancado.⁴⁵⁷ Por otro lado, la dinámica de los seguros sociales no había tomado la fuerza necesaria como para menguar abruptamente la mortalidad infantil: el sector asegurado equivalía apenas a un 12 por ciento.⁴⁵⁸ Además, el país no contaba con un hospital especializado en la atención y curación de los infantes; ese centro (el Hospital Nacional de Niños) no vino a instalarse sino una década después del período que comprende este análisis.⁴⁵⁹

El acomodamiento y las incipientes funciones del sistema de salud que explican las cifras anteriores, también pueden verificarse a través de la mortalidad con y sin asistencia médica de los niños menores de un año durante el período en estudio.⁴⁶⁰ De 1951 a 1956 hubo una característica sobresaliente para comprender el espectro de la mortalidad infantil y, en un sentido más general, la dinámica de salud en la cual estaban insertos los niños. Aquellos que recibieron asistencia médica durante su primer año de vida y al fallecer, representaron menos de la mitad en los años apuntados (ver Gráfico 3.2), es decir, hubo una brecha entre los infantes; pronunciándose la mayor diferencia en 1952.

Los datos son relevantes en tanto permiten discernir que las carencias referentes a la salud de los niños tuvieron que ver con la disparidad en la asistencia médica, coincidiendo de esta forma con la pequeña contextualización del sistema de salud anteriormente expuesta. También son elocuentes porque muestran que dicha asistencia fue incrementándose, a un ritmo lento pero aparentemente constante. Por esto último es que, como ya ha sido señalado, la mortalidad infantil también tuvo un comportamiento hacia la baja; es decir, la mortalidad infantil dependió de la asistencia médica recibida por el niño y, desde luego, por su madre –

⁴⁵⁷ Pérez Brignoli muestra el paulatino descenso de la mortalidad infantil a partir de la década de 1920, cuando se instituye el Ministerio de Salubridad Pública, sistema que velaría por la salud de la población con el apoyo de sus respectivos departamentos. Para apreciar el cuadro aportado por Pérez, ver: Pérez Brignoli, *La población de Costa Rica*, 139.

⁴⁵⁸ Caja Costarricense de Seguro Social, *Memoria Anual* (San José: CCSS, 1978).

⁴⁵⁹ Vargas Azofeifa, “El Hospital Nacional de Niños”.

⁴⁶⁰ De ahora en adelante, los niños/niñas menores de un año serán los/las sujetos del análisis cuantitativo puesto que las fuentes consultadas concentran los indicadores en este sector.

teniendo en cuenta que las etapas prenatales y el parto inciden sobre la salud de los primeros meses del infante—.

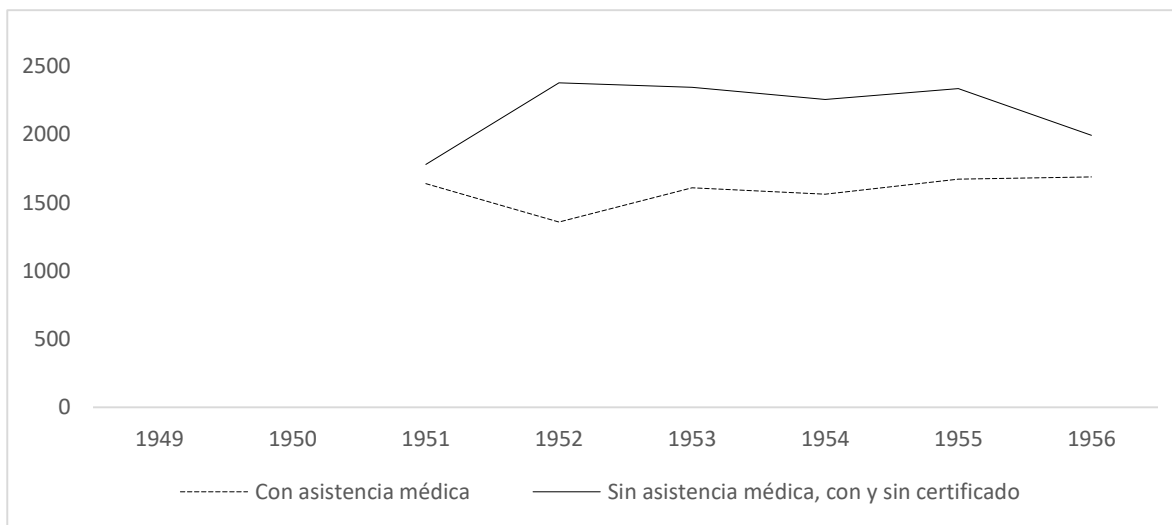
Si bien los casos con asistencia y sin asistencia médica presentados aquí remiten directamente a la mortalidad (Gráfico 3.2), no dejan de evidenciar indirectamente el grado de asistencia general que recibían los infantes ya fuera al morir o no, es decir, las posibilidades de asistencia médica que tenían los niños costarricenses en términos generales. De ahí que este gráfico —sobre todo los años con mayores diferencias— funcione para interpretar algunos aspectos ligados a las enfermedades que serán atendidos en los siguientes apartados.

Por otro lado, es necesario señalar que las diferencias quedaron plasmadas en las cifras relativas a las defunciones según provincias. El Gráfico 3.3 muestra el promedio anual de mortalidad infantil en el período de 1949-1956. De las siete provincias del país, San José iba a la cabeza en cuanto a la mortalidad infantil se refiere, seguida por Alajuela, Cartago y Puntarenas, cada una superando el 15 por ciento de niños menores de un año fallecidos. Por otra parte, Guanacaste, Limón y Heredia —por orden del nivel de mortalidad— tuvieron un promedio igual o inferior al 14 por ciento. Esto quiere decir que las primeras cuatro provincias representaron los espacios donde se aglutinó la mortalidad infantil a lo largo de los ocho años estudiados y que dicho tipo de mortalidad predominó en las regiones donde estaba la mayor población de infantes menores de un año. El censo de 1950 registró una población menor de un año por provincia en un orden muy similar al seguido para la mortalidad infantil. En términos de cantidades, San José ocupó el primer lugar, Alajuela el segundo, Cartago el tercero, Puntarenas el cuarto, Guanacaste el quinto, Heredia el sexto y Limón el sétimo.⁴⁶¹

⁴⁶¹ En ese mismo orden, las cifras correspondientes eran: 9.919, 5.959, 3.884, 3.571, 3536, 1.792 y 1602. Véase: Dirección General de Estadística y Censos, *Censo de población de Costa Rica 22 mayo de 1950* (San José: Dirección General de Estadística y Censos, 1952), 132-145. El censo es de 1950, pero para estos efectos es de válida consideración pues la población debió continuar con el mismo patrón de crecimiento en los años que ocupan este análisis.

Gráfico 3.2

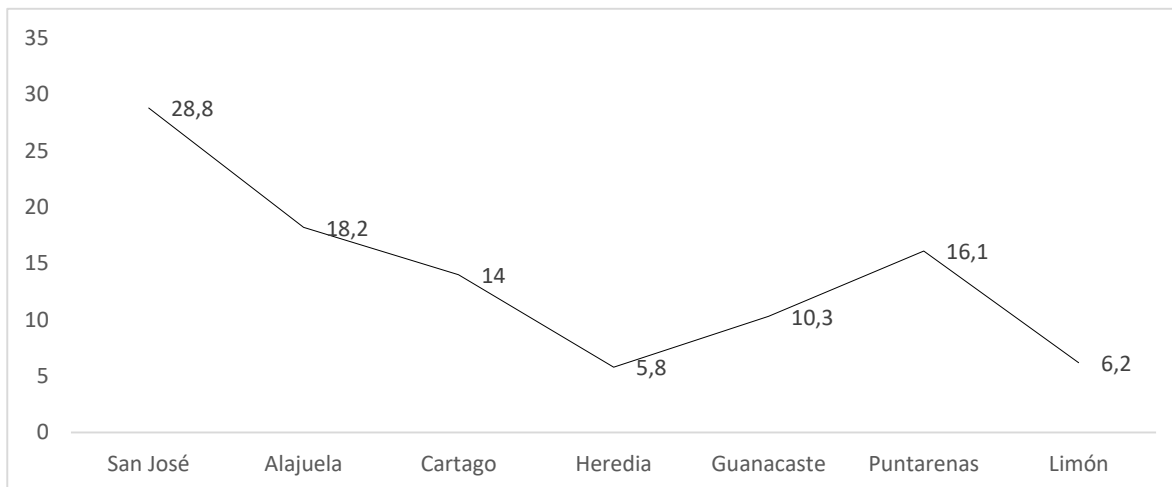
Mortalidad infantil (menores de 1 año) según asistencia médica (1951-1956)



Fuente: Ministerio de Economía y Dirección General de Estadística. *Anuario de la Dirección General de Estadística 1951-1952*. San José: Ministerio, 1954; Dirección General de Estadística y Censos. *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica*, 1953. San José: Imprenta Nacional, 1954; *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica*, 1954. San José: Imprenta Nacional, 1955; *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica*, 1956. San José: Imprenta Nacional, 1957.

Gráfico 3.3

Promedio anual en porcentajes de la mortalidad infantil (menores de 1 año) por provincias (1949-1956)



Elaboración propia con base en: Ministerio de Economía y Dirección General de Estadística, *Anuario de la Dirección General de Estadística 1950*. San José: Ministerio, 1953; *Anuario de la Dirección General de Estadística 1953*. San José: Ministerio, 1955; *Anuario de la Dirección General de Estadística*, 1954. San José: Ministerio, 1955; *Anuario de la Dirección General de Estadística*, 1955. San José: Ministerio, 1956; Dirección General de Estadística y Censos, *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica*, 1951. San José: Imprenta Nacional, 1952.

Una última característica de la mortalidad infantil durante la década de 1950, tiene que ver con las causas. Pese a que no se considerarán las causas por regiones, edades o sexo, los datos generales son igual de importantes para reconstruir las realidades de los niños porque: 1. muestran las tendencias por enfermedades y grupos de afecciones, 2. pueden apreciarse como un reflejo del sistema de salud costarricenses, y 3. tienen que ver en mucho con los temas abordados por el Ministerio de Salubridad Pública.⁴⁶² Antes de pasar a la información en torno a las causas de muerte en menores de un año, vale señalar que solamente se contemplan los años 1953, 1954, 1955 y 1956 porque la unificación de las cifras se hizo tomando en cuenta la nomenclatura utilizada por los estadistas, es decir, antes de 1953 los datos corresponden a la codificación internacional de 1938. Después de 1953 la tipificación de las causas rige de forma estandarizada bajo la nomenclatura de 1948 y además es presentada con mayor exhaustividad en las fuentes mencionadas al inicio del apartado (estadísticas vitales).⁴⁶³

El Gráfico 3.4 muestra que durante los años señalados predominaron ciertas causas que prácticamente no bajaron de las 100 muertes y que en algunas ocasiones provocaron más de 1000 defunciones, como en el caso del grupo conformado por gastroenteritis, colitis y colitis ulcerosa –ordenado así según la clasificación explicada arriba. Nótese, además, que este aglomerado de enfermedades digestivas incluso superó anualmente las causas mal definidas o desconocidas de morbilidad y mortalidad –subregistro elevado que puede deberse a las deficiencias en la asistencia médica–.⁴⁶⁴ Asimismo el Gráfico 3.4 revela que hubo carencias significativas en el ámbito nutricional de los infantes, las cuales se expresaron en las muertes causadas justamente por inadaptación al régimen alimenticio. De hecho, esta fue

⁴⁶² Las medidas implementadas sobre las enfermedades aquí expuestas, serán observadas en el segundo y tercer apartados con base en el Suplemento de Puericultura y las memorias del Ministerio de Salubridad Pública.

⁴⁶³ Antes de 1953, generalmente las cifras eran agrupadas por las causas principales, pero, como indica Pérez Brignoli, el problema de este procedimiento era que los encargados de seleccionar las enfermedades u otras causas no contaban con criterios médicos para hacerlo. La información presentada, por tanto, cambiaba anualmente sin justificaciones claras y quedaban por fuera afecciones que también ocupaban un porcentaje en la mortalidad infantil. El Anexo 1.7 refleja que el espectro de causas era realmente amplio, aunque sí es oportuno recordar que la nomenclatura de 1948 agregó 605 causas más que la codificación de 1938. Para otras puntualidades acerca de la nomenclatura y la clasificación de este y otros períodos, véase: Pérez Brignoli, *La población de Costa Rica*, 154-155.

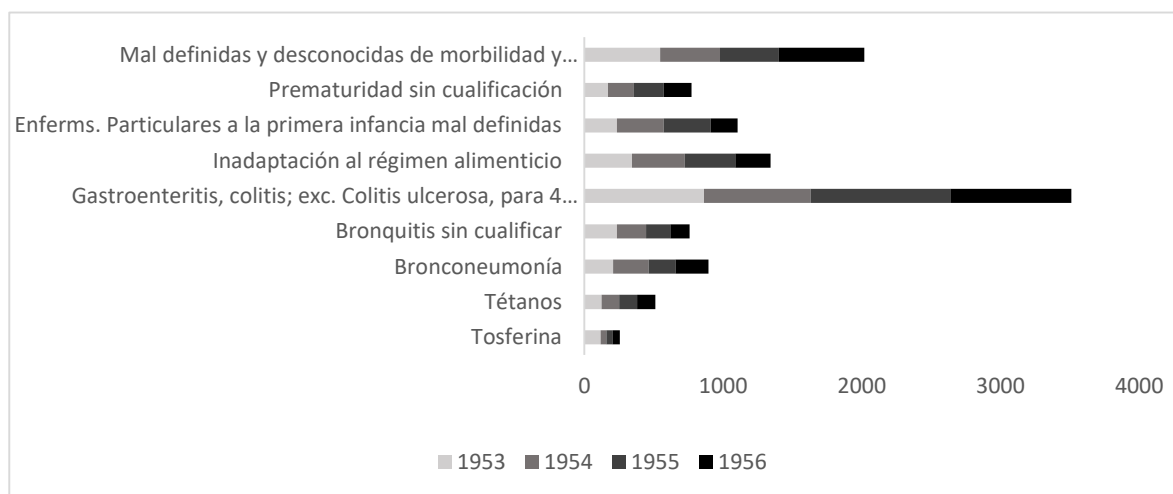
⁴⁶⁴ Pérez Brignoli, *La población de Costa Rica*, 157.

la causa más importante después de la gastroenteritis y otras afecciones del sistema digestivo, la cual se mantuvo aproximadamente en el mismo nivel para todos los años consignados.

Por otro lado, el mismo gráfico evidencia que una proporción grande de enfermedades y otros males causantes de 100 o más muertes por año, se encontraron en el grupo de las afecciones infectocontagiosas, o bien, en el conjunto de enfermedades provocadas inicialmente por alguna infección. Entre estas enfermedades se consideraron, la bronquitis, la bronconeumonía, el tétanos y, en menor grado, la tosferina –única que bajó de 100 defunciones a partir de 1954 (ver Anexo 1.3). Las dos causas restantes correspondieron a la primera etapa de vida (prematuridad) y a un sector que lastimosamente para términos de análisis se vio alterado por el subregistro. Nótese que la prematuridad representó la quinta causa de muerte más importante del total por año que está incluido en el Anexo 1.3 –dejando por fuera las causas que estaban mal definidas y, lógicamente, aquellas que no estaban registradas.

Gráfico 3.4

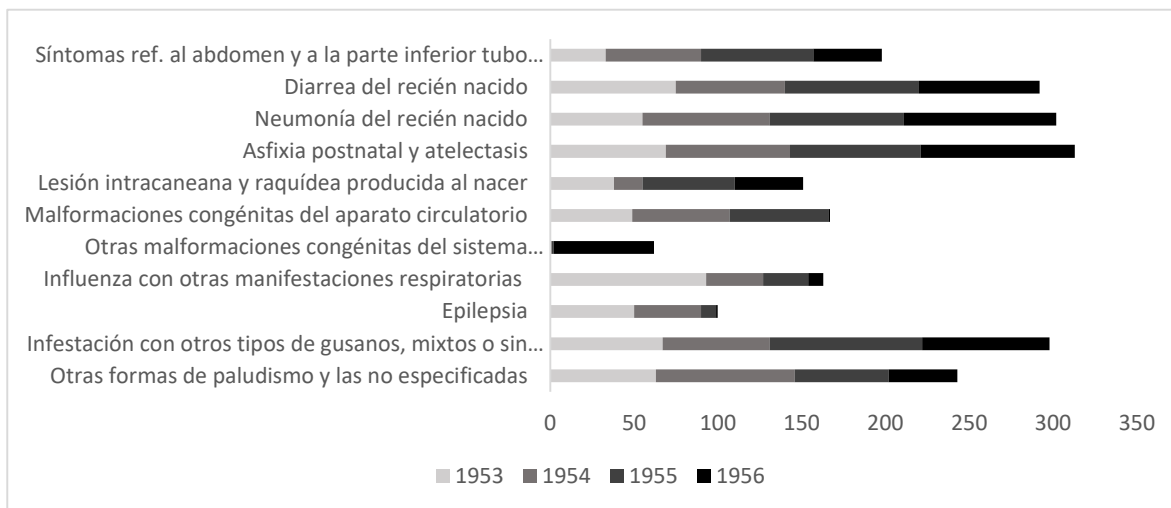
Mortalidad infantil según causas (más de 100 muertes anuales) 1953-1956



Fuente: Ministerio de Economía y Dirección General de Estadística. *Anuario de la Dirección General de Estadística 1953*. San José: Ministerio, 1955; *Anuario de la Dirección General de Estadística 1954*. San José: Ministerio, 1955; *Anuario de la Dirección General de Estadística 1955*. San José: Ministerio, 1956; *Anuario de la Dirección General de Estadística 1956*. San José: Ministerio, 1957.

Gráfico 3.5

Mortalidad infantil según causas (entre 50 y 100 muertes por año) 1953-1956



Fuente: Fuente: Dirección General de Estadística. *Anuario de la Dirección General de Estadística* 1953. San José: Ministerio, 1954; *Anuario de la Dirección General de Estadística*, 1954. San José: Ministerio, 1955; *Anuario de la Dirección General de Estadística*, 1955. San José: Ministerio 1956; *Anuario de la Dirección General de Estadística*, 1956. San José: Ministerio, 1957.

En un segundo plano, estuvieron las enfermedades que causaron más de 10 y menos de 100 muertes por año (en todos o en alguno de los años contemplados). Algunas de estas afecciones ocasionaron casi 100 muertes anuales y por tanto no dejan de ser relevantes para comprender las condiciones de vida de los niños y el sistema de salud de Costa Rica para la década de 1950. En este grupo, más amplio que el anterior, se pueden ubicar las afecciones infectocontagiosas, digestivas, parasitarias y congénitas. El Gráfico 3.5, muestra que hubo causas importantes como la influenza con otras manifestaciones respiratorias, la neumonía en el recién nacido, el paludismo, la infestación por gusanos, las diarreas, los síntomas del abdomen y el tubo digestivo, la epilepsia, las congénitas del sistema de nervioso, las malformaciones del aparato circulatorio, la asfixia posnatal y atelectasis, y la lesión intracaneana y raquídea producida al nacer.

Las otras causas no tuvieron tanta relevancia en términos de mortalidad, y menos aún aquellas afecciones que ocasionaron menos de 10 muertes anuales (ver Anexo 1.3). Sin embargo, en el siguiente apartado se verá que la significancia de las enfermedades no siempre se midió en las defunciones, y, además, cabe recalcar que el registro de las afecciones con

menos muertes debe manejarse con cuidado tomando en cuenta el considerable número de causas mal definidas o desconocidas.

Sobre la base de los datos relacionados con las principales causas de muerte en los niños menores de un año, es posible afirmar que éstas eran exógenas (infectocontagiosas, parasitarias y algunas digestivas) y endógenas (todas las demás),⁴⁶⁵ pero que, en los dos grupos de causas expuestos en los gráficos, el primer lugar en muertes siempre estuvo representado por alguna afección exógena. Es más, en el segundo grupo (de 50 a 100 defunciones) la participación de esta clase de enfermedades fue dominante. Esta tendencia fue la misma de inicios de siglo, de acuerdo a las primeras estadísticas del Estado.⁴⁶⁶

Los valores de los dos últimos gráficos y del Anexo 1.3 también permiten notar que el sistema de salud dispuesto a los infantes todavía no alcanzaba su porcentaje máximo de efectividad puesto que, teóricamente, las prevenciones contra esas enfermedades le correspondían a éste. La existencia de una cantidad elevada de muertes infectocontagiosas, digestivas y parasitarias denota que no todos los infantes menores de un año estuvieron recibiendo la atención necesaria –problemática ilustrada en el gráfico sobre la asistencia médica– y también quiere decir que no todos estaban viviendo bajo las condiciones propicias de higiene, como ha sido indicado con base en la interpretación de otros historiadores y el análisis de nuevas fuentes en las capítulos anteriores.⁴⁶⁷

Las cifras de los grupos de causas, especialmente las que oscilaron entre las 100 y más muertes, también son significativas en el sentido comparativo. Una vez más, Costa Rica encontró similitudes y diferencias con otras regiones o países de Europa y América Latina. En Uruguay, las causas que condujeron a la muerte de los niños menores de un año fueron esencialmente las mismas que en el país centroamericano pues fueron en su mayoría infectocontagiosas y parasitarias. El país sudamericano tenía entre sus causas principales las infecciones intestinales, las diarreas, las infecciones respiratorias y las parasitarias pese a que

⁴⁶⁵ Por causas exógenas se entienden aquellas que derivan de factores externos que pueden prevenirse, como las condiciones sanitarias, higiénicas y la alimentación, mientras que por causas endógenas se comprenden aquellas que son difíciles de prevenir y que tienen que ver con los genes y el envejecimiento.

⁴⁶⁶ Arias Mora, *Héroes melancólicos*, 66-105.

⁴⁶⁷ Otra perspectiva desde la cual se pueden interpretar las causas de muerte, es la referente a la transición epidemiológica, pero esa lectura considera varias décadas para poder visualizar las tendencias y el cambio. Véase el análisis sobre la transición epidemiológica que hace Pérez Brignoli para las causas de mortalidad general en: Pérez Brignoli, *La población de Costa Rica*, 152-158.

poseía una TMI menor a la costarricense;⁴⁶⁸ pero también es importante anotar que en espacios como Buenos Aires las causas endógenas ocuparon un lugar primordial en la mortalidad infantil y que en países como Suiza las causas del mismo tipo durante la década de 1950 se perfilaron como las más perjudiciales para los niños y niñas menores de un año.⁴⁶⁹ En otras palabras, los países con sistemas de salud más eficaces se colocaron para el decenio de 1950 en la etapa donde predominaron las enfermedades endógenas porque los agentes externos que provocaron las otras afecciones fueron resueltos –aunque no eliminados– más tempranamente.

Los sistemas de salud de estas regiones y Costa Rica evidentemente avanzaron a ritmos dispares, por eso las cifras son necesarias en la perspectiva comparada de las causas de mortalidad. Los valores o el grado que alcanzaron las causas exógenas y endógenas indican que el sistema costarricense en el que estaban inmersos los infantes se encontró en una etapa de transición, pero, específicamente para la década de 1950, en un período que todavía presentaba desafíos ante las enfermedades de orígenes externos. No es tarea aquí analizar cuáles fueron todas las soluciones encontradas ante esos desafíos que supusieron las muertes y las enfermedades de los infantes, pero, los siguientes apartados funcionarán al menos para mostrar cuáles fueron las reacciones, las inquietudes y las salidas que tomó el Ministerio de Salubridad Pública por medio del Suplemento de Puericultura y otras iniciativas. La siguiente información, sin embargo, se postula solamente como una dimensión del suplemento pues sus diferentes acciones en la dirección de las enfermedades y las muertes pueden hallarse en algunos de los consejos estudiados hasta el momento: maternidad científica, alimentación y aseo.

2. Enfermedades infectocontagiosas

Algunas de las enfermedades abordadas en el apartado anterior funcionaron como motores para el Ministerio de Salubridad, ocasionaran o no múltiples muertes en los infantes. Sin embargo antes de proseguir con las enfermedades infantiles inquietantes para el Ministerio es necesario tener en cuenta que el Suplemento de Puericultura no discriminó

⁴⁶⁸ Cabella, Ciganda, Fostik y Pollero, “Evolución de la mortalidad”, 11.

⁴⁶⁹ Victoria Mazzeo, “La mortalidad de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 1860-2002”. *Papeles de Población*, no. 53 (2007): 269; Lorenzetti y Perrenoud, “Infant and Child”, 9.

entre los rangos de edades de los niños, es decir, se puede presumir que sus explicaciones y consejos se mantuvieron en la etapa infantil, y que, por esto mismo, no enfatizó únicamente en los menores de un año –para los cuales se contaba más regularmente con datos en torno a las causas de mortalidad, como ha quedado justificado y consignado. Las cifras anteriores funcionan como un marco de referencia pues era en la etapa de 0 a 1 años de edad cuando ocurría el mayor número de muertes, pero al mismo tiempo es preciso manejarlas con cautela porque no pueden generalizarse para toda la fase infantil; ya ha sido aclarado que las muertes no afectaban a todos los infantes en la misma proporción.

Entre las afecciones que fueron explicadas en el Suplemento de Puericultura y que caben dentro del entramado de enfermedades infectocontagiosas, se encontraban la viruela, la difteria, la escarlatina, el sarampión, la tuberculosis, el resfrío o catarro, el tétano, la tifoidea, la rubeola, la tiña, las paperas (paradortitis) y la poliomielitis. Es decir, el espectro de afecciones infectocontagiosas era bastante diverso, pero, el común denominador de todas era que podían contagiarse fácilmente de un niño a otro, además, no eran enfermedades que concernían exclusivamente a los niños pero que sí venían aparejadas con la infancia. Por otra parte, todas eran presentadas bajo la misma estructura; los médicos intentaron generar conocimientos acerca del significado de las enfermedades infectocontagiosas, sus síntomas, sus manifestaciones y, en algunos casos, su mortalidad o incidencia,⁴⁷⁰ pues era necesario que los lectores (padres idealmente) entendieran cuáles eran las características elementales de las afecciones, cuál era su gravedad en los infantes y cuál, por tanto, su relevancia – importante para la implementación de los consejos médicos.

Por otro lado, pero en la misma dirección de las enfermedades infectocontagiosas y de la estructura que manejó el Suplemento de Puericultura para referirse a estas, es lícito suponer que las preocupaciones de los médicos también se trasladaron ampliamente a los mecanismos de prevención; y de hecho así pasó. No obstante, antes de revisar las tareas presumiblemente intrínsecas del Ministerio de Salubridad Pública, es oportuno tener en cuenta que, al tratarse de una herramienta divulgativa que se prestaba al interés y a las posibilidades de quienes podían comprar el periódico y también leerlo, el suplemento dedicó

⁴⁷⁰ Aquí la incidencia se toma como sinónimo de impacto o repercusión, no como medida utilizada en el área de la epidemiología.

una parte del contenido a explicar las enfermedades, a determinar en qué consistían y cómo se originaban. Aspecto que, sin embargo, no estaba innovando el Suplemento de Puericultura en virtud de su carácter divulgativo y sus intenciones populares.

Para inicios del siglo XX las campañas de salud pública habían desarrollado formatos sencillos, es decir, los médicos tenían claro que el lenguaje y la precisión sobre las enfermedades era clave para que los receptores de la información comprendieran, atendieran las afecciones y contribuyeran a disminuir la incidencia. La historiadora Florencia Quesada ha encontrado que desde inicios de siglo, en consideración al censo de 1904, Cleto González Víquez había establecido una asociación entre la mortalidad infantil, la ciudad y la pobreza, de tal forma que su respuesta se orientó a proponer propaganda en “lenguaje sencillo” para ese sector.⁴⁷¹ Steven Palmer también deja constancia sobre un fenómeno similar de popularización, pero de parte de la Fundación Rockefeller y colaboradores internos. El personal informó sintéticamente al campesinado del anquilostoma a manera de campaña preventiva.⁴⁷² En este trabajo no se han identificado conexiones entre pobreza y ruralidad e higiene por parte de los médicos, pero sí es evidente que también se adoptó una posición de autoridad o guía por los conocimientos en salud.

El suplemento fue parte de una lógica de la salud pública y la epidemiología procuró extender su radio de acción de una forma distinta a la acostumbrada en los materiales contruidos y consultados por especialistas. El historiador Dennis Arias indica que la proyección médica en las revistas se desarrolló desde un ángulo biopolítico donde el saber legitimaba y se sobreponía a las personas enfermas consideradas vulnerables y en algunos casos hasta repugnantes por condiciones que no dependían directamente de ellas.⁴⁷³ En el caso de la divulgación del Ministerio, específicamente del suplemento, no se puede afirmar esto; como se señaló, sí se aplicó a las mujeres, pero se puede leer que fue así por su género y no necesariamente porque no supieran de medicina o higiene. Además, se asume que el lenguaje debía ser sencillo y convincente para surtir efectos preventivos. Por eso, uno de los

⁴⁷¹ Quesada Avendaño, “La modernización”, 115.

⁴⁷² Véase: Steven Palmer, “Salud imperial y educación popular. La Fundación Rockefeller en Costa Rica desde una perspectiva centroamericana”, en *Educando a Costa Rica. Alfabetización popular, formación docente y género, 1880-1950*, eds. Iván Molina y Steven Palmer (San José: Porvenir-Plumsock Mesoamerican Studies, 2003).

⁴⁷³ Arias Mora, *Héroes melancólicos*, 106-190.

fin es conocer someramente –puesto que las explicaciones no fueron abundantes ni profundas– la forma en que los médicos transformaron sus conocimientos para compartirlos con los lectores del suplemento, o sea, los elementos que rescataban y el leguaje que utilizaban en razón de la preparación que, según estos, los padres debían tener en un contexto de alta mortalidad y morbilidad.⁴⁷⁴

Una de las enfermedades que ocupó un lugar importante en las explicaciones fue el resfriado y, puntualmente, todas sus implicaciones y/o derivaciones perjudiciales en la salud de los infantes. Realmente el catarro o resfriado no constituyó una afección de notable aparición en el suplemento, pero sí los perjuicios que aparecían tras sus primeras manifestaciones o las afectaciones que ésta podía provocar para los niños/niñas que ya tuvieran enfermedades del sistema respiratorio. Las explicaciones sobre el catarro no se alejaron de las vías divulgativas que adoptaron los médicos para convertir la información especializada en un asunto comprensible cuando se trataba de minuciosidades como la obstrucción de la nariz, por ejemplo. Así, señalaban que “el catarro es una inflamación de la mucosa o sea del tejido que tapiza el interior de la nariz; en el mismo hay glándulas que secretan mocos, el cual aumenta en cantidades anormales durante el catarro”.⁴⁷⁵

Al mismo tiempo, indicaron sobre la inflamación de amígdalas que éstas “son la vanguardia del ejército defensivo contra las infecciones; se inflaman en los resfríos porque encapsulan los microbios procurando destruirlos”⁴⁷⁶; agregando en la misma tónica sintética que esto se podía corroborar “al observar la garganta y ver que a cada lado y a modo de centinelas de una puerta, están las amígdalas en plan de capturar cuanto microbio se les ponga por delante”.⁴⁷⁷

La información sobre la tuberculosis también fue resumida de la misma manera. Los médicos puntualizaban que “el bacilo de la tuberculosis penetra en el organismo, se localiza en el pulmón y produce una lesión que habitualmente es dominada por las defensas del cuerpo

⁴⁷⁴ La morbilidad es el número de personas que enferman por cierta enfermedad en un tiempo y espacio determinados. Para este trabajo no se cuenta con datos de morbilidad, pero es de suponer que era alta puesto que la mortalidad sí lo era, entiendo esta segunda como una variable que depende de la primera.

⁴⁷⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 71, 08-06-1952.

⁴⁷⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 71, 08-06-1952.

⁴⁷⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 68, 04-05-1952.

y en consecuencia es de índole benigna”.⁴⁷⁸ Señalaban, además, que la tosferina era una enfermedad de la primera infancia y que la “produce un microbio que se encuentra en las mucosidades de la nariz y garganta de los enfermos”.⁴⁷⁹ La información era ofrecida de una forma concisa y simple como para comprender en su nivel más básico el complejo sistema respiratorio de un niño, aspecto que además tenía congruencia con el objetivo del suplemento, que se proponía alcanzar un público amplio y afectado directamente por las enfermedades infantiles.

El mismo sentido de simplicidad en torno a los términos médicos y los procesos biológicos que transformaban el cuerpo del niño/niña, estuvo presente en las explicaciones de las otras enfermedades infectocontagiosas que no incumbían únicamente al sistema respiratorio del infante. La información ofrecida como una suerte de educación científica también estuvo relacionada con afecciones que eran aún más cercanas a la etapa infantil, a saber, la difteria, el sarampión, el tétanos, la rubeola, la tiña y la poliomielitis. De hecho, sobre la difteria las explicaciones fueron semejantes a la tuberculosis en el sentido de que también se brindaba información acerca del microbio que la ocasionaba y el procedimiento (frotis) que se realizaba para detectarlo;⁴⁸⁰ de igual manera sucedió con la explicación del tétanos, resumiendo con claridad que esta era “una enfermedad grave producida por un microbio que entra en el cuerpo a través de las heridas”.⁴⁸¹

El sarampión fue explicado de una forma igualmente entendible aunque haciendo la salvedad de que se trataba de una enfermedad viral, así como pasaba, según el suplemento, con la rubeola.⁴⁸² La tiña –ya mencionada en el apartado anterior– mereció una definición precisa al señalar básicamente que se trataba de una enfermedad de la piel y del cuero cabelludo.⁴⁸³ También puntuales, pero no menos científicas, fueron las explicaciones en torno a la poliomielitis, para la cual se advertía primeramente que se producía por virus “que atacan los centros funcionales de los nervios situados en la espina dorsal”, y para la cual se brindaron

⁴⁷⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 73, 22-06-1952.

⁴⁷⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 128, 24-01-1954.

⁴⁸⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 76, 13-07-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 77, 20-07-1952.

⁴⁸¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 127, 10-01-1954.

⁴⁸² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 129, 31-01-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 130, 07-01-1954.

⁴⁸³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 240, 12-08-1956.

respuestas tomadas de la Fundación Nacional de Parálisis Infantil de los Estados Unidos sobre las causas, el significado del virus y la forma en que entraba en el organismo.⁴⁸⁴ Aunque, en este último caso, es importante recordar que la definición quizá cobraba mayor importancia por el hecho de que llegó a ser una enfermedad realmente perjudicial en uno de los años que abarca el período en estudio (1954).

Esta última afirmación no significa que las otras explicaciones estuvieran demás para el suplemento, sino que había momentos en que las definiciones sobre las enfermedades llegaban a ser fundamentales por su incidencia. Entiéndase que todas las enfermedades presentadas en el Suplemento de Puericultura fueron importantes por sus efectos en los infantes, y precisamente por esto las explicaciones fueron esenciales para los médicos. En la lógica del suplemento, las definiciones científicas acercarían a los padres tanto a los padecimientos de sus hijos como a las nociones epidemiológicas utilizadas para entonces – dadas claro, de una forma menos técnica y extendida–, y al mismo tiempo servirían como una base para acoger las recomendaciones en los casos en que esas afecciones fueran de probable contagio o en los momentos donde ya estuvieran desarrollándose en los niños/niñas.

Por otro lado, es necesario comenzar señalando que no todas las enfermedades infectocontagiosas explicadas en el Suplemento de Puericultura representaron una preocupación para el Ministerio de Salubridad Pública en términos de mortalidad; de hecho, los médicos se limitaron a retomar las muertes causadas por tales afecciones únicamente dos veces a pesar de ser tantas. La tosferina y la difteria fueron dos de las enfermedades que merecieron la atención de los médicos debido a su mortalidad. El Suplemento de Puericultura señalaba que la tosferina atacaba a los infantes de cualquier edad y cualquier espacio⁴⁸⁵ al tiempo que manifestaba un conocimiento actualizado sobre el peso de tal enfermedad al mencionarles a los padres que “este padecimiento tan frecuente entre los niños contribuye

⁴⁸⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 122, 04-10-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 137, 28-03-1954. No era extraño que esta información proviniera de afuera y no precisa ni directamente del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salubridad Pública. Malavassi explica que, de hecho, algunos profesionales en el tema llegaron al país cuando se levantó la Casa Verde, dedicada a la rehabilitación de los niños con polio. Véase: Malavassi Aguilar, “Representaciones”.

⁴⁸⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 102, 13-03-1953.

con casi un 3% a la mortalidad total o sea que de cada 100 personas que mueren en nuestro [país] 3 son niños fallecidos por tosferina”.⁴⁸⁶

En segundo lugar, los médicos señalaron a los padres que la difteria tenía serias implicaciones sobre la vida de los infantes menores de un año, quienes constituían la mayor parte de personas muertas por esta enfermedad, pese a que las defunciones no fueran tan elevadas como las causadas por otras afecciones (ver Anexo 1.3).⁴⁸⁷ La preocupación respectiva a la tosferina y la difteria fueron evidentes por su mortalidad, pero ¿la inquietud de los médicos del suplemento se enfocó sólo en estas dos afecciones debido a las muertes que causaban o también se trasladó a otras enfermedades aunque éstas no provocaran numerosas muertes en los menores de un año y aunque se omitieran sus índices de mortalidad? Las escasas menciones a la mortalidad podrían denotar de primera entrada que los responsables del Ministerio no poseían una preocupación en cuanto a las enfermedades infectocontagiosas; esta, empero, sería una conclusión apresurada.

Ciertamente había enfermedades que ya no tenían gran incidencia y que esporádicamente producían epidemias esencialmente infantiles. El Anexo 1.3 constata que, inclusive para la etapa infantil con más muertes, algunas de las enfermedades infectocontagiosas consideradas en el suplemento –mencionadas al inicio del apartado– no eran significativas pues causaban menos de 10 defunciones en los niños menores de un año o no tenían cabida alguna dentro de la mortalidad. Pero además de esto, y para comprobar que la mortalidad no debía ser la única fuente de preocupación para la salud pública costarricense enfocada en los niños y limitada para efectos de este trabajo en el Suplemento de Puericultura y las memorias del Ministerio de Salubridad, hay que tomar en cuenta la morbilidad relativa a algunas enfermedades infectocontagiosas en Costa Rica.

Dos casos que ayudan a despejar la confusión alrededor de este problema –generado por la limitación de los datos y las escasas referencias del suplemento– pueden encontrarse en la epidemia que desató la poliomielitis en la década de 1950 y en la cantidad de niños afectados por tifoidea y difteria también en el mismo período. La epidemia de poliomielitis

⁴⁸⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 62, 09-03-1952.

⁴⁸⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 76, 13-07-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 79, 10-08-1952.

afectó en términos de defunciones a un total de 159 niños –36 menores de un año, según el Anexo 1.3–, pero un número mayor de infantes se vio perjudicado por las secuelas que dejó esta enfermedad: fueron 618 los casos de niños menores de un año y 656 los casos de niños entre el primer y el cuarto año de vida. Esto condujo a cristalizar iniciativas como la Casa Verde, que procuraba rehabilitar a los niños afectados y que no solamente se enfocaba en las muertes derivadas de la poliomielitis.⁴⁸⁸

Aparte de este ejemplo, la Memoria del Ministerio de Salubridad Pública de 1950 señalaba que los niños de 0 a 10 años afectados por tifoidea –incluida en el suplemento– sumaban 16 y que los infantes en el mismo rango de edad afectados por difteria –también retomada por el suplemento– alcanzaban un total de 246, superando en ambos casos la suma de la mortalidad general (con todos los rangos de edad) provocada por estas dos enfermedades.⁴⁸⁹ El punto medular de este par de ejemplos es que logra advertir que las pocas referencias sobre la mortalidad infantil no deben tomarse como sinónimo del impacto que las enfermedades tenían en los niños. La TMI y los demás indicadores de mortalidad infantil eran relevantes, como se vio en la sección anterior y como se verá en el apartado siguiente, pero no pueden ser considerados como el único punto de partida para los médicos.

Que no existieran constantes referencias directas sobre la incidencia o las defunciones y que no hubiera, por otro lado, muertes significativas derivadas de las enfermedades infectocontagiosas explicadas en el Suplemento de Puericultura, no quiere decir que fueran irrelevantes para el Ministerio de Salubridad Pública y mucho menos para aquellos que debían estar pendientes de la salud infantil. Esto, en otros términos, significa que las inquietudes del Suplemento de Puericultura sobre las afecciones infectocontagiosas se desviaron por otro lado además de las muertes. Los médicos del suplemento pusieron su atención en los síntomas o manifestaciones dañinas que podían ocasionar las enfermedades infectocontagiosas –no todas– en los infantes, así como en otros elementos que serán expuestos oportunamente sobre la base de la información preventiva y las medidas a tomar por los padres. Primero, cabe aclarar que las referencias a la morbilidad tampoco estuvieron

⁴⁸⁸ Malavassi Aguilar, “Representaciones”; ““Y que no queden rezagados””, 93-153.

⁴⁸⁹ Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1951). Desafortunadamente, estos son los únicos datos de morbilidad infantil que incluyen las Memorias del Ministerio de Salubridad Pública durante el período 1949-1956.

presentes en el suplemento, pero que al hablar de las enfermedades –por medio de las explicaciones– y sobre todo de sus perjuicios, el Ministerio de Salubridad dio cuenta de las preocupantes condiciones que debían enfrentar los niños; es decir, implícitamente aludían a la morbilidad y daban luces de sus inquietudes.

En el caso de la tosferina, las preocupaciones obedecían a las muertes, pero también a las complicaciones que podían enfrentar los niños/niñas cuando ya estaban infectados. Después de las manifestaciones que asemejaban los síntomas de un resfriado, al pasar los vómitos y el agotamiento físico, el o la infante podía atravesar un cuadro de parálisis, de pulmonía o bronconeumonía –una de las principales causas de muerte en los menores de un año de edad (ver Anexo 1.3).⁴⁹⁰ Tal situación también encontraba similitudes cuando se trataba de la amigdalitis –inflamación de las amígdalas que surgía usualmente por el resfriado–, ya que los niños podían experimentar diarreas, vómitos y, en los casos más graves, inflamación de los oídos y de los riñones.⁴⁹¹ Es decir, la muerte no era el único resultado que afectaba a los infantes y sus familias; bien podían no tener probabilidades de defunción pero sí posibilidades de ver su salud seriamente comprometida.

Las enfermedades eruptivas y virales, prácticamente sin muertes registradas al menos para aquellos que no habían cumplido el año de edad en el período de 1953-1956, igualmente jugaron un papel importante en la salud de los infantes y por esto, en las inquietudes de los médicos del Ministerio de Salubridad Pública. Las enfermedades como el sarampión, la rubeola o la varicela tenían en común que podían producir fiebres altas y erupciones en los cuerpos de los niños; sin embargo, sí es necesario aclarar que la incertidumbre de los médicos radicó especialmente en el hecho de que estas enfermedades –exceptuando la varicela que era considerada como benigna– podían convertirse más tarde en bronquitis, bronconeumonía, supuraciones de los oídos, sordera y encefalitis (inflamación del encéfalo extrañamente manifestada en casos de niños con sarampión).⁴⁹²

⁴⁹⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 62, 09-03-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 102, 15-03-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 103, 22-03-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 128, 24-01-1954.

⁴⁹¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 74, 29-06-1952.

⁴⁹² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 100, 01-03-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 101, 08-03-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 115, 12-07-1953; Ministerio de Salubridad Pública,

La información compartida explica en parte por qué muchas de las enfermedades eruptivas no aparecían en las estadísticas relativas a la mortalidad infantil, es decir, tales afecciones podían complicarse en otras enfermedades y no quedar registradas entonces como causas de muerte. Aunque, también es importante recordar que algunas de estas enfermedades no aparecieron porque afectaban en mayor medida a los niños que superaban el primer año de edad –no considerados en las cifras presentadas arriba. De todos modos, es necesario tener presente que estas manifestaciones fueron suficientemente inquietantes como para que el Suplemento de Puericultura las atendiera y las explicara a los padres en un intento de que los segundos pusieran en práctica las medidas preventivas a revisar.

Por otro lado, la difteria y la poliomielitis también fueron objeto de preocupación. La primera provocaba calenturas y molestias en la garganta tal como lo hacían las enfermedades eruptivas,⁴⁹³ pero la segunda, podía –y lo hizo en muchos casos durante la epidemia de 1954– provocar dolores que duraban entre siete y diez días, así como debilidad en el cuerpo y parálisis severa, según estudios que el suplemento tomaba para justificar sus respuestas en el primer semestre de dicho año. Estudios que, por cierto, tenían relevancia para el período porque estaban hechos por entes ubicados en países con experiencias epidémicas de poliomielitis: el Hospital Infantil de México y la Fundación Nacional contra la Parálisis Infantil de los Estados Unidos, como ya se mencionó.⁴⁹⁴ De hecho, el suplemento indicaba que el folleto elaborado por el Hospital Infantil de México, “Parálisis infantil y poliomielitis”, podía solicitarse en las instalaciones del Departamento de Educación Sanitaria, sección del Ministerio de Salubridad Pública encargada para ese momento del Suplemento de Puericultura.⁴⁹⁵

Las investigaciones retomadas por el Suplemento de Puericultura determinaban, asimismo, que los ejercicios y enfriamientos llegaban a ser peligrosos para los infantes, y que el 50 por ciento de los niños afectados por poliomielitis no sufrían de parálisis y solamente el 8 por ciento moría –datos aportados seguramente para no alarmar a la población que de

Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 116, 02-08-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 139, 11-04-1954.

⁴⁹³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 174, 06-02-1955.

⁴⁹⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 151, 11-07-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 248, 28-10-1956.

⁴⁹⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 151, 11-07-1954.

por sí ya se encontraba en un estado de incertidumbre.⁴⁹⁶ Malavassi ha detectado que la gravedad de la epidemia y la preocupación de los padres pesó sobre sus decisiones, mientras que las autoridades médicas dieron muestras de una actitud menos alarmante.⁴⁹⁷ Pese a esto último, la polio seguía sumándose a las otras enfermedades en términos de los efectos que tenían sobre la salud, porque suponían una etapa de inactividad y dolores para el niño/niña, y porque en la visión epidemiológica constituían un peligro entre los infantes que compartían los espacios con el pequeño enfermo/enferma.

Las enfermedades anteriores originaban los mismos síntomas, las mismas manifestaciones y complicaciones que tienen en la actualidad, sin embargo, vale retomar el cuadro de la asistencia médica para presumir que este era uno de los motivos que tenían los médicos para preocuparse sobre los infantes. Los niños podían experimentar las consecuencias antes expuestas en un contexto donde, si bien iba creciendo la cobertura médica, la asistencia continuaba excluyendo prácticamente a la mitad de la población infantil con menos de un año de edad. De ahí que, la solución del suplemento fuera que los padres hicieran caso a las medidas preventivas para reducir los casos de los niños que tenían bajas posibilidades de contar con asistencia médica en la etapa en que se desarrollaba la enfermedad. En este sentido, algunas de las medidas aplicaban para todos los infantes, como la alimentación y el aseo, y otras pocas diferían por sus especificidades; pero, precisamente porque todas eran infectocontagiosas había una salida que para los médicos era medular y que de igual manera era transmitida a los padres por medio del suplemento: la vacunación.

Para el período de 1949 a 1956 no estaban disponibles todas las vacunas que ayudaban a prevenir las enfermedades infectocontagiosas señaladas, pero la década de 1950 se configuró como una etapa importante en la salud pública porque fue justamente en esos años cuando se comenzaron a implementar algunas de las vacunas –contra la difteria, tosferina, tétanos y poliomielitis– que los médicos sugerían a los padres en virtud de la salud infantil.⁴⁹⁸ Las nuevas vacunas eran esenciales por una razón que el suplemento no expresó abiertamente pero que es evidente al observarse junto con las otras medidas de carácter

⁴⁹⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 136, 21-03-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 137, 28-03-1954.

⁴⁹⁷ Malavassi Aguilar, “Representaciones”.

⁴⁹⁸ Ministerio de Salud Pública, *Norma Nacional de Vacunación 2013* (Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Caja Costarricense de Seguro Social, 2013), 6.

preventivo promovidas por el Ministerio de Salubridad Pública. Es posible inferir que el motivo que sustentaba el interés de los médicos era que la aplicación de las vacunas en los niños resultaba mucho más fácil y efectiva en comparación con otras medidas preventivas, como el constante, y en algunos casos costoso para la familia, consumo de alimentos benéficos –analizado en el capítulo anterior–, si bien todos estos elementos eran y son complementarios.

Los médicos interesados en la vacunación y preocupados por las enfermedades, sin embargo, se enfrentaron ante la disyuntiva que suponía la efectividad de la vacuna frente a las complicadas posibilidades de que todos los infantes la obtuvieran en los momentos oportunos. La aplicación de la vacuna era fácil cuando el niño/niña se presentaba ante el personal que la efectuaba o viceversa, pero el problema era que ese infante entrara en contacto directo con las personas que contaban con los medios para hacerlo. Los niños/niñas en edad escolar contaban con otro tipo de oportunidades, puesto que durante el período también se estaban desarrollando las campañas de vacunación que llegaban a los centros educativos.⁴⁹⁹ Pero en todo caso, el suplemento puede apreciarse como una de las rutas tomadas por el Ministerio de Salubridad Pública para interponerse ante la problemática del alcance de los servicios de salud enfocados en los infantes y ante el supuesto temor que, según los médicos, tenían algunas personas respecto a la vacunación.⁵⁰⁰

Para cumplir con tal objetivo, el Suplemento de Puericultura exhortó a los padres explicándoles los aspectos generales de las vacunas, que no por básicos dejaban de ser necesarios en un contexto donde la aplicación de éstas era incipiente. Las particularidades que el suplemento explicó sobre cada vacuna redundaron en su efectividad y, especialmente, en los momentos idóneos en que los niños debían ser vacunados. Para los casos en que los padres procuraran prevenir la viruela, la vacuna debía aplicarse en el primer año de vida, preferiblemente antes de que cumplieran los 5 meses –etapa de mayor vulnerabilidad según los datos del primer apartado. La vacunación de la difteria y el tétanos, por otro lado, debía

⁴⁹⁹Esta es otra faceta que debe ser revisada a futuro y que por el momento se puede consultar en: Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1951); *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1954); *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1955); *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1956); *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1957).

⁵⁰⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 37, 10-06-1951.

hacerse entre los 18 meses y los 2 años y podía ser una vacuna mixta, es decir, una vacuna conjunta que funcionara para las dos enfermedades. Finalmente, la vacunación contra la tifoidea debía llevarse a cabo entre los 6 y los 9 meses de edad, precisamente porque la enfermedad afectaba en mayores magnitudes a los infantes menores de un año.⁵⁰¹ Las dosis variaban de una vacuna a otra y los médicos lo dejaron claro a los padres, pero advirtieron con mayor insistencia que idealmente todos los niños debían vacunarse en los tiempos debidos contra la tifoidea, la difteria y la viruela. Las vacunas de las demás enfermedades serían aconsejadas a los padres en los momentos pertinentes.⁵⁰²

A pesar de que las vacunas contra la tifoidea, la difteria y la viruela fueron prácticamente indispensables para los médicos, la vacunación para combatir la polio también formaba parte de las opciones preventivas del Ministerio de Salubridad Pública después de la epidemia de 1954. Justamente dos años después, la vacuna Salk estaba tomando relevancia dentro de la esfera de la salud infantil⁵⁰³ y, en ese mismo sentido, el Suplemento de Puericultura no dejó pasar la oportunidad recordándoselo a quienes velaban por los niños/niñas. La estrategia del suplemento respecto a esta nueva medida de prevención fue parecida a la que venía desarrollando con las otras vacunas mencionadas: asesorar a los padres con información básica –justificándose en esta ocasión con las investigaciones estadounidenses, de donde había surgido la vacuna.

La campaña organizada por el Ministerio de Salubridad Pública estaba centralizada en los niños de 4 meses a 3 años, de 3 a 6 años, de 6 a 15 años de edad y a adolescentes y adultos (nótese que tres de los grupos estaban compuestos por niños), quienes debían someterse a tres dosis y a cuyos padres se les aseguraba la efectividad de la vacuna –80-90 por ciento de eficacia, según les advertía el suplemento.⁵⁰⁴ En conjunción con las explicaciones anteriores, el suplemento dedicó un espacio para anunciar los puestos y

⁵⁰¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 37, 10-06-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 42, 19-08-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 52, 08-12-1951.

⁵⁰² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 41, 05-08-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 42, 19-08-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 63, 16-03-1952.

⁵⁰³ Malavassi Aguilar, “Representaciones”.

⁵⁰⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 242, 02-09-1956; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 244, 23-09-1956.

períodos de vacunación para evitar la poliomielitis, aunque su aporte en este sentido se limitó a dos publicaciones a finales de 1956.⁵⁰⁵ La contribución del suplemento no sugiere haber sido vital en cuanto a la campaña de vacunación contra esta enfermedad, pero, definitivamente la promoción de las vacunas para esta y las otras afecciones era congruente con sus objetivos.

Asimismo, aquellas inyecciones o pruebas que los niños debían experimentar en los intentos de prevención del Ministerio, fueron repasados y sugeridos por el Suplemento de Puericultura: la cutirreacción para detectar problemas en el sistema respiratorio, la prueba Schick para comprobar si las vacunas contra la difteria estaban resultando efectivas, la inyección de suero antitetánico (toxoides de tétanos) y la inyección de suero que socavaba los dolores del sarampión.⁵⁰⁶ Es decir, era un panorama que si bien tenía limitaciones en cuanto a la asistencia, por otro lado balanceaba los servicios en salud con las campañas de vacunación y la disponibilidad de pruebas especiales para atacar las enfermedades que podían afectar en diferentes formas la salud de los infantes; todas estas, opciones que se divulgaron por medio del Suplemento de Puericultura.

En un segundo sentido, el suplemento mismo evidencia que las opciones de vacunación ofrecidas allí estaban antecedidas por la incidencia de las enfermedades infectocontagiosas, ya fuera desde el punto de vista de la mortalidad y las manifestaciones, o desde la existencia contemporánea de epidemias que tocaban directamente, aunque no exclusivamente, a los niños –la poliomielitis es el ejemplo más claro en el período de 1949-1956–. El suplemento brindaba información y promovía métodos que estaban al orden del día, aunque no es posible conocer por medio de las fuentes analizadas si esos métodos pudieron ser aplicados en las familias que tenían acceso a las explicaciones.

Había casos en los que, no obstante, la vacunación no se llevaba a cabo, los demás métodos preventivos no se practicaban, o ninguno de los dos canales recomendados por los

⁵⁰⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 242, 02-09-1956; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 248, 28-10-1956.

⁵⁰⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 37, 10-06-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 42, 19-08-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 80, 17-08-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 43, 02-09-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 130, 07-01-1954. Contra la rubeola no había ninguna vacuna disponible. El último número citado indicaba que “No existe ninguna vacuna ni suero específico para combatir la RUBEOLA”.

médicos cumplía con su efectividad. Fueron estos los momentos en que los infantes enfermaban y el suplemento pasaba a recomendar los procedimientos curativos para cada una de las afecciones infectocontagiosas. Por supuesto, no puede escaparse que los cuidados brindados por el Suplemento de Puericultura iban de la mano con un propósito preventivo y no sólo curativo, pues del cuidado de un niño dependía la salud del otro cuando de posibles epidemias se trataba. A pesar de las pocas recomendaciones del suplemento que incluían medidas curativas o de atención al pequeño enfermo, el sentido de la prevención que abanderaba el Ministerio de Salubridad se puede evidenciar primeramente en el consejo aplicable para todas las enfermedades infectocontagiosas: reclusión o aislamiento del infante dentro de su casa con el propósito de aminorar los riesgos propios, así como las epidemias.

En efecto, tanto para el sarampión, el resfrío, la amigdalitis, la tosferina, la rubeola y la poliomielitis, los padres debían mantener a sus hijos/hijas al interior de sus hogares con los cuidados básicos, evitando que cualquier otra persona se les acercara a estos. Ahora, el suplemento sí intentó dejar claro a los progenitores que cada período y tipo de aislamiento dependía de la afección que estuviera experimentando el o la infante.⁵⁰⁷ La segunda línea de recomendaciones y contraindicaciones sobre los cuidados que era compartida para todas las enfermedades infectocontagiosas y que, de nuevo, iba dirigida a los padres dentro de las posibilidades que estos tuvieran en sus hogares, tenía que ver con aspectos elementales, como evitar la luz cuando el infante estaba en cama por sarampión, abrigar al niño y no administrar bebidas heladas cuando se trataba de afecciones del sistema respiratorio, no dar frotos con sustancias que podían resultar dañinas para los niños, facilitar los enjuagues de boca con infusiones y la limpieza de las manos para aquellos que tenían varicela, limpiar y hervir la

⁵⁰⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 40, 22-07-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 73, 22-06-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 128, 24-01-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 129, 31-01-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 130, 07-01-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 139, 11-04-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 140, 25-04-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 244, 23-09-1956. Una interesante discusión alrededor de las opiniones de los médicos y los padres sobre el aislamiento durante la epidemia de la polio, puede verse en: Ana Paulina Malavassi Aguilar, “Representaciones”.

ropa utilizada por los infantes, entre otras de índole casera que estaban bajo la responsabilidad de quienes hacían de cuidadores y tenían una mayor cercanía con los infantes.⁵⁰⁸

Los médicos tanto de Costa Rica como de otras regiones habían adoptado vías para la curación de los enfermos con afecciones infectocontagiosas. Para la década de 1950 ya se había instaurado un centro que atendía a los niños (y adultos) con tuberculosis⁵⁰⁹ y se había abierto la Casa Verde para rehabilitar a los infantes con poliomielitis.⁵¹⁰ Sin embargo, estas opciones de curación no pueden antojarse únicas e insustituibles; los sanatorios, colonias o espacios de rehabilitación fueron vías adoptadas en los sistemas públicos o caritativos de salud, pero su trabajo estuvo comúnmente focalizado en una enfermedad. Esto quiere decir que el Suplemento de Puericultura venía a aportar una manera alternativa de enfrentar la curación de los infantes –aunque en algunas ocasiones no dejara de recomendar las atenciones institucionalizadas–, lo cual debe ser entendido a la luz de las preocupaciones que posiblemente surgían al advertir los índices de asistencia médica aludidos ya varias veces. Ahora, es necesario contar con que los consejos podían ser útiles para menguar o acabar con la enfermedad infectocontagiosa, pero que los niños estaban propensos a otros padecimientos que eran igualmente significativos en la etapa infantil y que se revisarán en seguida.

3. Otras afecciones infantiles

La segunda dimensión epidemiológica que estuvo ligada a la infancia y que figuró como una preocupación más del Suplemento de Puericultura, fue la parasitaria y la digestiva. Efectivamente, cuando el suplemento no estaba aconsejando o educando a los padres sobre las enfermedades infectocontagiosas, lo estaba haciendo sobre las afecciones digestivas o parasitarias debido a su fuerte incidencia en la salud de los infantes –y adultos, menos afectados por las enfermedades infectocontagiosas del apartado anterior. Las diferentes clases de afecciones parasitarias que aquejaban a los niños durante la década de 1950 no

⁵⁰⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 100, 01-03-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 40, 22-07-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 73, 22-06-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 139, 11-04-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 140, 25-04-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 83, 21-09-1952.

⁵⁰⁹ Velázquez Bonilla, “Los niños y el Sanatorio”, 177-199.

⁵¹⁰ Malavassi Aguilar, ““Y que no queden rezagados””, 93-153.

fueron tan abundantes como las infectocontagiosas, por lo cual el suplemento se concentró en una variedad menor pero no por esto menos inquietante para los médicos: amibiasis, anquilostomiasis, parásitos intestinales, gastroenteritis, brucelosis, papalomoyo o Leishmaniasis, enfermedad de Chagas y paludismo; todas estas realmente similares en cuanto a su desarrollo e implicaciones durante la etapa infantil.⁵¹¹

Debido a las similitudes entre las enfermedades parasitarias y teniendo en cuenta que uno de los propósitos del Ministerio de Salubridad Pública fue contraponerse a las afecciones infantiles, el Suplemento de Puericultura procuró que los padres comprendieran, así como lo hacían con las enfermedades infectocontagiosas, los aspectos esenciales de la epidemiología (qué causaba la enfermedad, cuál era el curso del parásito y cómo se contagiaba). La finalidad fue que los encargados de los niños/niñas logaran comprender, definir y detectar qué estaba sucediendo con sus hijos/hijas. En este sentido, las explicaciones adquirieron tonalidades más técnico-científicas características de la parasitología, pero procurando ser lo suficientemente concretas como para que los padres las pudieran digerir –en caso, claro, de que estuvieran interesados en el suplemento.

Las explicaciones se basaron especialmente en los tipos de parásitos y el comportamiento de estos en los cuerpos de los infantes, de tal manera que los lectores tenían a su disposición datos técnicos pero generales sobre los orígenes de la amibiasis que, según el suplemento, era llamada científicamente “ameba histolítica” (*Endoameba histolytica*) y que salía del cuerpo con las deposiciones y se transmitía con los residuos.⁵¹² Añadían que “este parásito toma la forma de quiste siendo sumamente resistente a la sequía y otros factores destructivos” y que “las amebas pueden penetrar en otros órganos”.⁵¹³ La explicación no fue densa pero tampoco vaga, sino que, para los médicos del Suplemento de Puericultura, fue necesaria por cuanto daba pistas sobre los medios de transmisión, lo que inmediatamente ayudaría a los padres a evitarlos en caso de que los pudieran detectar.

⁵¹¹ Para sus últimas publicaciones el suplemento indicó que “los parásitos más comunes hallados en el escolar costarricense son por su orden de importancia: los tricocéfalos, ascárides (lombrices) y anquilostomas, según los resultados de los exámenes realizados en 35.710 niños de escuelas del país en 1955”. Véase: Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 241, 19-08-1956.

⁵¹² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 61, 01-03-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 183, 22-05-1955.

⁵¹³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 197, 04-09-1955.

La misma motivación de fondo en las explicaciones sobre los parásitos que provocaban la amibiasis, estaba presente en la información ofrecida por el suplemento en torno a la anquilostomiasis. Este no fue el primer intento de los médicos por explicar la anquilostomiasis, ya que, desde inicios de siglo, con la llegada de la Fundación Rockefeller, se distribuyeron hojas sueltas y otros materiales impresos, se proyectaron películas y se llevaron a cabo charlas.⁵¹⁴ Estos medios bien pudieron utilizarse para la década de 1950, pero es oportuno señalar que el suplemento se configuraba como una nueva opción educativa vinculada particularmente a los padres y los niños como respuesta a un problema irresuelto. Desde el Ministerio se expresó a los padres sobre la anquilostomiasis:

La enfermedad llamada ANQUILOSTOMIASIS o UNCINARIASIS, es una enfermedad producida por unos gusanos pequeñísimos (anquilostomas), que nacen de los huevecillos puestos por ciertas lombrices que viven en el intestino de la persona enferma.

Los anquilostomas se sitúan y se desarrollan en el intestino del hombre, donde ponen miles de huevecillos que salen al exterior en el excremento de la persona enferma. Los anquilostomas ulceran el intestino y se alimentan con la sangre del enfermo...⁵¹⁵

Junto a esta información que también podía generar inquietudes en los padres respecto a la propagación de la enfermedad y que proporcionaba datos científicos de una forma más ligera a la que probablemente podría encontrarse en las revistas médicas, el suplemento indicó que los gusanillos (de medio centímetro de largo) podían verse con facilidad en los excrementos de los infantes. De esta manera, los padres tenían las herramientas para conocerlos y evitar que las larvas penetraran en la piel de los niños/niñas –y de los campesinos, especificaba el suplemento– e hicieran un largo recorrido en el cuerpo éstos.⁵¹⁶ La importancia de este proceso fue esencial para los médicos, y por esto dedicaron un apartado completo a explicar la forma en que los anquilostomas se introducían y viajaban en el sistema del infante, describiendo con detalles cada paso que daba el parásito.⁵¹⁷ Sin

⁵¹⁴ Para un análisis de la campaña educativa contra la anquilostomiasis, el público receptor y los alcances de esta en la década de 1910, véase: Malavassi, “Prevenir es mejor que curar”, 143-150; Palmer, “Salud imperial y educación popular.”, 225-226, 229-230; “Cansancio y nación”, 407.

⁵¹⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 142, 09-05-1954. Las mayúsculas son del documento original.

⁵¹⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 63, 16-03-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 65, 30-03-1952.

⁵¹⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 64, 23-03-1952.

embargo, esta fue una información que, por sus especificidades, probablemente comportaba mayor relevancia para los médicos que para los padres de los niños.

En esta misma línea de la parasitología puesta a disposición de los padres, el Suplemento de Puericultura también dio algunas pocas pero suficientes explicaciones sobre las lombrices o parásitos intestinales. Así, señalaban que “las lombrices viven normalmente en el intestino y tienen una longitud de 20 a 30 centímetros”, que “es enorme la cantidad de huevos que la lombriz hembra deposita dentro del intestino, de manera que una persona que tenga lombrices puede propagar la enfermedad en un área bastante extensa”, que las lombrices podían introducirse en el cuerpo del infante por medio de alimentos u objetos contaminados con huevos, y que en el transcurso del tiempo las larvas podían llegar al intestino y el sistema respiratorio del niño.⁵¹⁸ De esta manera, el Ministerio se aseguraba de que los padres entendieran en términos científicos que el entorno cotidiano en el que vivía el o la infante podía afectarla.

Otras enfermedades parasitarias también fueron explicadas en el suplemento. Entre la información aportada por los médicos estaban las formas de contagio de la gastroenteritis – similar a las anteriores enfermedades.⁵¹⁹ Asimismo, explicaron brevemente que la brucelosis era una enfermedad que se transmitía por el consumo de alimentos lácteos,⁵²⁰ y, también brindaron las características de las afecciones producidas por mosquitos. Estas últimas fueron de necesaria aclaración para los médicos porque en sus definiciones los padres podrían reconocer las particularidades de las prevenciones. De tal forma, el Suplemento de Puericultura dedicó parte de sus artículos y respuestas al abordaje de los mosquitos que transmitían el paludismo (o malaria) y a los insectos que causaban la enfermedad de Chagas.

Sobre el paludismo, el suplemento advirtió que las larvas del género *Anopheles* eran peligrosas para la salud de los niños cuando se facilitaban los criaderos de agua, al tiempo que brindaron las características para distinguirlos de los mosquitos comunes. Además, señalaron, como hicieron con las demás enfermedades parasitarias, cuál era el curso que

⁵¹⁸ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 145, 30-05-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 175, 13-02-1955.

⁵¹⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 109, 17-05-1953.

⁵²⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 83, 21-09-1952.

tomaban los parásitos del paludismo en el organismo del infante. Al respecto, explicaban que:

Los parásitos penetran en los glóbulos rojos de la sangre, crecen en ellos y los destruyen finalmente. Cuando uno de esos microorganismos se ha desarrollado por completo dentro de un glóbulo rojo, suele dividirse en varias partes, cada una de las cuales puede penetrar en un glóbulo rojo y repetir el proceso. Esto requiere generalmente dos o tres días y puede repetirse durante muchos ciclos, pero al fin tienen que producirse las formas especiales del parásito adaptadas para desarrollarse en el cuerpo del mosquito para que la reproducción continúe.⁵²¹

Las explicaciones de este tipo fueron aquellas que mostraron un mayor tecnicismo y conocimientos más profundos sobre el tema puesto que, como se ha insistido, las intenciones fueron que los padres reconocieran las enfermedades. Pero, quizá la explicación que procuró ser más exhaustiva, y que de hecho fue producto de una adaptación hecha para Costa Rica por un especialista en Argentina, fue la que tuvo que ver con la enfermedad de Chagas. En los dos artículos referentes a esta afección, las explicaciones señalaron a los padres que las chinchas bebe-sangre eran los animales transmisores⁵²² y que “al picar a una persona enferma con Chagas, chupa el tripanosoma junto con la sangre de que se alimenta. El parásito encuentra magníficas condiciones para su vida y multiplicación en el intestino de la chinche y luego sale al exterior en las deyecciones del insecto”.⁵²³ Las explicaciones derivaron de un interesante estudio sobre las especies de chinchas, su existencia en América Latina y su reproducción específicamente en Costa Rica, por esto la información podía resultar más profunda que los demás artículos que mencionaban a los padres cuáles eran los parásitos o microbios causantes de la enfermedad.

La información anterior evidencia que detrás de las explicaciones había un marco más amplio conformado por investigaciones en áreas particulares de la parasitología. Es cierto que sólo en el caso de la enfermedad de Chagas se referenciaba el autor y la investigación hecha sobre la enfermedad, pero la información aportada por el Suplemento de Puericultura sugiere que todas las explicaciones epidemiológicas estuvieron fundamentadas en conocimientos científicos puntualizados en la salud infantil –aunque algunas de las enfermedades también afectaran a los adultos. El aspecto sobresaliente de las explicaciones

⁵²¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 184, 29-05-1955.

⁵²² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 167, 14-11-1954.

⁵²³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 236, 08-07-1956.

anteriores, sin embargo, es que su base investigativa no afectaba la forma en que la información era transmitida a los padres, sino que era modificada y simplificada en función de los principios preventivos de la salud pública y, si se quiere, en virtud de los alcances populares propuestos por el Ministerio de Salubridad Pública. No obstante la intencionalidad, es difícil saber con certeza cuán importante fue esta información para los padres, conociendo de antemano que había un considerable sector que no contaba con las herramientas necesarias para comprar ni leer el suplemento.⁵²⁴

Por otro lado, la inquietud que acompañaba las explicaciones en torno a las enfermedades puede ser entendida desde el punto de vista de la incidencia y la mortalidad infantil, siguiendo la misma lógica aplicada para las afecciones infectocontagiosas expuestas en el Suplemento de Puericultura. En primer lugar, el suplemento expresó sus inquietudes respecto a las afecciones parasitarias al publicar a los padres las peligrosas consecuencias que tenían todas estas sobre los niños/niñas: calenturas, vómitos, diarreas, deshidratación, calambres, cólicos, fiebres, sudores agotadores, escalofríos, hinchazón de diferentes partes del cuerpo, aceleración del ritmo cardíaco y convulsiones.⁵²⁵ En segundo lugar, las preocupaciones del suplemento obedecieron a las muertes que podían surgir tras el desarrollo de las manifestaciones. Desde luego no todas las enfermedades que generaban tales síntomas conducían automáticamente hacia las defunciones –como tampoco lo hacían las enfermedades infectocontagiosas–, pero una parte amplia de la mortalidad infantil estuvo compuesta por afecciones ligadas a los parásitos o al sistema digestivo (volver al primer apartado o al Anexo 1.3).

⁵²⁴ Las investigaciones no dejan de ser relevantes en el campo de la salud infantil, pues pueden dar pistas de las conexiones entre Costa Rica y otros países, o bien, pueden brindar valiosa información sobre la recepción de conocimientos, sin embargo, el suplemento no expresa abierta ni constantemente el desarrollo de investigación en el campo de las enfermedades. Para esto es necesario consultar otras fuentes como las revistas y libros médicos, por ejemplo.

⁵²⁵ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 69, 21-05-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 93, 28-12-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 93, 28-12-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 110, 25-05-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 183, 22-05-1955; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 197, 04-09-1955; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 184, 29-05-1955; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 168, 21-01-1954. Los síntomas presentados en el suplemento, corresponden a las siguientes enfermedades: enfermedad de Chagas, gastroenteritis, amibiasis y malaria.

El análisis de las cifras ha dejado claro que una de las mayores enfermedades causantes de muertes era la gastroenteritis y que los niños menores de un año también estaban expuestos a otras afecciones de índole digestiva y parasitaria que atacaban su salud hasta llevarlos a la muerte. Al tener presente esta situación, el Suplemento de Puericultura no escondió sus inquietudes, así como tampoco lo hizo con las manifestaciones de las enfermedades infectocontagiosas y con los síntomas de las mismas afecciones parasitarias. En tal sentido, el suplemento externó a sus lectores las inquietudes que surgían al observar las altas cifras de mortalidad infantil causadas por las diarreas. En uno de los artículos de 1951, los médicos señalaron a los padres que en 1949 habían fallecido aproximadamente 1530 niños por diarreas, mientras que en 1952 los médicos indicaban que la “causa de muerte más importante en los niños” durante 1951 había sido la diarrea, lo cual apunta que por tres años consecutivos las diarreas habían sido una de las mayores molestias en los infantes y sus familias.⁵²⁶

Además, hay que reconsiderar el Anexo 1.3 para constatar que el problema se prolongó más allá del primer trienio del Suplemento de Puericultura. Las cifras del Anexo 1.3 correspondientes a las diarreas no dan cuenta de que esta manifestación fuera predominante en las muertes de los infantes, pero, nuevamente, es necesario recordar que estos datos nada más son aplicables a los menores de 1 año, que comienzan en 1953, que son muertes registradas y que algunas de las causas pudieron confundirse por otras. De todas formas, recuérdese que las diarreas estuvieron entre las manifestaciones que anualmente cobraban la vida de más de 50 niños menores de un año, sin tomar en cuenta las defunciones que posiblemente no se registraron bajo esta causa.

Los artículos sobre la mortalidad infantil generada por diarreas no fueron abundantes en el Suplemento de Puericultura, es más, se redujeron solamente a estos dos, sin embargo, son importantes porque demuestran que los encargados del suplemento estuvieron al día con los datos estadísticos. También son significativos porque sugieren que las acciones de los médicos –la selección de información y las explicaciones– encontraron su punto de partida justamente en aquellas cifras; igualmente son relevantes porque, en este caso particular, los

⁵²⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 52, 08-12-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 86, 12-10-1952.

síntomas o manifestaciones no fueron los únicos factores de preocupación. Finalmente, son sustanciales porque sugieren que los propósitos preventivos dirigidos a los padres en este sentido podían ser legitimados por las muertes de los infantes, es decir, aludir a la muerte o mencionar puntualmente las cifras de mortalidad podía estimular la implementación de las medidas preventivas explicadas abajo.

La anquilostomiasis, que no aparecía como una de las principales causas de muerte en menores de un año durante la década de 1950, fue también una fuente de preocupación para los médicos del Suplemento de Puericultura, a pesar de que las menciones sobre la mortalidad fueran casi nulas en comparación con las explicaciones de la enfermedad como fenómeno patológico. Aparte de las explicaciones sobre el desarrollo del microorganismo mencionadas anteriormente, el suplemento señaló sobre la mortalidad que “la anquilostomiasis es el problema número uno del capítulo de la parasitosis intestinal. Llega a producir los cuadros más graves y las complicaciones más funestas en muchos miles de niños y adultos de nuestro país”, agregando que “la cantidad de muertes por anquilostomiasis merece que cada costarricense medite en la gravedad del problema y ponga su participación decidida en la solución del mismo...”.⁵²⁷

Además de que en esta ocasión el suplemento hacía un llamado más amplio y menos centralizado en los padres y los niños, el suplemento da cuenta de que la anquilostomiasis en los infantes continuaba siendo un problema sintomático para la salud pública pese a que había estado antecedido por programas tanto internos como externos.⁵²⁸ También permite observar que las preocupaciones que embargaban a los médicos encontraban sus bases en la mortalidad y que el Suplemento de Puericultura comportaba una de las salidas para mermarla.

Aparte de las inquietudes que revestían las diarreas, la anquilostomiasis, los síntomas de las demás enfermedades parasitarias y las manifestaciones de la gastroenteritis, la mortalidad causada por esta última afección –reflejada en el Anexo 1.3–, pero sobre todo la epidemia de la misma enfermedad durante 1952, jugaron un papel importante en las inquietudes del Ministerio de Salubridad Pública y, en su defecto, en las preocupaciones del

⁵²⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 63, 16-03-1952.

⁵²⁸ Malavassi, “Prevenir es mejor que curar”, 134-166; Palmer, “Salud imperial y educación popular.”, 403-412.

Suplemento de Puericultura. La epidemia de gastroenteritis se desarrolló en Naranjo y Palmares de enero a febrero del año citado, y, así como pasa con la epidemia de poliomielitis de 1954, esta contribuye a visualizar la forma en que el suplemento expresaba sus inquietudes y a detectar la manera en que este medio colaboraba con el sistema de salud pública destinado a los infantes.

La inquietud del suplemento respecto a la epidemia de 1952 no era para menos; según los médicos, las muertes apenas habían llegado a 35 (6 con atención médica y 29 sin atención médica), pero el total de casos de niños afectados había superado los 600.⁵²⁹ Ante esto se tomaron dos vías: por un lado, el suplemento utilizaba el espacio tanto para culpabilizar como para advertir y sugerir medidas a los cafetaleros que desechaban las brozas del café incumpliendo con la ley, y por otra parte, el suplemento funcionaba como una plataforma para publicar las acciones que estaba ejecutando el Ministerio de Salubridad Pública en Naranjo y Palmares.⁵³⁰ En este caso específico de la epidemia de gastroenteritis, la ayuda del suplemento no parece haber sido determinante, pero las menciones sobre los casos, la atribución del problema a los cafetaleros, y las acciones desprendidas por el Ministerio, vuelven a dar muestras de que las epidemias resultaban inquietantes para los médicos no sólo porque alteraban el control que podían estar llevando con los consejos que han sido analizados en los demás capítulos, sino también porque éstas podían representar más muertes de las que regularmente se esperaban –aunque no se deseaban– por año.

Por último, es necesario no dejar escapar que los ataques de lombrices eran una preocupación adicional para el Ministerio de Salubridad Pública por su cotidianidad en la salud de los niños durante la década de 1950; si bien es cierto que el Suplemento de Puericultura no se refirió explícitamente a la incidencia, la mortalidad, la morbilidad o a las epidemias de lombrices en los infantes, los ataques de este tipo eran comunes para el período y eran perjudiciales porque existían altas probabilidades de que los niños invadidos por las lombrices fallecieran por asfixia.⁵³¹ Vale retomar, además, el primer apartado para recordar

⁵²⁹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 93, 28-12-1952.

⁵³⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 58, 10-02-1952. El suplemento informaba que los niños con gastroenteritis estaban siendo atendidos en los hospitales de la zona y que se habían acercado a las consultas, logrando un resultado “muy alentador”.

⁵³¹ William Vargas González, *Atención primaria de salud en acción: su contexto histórico, naturaleza, y organización en Costa Rica* (San José: EDNASSS-CCSS, 2006), 18. El autor relata la imagen común de los ataques de lombrices en las zonas rurales para la década de 1930 y en menor medida para el decenio de 1960,

que la infestación por gusanos constituía una de las principales causas de muerte en los menores de un año para el lapso de 1953 a 1956. Es por esto que las explicaciones sobre las lombrices o áscaris eran brindadas a los padres y es por esto también que el suplemento otorgaba una atención determinante a la prevención y curación de este padecimiento así como lo hacía con las demás enfermedades que involucraban parásitos.

Ante las condiciones anteriores, caracterizadas por una preocupación ligada a la mortalidad pero también a las manifestaciones y sus efectos en la salud de los infantes, el Suplemento de Puericultura procuró entrar al plano de las recomendaciones, alejándose un tanto de la explicación y los datos y acercándose más a la metodología preventiva que utilizaba paralelamente con las enfermedades infectocontagiosas. En este caso las vacunas no constituían una alternativa para aminorar la propagación de las afecciones; en cambio, los médicos recomendaban a los padres las mismas prevenciones que recordaban frecuentemente y que han sido valoradas en el capítulo anterior. Los consejos preventivos sobre las enfermedades venían incorporados en las respuestas y artículos que trataban específicamente sobre cierta afección, pero igualmente insistían de forma general en la adecuada alimentación tanto de la madre como de los infantes, en la necesaria precaución del manejo de la leche y en el aseo o higiene de los cuerpos, los alimentos y los utensilios empleados para ingerir los productos alimenticios.⁵³²

Ahora, el suplemento sí procuraba aclarar a los padres que algunos de los métodos preventivos que podían ejecutar en sus casas estaban determinados por la enfermedad misma; el paludismo, por ejemplo, era una de las enfermedades que, según los médicos, requerían atenciones preventivas distintas como evitar los criaderos de mosquitos, crear telas metálicas

pero las explicaciones del suplemento respecto a los áscaris reafirman la existencia de este cuadro infantil para la década de 1950.

⁵³² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 53, 16-12-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 57, 27-01-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 67, 27-04-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 83, 21-09-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 112, 07-06-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 124, 01-11-1953; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 145, 30-05-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 183, 22-05-1955. Nótese además, que estas recomendaciones no sólo aplicaban a las afecciones infectocontagiosas y a las parasitarias, sino también a todas aquellas que tenían que ver con la nutrición y que por eso estaban interconectadas con las diarreas y, especialmente, con la inadaptación al régimen alimenticio –ver muertes causadas por esto último en Anexo 1.7.

para los hogares, usar insecticidas y sustancias repelentes.⁵³³ Inclusive, la UNICEF procuró desarrollar un programa dedicado exclusivamente a la erradicación de los mosquitos que transmitían el paludismo a los infantes,⁵³⁴ lo cual vuelve a dar cuenta de la magnitud de las tareas preventivas ya no solamente instauradas por el Ministerio de Salubridad Pública con vehículos divulgativos como el Suplemento de Puericultura, sino también por entes globales cuyas iniciativas igualmente eran mencionadas a los padres en el suplemento.⁵³⁵

Fueron realmente pocas, aunque significativas para el Suplemento de Puericultura, las otras medidas preventivas distintas a la alimentación o el aseo y enfocadas en eliminar los focos de contagio de las afecciones parasitarias; para el suplemento era imperativo que se extendieran las campañas en Educación Sanitaria para enfrentar los elevados casos provocados por diarreas;⁵³⁶ también era necesario que los padres llevaran a sus hijos a las consultas para que se hicieran exámenes de heces –con los cuales se podrían detectar los parásitos–; y en tercer lugar, era fundamental que las familias adoptaran en sus casas un excusado y que los infantes utilizaran zapatos en los casos en que esto fuera posible.⁵³⁷ La prevalencia del problema no sólo sugiere que las campañas precedentes no habían sido cien por ciento efectivas,⁵³⁸ sino también que, en consecuencia, el suplemento debía actuar en función de los sectores que todavía utilizaban en su cotidianidad las letrinas y que no contaban con un calzado apropiado –considerando que la ruralidad todavía era un rasgo de la Costa Rica de la década de 1950–; aunque, es necesario insistir en que estos eran propósitos del Ministerio de Salubridad Pública cuyas prácticas o impacto no pueden ser descifrados por medio del suplemento.

Sobre las prevenciones y su relación con los tratamientos hay que tener un punto claro; que existieran campañas preventivas como las desplegadas por el Ministerio de

⁵³³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 184, 29-05-1955.

⁵³⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 12, 14-05-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 32, 18-03-1951.

⁵³⁵ Queda como tarea pendiente para la historiografía de la salud y de la infancia, determinar si la participación de la UNICEF tomó las bases locales para ejecutar sus programas y si los estructuró en conjunto con las instancias nacionales, como efectivamente sucedió con la Fundación Rockefeller y como parece indicar el suplemento con las menciones sobre los propósitos de la UNICEF.

⁵³⁶ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 53, 16-12-1951.

⁵³⁷ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 145, 30-05-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 66, 20-04-1952.

⁵³⁸ El problema relacionado con la implementación de los servicios sanitarios y la anquilostomiasis en la década de 1910, se puede ver en: Palmer, “Salud imperial y educación popular.”

Salubridad, por el Suplemento de Puericultura específicamente y por la UNICEF en casos concretos como la alimentación y el paludismo, quería decir que las enfermedades parasitarias estaban siendo experimentadas por infantes cuyos padres no habían implementado las medidas preventivas porque no podían ejecutarlas –problema que en algunos casos era visto por los médicos como un desconocimiento de los principios higiénicos y no como un indicador de las falencias socioeconómicas de las familias.⁵³⁹ Las iniciativas preventivas no daban resultados inmediatamente, y por tanto, los consejos en esta línea se convertían en recomendaciones para tratar al infante que había adquirido la enfermedad. Esto mismo pasaba, como ha sido analizado, con las enfermedades infectocontagiosas, pero los cuidados y tratamientos ligados a las afecciones parasitarias tomaban otras connotaciones pues la inquietud y los consejos de los médicos del suplemento se enfocaban en el manejo que sobre los purgantes hacían las familias de los niños afectados.

Para los médicos del suplemento era una prioridad que los padres comprendieran que el medio para culminar con las enfermedades parasitarias no estaba en la administración de purgantes, y en ese intento lograron dejar constancia de una sutil pero constante tensión entre las prácticas cotidianas desarrolladas por las familias en sus hogares y las nociones médicas de la parasitología vinculantes a la salud pública. El doctor Loría Cortés señalaba sobre los cuidados de las diarreas en los infantes que:

Cualquier diarrea establecida en un niño por una de las diversas causas que hemos citado anteriormente merece la atención médica a fin de prevenir un estado más grave de deshidratación que pone en peligro la vida del niño. Sin embargo, mientras llega el médico, la familia debe tener cuidado de no cometer una serie de errores muy frecuentes en nuestro país y que siempre agravan al niño. **LOS PURGANTES Y LAS LAVATIVAS DEBEN SER ORDENADOS EXCLUSIVAMENTE POR EL MÉDICO.**⁵⁴⁰

Acorde a las recomendaciones de Loría, los demás suplementos señalaban que los párvulos debían someterse a un examen médico y a un análisis de heces y orina para verificar si se trataba de un “ataque de lombrices” o alguna otra enfermedad.⁵⁴¹ La sugerencia que

⁵³⁹ Es necesario hacer la aclaración al respecto, pero no la generalización; a lo largo del análisis ha quedado expuesto que había otras ocasiones donde los médicos sí tenían claro cuál era el panorama que vivían las familias de los niños.

⁵⁴⁰ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 202, 09-10-1955.

⁵⁴¹ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 7, 05-03-1950; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 47, 21-10-1951; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 133, 28-02-1954.

colocaba la consulta médica como un principio que debían practicar los padres, sin embargo y según el suplemento, no estaba siendo tomada en consideración por los familiares ya que estaban purgando a los niños sin conocer previamente cuáles eran las afecciones reales que padecía el pequeño; los médicos señalaban que en múltiples ocasiones los progenitores confundían la ascariasis (ataque de lombrices) con otras enfermedades y que, precisamente por esta confusión, los infantes podían caer en peligro.⁵⁴² Los médicos del suplemento señalaban con tono de advertencia que los purgantes podían provocar toxicosis en los niños, además de generar problemas en el hígado y el riñón;⁵⁴³ peligros todos que podían resultar preocupantes para los familiares de los infantes que estuvieran enfermos o que tuvieran probabilidades de estarlo.

Para los médicos estaban prohibidas las bebidas o “frescos” elaborados con hierbas como el agua de achicoria y el agua de amapolas, ni tenían cabida los “sobados” cuando el niño presentaba un cuadro de indigestión, pues desde la perspectiva propuesta por el suplemento la primera opción provocaba severos daños y la segunda no tenía absolutamente ningún resultado. En estos casos se les volvía a indicar a los padres que la mejor decisión era desplazarse con el niño a un centro médico.⁵⁴⁴ De modo que, por un lado estaban las prácticas caseras de aquellos que se supone encontraban dificultades para recibir atención médica, y por el otro, los exámenes o tratamientos dispensados justamente por un sistema que podría resultar distante para algunos –quienes no estaban cerca de las Unidades Sanitarias, hospitales u otras formas de servicios médicos y públicos– pero que para otros era determinante (los médicos). De alguna manera se puede percibir una preocupación por las prácticas ajenas a la medicina moderna, pero las sugerencias de los médicos parecían estar respaldadas por conocimientos epidemiológicos, parasitológicos y estadísticos (sobre mortalidad y morbilidad). El problema primario no eran las sugerencias por sí mismas –pues la intención era prevenir y evitar las complicaciones–, sino que los procedimientos

⁵⁴² Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 70, 01-06-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 192, 24-07-1955.

⁵⁴³ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 62, 09-03-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 83, 21-09-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 129, 31-01-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 142, 09-05-1954.

⁵⁴⁴ Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 70, 01-06-1952; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 134, 07-03-1954; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 76, 13-07-1952.

recomendados no pudieran ser llevados a término por las condiciones de asistencia recalculadas páginas atrás.

Hasta aquí, ha quedado patente que los consejos del Suplemento de Puericultura eran tan educativos como abarcadores, y esto era así porque en buena medida, aunque no únicamente, las tasas de mortalidad infantil y las diferencias entre los rangos de edades –especialmente entre los niños menores de un año y todos los demás– se debían a condiciones de vida que propiciaban el desarrollo de las afecciones expuestas a lo largo de los tres apartados. Del acatamiento de las prevenciones dependía que los niños no adquirieran las enfermedades expuestas, y esto a su vez, determinaba el grado de morbilidad y los niveles de mortalidad. Es decir, las explicaciones, las recomendaciones preventivas y los tratamientos “paliativos” de las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias aparecían en el suplemento precisamente porque éstas eran uno de los rasgos más significativos y también inquietantes de la infancia de la década de 1950.

Conclusiones

El primer apartado permite caracterizar la infancia del período desde la mortalidad, cuyos indicadores, aunque vistos descriptivamente, reflejan las desigualdades y las continuidades respecto a los años anteriores. Los datos indican que había una parte de los niños/niñas que recibía asistencia médica y otra que no, que la mortalidad tendió a decrecer, que los niños menores de 1 año sufrieron más las vulnerabilidades de su contexto o entorno, que las enfermedades prevenibles seguían definiendo el cuadro epidemiológico y que no parecen haber significativas disparidades entre las provincias desde una panorámica general. Los hallazgos sugieren que el sistema de salud del Estado de bienestar avanzaba en su proyecto de institucionalización, centralización y cobertura de la salud, pero sin representar una mutación a gran escala del esquema anterior al menos en la década de 1950.

El tercer capítulo muestra de forma más clara que los anteriores la transformación del conocimiento científico a través del lenguaje modificado. Los médicos del suplemento buscaron explicar las enfermedades, desde su etiología hasta su desarrollo y consecuencias, con un lenguaje sencillo y adaptado a los padres –entiéndase las madres– para que se entendiera por qué debían aplicarse las medidas higiénicas. La popularización del

conocimiento científico presentó continuidades con las experiencias anteriores, pero la diferencia es que aquí no se encontraron motivos moralistas o civilizatorios fuera de la tarea que se le asignaba a la mujer.

Las enfermedades de origen infeccioso y digestivo fueron importantes para los médicos, aunque su mortalidad no siempre ocupara un lugar determinante. Esto fue así por dos aspectos: 1. Las enfermedades podían agravar la salud del niño/niña hasta la adquisición de otras afecciones. La descripción de estas enfermedades es fundamental, porque la historia invita a un ejercicio de imaginación, y los cuidados y padecimientos contenidos en las fuentes estimulan la comprensión de la infancia desde una óptica del dolor y la cotidianidad, no solo del funcionamiento institucional. 2. Las enfermedades que se divulgaron para su atención derivaban, en su mayoría, del desconocimiento y las situaciones de riesgo de las familias, por esto se asocian con países en situación de desventaja socio-económica. El suplemento procuraba apoyar el proceso educativo.

Por último, debe añadirse que, pese a que el suplemento y las fuentes revisadas no mantuvieran un discurso utilitarista del niño convertido en adulto sano, no se puede descartar que esta concepción se manejara en el ámbito de la salud. Esta revisión amerita un abordaje de las ideas que había sobre la niñez más allá del campo de la salud.

CONCLUSIONES

Los capítulos precedentes han procurado brindar una problematización de la infancia circunscrita en la historia de la salud, intentando apegarse a los objetivos planteados al inicio y desviándose en algunas ocasiones de las hipótesis. Es preciso señalar, en este sentido, que los problemas analizados tuvieron un componente de complejidad que no fue considerado en las hipótesis del proyecto, es decir, éstas se quedan en una dimensión más descriptiva que analítica. Para el primer capítulo, se había planteado hipotéticamente que la maternidad científica promovida por el suplemento se separaba en dos sentidos, uno centrado en el cuerpo y la salud de la mujer durante el embarazo, en los aspectos institucionales del parto y en el puerperio, y otro, enfocado en la lactancia y la crianza. Es cierto que estos eran los dos planos más importantes dentro del Suplemento de Puericultura, pero al interior de cada uno emergieron otras problemáticas que han sido expuestas en este trabajo.

La investigación ha demostrado que la construcción de la maternidad con bases científicas o biomédicas, abrió paso a dos espacios complementarios: el privado y el público, pues en uno las mujeres debían asumir la responsabilidad directa bajo la guía médica, mientras en el otro eran los médicos y las enfermeras quienes participaban directamente en la salud de la madre y los niños/niñas y quienes eran presentados como el personal idóneo debido a sus conocimientos, su preparación y la seguridad que podían garantizar en términos de salud. En este sentido, se han podido identificar espacios institucionales cuya existencia y funcionamiento eran esenciales en la concepción médica y, por tanto, en el fortalecimiento de la puericultura; entre estos, las consultas prenatales, las consultas posnatales, la atención del parto y las Consultas del Niño Sano, todos los cuales constituían un tejido institucional que era propuesto desde las herramientas divulgativas.

El suplemento, así, funcionaba como una plataforma para promocionar los servicios implementados por el Ministerio de Salubridad Pública. También ha quedado en evidencia, sin embargo, que había un desfase entre el discurso y la práctica ejecutada en esos centros, en el sentido de que la asistencia a los servicios apoyados por el suplemento –puntualmente las consultas prenatales– era limitada, lo que manifiesta desigualdades en la atención de salud de las mujeres embarazadas, o bien, diferencias en la percepción que tenían esas mujeres frente a los centros propulsores de la puericultura.

El trabajo ha mostrado que, entre las preocupaciones de los médicos respecto a la maternidad también se encontraban las cifras relacionadas a este problema. Como ha sido explicado, el suplemento no hacía referencia explícita o constante sobre la mortinatalidad ni la cantidad de consultas prenatales, pero sí aludía a los riesgos que se podían constatar a través de datos que estaban al alcance del Ministerio de Salubridad Pública. Además, y en última instancia, la propuesta hipotética de la maternidad no contempló que la maternidad científica de Costa Rica en la década de 1950, encontraba paralelismos con otros países tanto de América Latina como de Europa. Las conexiones indirectas eran variadas, empezando porque en las demás regiones se empleaban materiales como el suplemento y porque en éstas, también eran vitales la higiene prenatal, las consultas prenatales, el parto institucionalizado y los consejos sobre la salud materna e infantil que, en general, incumbían a la medicina. En términos de la maternidad científica, es posible afirmar entonces, pero sólo inicialmente, que Costa Rica seguía una tendencia que en otros países se había dado durante años anteriores o en el mismo período en estudio (década de 1950).

La revisión de la maternidad científica también ha demostrado la dinámica de poder entre los médicos y las mujeres-madres. En este estudio se afirma que la relación sigue un juego de autoridad en el sentido de que los médicos eran hombres en posiciones de poder conscientes del reconocimiento de su profesión y con preconcepciones sobre el rol femenino en la familia y la sociedad. La interacción entre los médicos y las mujeres estuvo basada en una guía, pero también hubo regaños y culpabilización hacia la mujer por no ejercer adecuadamente su papel de madre. Por otro lado, aquí se comprende que el suplemento abrió la posibilidad de que las mujeres participaran como personas con interés de conocimiento y no solo como receptoras pasivas de la información. Esta dinámica, era parte de un patrón de medicalización en el que la maternidad fue asumida como un problema de salud por la importancia de los niños/niñas y su estado de salud. La maternidad fungió en este período como una veta preventiva en el seguimiento de la salud infantil.

El segundo capítulo está antecedido por una hipótesis que, al igual que la primera, descansa sobre una base descriptiva a la cual le faltan algunas aristas expuestas en el desarrollo del trabajo. Además de procurar esclarecer que el suplemento daba recomendaciones nutricionales, sobre el comportamiento y el aseo, el análisis ha permitido

detectar que dentro de cada uno de esos temas había problemas inquietantes. Uno primero puede observarse en la desnutrición y su ligamen con la educación de las familias, es decir, el Suplemento de Puericultura se puede considerar como una herramienta para combatir esos dos aspectos. Esta problemática de la alimentación y el esfuerzo por privilegiar los conocimientos nutricionales, ha permitido rescatar los nexos que el Suplemento de Puericultura tenía con instituciones dedicadas precisamente a la nutrición: la UNICEF y el INCAP. Si bien es cierto que los vínculos en este sentido han sido evidenciados en su mínimo nivel, también es factible considerar, a partir de estos, que los entes costarricenses de salud estaban interactuando con instancias que tenían una incidencia significativa en el campo de la investigación y la acción en términos alimenticios y globales.

El segundo capítulo ha intentado poner en cuestión la infancia saludable que los médicos proponían en el suplemento a través de los consejos sobre conductas y aseo de los espacios o el cuerpo de los niños. Ha quedado patente que la salud de los niños/niñas estaba determinada por el aseo y la higiene mental, pero también se ha explicado que la noción de infancia saludable y el intento de moldear la niñez desde la medicina, era más una pretensión que una realidad. Desde el Suplemento de Puericultura, es posible inferir que la puesta en práctica de las recomendaciones implicaba cambiar la vida cotidiana del niño/niña y sus familiares, pero con base en otras fuentes, es posible discernir de igual manera que esos consejos podían estar alejados de la realidad de los infantes costarricenses por cuanto exigían materiales o espacios específicos en un contexto donde había infantes trabajando y donde había casos de desnutrición –no contabilizados en este trabajo.

El análisis de la salud infantil y los intentos de los médicos por moldearla desde el ámbito de la higiene mental y el aseo, ha permitido establecer, nuevamente, relaciones entre Costa Rica y otros espacios. Los consejos sobre tales problemas no solamente eran tomados, en su mayoría, del material proporcionado por la embajada de Estados Unidos –el libro *El Niño de Uno a Seis Años*–, sino que también correspondían a las nociones higiénicas que se estaban configurando en este país y en otros como Argentina o Rusia, donde las recomendaciones de los médicos estaban sustentadas en conocimientos psicológicos. Esto sugiere que la salud de los niños admitía corrientes foráneas, pero también conduce a suponer, de nuevo, que los consejos de este tipo no siempre se ajustaban a las condiciones

sociales y económicas que experimentaban los niños en Costa Rica. Pero, se insiste en que esta es más bien una nueva hipótesis antes que una conclusión.

En una tercera etapa del trabajo, la hipótesis giraba alrededor de las enfermedades, y las medidas higiénicas y preventivas para contrarrestarlas. El proyecto también proponía que los métodos biomédicos eran sobrevalorados respecto a las prácticas caseras y que el suplemento atendía en menor medida las cifras de mortalidad y las epidemias acaecidas durante el período. El tercer capítulo ha comprobado que las enfermedades más preocupantes eran las infectocontagiosas, las parasitarias y las digestivas, y que, en efecto, el suplemento constituía un medio para prevenir el desarrollo de esas afecciones. Pero, además, se han podido encontrar otros aspectos relacionados con el tema de las enfermedades infantiles. Por un lado, el capítulo permite observar que el suplemento intentaba educar a los padres en torno a las enfermedades infantiles, así como lo hacía con la maternidad o la alimentación, es decir, procuraba introducirlos sobre elementos que eran propios de la epidemiología pero que podían ser –y eran– modificados en formatos más sencillos. La arista pedagógica fue una parte crucial del proceso de medicalización de la maternidad y la infancia, especialmente si se considera que este segundo es construido y que, por tanto, requiere de un apoyo para su aceptación.

El trabajo, por otro lado, ha dejado constancia de la importancia que tenían la morbilidad y la mortalidad sobre las acciones del suplemento pese a que no fueran expresadas mediante datos concretos, lo cual significa que la información publicada –respuestas y artículos de orden cualitativo– respondía a una preocupación cuyo fondo eran los indicadores cuantitativos. Este aspecto ha sido realmente significativo pues, aunque la hipótesis no contemplaba ni la morbilidad ni la mortalidad infantil porque el suplemento de puericultura tampoco las valoraba constantemente, su utilización y análisis han permitido comprender que las cifras se configuraban como un trasfondo para los consejos higiénicos y para las recomendaciones concernientes a las enfermedades que más afectaban a los niños/niñas en términos de defunciones.

Los datos analizados, también han reflejado de forma clara algunas de las desigualdades existentes en el ámbito de la salud infantil, sobre todo cuando se trataba de la asistencia médica y los grupos etarios más afectados –menores de un año en primer lugar, y

menores de cuatro años en un segundo nivel. Ambos aspectos han sido fundamentales para entender por qué el suplemento ponía énfasis en medidas preventivas y por qué la mayoría de la información se concentraba en los niños menores de seis años.

No obstante, es necesario recordar que el tercer capítulo encontró limitantes en cuanto a la morbilidad. El segundo y tercer apartados del capítulo sobre las enfermedades, se propuso aclarar que la morbilidad era un problema ineludible, sin embargo, no fue posible presentar abundantes cifras que dieran cuenta de la importancia cuantitativa de tal indicador. Este sería un aspecto pendiente en la perspectiva sociodemográfica de la historia de la infancia, pero también habría que agregarle otros datos relativos a la mortalidad que fueron dejados al margen en este trabajo. Vale la pena recabar en las cifras disponibles sobre la mortalidad de los niños/niñas que superaban el primer año de edad, o sea, las tasas, los datos sobre la asistencia médica y la mortalidad según las regiones. Asimismo, es de capital importancia revisar las cifras que las estadísticas vitales ofrecen en torno a la mortalidad infantil por cantones, pues el tercer capítulo pudo constatar que la mortalidad en menores de un año y según provincias no mostraba mayores desigualdades considerando la población que había para cada una de éstas, pero, en ninguna oportunidad se tomaron en cuenta las cifras por distrito o cantón para explicar el comportamiento interno en cada provincia. Esto es necesario porque las características de cada provincia eran distintas no solo en términos de la población sino también en cuanto al acceso a los servicios médicos.

El tercer capítulo también expuso un hallazgo importante en cuanto a la práctica de la puericultura: la vacunación como componente adicional en la crianza. La puericultura se puede comprender en términos generales como la guía médica-científica dada a las mujeres para criar a sus hijos/hijas bajo parámetros de salud –y se agrega que morales también–, lo cual no excluye a la vacunación como paso adicional en el esquema de salud infantil asegurada por la madre. Sin embargo, esta propuesta establece un cambio respecto a la puericultura de los períodos anteriores. La novedad está en que la tecnología y, especialmente, el padrinaje institucional costarricense, incluyeron la vacunación en la crianza, en la propuesta de infancia sana y en la maternidad responsable que procuraban. El cambio no es importante en su connotación etimológica, pero sí en términos epistemológicos.

Ahora bien, los tres capítulos en su conjunto han expuesto una serie de problemas que competen a la historia de la infancia y que en algunos casos ya habían sido expuestos en investigaciones anteriores, pero que en esta ocasión poseen matices diferentes por la naturaleza de la fuente principal (Suplemento de Puericultura). En primer lugar, ha quedado reflejada una parte de los lazos que el sistema de salud costarricense tenía con las iniciativas generadas desde o compartidas en otros ámbitos, lo cual coloca a la década de 1950 como un espacio temporal conectado con la salud infantil precedente y contemporánea de otras regiones. Esto sugiere que Costa Rica estaba inserta en una dinámica global de la salud de los niños.

La consideración de estudios sobre el extranjero en esta investigación evidencia las siguientes similitudes entre Costa Rica y otros países: seguimiento de los mismos fundamentos higiénicos que sustentaban la puericultura, inquietud por la mortalidad infantil por parte del personal de salud, intenciones de guiar la maternidad desde el campo científico bajo conceptos conservadores de feminidad –en la mayoría de los casos–, uso de la autoridad médica para orientar a las mujeres-madres. Entre las diferencias se pudo identificar que: en Costa Rica no siempre parece haber una intencionalidad moralizadora ni una influencia de la eugenesia sobre la infancia. La orientación de las madres sí estuvo determinada por concepciones sociales de la mujer y su comportamiento, y los niños fueron moralizados por medio de algunos consejos como aquellos provenientes de la higiene mental, y, en general, las medidas higiénicas formaron una idea de responsabilidad materna y salud infantil que, tras su incumplimiento, era cuestionada. Aquí una muestra de la medicalización por medio de la puericultura. No obstante, la salud infantil también parece conceptualizarse como un beneficio institucional derivado de un sistema universalista.

En segundo término, el trabajo ha logrado mostrar que, en la producción y transmisión de conocimientos sobre la salud infantil, confluían diferentes perspectivas derivadas de numerosas disciplinas –obstetricia-ginecología, nutrición, higiene mental, epidemiología y parasitología. Es decir, los consejos dirigidos a los padres de los niños, partían de la articulación multi e interdisciplinaria aparentemente derivada del protagonismo que tenían los infantes en la escala de la mortalidad. Esta es una diferencia encontrada respecto a los trabajos historiográficos sobre Costa Rica en períodos anteriores. En esta investigación no se

ha podido determinar la génesis y el desarrollo de las comunidades biomédicas que se mencionan, pues ese no era el objetivo y su cobertura implicaba sobrepasar mucho el tema de estudio, tanto en términos teóricos como metodológicos.

En síntesis, la presente investigación ha evidenciado las siguientes continuidades en torno a la historia de la infancia y la maternidad en Costa Rica: presencia y vigorización del binomio mujer-niño/niña en el sistema de salud dirigido por hombres en virtud de la infancia; institucionalización de los conocimientos derivados de la pediatría y la obstetricia; y, preocupación por la persistencia de la alta mortalidad infantil. Entre las diferencias identificadas se pueden mencionar: la sistematización de un medio de divulgación de puericultura (el Suplemento de Puericultura), en el cual se explicaron nociones conocidas y otras más novedosas como la vacunación; la participación de las mujeres en la lectura de los consejos y en la redacción de consultas dirigidas al Ministerio de Salubridad; y, la integración de saberes que no se habían manifestado tan sistemáticamente en el abordaje de la salud infantil: psicología y nutrición.

Por último punto, se puede señalar que el estudio de la infancia con base en los consejos del Suplemento de Puericultura y las cifras de mortalidad infantil, ha dado luces sobre las condiciones que enfrentaban los niños/niñas en cuanto a salud y los rasgos consustanciales de la niñez misma de la década de 1950: riesgos de prematuridad y sobrevivencia al nacer, alimentación con carencias, ciertos comportamientos concebidos desde la esfera médica, concepción y promoción de la normatividad, y determinadas enfermedades con secuelas para esta generación. El trabajo, en este sentido, ha dejado esbozada una sola de las tantas dimensiones experimentadas por los niños/niñas del período en estudio; y aunque no es adecuado incluir a todos los infantes en este panorama de la salud, sí es posible asegurar con cierta certeza –gracias a los datos sobre mortalidad– que tales características o problemas eran compartidos por la mayoría de niños/niñas.

El trabajo hasta ahora presentado, sin embargo, ha dejado una serie de vacíos además de las limitaciones que ya han sido apuntadas en este balance. Estos, son temas que han podido identificarse a lo largo de los tres capítulos y que se constituyen como potenciales problemas de estudio. Vale recalcar que el análisis de la infancia a partir de sus singularidades en materia de salud ha sido delimitado en este trabajo para el primer quinquenio de la década de 1950, pero esto ha sido así porque el período ha dependido directamente de las publicaciones del Suplemento de Puericultura (fuente base), por lo tanto, sobra decir que la problematización de la niñez puede extenderse más allá del decenio señalado. La tarea resulta necesaria bajo el entendido de que el sistema de salud pública continuó con objetivos similares por lo menos hasta la mitad de la década de 1970 y entrado el decenio de 1980, y considerando además los cambios que paralelamente tuvieron lugar en el ámbito socio-económico y demográfico del país.

La década de 1950 y las posteriores, por lo menos hasta 1970, pueden abordarse desde las mismas problemáticas aquí cubiertas, pero a partir de otros enfoques metodológicos. Todavía no se ha acudido a la vía oral como fuente de información; al día de hoy, hay mujeres que vivieron su etapa de maternidad durante aquellos años, y ellas podrían compartir las problemáticas que experimentaron como madres en su vida cotidiana y su vínculo con el sistema de salud. Los trabajadores del Ministerio de Salubridad también podrían explicar las decisiones y procedimientos que llevaron a cabo en torno a la maternidad y la infancia. Y, quizá de forma más viable por el problema generacional que plantea la historia oral, podría solicitarse la colaboración de adultos que en el período vivieron como niños/niñas. Este tipo de abordaje puede ayudar a profundizar dos aspectos que aquí se han discutido, pero que no se han confirmado satisfactoriamente por las fuentes que se utilizaron: las limitaciones y alcances del sistema de salud en el ejercicio de la maternidad y la intervención de la salud y la enfermedad en la cotidianidad de las mujeres madres y los niños/niñas.

El panorama también puede ser ampliado en cuanto a los ejes temáticos. El trabajo ha vislumbrado una parte del convenio que la UNICEF había establecido con el país centroamericano para intervenir en la problemática nutricional y en los casos de paludismo experimentados por los niños, pero todavía queda en espera el estudio sistemático del ente. En este sentido, interesa explicar particularmente la articulación de la instancia foránea con

las instancias nacionales, es decir, las negociaciones, las limitaciones y los resultados de los proyectos diseñados y/o implementados internamente. Para esto, es preciso consultar los archivos de la UNICEF, los documentos disponibles en el Ministerio de Salubridad Pública, las cajas de relaciones exteriores del Archivo Nacional y los documentos que podrían contenerse en la Embajada de Estados Unidos.

En la misma línea, también vale la pena acercarse a las relaciones establecidas entre el sistema de salud costarricense centrado en los infantes y el INCAP. En el segundo capítulo se indicó que una buena parte de los artículos y consejos sobre alimentación provenían de la instancia del istmo, pero es necesario profundizar, mediante los documentos del archivo del INCAP y de las Memorias de Salubridad Pública, en las redes establecidas con esta segunda institución, en la preparación ofrecida al personal del sector salud costarricense y en las investigaciones científico-nutricionales desarrolladas para dar respuesta a los problemas que en materia de nutrición enfrentaban los niños/niñas durante la segunda mitad del siglo XX. Esto resulta importante para comprender el contexto del sistema de salud desde una perspectiva que no se limita únicamente a los proyectos generados localmente, es decir, se estaría proponiendo una visión regional del problema de la nutrición infantil.

La historia de la salud desde el plano de la nutrición, puede ampliarse, asimismo, con los datos proporcionados por las encuestas nutricionales que se llevaron a cabo desde la década de 1960. Estos insumos se convierten en valiosas fuentes para abundar en las continuidades, los cambios, las falencias y las desigualdades experimentadas por los niños/niñas. No obstante, la visión sobre las desigualdades también debe cotejarse con los documentos que den cuenta de las respuestas hacia el problema de las enfermedades nutricionales y la desnutrición infantil. Aparte de la incidencia de la UNICEF y el INCAP, se puede analizar detenidamente el papel que jugaron los Centros de Nutrición y los comedores dispuestos por el Ministerio de Salubridad Pública. A esto hay que añadirle los centros de nutrición administrados o impulsados por las comunidades de la sociedad civil, lo cual ampliaría el problema a las formas de organización alternativas o menos determinadas por las medidas institucionales –de necesaria atención, pero no únicas. Esta última dimensión no ha sido explorada en ninguno de los tres capítulos presentados hasta el momento, pero es

presumible que pueda encontrarse en la prensa escrita a través de los anuncios sociales de las organizaciones o de las comunidades.

A la luz del reconocimiento de áreas de la salud que parecían emergentes, lo cual sugiere una diferencia respecto a otros períodos y un aporte de este trabajo desde la óptica de la puericultura, se plantea necesario problematizar aspectos adicionales por su peso en la niñez. Uno de estos temas es la investigación en torno a la salud de las mujeres y los niños/niñas. Para comprender las medidas y el desarrollo de las enfermedades infantiles, es necesario plantear nuevos interrogantes alrededor de aquellos que realizaban los estudios, de los nuevos problemas que surgían a lo largo del período que se establezca y de la forma en que se producían los conocimientos –coordinación interna y externa, así como entes involucrados. Desde esta perspectiva, las revistas y textos médicos cobran importancia ya que pueden considerarse como uno de los medios primordiales por donde eran expuestos los proyectos que se encontraban en curso o inclusive los resultados de tales estudios.

Ludwik Fleck propone un marco teórico para abordar el problema de la emergencia de formas de pensamiento y circulación de conocimiento. Fleck indica que el estilo de pensamiento se forma desde un colectivo (“colectivo de pensamiento”) constituido por personas enfocadas en un tema o problema, lo cual les permite especializarse y manejar la producción y la circulación de conocimiento. El autor señala que el conocimiento es compartido por este colectivo dentro y fuera de su comunidad, de manera que la información producida por estos es proyectada horizontalmente a quienes tienen una preparación en la misma área (“círculo esotérico”) y verticalmente a aquellos no se han especializado (“círculo exotérico”). La interacción vertical, argumenta Fleck, generalmente está basada en coerción y pasividad.⁵⁴⁵ Este marco, y otros de corte similar, pueden considerarse para estructurar e interpretar los problemas planteados.

Un último problema que queda pendiente y que no fue analizado en el trabajo, está relacionado con la salud escolar. La visión aquí presentada ha estado limitada a las recomendaciones que obedecían a un marco divulgativo y que podían ser empleadas en los hogares, sin embargo, es oportuno señalar que había otros espacios donde la salud infantil también era proporcionada y fomentada. Sobre esta otra línea, vale analizar la

⁵⁴⁵ Fleck, 1986.

institucionalización de la salud de los niños en las escuelas, y dentro de esa arista, la inclusión y exclusión de estos en las campañas higiénicas, la organización y participación del personal magisterial en los asuntos de la salud pública, el desarrollo de diferentes programas o campañas como las de vacunación, higiene mental e higiene dental. Para determinar las singularidades del problema de la salud en el sistema escolar y los aportes dados por este en la salud de los infantes, se pueden revisar inicialmente las Memorias del Ministerio de Salubridad Pública y las Memorias del Ministerio de Instrucción Pública.

FUENTES

Dirección General de Estadística y Censos. *Censo de población de Costa Rica 22 mayo de 1950*. San José: Dirección General de Estadística y Censos, 1952.

Dirección General de Estadística y Censos. *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica. 1949*. San José: Imprenta Nacional, 1950.

Dirección General de Estadística y Censos. *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica. 1950*. San José: Imprenta Nacional, 1951.

Dirección General de Estadística y Censos. *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica. 1952*. San José: Imprenta Nacional, 1953.

Dirección General de Estadística y Censos. *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica. 1953*. San José: Imprenta Nacional, 1954.

Dirección General de Estadística y Censos. *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica. 1954*. San José: Imprenta Nacional, 1955.

Dirección General de Estadística y Censos. *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica. 1955*. San José: Imprenta Nacional, 1956.

Ministerio de Economía y Hacienda. Dirección General de Estadística. *Anuario de la Dirección General de Estadística, 1949*. San José: Ministerio, 1949.

Ministerio de Economía y Hacienda. Dirección General de Estadística. *Anuario de la Dirección General de Estadística, 1950*. San José: Ministerio, 1953.

Ministerio de Economía y Hacienda. Dirección General de Estadística. *Anuario de la Dirección General de Estadística, 1951-1952*. San José: Ministerio, 1954.

Ministerio de Economía y Hacienda. Dirección General de Estadística. *Anuario de la Dirección General de Estadística, 1953*. San José: Ministerio, 1955.

Ministerio de Economía y Hacienda. Dirección General de Estadística. *Anuario de la Dirección General de Estadística, 1954*. San José: Ministerio, 1955.

Ministerio de Economía y Hacienda. Dirección General de Estadística. *Anuario de la Dirección General de Estadística, 1955*. San José: Ministerio, 1956.

Ministerio de Economía y Hacienda. Dirección General de Estadística. *Anuario de la Dirección General de Estadística, 1956*. San José: Ministerio, 1957.

Ministerio de Salubridad Pública. *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública*. San José: Imprenta Nacional, 1950.

Ministerio de Salubridad Pública. *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública*. San José: Imprenta Nacional, 1951.

Ministerio de Salubridad Pública. *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública*. San José: Imprenta Nacional, 1953.

Ministerio de Salubridad Pública. *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública*. San José: Imprenta Nacional, 1954.

Ministerio de Salubridad Pública. *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública*. San José: Imprenta Nacional, 1955.

Ministerio de Salubridad Pública. *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública*. San José: Imprenta Nacional, 1956.

Ministerio de Salubridad Pública. *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública*. San José: Imprenta Nacional, 1957.

Ministerio de Salubridad Pública. *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública*. San José: Imprenta Nacional, 1958.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 1, 04-12-1949.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 4, 22-01-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 5, 05-02-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 7, 05-03-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 8, 19-03-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 9, 02-04-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 10, 16-04-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 11, 30-04-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 12, 14-05-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 13, 28-05-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 14, 11-06-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 15, 25-06-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 16, 09-07-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 17, 23-07-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 18, 06-08-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 19, 20-08-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 20, 03-09-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 21, 17-09-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 22, 01-10-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 23, 15-10-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 24, 12-11-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 25, 26-11-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 27, 24-12-1950.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 29, 28-01-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 30, 18-02-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 31, 04-03-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 32, 18-03-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 33, 01-04-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 34, 15-04-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 36, 13-05-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 37, 10-06-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 38, 24-06-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 39, 08-07-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 40, 22-07-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 41, 05-08-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 42, 19-08-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 43, 02-09-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 44, 23-09-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 46, 14-10-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 47, 21-10-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 48, 28-10-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 50, 25-11-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 51, 02-12-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 52, 08-12-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 53, 16-12-1951.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 57, 27-01-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 58, 10-02-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 59, 17-02-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 60, 24-02-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 61, 01-03-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 62, 09-03-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 63, 16-03-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 64, 23-03-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 65, 30-03-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 66, 20-04-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 67, 27-04-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 68, 04-05-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 69, 21-05-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 70, 01-06-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 71, 08-06-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 72, 15-06-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 73, 22-06-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 74, 29-06-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 76, 13-07-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 77, 20-07-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 79, 10-08-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 80, 17-08-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 82, 31-08-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 83, 21-09-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 84, 28-09-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 85, 05-10-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 86, 12-10-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 88, 26-10-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 89, 09-11-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 90, 16-11-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 91, 30-11-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 92, 21-12-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 93, 28-12-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 94, 04-01-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 95, 11-01-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 97, 01-02-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 98, 15-02-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 99, 22-02-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 100, 01-03-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 101, 08-03-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 102, 15-03-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 103, 22-03-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 105, 19-04-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 106, 26-04-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 107, 03-05-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 108, 10-05-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 109, 17-05-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 110, 24-05-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 113, 14-06-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 112, 07-06-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 114, 05-07-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 115, 12-07-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 116, 02-08-1952.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 119, 06-09-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 121, 27-09-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 122, 04-10-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 124, 01-11-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 125, 20-12-1953.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 127, 17-01-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 128, 24-01-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 129, 31-01-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 130, 07-01-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 133, 28-02-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 134, 07-03-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 136, 21-03-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 137, 28-03-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 138, 04-04-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 139, 11-04-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 140, 25-04-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 142, 09-05-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 143, 16-05-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 145, 30-05-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 146, 06-06-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 149, 27-06-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 150, 04-07-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 151, 11-07-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 152, 18-07-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 155, 08-08-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 156, 22-08-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 157, 29-08-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 158, 05-09-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 159, 12-09-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 160, 19-09-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 164, 24-10-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 165, 31-10-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 166, 07-11-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 167, 14-11-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 168, 21-11-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 171, 12-12-1954.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 174, 06-02-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 175, 13-02-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 179, 13-03-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 180, 24-04-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 182, 15-05-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 183, 22-05-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 184, 29-05-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 188, 26-06-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 192, 24-07-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 194, 07-08-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 197, 04-09-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 198, 11-09-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 202, 09-10-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 206, 13-11-1955.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 211, 08-01-1956.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 213, 22-01-1956.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 214, 09-01-1956.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 215, 05-02-1956.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 218, 26-02-1956.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 219, 04-03-1956.

Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 220, 11-03-1956.

- Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 236, 08-07-1956.
- Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 240, 12-08-1956.
- Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 241, 19-08-1956.
- Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 242, 02-09-1956.
- Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 244, 23-09-1956.
- Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 246, 07-10-1956.
- Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 247, 14-10-1956.
- Ministerio de Salubridad Pública. Suplemento de Puericultura. *La Nación*, no. 248, 28-10-1956.
- Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social. *Memoria de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social 1940*. San José: Imprenta Nacional, 1941.

BIBLIOGRAFÍA

- Abouharb, M. Rodwan y Anessa L. Kimball. "A New Datase on Infant Mortality Rates, 1816-2002". *Journal of Peace Research* 44, no. 6 (2007): 743-754.
- Adis Castro, Gonzalo. "Recordando al Doctor Fernando Quirós Madrigal". *Cúpula* 8, no. 16 (1984): 21-26.
- Agudelo-González, Angela y William A. Chapman-Quevedo. "Maternidad y lactancia a través del discurso de la comunidad médica en Barranquilla, primera mitad del siglo XX". *Historia y Memoria*, no. 23 (2021): 197-225.
- Alanís, Mercedes. "Más que curar, prevenir: surgimiento y primera etapa de los Centros de Higiene Infantil en la Ciudad de México, 1922-1932". *História, Ciências, Saúde-Maguinhos* 22, no. 2 (2015): 391-409.
- Álvarez, Adriana. "La experiencia de ser un 'niño débil y enfermo' lejos de su hogar: el caso del Asilo Marítimo, Mar del Plata, 1893-1920". *História, Ciências, Saúde-Maguinhos* 17, no. 1 (2010): 13-31.
- Álvarez Tello, Mónica Alejandra. "“Para cuidar un ser que apenas se bosqueja en las entrañas de lo desconocido”. Surgimiento de la puericultura en Colombia en la primera mitad del siglo XX". Monografía de grado de Historia, Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, 2015.
- Amaral, Marivaldo Cruz do. "Mulheres, imprensa e higienização: medicalização do parto na Bahia (1910-1927)". *História, Ciências, Saúde-Maguinhos* 15, no. 4 (2008): 927-944.
- Ariès, Philippe. *Centuries of Childhood. A Social History of Family Life*. Traducido por Robert Baldick. New York: Alfred A. Knopf, 1962.
- Arrea Baixench, Carlos. "Dr. Máximo Terán Valls". *Acta Médica Costarricense* 55, 1 (2013): 7.

- Arias Mora, Dennis. *Héroes melancólicos y la odisea del espacio monstruoso: metáforas, saberes y cuerpos del biopoder (Costa Rica, 1900-1946)*. San José: Editorial Arlekin, 2016.
- Baires Martínez, Yolanda. “La situación demográfica de Centroamérica (1950-1980)”. *Anuario de Estudios Centroamericanos* 10 (1984): 143-150.
- Bernabeu Mestre, Josep, Eva Trescastro López y M. Eugenia Galiana Sánchez. “La divulgación radiofónica de la alimentación y la higiene infantil en España de la Segunda República (1933-1935)”. *Salud Colectiva*, no. 7 (2011): 49-60.
- Berth, Christiane y Corinne A. Pernet. “Wissenstransfer, Experten und ihre Handlungsspielräume am Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), 1961-1982”. *Geschichte und Gesellschaft* 41, no. 4 (2015): 613-648.
- Biernat, Carolina y Karina Ramacciotti. “La tutela estatal de la madre y el niño en la Argentina: estructuras administrativas, legislación y cuadros técnicos (1936-1955)”. *História, Ciências, Saúde-Maguihos* 15, no. 2 (2008): 331-351.
- Birn, Anne-Emanuelle, Raquel Pollero y Wanda Cabella. “No se puede llorar sobre leche derramada: el pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900-1940”. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe* 14, no. 1 (2003). Accesado 31 mayo 2016. <http://eial.tau.ac.il/index.php/eial/article/view/929/965>.
- Birn, Anne-Emanuelle. “The national-international nexus in public health: Uruguay and the circulation of child health and welfare policies, 1890-1940”. *História, Ciências, Saúde-Maguihos* 13, no. 3 (2006): 33-63.
- Botey Sobrado, Ana María. “De la beneficencia a la filantropía “científica”: la fundación de La Gota de Leche (1913)”. *Diálogos Revista Electrónica de Historia*. Número especial (2008): 1336-1377.
- Botey Sobrado, Ana María. *Los orígenes del Estado de bienestar en Costa Rica: salud y protección social (1850-1940)*. San José: Editorial UCR, 2019.

- Bowman, Kirk. “¿Fue el compromiso y consenso de las élites lo que llevó a la consolidación democrática en Costa Rica? Evidencias de la década de 1950”. *Revista de Historia*, no. 41 (2000): 91-127.
- Bryant, Karl. “Making Gender Identity Disorder of Childhood: Historical Lessons for Contemporary Debates”. *Sexuality Research & Social Policy* 3, no. 3 (2006): 23-39.
- Burger, Kaspar. “A Social History of Ideas Pertaining to Childcare in France and in the United States”. *Journal of Social History* 45, no. 4 (2012): 1005-1025.
- Cabella, Wanda, Daniel Ciganda, Ana Fostik y Raquel Pollero. “Evolución de la mortalidad infantil uruguaya (1950-2004): estancamiento y descenso”. Ponencia, IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba, 2007.
- Caja Costarricense de Seguro Social. *Memoria Anual*. San José: CCSS, 1978.
- Chaoul, María Eugenia. “La higiene escolar en la ciudad de México en los inicios del siglo XX”. *Historia Mexicana* 62, no. 1 (2012): 249-304.
- Chernyaeva, Natalia. “Upbringing à la Dr. Spock:” Child-Care Manuals and Constructing Normative Motherhood in the Soviet Union, 1954-1970”. *Ab Imperio*, no. 2 (2013): 223-251.
- Colegio Superior de Señoritas. *Álbum del cincuentenario, 1888-1938*. San José: Imprenta y Librería Lehmann, 1939.
- Colmenar Orzaes, Carmen. “La institucionalización de la maternología en España durante la Segunda República y el franquismo”. *Historia de la educación*, no. 28 (2009): 161-183.
- de Almeida Silva, Tania Maria y Luiz Otávio Ferreira. “A higienização das parteiras curiosas: o Serviço Especial de Saúde Pública e a assistência materno-infantil (1940-1960)”. *História, Ciências, Saúde-Maguihos* 18 (2011): 95-112.

- del Castillo Troncoso, Alberto. “La visión de los médicos y el reconocimiento de la niñez en el cambio del siglo XIX al XX”. *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* 6, no. 2 (2003): 10-16.
- Díaz Amador, Carlos. “Evolución de la nutrición infantil en Costa Rica”. *Revista Costarricense de Salud Pública* 2, no. 3 (1993): 31-35.
- Di Liscia, M. S. “Hijos sanos y legítimos: sobre matrimonio y asistencia social en Argentina (1935-1948)”. *História, Ciências, Saúde-Maguihos* 9 (2002): 209-232.
- Escuela de Nutrición. Reseña Histórica la Escuela de Nutrición. Accesado Enero 18, 2021. <http://nutricion.ucr.ac.cr/index.php/es/features/content-right-sidebar>.
- Felitti, Karina. “Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980)”. *História, Ciências, Saúde-Maguihos* 18, supl. 1 (2011): 113-129.
- Fink, Janet. “Inside a hall of mirrors: residential care and the shifting constructions of childhood in mid-twentieth-century Britain”. *Paedagogica Historica* 44, no. 3 (2008): 287-307.
- Fleck, Ludwik. *La génesis y desarrollo de un hecho científico*. Traducido por Luis Mena. Madrid: Alianza Universidad, 1986.
- Flórez-Estrada Pimentel, María. *La política sexual de la reforma social costarricense: una disputa olvidada*. San José: Editorial UCR/Editorial Costa Rica, 2020.
- Freire, Maria Martha de Luna. ““Ser mãe e uma ciência”: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920”. *História, Ciências, Saúde-Maguihos* 15 (2008): 153-171.
- Foucault, Michel. “Historia de la medicalización”. *Educación médica y salud* 11, no. 1 (1977): 1-25.
- Gamboa, Manuel. “Los discursos políticos durante las campañas electorales entre 1953 y 1970 en Costa Rica: la memoria de la Guerra Civil de 1948”. Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad de Costa Rica, 2012.

- Gillespie, James A. "International organizations and the problem of child health, 1945-1960". *DYNAMIS*, no. 23 (2003): 115-142.
- Godinho Lima, Ana Laura. "Maternidade higiênica: natureza e ciência nos manuais de puericultura publicados no Brasil". *História: Questões & Debates, Curitiba*, no. 47 (2007): 95-122.
- Gómez Redondo, Rosa. "El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900-1970". *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, no. 32 (1985): 101-140.
- Gómez, Miguel. "Antecedentes, justificación y objetivos del estudio". En *Determinantes de la fecundidad en Costa Rica. Análisis longitudinal de tres encuestas*, editado por Luis Rosero Bixby, Miguel Gómez Barrantes y Virginia Rodríguez de Ortega. San José: Dirección General de Estadística y Censos, 1992.
- González Ortega, Alfonso. *Mujeres y hombres de la posguerra costarricense (1950-1960)*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2005.
- Jiménez, Liliana. "La celebración del Día de la Madre: una construcción social, espiritual y material vista a través del análisis de la prensa escrita secular y católica (1932-1964)". Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad de Costa Rica, 2015.
- Lorenzetti, Luigi y Alfred Perrenoud. "Infant and Child mortality in Switzerland in 19th and 20th Centuries", s.f.
- Malavassi, Ana Paulina. "Entre la marginalidad y los orígenes de la salud pública: leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica: 1784-1845". Tesis de Maestría en Historia, Universidad de Costa Rica, 1998.
- Malavassi, Ana Paulina. "De parteras a obstétricas. La profesionalización de una práctica femenina tradicional en Costa Rica (1930-1940)". En *Mujeres, género e historia en América Central durante los siglos XVIII, XIX y XX*, editado por Eugenia Rodríguez Sáenz, 91-114. San José: UNIFEM-Plumsock Mesoamerican Studies, 2002.
- Malavassi, Ana Paulina. *Entre la marginalidad social y los orígenes de la salud pública: leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica (1784-1845)*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2003.

- Malavassi, Ana Paulina. “Prevenir es mejor que curar: análisis sobre el trabajo cooperativo en salud pública de la Fundación Rockefeller en Costa Rica y Panamá: décadas 1910 y 1930”. Tesis de Doctorado, Universidad de Costa Rica, 2011.
- Malavassi, Ana Paulina. ““Y que no queden rezagados para pedir limosna y acabar así en seres infelices.” Análisis de las percepciones de un grupo de estudiantes de pedagogía de la Universidad de Costa Rica sobre la poliomielitis, la víctima y la rehabilitación. Casa Verde, 1955-1957”. En *Historia de la Infancia en Costa Rica. Cinco aproximaciones*, editado por David Díaz Arias, 93-153. San José: Editorial Nuevas Perspectivas, 2012.
- Malavassi, Ana Paulina. “Análisis sobre la inmunización contra las enfermedades prevenibles en Costa Rica y su impacto social, 1950-2000: una mirada crítica de las políticas públicas a través de las Memorias de Salud”. En *Historia de las desigualdades sociales en América Central. Una visión interdisciplinaria, siglos XVIII-XXI*, editado por Ronny J. Viales H. y David G. Díaz A., 354-378. San José: Vicerrectoría de Investigación: Centro de Investigaciones Históricas de América Central, 2016.
- Malavassi, Ana Paulina. “Representaciones sobre la epidemia de poliomielitis en el periódico La Nación. Costa Rica, 1954”. Inédito.
- Marín Hernández, Juan José. “De curanderos a médicos. Una aproximación a la historia social de la medicina en Costa Rica: 1800-1949”. *Revista de Historia*, no. 32 (1995): 65-108.
- Marín Hernández, Juan José. “Las Revistas Sanitarias en Costa Rica (1896-1949)”. *Actualidades del CIHAC*. Boletín del Centro de Investigaciones Históricas de América Central, Universidad de Costa Rica, no. 8 (1995): 3-4.
- Marín Hernández, Juan José. “Biblias de la higiene. Las cartillas terapéuticas en Costa Rica (1864-1949)”. En *Culturas populares y políticas públicas en México y Centroamérica (siglos XIX y XX)*, compilado por Francisco Enríquez e Iván Molina, 1-46. Alajuela: Museo Histórico Cultural Juan Santamaría, 2002.

- Mazzeo, Victoria. “La mortalidad de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 1860-2002”. *Papeles de Población*, no. 53 (2007): 241-272.
- Menjívar Ochoa, Mauricio. “¡Cuidado, niños trabajando! Aportes para una historia de la sensibilidad masculina entre los niños trabajadores agrícolas del Valle Central y Guanacaste, Costa Rica: 1912-1970”. En *Historia de la Infancia en Costa Rica. Cinco aproximaciones*, editado por David Díaz Arias, 157-175. San José: Editorial Nuevas Perspectivas, 2012.
- Ministerio de Salubridad Pública. *Código Sanitario*. San José: Imprenta Nacional, 1950.
- Ministerio de Salud. *Memoria del Cincuentenario del Ministerio de Salud y de la salud pública en Costa Rica*. San José: Sección Audiovisual Ministerio de Salud, 1977.
- Ministerio de Salud Pública. *Norma Nacional de Vacunación 2013*. Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Caja Costarricense de Seguro Social, 2013.
- Molina, Iván. *Costarricense por dicha: identidad nacional y cambio cultural en Costa Rica durante los siglos XIX y XX*. San José: Editorial UCR, 2015.
- Molina, Iván. *La educación en Costa Rica de la época colonial al presente*. San José: EDUPUC, 2016.
- Molina, Iván. “Deliciosas tempestades. Las mujeres y la educación sexual en Costa Rica entre las décadas de 1920 y 1960”. *Descentrada* 3, no. 1 (marzo-agosto 2019): e066.
- Molina, Iván y Steven Palmer. *La voluntad radiante. Cultura impresa, magia y medicina en Costa Rica (1897-1932)*. San José: Plumsock Mesoamerican Studies y Editorial Porvenir, 1996.
- Mora Carvajal, Virginia. “Cuestión femenina y maternidad en la Costa Rica de los años veinte”. *Revista de Historia*, no. 11-12 (1998): 31-54.
- Mora Carvajal, Virginia. *Rompiendo mitos y forjando historia: mujeres urbanas y relaciones de género en Costa Rica a inicios del siglo XX*. Alajuela: Museo Histórico Cultural Juan Santamaría, 2003.

- Mora López, Valeria. “El culto a la Virgen de los Ángeles en Costa Rica (1930-1960)”. Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica, 2019.
- Nari, Marcela María. “La educación de la mujer (o acerca de cómo cocinar y cambiar los pañales a su bebé de manera científica)”. *Mora. Revista Interdisciplinaria de Estudios de la Mujer*, no. 1 (1995): 31-45.
- Núñez Arias, Rodolfo, Juan José Marín Hernández y Blanca Rosa Vega Camacho. ““Donde hay mujer no muere mujer”. Mujeres certeras y sabiduría popular, el caso de las parteras en San Cruz, Guanacaste: 1930-2000”. Ponencia, IV Jornada de Investigación Sede del Pacífico, Puntarenas, Costa Rica, 19 y 20 noviembre 2013.
- Palmer, Steven. “Salubridad pública y reforma educativa en Costa Rica (1880-1940)”. *Actualidades del CIHAC. Boletín del Centro de Investigaciones Históricas de América Central*, Universidad de Costa Rica, no. 8 (1995): 1-3.
- Palmer, Steven. “Salud imperial y educación popular. La Fundación Rockefeller en Costa Rica desde una perspectiva centroamericana”. En *Educando a Costa Rica. Alfabetización popular, formación docente y género, 1880-1950*, editado por Iván Molina y Steven Palmer. San José: Porvenir-Plumsock Mesoamerican Studies, 2003.
- Palmer, Steven. “Esbozo histórico de la medicina estatal en América Central”. *DYNAMIS*, no. 25 (2005): 59-85.
- Palmer, Steven. “Cansancio y nación: el combate precoz de los salubristas costarricenses contra la anquilostomiasis”. *Salud Colectiva* 5, no. 3 (2009): 403-412.
- Pantelides, Edith Alejandra y Adriana Rofman. “La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo”. *Desarrollo Económico* 22, no. 88 (1983): 511-534.
- Pardo Soto, Jorge A. “La expresión de la biopolítica: dos momentos en la historia contemporánea; la Puericultura de fines del siglo XIX en Chile y la discusión eugenésica liberal de Habermas en la Alemania del siglo XXI”. *Revista Enfoques*, no. 9 (2008): 263-274.
- Peña Chavarría, Antonio, Carlos Sáenz Herrera y Edgar Cordero Carvajal. “Síndrome carencial de la Infancia”. *Revista Médica de Costa Rica*, no. 170 (1948): 125-139.

- Pérez Brignoli, Héctor. *La población de Costa Rica, 1750-2000: una historia experimental*. San José: Editorial UCR, 2010.
- Pizarro Pizarro, Elías. “Higiene y pedagogía: las colonias escolares y su presencia en el extremo norte de Chile (1927)”. *Interciencia* 39, no. 8 (2014): 597-600.
- Porras, Oscar. “Dr. Carlos Sáenz Herrera”. *Acta Médica Costarricense* 56, no. 2 (2014): 47-48.
- Pupo Pérez, Carlos. *Nuestras enfermedades evitables: principios de higiene que nadie debe ignorar*. San José: Imprenta Alsina, 1913.
- Quesada Avendaño, Florencia. “La modernización entre cafetales. San José, Costa Rica, 1880-1930”. Tesis de Doctorado, Universidad de Helsinki, 2007.
- Rabell, Cecilia Andrea y Marta Mier y Terán Rocha. “El descenso de la mortalidad en México de 1940 a 1980”. *Estudios Demográficos y Urbanos* 1, no. 1 (1986): 39-71.
- Rodríguez Sáenz, Eugenia. “Inventando el Día de la Madre en Costa: 1890-1932”. *Reflexiones*, no. 75 (1997): 33-42.
- Rodríguez Sáenz, Eugenia. “Disciplinar para la maternidad y la acción social en el Colegio Superior de Señoritas (Costa Rica, 1888-1940)”. *Descentrada* 4, no. 1 (2020): e105.
- Rosero-Bixby, Luis. “Determinantes socioeconómicos y sanitarios del descenso de la mortalidad infantil”. *PAHO* (1985): 246-267.
- Rustoyburu, Cecilia Alejandra. “Pediatria psicósomática y medicalización de la infancia en Buenos Aires, 1940-1970”. *História, Ciências, Saúde-Maguihos* 22, no. 4 (2015): 1249-1265.
- Rustoyburu, Cecilia Alejandra. “Maternidad e infancia. “Los consejos médicos y psicológicos en la revista Hijo Mío...! Buenos Aires, en la década de 1930”. *Arenal* 23, no. 1 (2016): 117-142.
- Rovira Mas, Jorge. *Estado y Política Económica en Costa Rica 1948-1970*. San José: Editorial Porvenir, 1988.
- Rudín H., Fernando. “La consulta externa de niños nada tiene que ver con actividades de Salubridad”. *La Nación* (3), 5 setiembre de 1952.

- S. a. “Biografía del Dr. Rodrigo Loría Cortés”. *Boletín del Hospital Infantil de México* 55, no. 4 (1998): 246-247.
- Scrimshaw, Nervin. “La primera década del INCAP”. Accesado Enero 02, 2021. <http://www.incap.int/index.php/es/listado-de-documentos/acerca-de-incap/1-la-primer-decada-del-incap/file>.
- Sy, Anahi. “La medicalización de la vida: hibridaciones ante la dicotomía Naturaleza/Cultura”. *Ciência & Saúde Coletiva* 23, no. 5 (2018): 1531-1539.
- Ugalde Quesada, Alexia. ““Purificarse en las aguas del Jordán”. La ruta política y social de la amnistía de 1955 en Costa Rica y la participación de las mujeres”. *Diálogos. Revista Electrónica de Historia* 21, no. 1 (2020): 37-66.
- Ulloa Quesada, Virginia. “Puericultura”. Tesis Profesor de Enseñanza Primaria, Universidad de Costa Rica, 1945.
- Vargas Azofeifa, Domingo. “El Hospital Nacional de Niños en el marco de la salud pública costarricense: 1954-1998”. Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad de Costa Rica, 2001.
- Vargas González, William. *Atención primaria de salud en acción: su contexto histórico, naturaleza, y organización en Costa Rica*. San José: EDNASSS-CCSS, 2006.
- Velázquez Bonilla, Carmela. “El doctor Carlos Durán. Su investigación médica y sus estudios sobre la niñez”. *Diálogos Revista Electrónica de Historia* 7, no. 1 (2006): 80-114.
- Velázquez Bonilla, Carmela. “Los niños y el Sanatorio Carlos Durán (1938-1973)”. En *Historia de la Infancia en Costa Rica. Cinco aproximaciones*, editado por David Díaz Arias, 177-199. San José: Editorial Nuevas Perspectivas, 2012.
- Viales Hurtado, Ronny. “El régimen liberal de bienestar y la institucionalización de la pobreza en Costa Rica 1870-1930”. En *Pobreza e Historia en Costa Rica: determinantes estructurales y representaciones sociales del siglo XVII a 1950*, editado por Ronny J. Viales Hurtado, 71-100. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, Posgrado Centroamericano en Historia y CIHAC, 2005.

- Viales Hurtado, Ronny y Nasly Madrigal Serrano. “La constitución de la Microbiología como disciplina y como campo de formación e investigación en Costa Rica. (1870-1957)”. En *Historia de la Microbiología en contexto global. Estudios de caso de Costa Rica, Argentina y España*, editado por Ronny Viales Hurtado y César Rodríguez Sánchez. San José: CIHAC. En prensa.
- Vosne Martins, Ana Paula. ““Vamos criar seu filho”: os médicos puericultores e a pedagogia materna no século XX”. *História, Ciências, Saúde-Maguinhos* 15, no. 1 (2008): 135-154.
- Worboys, Michael. “The Emergence and Early Development of Parasitology”. En *Parasitology: A Global Perspective*, editado por Kenneth S. Warren y Jhon Z. Bowers, 1-18. New York: Springer Nature, 1983.
- Yan, Mei-ling. “Women’s Pages or People’s Pages: The Production of News for Women in the Washington Post in the 1950s”. *Journalism & Mass Communication Quarterly* 73, no. 2 (1996): 364-378.

ANEXOS

Anexo 1.1

Distribución geográfica de las consultas prenatales brindadas por las Unidades Sanitarias para los años 1953, 1954 y 1955

Cantones	1953*	1954**	1955***
Provincia de San José			
Acosta		5	114
Aserrí	208	585	201
Calle Blancos			
Cincos Esquinas			
Coronado	26	327 (6 m)	359
Curridabat		466	95
Desamparados		759	329
Distritos de San José y Alajuelita****		255 (6 m)	117
Dota	59	71	80
Escazú		736	270
Goicochea	22	1602	580
Montes de Oca		1141	254
Mora	8		
Moravia	11		
Pavas		176	148
Penitenciaría de San José			
Perez Zeledón		372	481
Puriscal	20	851 (6 m)	409
Santa Ana		833	149
Tarrazú	669	594	
Tibás		596 (7 m)	317
Turrubares			
Villa Colón		464	63
Total de provincia	1023	9883	
Provincia de Alajuela			
Alajuela	3411	3980	907
Alfaro Ruíz	323		
Atenas	1145	957	131
Ciudad Quesada		832	623
Grecia	35	926	326
Naranjo	1293	1284	351
Orotina	837		
Palmares	882	797	306

Poas	313	317	160
Sabanilla de Alajuela		122	40
San Carlos	740		
San Mateo	4	56	
San Ramón		137 (3 m)	359
Valverde			28
Zarcero		756	210
Total de la provincia de Alajuela	8783	10941	
Provincia de Cartago			
Alvarado			
Cartago	1980	2802	544
Juan Viñas		101 (6 m)	119
Oreamuno			
Paraíso y Orosi*****	86	209	214
Tierra Blanca			
Tres Ríos	1432	980	313
Turrialba	4112	3479	1178
Potrero Cerrado			
Total de provincia	7610	751	
Provincia de Heredia			
Barba		165 (3 m)	151
Belén			
Flores			
Heredia	1032	1346	503
San Isidro		47	19
San Rafael			
Santa Bárbara de Heredia			
Santo Domingo	520	644	116
Total de provincia	1552	2142	
Provincia de Guanacaste			
Abangares		643	90
Bagaces			
Cañas		126	
Filadelfia	31	34	
Las Juntas	1601		
Liberia	22	104	
Nicoya	412	614	525
Santa Cruz		619	309
Tilarán			179
Total de provincia	2066	2140	
Provincia de Puntarenas			

Aguirre	116		
Ciudad de Puntarenas			
Esparta	69	15 (1 m)	224
Golfito			15
Miramar	227		
Puerto Cortés	67	154	23
Quepos			
Sabalito		32	
Total de provincia	479	414	
Provincia de Limón			
Pococí	134	80	37
Puerto Limón	1354	1200	664
Siquirres	93		15
Total de provincia	1581	1280	
Total general	23094	34371	12899

*La memoria de 1953 aclara que los espacios en blanco corresponden a aquellas Unidades Sanitarias que no enviaron el informe al debido tiempo, por esto no es posible saber si las consultas prenatales se ofrecieron.

**Los números entre paréntesis equivalen a los meses en que se prestaron los servicios de consultas prenatales en los cantones o distritos correspondientes.

***Las cantidades de 1955 corresponden a las historias prenatales.

****Las cantidades de 1954 y 1955 son válidas sólo para Alajuelita.

*****Las cantidades de 1954 y 1955 son válidas sólo para Paraíso.

Fuente: Ministerio de Salubridad Pública. *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública. San José: Imprenta Nacional, 1954; Memoria del Ministerio de Salubridad Pública. San José: Imprenta Nacional, 1955; Memoria del Ministerio de Salubridad Pública. San José: Imprenta Nacional, 1956.*

Anexo 1.2

Mortinatalidad según provincias y asistencia médica en Costa Rica (1950-1955)¹

AÑO	San José	Alajuela	Cartago	Heredia	Guanacaste	Puntarenas	Limón	Con asistencia	Sin asistencia	TOTAL
1950	354	205	195	78	76	139	55			1102
1951	314	216	162	82	95	138	55	589	473	1062
1952	318	201	170	54	94	128	47	486	526	1012
1953	278	223	202	85	96	105	32	557	464	1021
1954	274	283	185	68	109	155	61	533	602	1135
1955	356	228	194	61	72	133	51	563	532	1095
TOTAL	1894	1356	1108	428	542	798	301	2728	2597	6427

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda. Dirección General de Estadística. *Anuario de la Dirección General de Estadística, 1953. San José: Ministerio, 1955; Anuario de la Dirección General de Estadística, 1955. San José: Ministerio, 1955; Anuario de la Dirección General de Estadística, 1955. San José: Ministerio, 1956; Anuario de la Dirección General de Estadística, 1956. San José: Ministerio, 1957.*

¹ La mortinatalidad con asistencia y sin asistencia médica es el total general dividido entre estas dos variables.

Anexo 1.3

Mortalidad infantil según causas (1953-1956)

Causas	1953	1954	1955	1956
Tuberculosis pulmonar	7	2	6	4
Complejo tuberculoso primario con síntomas		1		
Tuberculosis de localización no especificada	1		2	
Tuberculosis de las meninges y del sistema nervioso central	3	2	4	
Tuberculosis de los intestinos, del peritoneo y de los ganglios mesentéricos			1	
Tuberculosis del sistema linfático	1		1	
Tuberculosis diseminada			2	1
Sífilis congénita	30	20	12	9
Sífilis temprana o precoz				1
Fiebre tifoidea	2		4	1
Fiebre paratifoidea			1	
Otras salmonelosis	6	3	1	3
Disentería bacilar		3	3	12
Amebiasis	3	3	2	1
Otras disenterías protozoarias				2
Formas no especificadas de disentería	5	5	7	2
Envenenamiento alimenticio	1			5
Erisipela		1	1	
Septicemia y piemia	7	3	3	4
Difteria	7	7	4	11
Tosferina	117	42	44	53
Infecciones meningocócicas	2		3	2
Tétanos	124	127	130	130
Angina de Vincent				1
Otras enfermedades bacterianas	1		1	
Poliomielitis aguda	1	36	1	1
Encefalitis infecciosa aguda	2	4		
Sarampión	23	12	39	20
Varicela	1	2	1	1
Hepatitis infecciosa	1		2	6
Fiebre benigna (P. vivax)		1	1	
Fiebre terciana maligna (P. Falciparum)		2		
Otras formas de paludismo y las no especificadas	63	83	56	41
Anquilostomiasis	1	2	2	4
Infestación con otros tipos de gusanos, mixtos o sin especificar	67	64	91	76
Otras enfermedades por hongos	3	1		1
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias	12			
Enfermedad de Hodgkin	1			

Tumor de naturaleza no especif. De otros órganos y no espec.	1	1		1
Tumor maligno de las vías biliares y del hígado (especificado como de localización primaria)			1	
Tumor maligno de los huesos (incluyendo el maxilar)				
Tumor maligno del hígado (especificado como de localización secundaria y sin especificación)			1	
Tumor maligno del riñón			1	
Tumor maligno de otros sitios o de sitios sin especificar			1	1
Leucemia y aleucemia			1	1
Hemangiona y linfangioma				1
Asma	3	2	2	7
Enfermedades de las glándulas paratiroides		2		
Enfermedades del timo	1	3		1
Enfermedades de las cápsulas suprarrenales			1	2
Pelagra	1			1
Otras avitaminosis y estados carenciales de la nutrición	4	11	1	5
Anemias perniciosas y otras anemias hipercrónicas	2		2	2
Anemias por deficiencia férrica (hipocrómicas)	2		1	1
Otras anemias de tipo especificado		2	3	1
Anemias de tipo no especificado	16	26	14	16
Púrpura y otros estados hemorrágicos		4	5	
Otras enf. De la sangre y de los órganos hematopoyéticos			1	1
Psiconeurosis c/síntomas somáticos q/afectan ap. Circulatorio	1			
Psiconeurosis c/síntomas somáticos q/afectan ap. Digestivo	1			
Deficiencia mental	1	1	1	3
Hemorragia subcranoidea			1	
Hemorragia cerebral	1	1	1	2
Otras lesiones vasculares q/ afectan siste. Nervioso y mal def.	5	13	17	10
Meningitis, excepto la meningocócica y la tuberculosa	31	37	21	20
Encefalitis, mielitis y encefalomielitis (exc. Infecciosa aguda)	10	9	9	8
Efectos tardíos de abscesos intracaneanos o de inf. Piógena	1		2	3
Otras parálisis cerebrales	2	1		
Epilepsia	50	40	9	1
Úlcera de la córnea				1
Otras enfermedades del cerebro				
Inflamación de las glándulas y de conductos lacrimales		1		
Otitis media sin mención de mastoiditis	2	2	7	8

Otras degeneraciones del miocardio			3	1
Otras enfermedades del corazón y las no especificadas				1
Enfermedad arterioesclerótica del corazón, incluyendo afecciones de las coronarias		3		2
Endocarditis aguda y subaguda	1			
Miocarditis aguda no especificada como reumática			1	
Gangrena de causa no especificada	9	2	8	
Embolia e infarto pulmonar	1	1		1
Otras enfermedades del aparato circulatorio		3	1	
Ciertas afecciones de los nódulos y canales linfáticos			1	
Rinofaringitis aguda (resfriado banal)	6	1		
Faringitis aguda	4			
Amigdalitis aguda			3	
Laringitis y traqueitis aguda	1		1	2
Influenza con neumonía	31	11	13	14
Influenza c/otras manifest. Respiratorias y no la cualificada	93	34	27	9
Influenza con síntomas digestivos, pero no respiratorios	1		4	2
Influenza con manifestaciones nerviosas pero son síntomas digestivos o respiratorios			2	
Neumonía lobar	1	4	2	6
Bronconeumonía	207	257	194	236
Neumonía lobar atípica		7		
Neumonía primaria atípica	3		8	1
Otras neumonías y las no especificadas	10	13	18	10
Bronquitis aguda	10	10	15	8
Bronquitis sin cualificar	234	210	175	139
Bronquitis crónica	1			1
Absceso periamigdalino			1	
Faringitis y nasofaringitis crónicas			1	
Sinusitis crónica			1	
Otras enfermedades de las vías respiratorias superiores	1	4	1	3
Pleuresía			1	1
Congestión pulmonar y congestión hipostática			2	
Otras enfermedades del pulmón y de la cavidad pleural	1	2	2	3
Estomatitis	4	5	8	4
Enfermedades del esófago				1
Enfermedades de las glándulas salivares	1	2		
Otras enfermedades de la cavidad bucal	1	2		
Úlcera del estómago			1	1
Gastritis y duodenitis	8	2	4	3
Trastornos funcionales del estómago	31	15	7	8
Apendicitis aguda			1	

Otras enfermedades del estómago y del duodeno	2	4		
Hernia de la cavidad abdominal sin mención de obstrucción	2	2		4
Hernia de la cavidad abdominal con obstrucción	1		1	
Obstrucción intestinal sin mención de hernia	9	10	7	13
Gastroenteritis, colitis; exc. Colitis ulcerosa, para 4 semanas y más edad	862	770	1008	871
Enteritis crónica y colitis ulcerativa	2			
Transtornos funcionales de los intestinos	2			
Peritonitis	1	1		1
Otras enfermedades de los intestinos y del peritoneo	12	14	26	17
Atrofia amarilla del hígado, aguda y subaguda	1	1		
Cirrosis hepática			1	
Otras enfermedades del hígado	10	1	5	3
Otras enfermedades de la vesícula biliar y de las vías biliares		3	1	
Nefritis aguda	1		4	2
Nefritis con edema, incluye la nefrosis			2	
Nefritis no especificada como aguda o crónica	3	2	2	1
Infección del riñón			1	
Otras enfermedades del riñón y los uréteres	2		1	
Otras enfermedades de la vejiga	1			
Otras enfermedades del riñón y abscesos sin mención de linfangitis				
Otras celulitis y abscesos con linfangitis	1	2	1	2
Otras infecciones locales de la piel y del tejido subcutáneo	1	1	1	2
Eczema	2	5	1	2
Afecciones eritematosas				1
Otras afecciones hipertróficas y atróficas de la piel			1	
Otras dermatosis	1			
Úlcera crónica de la piel			1	
Otras enfermedades de la piel	2			
Otras enfermedades de los músculos, de los tendones y de la aponeurosis		4		
Otras deformidades		1		
Mostruosidades	5	1		3
Espina bífida y meningocele	12	11	8	5
Hidrocefalia congénita	1	4	5	1
Otras malformaciones congénitas del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos		1	1	60
Malformaciones congénitas del aparato circulatorio	49	58	59	1
Fisura del paladar y labio leporino	1	1	3	1
Malformación congénita del aparato digestivo	9	13	9	20
Malformaciones congénitas de los huesos y de las articulaciones		2		1

Otras malformaciones congénitas y no especificadas	6	4	4	2
Lesión intracraneana y raquídea producida al nacer	38	17	55	41
Otras lesiones producidas al nacimiento	8	11	25	21
Asfixia postnatal y atelectasis	69	74	78	92
Neumonía del recién nacido	55	76	80	91
Diarrea del recién nacido	75	65	80	72
Pénfigo del recién nacido (neunatorum)			1	
Infección umbilical	4	7	3	8
Intoxicaciones del recién nacido por toxemias maternas	1	2		1
Enfermedad hemolítica del recién nacido (critoblastosis)	12	25	16	16
Enfermedad hemorrágica del recién nacido	10	8	8	5
Inadaptación al régimen alimenticio	344	379	366	253
Enferms. Particulares a la primera infancia mal definidas	235	336	341	193
Prematuridad c/mención de cualquier otra afección secundaria	1		3	6
Prematuridad sin cualificación	169	188	214	202
Ciertos síntomas referibles al sistema nervioso y a los órganos especiales de los sentidos		1		2
Síntomas referibles al ap. Cardiovascular y al sist. Linfático	6	1	2	2
Síntomas referibles al aparato respiratorio			2	1
Síntomas referibles a la parte superior del tubo digestivo	4	10	5	8
Síntomas ref. al abdomen y a la parte inferior tubo digest.	33	57	67	41
Síntomas referibles al aparato génito urinario	1			
Otros síntomas generales	41	32	51	26
Ingredientes anormales en la orina de causa no especificada		1		1
Mal definidas y desconocidas de morbilidad y mortalidad	547	430	425	617
Accidentes por otros vehículos de carretera no motorizados	1			
Traumatismo causado a ocupante avión, por accidente de éste	1			
Envenenamiento accidental por sust. Aromáticas, corrosivas, etc.	1		2	
Caída desde una escala		1		
Otras caídas accidentales desde uno a otro nivel	2			2
Caídas no especificadas				3
Accidente causado por el fuego y la explosión de materias combustibles		2		2
Accidente p/sust. Quemantes, líquidos corrosivos y vapor	1	1	2	1

Aspiración o ingestión de alimentos q/ obstrucción o sofoca	2		1	4
Aspiración o ingestión de objeto q/obstrucción o sofocan	2	1	2	3
Sofocación mecánica accidental en el lecho o en la cuna	4	1	2	
Sofocación mecánica accidental ocurrida en otras circunstancias y en circunstancias no especificadas		1		
Falta de cuidados	1	1		
Otros accidentes causados por animales		1		
Ahogados y sumergidos accidentalmente		2	2	4
Por calor excesivo e insolación				1
Cataclismo			1	
Otros accidentes y los no especificados	1	1	1	
Ataques por otros procedimientos				1
Total	3956	3820	4009	3685

Fuente: Ministerio de Economía y Dirección General de Estadística. *Anuario de la Dirección General de Estadística, 1953*. San José: Imprenta Nacional, 1954; *Anuario de la Dirección General de Estadística, 1954*. San José: Imprenta Nacional, 1955; *Anuario de la Dirección General de Estadística, 1955*. San José: Imprenta Nacional, 1956; *Anuario de la Dirección General de Estadística, 1956*. San José: Imprenta Nacional, 1957.

01 de setiembre de 2021

M.Sc. Claudio Vargas Arias
Director de la Escuela de Historia
Universidad de Costa Rica

Estimado profesor Vargas:

Por medio de la presente, confirmo que la estudiante Nasly Madrigal Serrano, carné B23840, ha incorporado a su trabajo final de graduación "Cómo ser madre en un contexto de enfermedad y muerte: Puericultura desde el Ministerio de Salubridad Pública de Costa Rica. 1949-1956" las sugerencias dadas por el comité asesor el 29 de julio de 2021 durante la presentación para optar por el grado de Licenciatura en Historia.

Atentamente,



Dra. Ana Paulina Malavassi
Escuela de Historia
Universidad de Costa Rica