

No se debe llorar sobre leche derramada: el pensamiento epidemiológico y la mortalidad infantil en Uruguay, 1900-1940

ANNE-EMANUELLE BIRN
New School University, New York

RAQUEL POLLERO
Universidad de la República, Montevideo

WANDA CABELLA
Universidad de la República, Montevideo

El notable descenso de la mortalidad infantil ha sido uno de los cambios sociales más importantes y extensos del último siglo y medio. Los mecanismos de esta transformación constituyen el centro de un debate que ha cautivado el interés de diversos especialistas desde hace largos años. Economistas, demógrafos, epidemiólogos, salubristas, historiadores, hacedores de políticas, politólogos y sociólogos continúan discutiendo sobre el rol, la magnitud y la interacción de los distintos factores explicativos en el descenso de mortalidad infantil: el crecimiento económico, los progresos de la salud pública, la medicina y la higiene personal, los cambios ecológicos, la inmigración, las condiciones de vida y de trabajo y las medidas de protección social. [1-8]; [9] En la mayoría de los casos estudiados (principalmente en países europeos, Norteamérica y Japón), los análisis de los observadores de la época —salubristas, pediatras, funcionarios— no han sido integrados a los estudios histórico-demográficos. En los países latinoamericanos existe una creciente literatura que recupera los discursos salubristas, [10-12] aunque su posibilidad de contribuir al debate sobre el descenso de la mortalidad se ve seriamente limitada en virtud de las

restricciones de las estadísticas vitales anteriores a la Segunda Guerra Mundial.

Uruguay es una rara excepción a este problema en el contexto latinoamericano. La confiabilidad de sus estadísticas vitales desde 1880 lo convierten en un valioso laboratorio de población para estudiar diversos aspectos de la historia demográfica, brindando la posibilidad de relacionar los debates epidemiológicos sobre la mortalidad infantil con su evolución demográfica.

En 1900, Uruguay tenía una de las tasas de mortalidad infantil más bajas del mundo (93 por mil), fruto de un descenso sostenido durante las décadas anteriores. Pero mientras que en los demás países continuaron el proceso de reducción una vez comenzado el descenso, la mortalidad infantil uruguaya permaneció estancada hasta casi 1940, a pesar de los esfuerzos del temprano Estado de bienestar oriental [13] dirigidos a mejorar las condiciones sociales y proteger la salud pública.

El objetivo de este artículo es estudiar las causas de este estancamiento de la mortalidad infantil, a través de la mirada de cuatro salubristas uruguayos activos durante las primeras décadas del siglo XX: Joaquín de Salterain, director de salubridad de Montevideo y fundador de la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis; Julio Bauzá, director de la primera “Gota de Leche” en 1908 (basado en el modelo francés de brindar asistencia a los lactantes de familias pobres) y posteriormente encargado del Servicio de Protección a la Primera Infancia y del Consejo del Niño; Augusto Turenne, ginecólogo-obstetra y Director del Servicio de Asistencia y Protección Maternal; y Luis Morquío, fundador de la pediatría uruguaya y del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia en 1927, mundialmente reconocido por su investigación sobre las enfermedades infantiles. Nuestra preocupación central gira, entonces, en torno a cuál fue la percepción que estos cuatro médicos tuvieron con respecto a la marcha de la mortalidad infantil y cuáles fueron las explicaciones y soluciones propuestas ante el problema del estancamiento. En última instancia, buscamos visualizar a través de estas cuatro perspectivas —contemporáneas entre sí y contemporáneas al estancamiento de la mortalidad infantil— cuáles fueron las causas subyacentes de dicho estancamiento.

Aunque innumerables médicos contribuyeron al estudio de las causas de la mortalidad infantil, estas figuras fueron escogidas por su papel sobresaliente en los debates epidemiológicos. Si bien cada uno de ellos tuvo una carrera destacada, sus trayectorias independientes —dos enfocados en la salud de la infancia, otro en la salud materna y el cuarto en la salud pública en general— generaron perspectivas distintas, a veces encontradas, sobre las estrategias a seguir para disminuir la mortalidad infantil. El hecho de que cada uno tuviera experiencia como clínico y salubrista, a la vez que como administrador de programas y formulador de políticas, hizo que su visión sobre la problemática de la mortalidad

infantil ejerciera una influencia directa, tanto en lo que respecta a la práctica como a la conciencia social sobre el tema. Asimismo, aunque ninguno estaba directamente vinculado al partido que gobernó durante las primeras décadas del siglo, y aunque no compartían las mismas ideologías políticas, los cuatro formaron parte de la élite social e intelectual de Montevideo y sus observaciones y recomendaciones informaron la discusión política y alimentaron las intervenciones en salud pública.

La controversia que abren estos salubristas en torno a los factores subyacentes a la mortalidad infantil uruguaya —la disminución de la lactancia, la ignorancia, la pobreza, la mala calidad de la leche, las propias “Gotas de Leche”, el clima, las condiciones de vida, la asistencia médica y la ilegitimidad, entre otros— no sólo permite que el Uruguay comparezca en el debate mundial sobre la historia de la mortalidad infantil, sino que arroja luz sobre la formación del pensamiento epidemiológico durante las primeras décadas del siglo XX en un país latinoamericano.

El llamativo estancamiento de la mortalidad infantil

Al comenzar el siglo XX, Uruguay tenía una población de aproximadamente un millón de habitantes, un tercio de los cuales residía en la animada ciudad-puerto de Montevideo, capital del país. [14; 15] Su alto nivel de urbanización, un clima y una geografía generosos, sumados a la laicidad de su gobierno, diferenciaron al Uruguay de sus vecinos latinoamericanos. A la escasa población indígena se agregaron grandes contingentes de inmigrantes españoles, italianos y franceses, así como un contingente relativamente importante de población africana trasladada en régimen de esclavitud. Montevideo, sede de la gran mayoría de los inmigrantes europeos, compartió con su vecina, Buenos Aires, la cultura del Río de la Plata, con sus rasgos románticos, depresivos y obsesivamente europeizantes. Estas particularidades contribuyeron a que el país adoptase tempranamente un estilo de gobierno a la europea.

Desde fines del siglo XIX se fueron consolidando sectores políticos fuertemente influidos por el pensamiento positivista y liberal, que lograron imponer medidas de profunda trascendencia en la conformación del país. El impulso reformista encuentra su apogeo en José Batlle y Ordóñez, presidente de la República entre 1903-1907 y 1911-1915, y cuya corriente política condujo al país durante la mayor parte de la primera mitad del siglo XX. En las primeras décadas del siglo, este pensamiento había plasmado en la edificación de un incipiente estado de bienestar, con raíces ya en el siglo XIX, cimentado sobre una sólida organización burocrática. A diferencia de otros países de la región, el tamaño y las características socio-demográficas del Uruguay facilitaron la

extensión de los brazos burocráticos e intervencionistas del estado para llegar más allá de las élites sociales o los trabajadores urbanos.

Uruguay integró el conjunto de países —mayoritariamente conformado por grandes potencias europeas— que contaba con sistemas completos de estadísticas vitales al iniciarse el siglo XX. El Registro Civil uruguayo, fundado en 1879, fue modelado a semejanza del francés y sus publicaciones emularon el prototipo de los anuarios estadísticos parisinos. [16;17] Su plana y monótona geografía favorecieron el acceso a todos los rincones del territorio, tanto de los oficiales del Registro Civil como del numeroso cuerpo médico. País sin pretensiones imperiales, poco industrializado pero plétórico de ganado, el que era contado con mayor frecuencia que la que se censaba a su población. Sin embargo, la preocupación por el reducido tamaño de la misma, agravado por el temprano descenso de la natalidad, estimuló la obsesión por enumerar escrupulosamente los nacimientos y las muertes. [18]

Esta sólida tradición en la recolección de las estadísticas vitales se acompañó de los progresos en materia de salud pública propios de la época, [19] reflejando una mezcla de innovación local y de influencias ajenas a través de la participación activa de los uruguayos en las redes científicas: los congresos, las organizaciones, y las revistas internacionales. En 1895, la creación del Consejo Nacional de Higiene centralizó la autoridad de las políticas de salud pública, aunque no garantizó las potestades ni los recursos suficientes para llevar adelante las campañas contra las enfermedades epidémicas. En la misma época, las sociedades de ayuda mutua (mutualistas) comenzaron a jugar un papel significativo en la provisión de beneficios de desempleo y atención médica para los trabajadores.

Las administraciones batllistas son conocidas por su vocación netamente asistencialista. El Estado debía actuar como árbitro en los distintos conflictos sociales, considerando que la justicia debía inclinarlo a la protección de los más débiles de la sociedad. De allí que promoviera una importante legislación de seguridad social a favor del obrero (jornada de 8 horas), el empleado (extensión del amparo jubilatorio), el anciano (pensiones a la vejez), el enfermo (asistencia pública, laica y gratuita), el niño (prolongación de la ya existente gratuidad de la educación, extendida ahora a la enseñanza secundaria) y la mujer (ley de divorcio por la sola voluntad de la mujer, ley de licencia por maternidad a las maestras, ley de la silla para las mujeres trabajadoras, ley de descanso semanal obligatorio para el servicio doméstico). [20; 21] Por otra parte, aun cuando no faltaron ciclos recesivos, durante casi toda la primera mitad del siglo el Uruguay experimentó una larga etapa de crecimiento económico. [22-25]

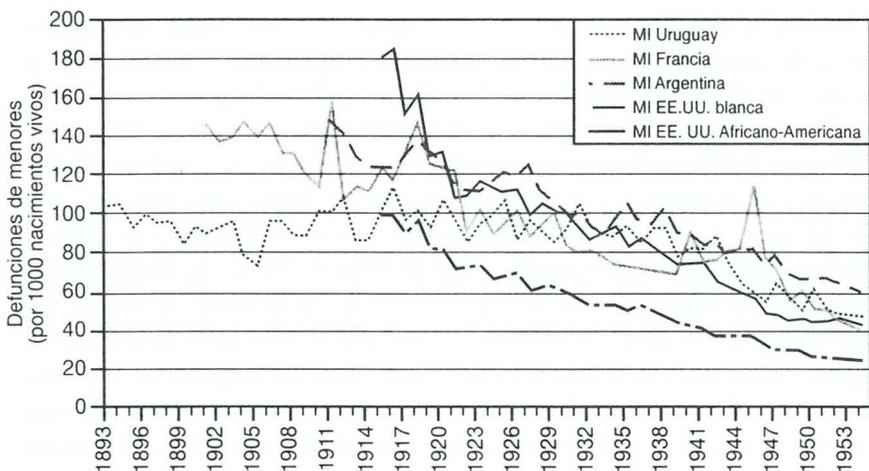
En 1910 los hospitales de caridad, los orfanatos y asilos fueron estatizados y reorganizados bajo la égida de la Asistencia Pública Nacional, que garantizó el derecho de todo individuo privado de recursos a la asistencia gratuita por parte

del Estado, sin desmedro del crecimiento de las iniciativas privadas, municipales y médicas orientadas a socorrer a los enfermos y necesitados. En estos años se lograron integrar tempranamente muchas de las medidas dirigidas a combatir la mortalidad infantil en otros países, tal como “las Gotas de Leche”. [26]

Uruguay también ocupó un lugar pionero desde el punto de vista internacional en materia de legislación y protección a la infancia. Entre otros esfuerzos, fue sede del nuevo Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia (1927), implementó un influyente Código del Niño en 1934 y fue el primer país de la región en crear un Ministerio de Protección a la Infancia, absorbido dos años después como “Consejo del Niño” (1935) por el Ministerio de Instrucción Pública. Paralelamente, el país invirtió en una moderna Facultad de Medicina orientada a la investigación (fundada en 1876), que en virtud del amplio número de graduados estaba en posición de canalizar conocimientos médicos y tecnología a la población.

El país reunía condiciones óptimas para enfrentar con éxito el problema de la mortalidad infantil y reencauzar su proceso de descenso. Sin embargo, a las prometedoras cifras de inicio de siglo siguió un largo período de estancamiento, e incluso ciclos cortos de recrudescimiento. A mediados de la década del 10, la tasa de mortalidad infantil uruguaya aventajaba tanto a la argentina como a las de los países más avanzados (gráfico 1). Sin embargo, mientras que en los otros países una vez iniciado el proceso de descenso éste tuvo un carácter irreversible y sostenido —a excepción de episodios específicos, como las guerras mundiales en Francia— en Uruguay el declive de la mortalidad infantil se interrumpió hasta prácticamente la década del 40. En 1938, el nivel de mortalidad infantil era exactamente el mismo que en el primer año del siglo, aproximadamente 93 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos.

Entre fines del siglo XIX y principios del XX, Uruguay logró controlar la mortalidad por causas epidémicas e infecciosas, valiéndole progresos sostenidos en la mortalidad general. Sin embargo, las enfermedades que ocasionaban la mayoría de las muertes de menores de un año experimentaron escasos o nulos progresos hasta fines de los años 30. La diarrea fue la principal responsable de las muertes infantiles durante todo el período. A pesar de los redoblados esfuerzos por reducir su incidencia, la tasa de mortalidad infantil por esta causa aumentó sistemáticamente hasta mediados de la década del 30, llegando incluso a duplicar el valor de inicios de siglo (gráfico 2). Aun presentando tasas bastante menores que la diarrea, las enfermedades respiratorias fueron durante todo este lapso la segunda causa de muerte infantil y, aunque más irregularmente, también registraron aumentos hasta los años 30.



Mortalidad Infantil (MI) – Algunas comparaciones internacionales

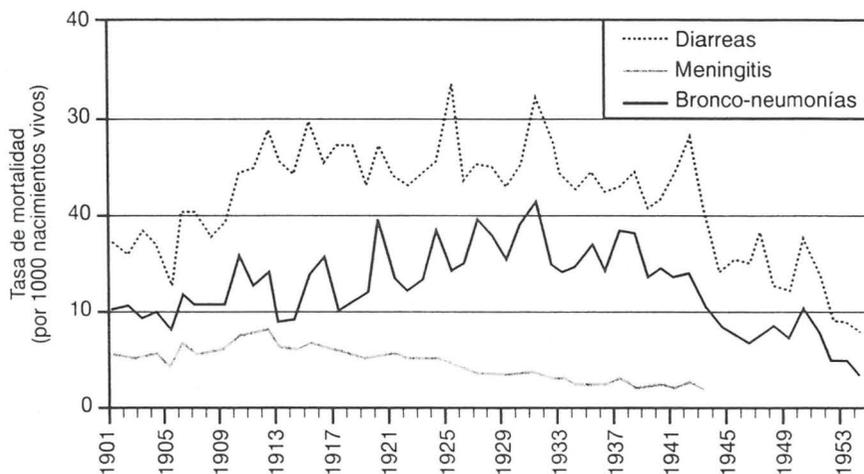
Como lo destacaría Morquio en repetidas ocasiones, las enfermedades que causaban la mayoría de las defunciones de los niños menores de un año eran evitables simplemente siguiendo las recomendaciones médicas sobre higiene y alimentación de los lactantes. Sin embargo, y a pesar de haber sido uno de los objetivos de salud pública que más esfuerzos y recursos concentró, la lucha uruguaya contra la mortalidad infantil fue una empresa poco exitosa durante las primeras décadas del siglo.

Quizás por esta razón, la mortalidad infantil fue uno de los temas más frecuentados —y controvertidos— de la historia de la salud pública uruguaya. En las secciones que siguen se presentarán los debates epidemiológicos sobre la mortalidad infantil a través de las opiniones de los cuatro médicos que probablemente más hayan escrito sobre el tema.

Los 4 salubristas

A. Joaquín de Salterain

El salubrista Joaquín de Salterain (1856-1926) se enorgulleció en 1896, desde uno de los principales diarios montevideanos, de que las tasas de mortalidad del Uruguay descendían sostenidamente y de que la tasa de la capital era más baja que las de Londres, París, Buenos Aires y San Petersburgo. “¿Qué otra explicación” —se preguntó Salterain—, “tendrá nuestra disminución de mortalidad, sino el progreso de nuestras instituciones de beneficencia, de administración, y de enseñanza?” [27, p. 6] Resaltando también la importancia



Mortalidad Infantil en Uruguay por causas principales (1901-1953)

del ambiente local, notó: “Se muere poco, porque se vive relativamente bien: habitando una ciudad perfectamente orientada, expuesta a todos los vientos que la oxigenan perdurablemente con el aire marino, edificada sobre un suelo de rocas, de calles anchas y espaciosas es decir con *robustos pulmones* de ventilación y donde, afortunadamente, el último de los moradores tiene luz a sus anchas y aire abundante con que regenerar su sangre”. [27, p. 9]

Después de diez años de minuciosos estudios, en 1903 observó que Montevideo seguía siendo una “ciudad higiénica” con resultados de mortalidad “halagadores”. Haciendo eco a sus comentarios anteriores, Salterain atribuyó este éxito a las “instituciones sanitarias liberales”, a los servicios modernos de suministro de agua y desagües y a varios factores ambientales, tales como el “clima templado y delicioso” y las “calles rectas y espaciosas, asoleadas casi siempre y perpetuamente aireadas, como muy pocas en el mundo”. [28, p. 1]

Veinte años después, el salubrista mantenía su optimismo, aunque algo más moderado: “si bien el Uruguay ha soportado el azote de varias epidemias mortíferas, en la actualidad, gracias al mejoramiento de sus servicios sanitarios, como al conocimiento de los medios de propagación, puede considerarse relativamente libre de algunas de ellas”. [29, p. 936]

Al relacionar los datos demográficos con la situación sanitaria del Uruguay, Salterain pintó casi invariablemente un panorama de avances. Por ejemplo, a pesar de que su análisis de la mortalidad infantil en Montevideo demostró un “pequeño aumento”, en 1895 notó que éste sólo “interrumpe la marcha descendente” de la mortalidad infantil en el tiempo. [27, p. 15] Del mismo modo,

aun contradiciendo la evidencia de sus propios datos, observó que entre 1897 y 1916 la mortalidad de menores de un año “nunca ha sido elevada sino por el contrario, demostrando ese hecho una situación sanitaria favorable y probablemente su relación con el progreso alcanzado, gracias a la divulgación y prácticas de todo lo que concierne a la profilaxis infantil”. [30, p. 33]

Sólo en los años 20, cuando inició una campaña a favor de la creación del Ministerio de Salud Pública, admitió Salterain que los avances no habían alcanzado a toda la población. Pero aun objetando el carácter fragmentario de las políticas y su insuficiente cobertura, Salterain continuó enfatizando los logros uruguayos. [31-33]

¿Cómo entender su pertinaz optimismo durante una época de consternación en torno a la mortalidad infantil? La perspectiva de Salterain surgía de su experiencia como líder de la primera generación de salubristas profesionales en Uruguay; su vida traspasó las tradiciones del salubrista-caballero del siglo XIX hasta las del médico-tecnócrata de principios del siglo XX. Nacido en una familia de la élite franco-uruguaya, Salterain fue uno de los primeros egresados de la Facultad de Medicina de Montevideo y su primer secretario antes de emprender su viaje a Europa para especializarse en oftalmología. Al regresar a Montevideo, participó en las grandes tareas de la institucionalización de la salud pública en los sectores público y privado, hasta su muerte. Fue uno de los fundadores del Consejo Nacional de Higiene en 1895, dirigió la modernización de la Dirección de Salubridad de Montevideo, sirvió en la Asistencia Pública Nacional en varias reparticiones, y en 1903 fundó la Liga Uruguaya contra la Tuberculosis y subsecuentemente la Liga contra el Alcoholismo. Pionero también en el campo de la información demográfica, implementó la aplicación de la primera clasificación de enfermedades de Jacques Bertillon en Uruguay y se desempeñó como primer analista municipal de las estadísticas vitales. Sus últimos años de actividad los dedicó a ejercer su función como Jefe de la policlínica oftálmica en el Hospital de Niños. [34-36] Sus experiencias en Europa y Uruguay fomentaron en él una admiración enorme tanto por el progreso y la profesionalización de la ciencia como por la administración de la medicina y la salud pública.

Su trayectoria fuera de fronteras le permitió conocer el panorama internacional —viajó frecuentemente como representante uruguayo a los congresos internacionales de medicina y salud e hizo uno de los primeros análisis comparativos de la mortalidad en América Latina en los años 1910 [37]— de modo que interpretó los resultados de la mortalidad dentro del contexto latinoamericano, en el que Uruguay salía claramente favorecido. En cuanto a la mortalidad infantil, su optimismo debe interpretarse en relación a su particular forma de relativizar el evidente estancamiento, colocándola en el marco más

amplio de los progresos —éstos sí reales— de la mortalidad general (la esperanza de vida al nacer en 1908 era de 51 años). [38-39]

Pero a pesar de su entusiasmo por el progreso científico, Salterain no miró al mundo a través de lentes color de rosa y atendió el problema de la mortalidad infantil abocándose a la valoración realista de sus causas y a la búsqueda de los medios más eficaces para reducirla.

Salterain identificó cuatro categorías principales para explicar la mortalidad infantil: las características materno-económicas (ilegitimidad, abandono), el clima, la vivienda y la falta de coordinación institucional. En los años 90, el salubrista presentó un panorama local de las prácticas maternas muy favorable comparado con la situación europea: “Las condiciones en que las madres pobres de las ciudades europeas, crían a sus hijos... tampoco pueden ser aplicables a nuestras ciudades, donde el marido sólo deja la casa para ganarse el sustento, en tanto la mujer queda entregada a las ocupaciones domésticas y al cuidado de sus hijos. Que los desvelos de esas pobres madres, sean insuficientes e inadecuados por defectos de ignorancia ingénita pase; pero apelar al abandono de los hijos es acusar a nuestras mujeres de un refinado lujo de civilización, que afortunadamente todavía no ha llegado para nosotros”. [27, p. 16]

Al mismo tiempo, Salterain se vio obligado a explicar el impacto del aumento de hijos ilegítimos y argumentó entonces —en contra del caso francés— “que la cantidad elevada de nacidos ilegítimos, no ha influenciado en estos últimos años entre nosotros, sobre la totalidad de muertos en los primeros años de la vida”. [27, p. 16] Por otro lado, felicitó la labor de las parteras en relación a la adopción de nuevos métodos de antisepsis, señalando que quince años atrás desconocían la importancia del agua hervida. [28] Para Salterain, se podía culpabilizar sólo la falta de cuidados y los malentendidos como factores explicativos de la mortalidad infantil.

Hacia 1916, Salterain tuvo que admitir que los descensos en la mortalidad infantil por viruela, difteria y sarampión no fueron acompañados por mejoras en las diarreas estacionales y en las muertes respiratorias, [30] ambas en aumento a pesar del clima “delicioso”. En 1919 llegó, como varios de sus colegas, a atribuir las elevadas gastroenteritis estivales al clima local. [40, p. 182] Debe reconocérsele que a diferencia de sus colegas, Salterain, aunque preocupado por los peligros de la alimentación mixta, se declaró incapacitado para analizar la relación entre lactancia materna y mortalidad infantil, debido a la falta de evidencia sobre las tasas de amamantamiento. Siempre preocupado por la calidad de la información, Salterain insistió en la inclusión de este punto en los certificados de defunción. [30, pp. 31-33]

Fue sólo en sus últimos años de vida que Salterain empezó a entender el progreso higiénico como un proceso de transformación incompleta, con

consecuencias especialmente negativas para la mortalidad infantil. En 1922, consideró que las malas condiciones de la vivienda (cuyos reglamentos antiguos casi nunca se cumplían) tenían que afectar la mortalidad infantil. [41, p. 212] Por otra parte, sus gestiones por modernizar las leyes y reglamentos de salud, mejorar las estadísticas vitales y centralizar las actividades de salud pública y asistencia bajo una única autoridad se basaron en su tardía convicción de que los progresos de la salud uruguaya no se habían extendido a las clases populares.

Si bien Uruguay era un país humanista y liberal, concluyó Joaquín de Salterain, “los problemas de la vida se han complicado, los intereses de las industrias han modificado nuestras primitivas exigencias, sin que paralelamente se ensanchara nuestra organización higiénico-sanitaria, casi anacrónica hoy, en relación con la de los países adelantados”. [32, p. 2]

El espejismo de los resultados halagadores termina opacándose frente a las evidencias estadísticas del estancamiento. A las condicionantes económicas relacionadas a la mayor ignorancia de las madres, en detrimento de los correctos cuidados dispensados a los niños y las malas condiciones de las viviendas, se agregan factores climáticos que favorecen gastroenteritis estivales y enfermedades respiratorias, así como también factores relativos a la falta de coordinación y centralización institucional con respecto a la salud y asistencia pública.

En definitiva, fue el propio problema de la mortalidad infantil el que puso en evidencia los límites del marco progresista y abrió los ojos de este ilustre oftalmólogo.

B. Julio Bauzá

Egresado de la Facultad de Medicina de Montevideo en 1905, Julio Bauzá (1881-1971) siguió la costumbre de la élite médica de viajar a Europa para perfeccionarse. Allí despertó su interés por las obras de protección a la infancia, a la que dedicaría su nutrida carrera profesional. Inició su trayectoria como Director del primer consultorio ‘Gota de Leche’ en 1908, y en 1920 fue nombrado Director del Servicio de Protección a la Primera Infancia y Oficina de Nodrizas. Mantuvo este cargo hasta 1943, cuando pasó a ser Presidente y Director General del Consejo del Niño, hasta su retiro en 1949. [42, p. 265]

Inicialmente, Bauzá observó con beneplácito las cifras de mortalidad infantil: “realmente ocupamos un puesto que es aún envidiable para infinidad de países europeos y americanos”, [43] afirmaba orgullosamente en 1913... Sin embargo, al contrario de lo que sucedía en Europa, la mortalidad infantil uruguaya se elevaba, particularmente en la campaña. Ello se explicaba, según Bauzá, por la mayor ignorancia de las mujeres del campo y por la alimentación artificial prematura y defectuosa. Como Salterain, Bauzá consideraba la ilegitimidad como un factor mucho menos importante que en los países europeos.

Pocos años después, no sólo matizó su satisfacción por la situación local sino que notó un cambio paradójico en la mortalidad infantil: mientras que en Montevideo la mortalidad infantil no sólo no decrecía sino que aumentaba, en la campaña las cifras tendían a decrecer. Revisando sus palabras de sólo seis años atrás, Bauzá admitió que “la vida en la campaña es... a pesar de la mayor ignorancia de las madres, más sana que en las ciudades. Los peligros de la habitación insalubre y mal ventilada están atenuados, y la leche fresca de vaca, al alcance de todos”. [44, p. 490]

Quizás lo más notable de su obra fue su análisis sistemático de las causas de la mortalidad infantil en Uruguay, junto con las medidas necesarias para combatirla. Bauzá identificó cinco categorías principales:

1. **El clima:** inviernos muy fríos y veranos muy calurosos.
2. **La higiene:** hacinamiento; limitado consumo de agua; leche en mal estado en verano.
3. **Los factores sociales:** encarecimiento de la vida; crisis del trabajo; “huelgas que traen aparejada la miseria”; ilegitimidad, excesivamente elevada en el país y especialmente en la campaña.
4. **Las epidemias:** influyen poco en la mortalidad infantil, excepto por el sarampión y la tos convulsa.
5. **Las causas médicas y la falta de asistencia médica,** especialmente en la campaña, donde casi dos tercios de los muertos no recibieron asistencia. [44, pp. 490-1]

Buen salubrista tanto como estadista — “La felicidad de un país depende de la economía de las vidas infantiles. Ningún sacrificio debe omitirse para reducir nuestros índices de mortalidad”—, [44, p. 492] Bauzá también propuso una serie de medidas:

1. promocionar la inscripción de recién nacidos;
2. estimular la lactancia natural;
3. iniciar una campaña de higienización de la leche de tambo;
4. enseñar la puericultura en las escuelas;
5. crear un cuerpo de *nurses* inspectoras para visitar a los niños de familias pobres;
6. celebrar el día del niño con gran solemnidad;
7. crear una nueva Sección de Higiene Infantil para dirigir el movimiento preventivo contra la mortalidad infantil.

Una de sus mayores preocupaciones fue la coincidencia del gran aumento de la mortalidad por gastroenteritis a partir de 1910 (hasta 40% del total) con la instalación de las Gotas de Leche, atribuida a la deficiente calidad de leche distribuida: “la leche en las ciudades populosas contiene más bacterias que el líquido que corre por las alcantarillas”. [45, p. 205] “Esta deficiencia debe ser

70

corregida, si no se quiere hacer fracasar en la práctica una institución que puede dar excelentes resultados en la lucha contra la mortalidad infantil...” [ídem, pp. 202-3]

Entre todos los cambios de opinión que Bauzá efectuó durante esos años, tales como su reconocimiento de la importancia de la ilegitimidad y la mayor mortalidad urbana, su aceptación de que las Gotas de Leche estaban implicadas en el problema de la mortalidad infantil fue quizás el más doloroso. Como veremos más adelante, el papel de las Gotas de Leche en exacerbar la mortalidad (también en desincentivar la lactancia materna) fue centro de un duro debate entre Bauzá y Morquio.

Durante los años 20, probablemente reaccionando ante los escasos avances alcanzados por las obras de protección, Bauzá hizo hincapié en la relación estrecha entre mortalidad infantil y clase social. [46] Agregó nuevos factores a su marco explicativo (abandono, ignorancia de las madres pobres en cuanto a la higiene alimenticia, escasa vigilancia domiciliaria de los inscriptos en las Gotas de Leche) y subrayó las causas de orden social e higiénico, enfatizando en consecuencia tanto las acciones sociales como las asistenciales. El combate a la desocupación y al analfabetismo, junto con las mejoras en la calidad de la vivienda, integraron esta vez su lista de medidas orientadas a la profilaxis social.

Por otra parte, el abandono y la ilegitimidad pasaron a ocupar lugares centrales en su estrategia de lucha contra la mortalidad infantil, para lo cual propuso el otorgamiento de pensiones a las madres viudas o de escasos recursos (“hacer de la madre sin recursos la nodriza paga de su hijo”); la afectación por ley de una porción del salario del padre a ser transferido a la madre y las investigaciones de paternidad, así como la prioridad de los trabajos oficiales para los hombres casados, fueron propuestas como parte de un plan de profilaxis de la ilegitimidad. Asimismo, sugirió que los conocimientos médicos relativos a la higiene infantil fuesen llevados a las casas de los inscriptos en la Gotas de Leche (alrededor de 4000 al año) por las inspectoras visitadoras, quienes tornarían la “rígida indicación del médico” en “el suave consejo de la mujer”. [46]

Consciente de las angustias poblacionistas que afligían a las clases dirigentes, Bauzá presentó su nuevo plan de lucha contra la mortalidad infantil como el único medio para alimentar la débil demografía del país: “solo deseamos llevar al conocimiento de los que dirigen los destinos del país, que la natalidad disminuye, que la mortalidad infantil aumenta. Que un país en estas condiciones que nada puede esperar de una inmigración que casi no existe ... el Uruguay no puede engrandecerse, como aspiramos que así sea, todos los que hemos nacido dentro de sus fronteras, sino reduciendo al mínimo inevitable las cifras de su mortalidad infantil”. [46, p. 18]



Pero las medidas finalmente implementadas tampoco ayudaron a resolver la paradoja de que Montevideo fuera una “rara excepción” a la relación, usualmente positiva, entre las obras de protección a la infancia y el descenso en la mortalidad infantil. [47, p. 626]

La mortalidad de los niños de la Asistencia Pública (niños expósitos menores de tres años al cuidado de nodrizas) era otro de los grandes problemas señalados por Bauzá. La mortalidad de estos niños era “excesiva,” teniendo en cuenta que la casi totalidad de menores de un año eran alimentados a pecho por nodrizas (una tasa de mortalidad de 133 por mil, mientras que la mortalidad infantil para el total del país en 1923 era de 94,7 por mil). Bauzá atribuía esta alta tasa de mortalidad a que gran parte de las nodrizas realizaba clandestinamente alimentación mixta, cuando se suponía que debían alimentar exclusivamente a pecho a los niños que se les encomendaba. La clave para corregir este problema, sostuvo Bauzá, radicaba en la profilaxis del abandono, siendo imperioso reducir el número de niños abandonados en la Cuna del Asilo. [47, p. 625]

Pero los subsidios maternos también fracasaron y Bauzá debió reconocer con amargura los efectos perversos de las que se suponían medidas de protección a la infancia: “Las madres pobres de la ciudad... se creen con derecho a exigir el subsidio, haciendo presión con el argumento de que de no concedérselo se verán en la necesidad de depositar a sus hijos en la cuna del asilo. La experiencia recogida en los tres últimos años nos autoriza a afirmar que muy poco influye el subsidio en la determinación de la madre de abandonar o conservar a su hijo...

Los recursos que se aplican actualmente con este fin son a todas luces insuficientes para evitar el abandono cuando la madre carece en absoluto de recursos por viudez, enfermedad, o desocupación del marido...”. [47]

En la década del 30, la desesperación de Bauzá por el fracaso de las obras de protección derivó en una interpretación más compleja del problema. Las prioridades eran suprimir —o al menos aliviar— la indigencia de los padres, educar a las madres y promover una buena alimentación natural bajo competente vigilancia médico-social [48, p. 405]. A esta altura, Bauzá identificó sin titubeos al aumento de la ilegitimidad como un aspecto medular del estancamiento de la mortalidad infantil; ésta, señaló, “anula en gran parte los esfuerzos realizados, que podrían haber determinado un descenso de la mortalidad infantil”. [49, p. 814] Sólo al asumir el liderazgo del Consejo del Niño en 1943, Bauzá pudo afirmar:

La acción de la División de Primera Infancia ha empezado a ejercer una influencia de peso en la reducción de la mortalidad. Con los medios imperfectos de que dispone, ha conseguido una disminución de un 25% de la mortalidad infantil y con más recursos llegaría a 50%. [50, p. 292]

Con el transcurso de los años, Bauzá perfeccionaría y agregaría elementos a su matriz explicativa de 1913, pasando de una fe absoluta en las obras de protección a su posterior decepción, y finalmente a un esquema interpretativo más maduro que puso en pie de igualdad a los factores de orden social (pobreza, ignorancia, ilegitimidad) con los objetivos asistenciales (alimentación natural inspeccionada). Cuando se jubiló como Director del Consejo del Niño en 1949, puede afirmarse, por una parte, que la mayoría de las medidas recomendadas para combatir la mortalidad infantil había sido implementada y, por otra, que la mortalidad infantil había retomado su tendencia descendente después de cuarenta años de estancamiento. Si lo primero contribuyó a lo segundo es otra historia...

C. Luis Morquio

Luis Morquio (1867-1935) es considerado uno de los fundadores de la pediatría uruguaya y maestro de sucesivas generaciones. Profesor de la Clínica de Niños de la Facultad de Medicina, Médico-Director del Servicio Externo del Asilo de Expósitos y Huérfanos y Director de la Cuna del Asilo de Expósitos, fundador de la Sociedad de Pediatría del Uruguay, de los “Archivos Latinoamericanos de Pediatría” y del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, su labor contó con un gran reconocimiento internacional. Fue también presidente del II Congreso Americano del Niño (1919), presidente

de L'Union International de Secours aux Enfants (1930-1932) y miembro asociado extranjero de la Academia de Medicina de París.

Los trabajos de Morquio se extendieron a lo largo de las tres primeras décadas del siglo XX, permitiéndonos acompañar la evolución de sus reflexiones sobre la tendencia de la mortalidad infantil y los principales factores que incidían directamente en ella. Receloso de las estadísticas, por considerarlas insuficientes para una apreciación exacta de la realidad, confiaba más en la observación médica prolongada, en contacto directo con la salud y enfermedad del niño, como instrumento para interpretar y comprender el problema.

Como salubrista, era consciente de la situación de privilegio en que el Uruguay se encontraba frente a las comparaciones internacionales de la mortalidad infantil respecto a los países europeos y latinoamericanos. En la primera década del siglo XX catalogaba la mortalidad infantil de Montevideo como excesivamente baja respecto a los datos internacionales y justificaba estas tasas por la “pureza del medio”, la poca densidad de población y la tendencia general a la lactancia en todas las clases sociales, siendo excepcional la alimentación artificial. [51] La distribución de las defunciones infantiles por causa de muerte atribuía alrededor del 50% a las afecciones gastrointestinales, 20% a las afecciones respiratorias, 15% a la debilidad congénita y 10% a infecciones sépticas de orden obstétrico. Por bajas que resultasen las tasas uruguayas, este análisis permitió a Morquio destacar la importancia de las causas evitables, vinculadas siempre a errores e ignorancia en los cuidados del niño (defectos de antisepsia, desviaciones de la higiene alimenticia, enfriamientos). En su opinión, la mitad de las muertes de los niños menores de un año podría evitarse. [52]

Morquio insistirá en la evitabilidad de estas muertes a lo largo de la segunda década del siglo. También entonces la mayoría de los países europeos tenía una mortalidad infantil superior a la uruguaya, pero lejos de sentirse satisfecho por los resultados, Morquio toma a Noruega y Suecia (67% y 77% en 1914, respectivamente), con tasas inferiores a las uruguayas (aproximadamente 87%), como ejemplos que verifican la posibilidad de continuar reduciendo la mortalidad infantil. Según Morquio, las tasas de Noruega y Suecia se debían a una rigurosa lactancia, lo que corroboraría la influencia de la alimentación sobre la salud del niño [53]. Surge además una nueva preocupación: la tendencia de la mortalidad infantil en los países europeos es decreciente, mientras que en Montevideo aumenta entre 1910-1914 respecto a los años anteriores.

Morquio sostenía que el estudio de la mortalidad infantil había comenzado siendo una cuestión médica y que, quizá demasiado tarde, comenzó a prevalecer la opinión de que era principalmente una cuestión médico-social. “Se comprende fácilmente que la seguridad de vivir para los niños nacidos en idénticas condiciones de salud, está influenciada especialmente por el medio, de manera

que cuanto más deficiente y defectuoso sea éste, mayor será el contingente de su mortalidad”. [54, p. 166]

Basándose en su experiencia clínica y en la evaluación del peso relativo de las causas de muerte, puso el acento en una serie de factores explicativos, muchas veces interrelacionados entre sí, que reiterará a lo largo de los años.

La calidad e higiene de la alimentación del niño fueron el factor más recurrente en este pediatra. La lactancia materna o, en su defecto, de nodriza es “el mejor seguro de vida” del recién nacido. Los peligros de la alimentación artificial, advirtió, son dos: la composición diferente de la leche de vaca respecto a la humana, que modifica la situación digestiva del niño y la facilidad con que aquella se contamina. La leche que se expendía en Montevideo muchas veces provenía de lecherías rurales. Era extraída varias horas antes con poca o ninguna asepsia, colocada en recipientes de dudosa higiene y muchas veces con agregados que desmejoraban su calidad. Esto podría no tener mayores inconvenientes en invierno, pero en verano era de una importancia extraordinaria, particularmente por la costumbre de no hervir la leche. Morquio recomendaba utilizar leche de tambos urbanos (todavía existentes en aquel momento), especialmente en verano, de manera de asegurar el consumo de leche fresca, sin adulteraciones y rápidamente esterilizada. Atribuyó las menores tasas de mortalidad infantil de los niños del campo respecto a los de la ciudad al acceso de aquellos a la leche fresca. [55] Criticó también la calidad de la leche de vaca distribuida en las Gotas de Leche, señalando vicios en los procedimientos de extracción y distribución. [56]

El clima fue otro factor importante para Morquio, quien asoció las gastroenteritis con el calor del verano y las enfermedades respiratorias con el invierno y los cambios bruscos de temperatura de las estaciones intermedias.

Las condiciones económicas del entorno del niño (miseria, carencia de condiciones higiénicas elementales) también se asociaban positivamente con la mortalidad infantil. En este sentido, vinculó reiteradamente la miseria con la ilegitimidad y el abandono, considerando que su aumento en la década del 20 fue paralelo a un incremento en los nacimientos ilegítimos (del 17% en 1904 al 22% en 1924). [57] La miseria también se relacionaba con las condiciones de higiene urbana: malas condiciones de la vivienda, carencias de ventilación y luz solar (“Se ha visto que existe una relación entre las aberturas que tiene una habitación y la mortalidad infantil (...).” [56, p. 666] Se incluye aquí a la mosca, que según Morquio actúa en los “medios sucios e impropios” como factor de trastornos diarreicos graves. [55]

El nivel cultural de la madre fue también un factor explicativo fundamental, ya que la ignorancia conllevaba la ausencia o insuficiencia de los cuidados correctos del recién nacido. A pesar de la gratuidad y obligatoriedad de la

educación primaria, según Morquio, el 50% de la población de campaña era analfabeta hacia 1930. [58] Como consecuencia de su ignorancia, la madre aceptaba la intervención y consejo de personas sin conocimientos específicos (allegados, curanderos), perjudiciales para la salud del niño.

Morquio destacó también las “causas profesionales”. Calificaba como buena la preparación del médico en puericultura pero insatisfactoria la de las parteras, a quienes consideró responsables de gran parte de la mortalidad obstétrica y especialmente perjudiciales por su influencia aconsejando a las madres en los primeros cuidados. [59] Denunció además la falta de asistencia médica, especialmente en el área rural, ya que casi la mitad de la mortalidad infantil correspondía a defunciones sin asistencia y sin diagnóstico. [58]

A fin de subsanar algunas de las deficiencias mencionadas, Morquio propugnó la creación de medidas de protección a la madre y al niño, considerando esta insuficiencia como otro factor explicativo de la mortalidad infantil. Su opinión sobre la escasez de medidas protectoras en la primera década se modificó posteriormente, a medida que se incrementaron la legislación y los servicios dedicados a la protección del menor y la madre, pero criticó a su vez la falta de organización, coordinación y su dispersión.

El análisis de la tendencia de la mortalidad infantil llevó a Morquio a reflexionar sobre lo paradójico del aumento de las tasas, precisamente en las décadas en que el país había encarado los mayores esfuerzos para mejorar las condiciones socio-ambientales (creación de servicios de protección al niño y la madre, Gotas de Leche, leyes de protección a la infancia y defensa social). A la luz de los resultados, tomó una posición crítica respecto a la eficacia de los medios educativos y preventivos: la escuela pública no logró captar toda la población del país, las Gotas de Leche favorecieron la disminución de la lactancia materna al suministrar alimentación artificial gratuita y preparada a las madres carenciadas (ver nota 1), a lo que se sumó la falta de organización y visión global de los servicios de protección materno-infantil y la insuficiente asistencia médica. [58]

D. Augusto Turenne

Augusto Turenne (1870-1948) fue uno de los ginecólogos más prestigiosos de las primeras décadas del siglo XX. Profesor de Obstetricia y Ginecología en la Facultad de Medicina, Médico Jefe del Servicio de Asistencia y Protección Maternal de Montevideo y posteriormente Inspector de los Servicios Obstétricos del Ministerio de Salud Pública, fue autor de numerosos trabajos donde profundizó sobre el sentido social de la medicina y la obstetricia, señalando a la miseria como la etiología de la enfermedad.

A diferencia de Morquio y Bauzá, que como pediatras brindaron su atención a la salud del niño, la preocupación de Turenne como ginecólogo se centra en la mujer, futura madre, como encargada de gestar y dar a luz a un niño sano.

Hacia principios del siglo XX, la sociedad uruguaya comenzó a tomar conciencia de un fenómeno demográfico nuevo en el país: el descenso de la natalidad. Este fenómeno resultaba alarmante en un país poco poblado, donde se consideraba que el porvenir de las sociedades dependía de la existencia de una “raza numerosa y fuerte”. Preocupado observador de esta realidad, Turenne advertía: “Nuestra envidiable natalidad está sin embargo en descenso desde hace algunos años y no está compensada por un descenso equivalente en la mortalidad. Es indispensable, pues, desde este punto de vista propender al aumento de la natalidad nacional. Pero no basta eso. No es suficiente que nazcan muchos niños: es necesario que esos niños nazcan fuertes, es necesario que las madres no vean agotadas su fecundidad por los mil peligros que el embarazo y parto mal conducido traen aparejados”. [60, p. 87]

Sin embargo, no es frecuente que los trabajos de Turenne presenten o comenten datos estadísticos sobre la mortalidad infantil. A partir de su observación como ginecólogo, manifiesta su percepción de algunos factores que inciden en esta mortalidad y la intención de que, a través de su constante divulgación, se logre una mayor atención sobre ellos y se tomen en cuenta las distintas propuestas que formula para mejorar las condiciones de desarrollo del niño desde su gestación.

Las condiciones económicas de la mujer, y por consiguiente del niño, están en el centro del pensamiento de Turenne, de allí que sus trabajos se focalicen principalmente en las mujeres carenciadas. La miseria muchas veces va asociada a la ilegitimidad y al abandono del niño. En Montevideo, vincula esta situación a la prostitución y la migración rural e internacional, generalmente conformada por trabajadoras del servicio doméstico. [61] En la campaña relaciona la ilegitimidad a la ignorancia femenina en cuanto a las ventajas de regularizar las uniones y a la mala situación económica del paisano, que contribuye a alejarlo de las uniones estables. [62]

Asociado a las condiciones económicas, el nivel cultural de la madre incide en la mortalidad infantil. Con su hijo recién nacido, la mujer ignorante y sin control es proclive a cometer cualquier clase de infracciones a la higiene maternal e infantil. [63] Destaca aún más este hecho entre la población rural “(...) impermeable a las nociones de higiene, de profilaxis, de previsión; mientras no se extienda esa obra paciente de difusión que la escuela incompletamente realiza y los elementos cultos del país imprevisoramente no inician, difícil, muy difícil, será obtener el convencimiento de la utilidad de una buena asistencia obstétrica”. [64, pp. 128-129]

Intrínsecamente relacionado a los dos primeros factores, se encuentra el capítulo referente a las medidas de protección de la madre y el niño, tema central en el pensamiento de Turenne. La ausencia o insuficiencia de este tipo de medidas protectoras favorece la mortalidad infantil. Su preocupación partía de la idea del médico francés Adolphe Pinard (fundador de la puericultura), su maestro, quien demostró que la mujer que descansaba en los últimos tiempos de embarazo tenía hijos más pesados y mejor desarrollados que aquella que trabajaba. [64] Postergar el parto lo más posible representaba un mayor peso del niño al nacer, reduciendo su riesgo de vida. “Los 15 o 20 días de vida intrauterina que los niños ricos llevan de ventaja a los pobres, son la mejor garantía de una larga vida (...) y equivalen a 300-400 gramos para el niño”. [63, p. 181]

Las medidas de protección se refieren tanto a la organización de servicios de asistencia prenatal y maternal, así como a la legislación en defensa de la mujer embarazada, de la madre y del niño. Para Turenne la asistencia prenatal “(...) tiene por base la protección directa de la madre e indirecta del niño. El Estado debe prestar su amplia protección a la futura madre antes de la concepción, durante el embarazo y el parto y durante el puerperio, por un período mínimo de 6 semanas, susceptible de ser prolongado en el caso de existir complicaciones patológicas o cuando la muerte del feto o del recién nacido puedan ser atribuidas a causas capaces de reflejarse en posteriores concepciones y para las que exista una profilaxia médica o social. Pasado este período comienza la protección directa del niño e indirecta de la madre”. [65, p. 6] El reposo pre y post puerperal debe ser garantizado por ley y ayudado por el mantenimiento del salario o por el otorgamiento de un subsidio. [66] Estas ideas fueron una constante en Turenne a lo largo de los años, reiteradas en todos sus trabajos.

Durante la primera década del siglo XX, denuncia la inexistencia de asistencia prenatal y una mala asistencia maternal (una única sala para parturientas sanas y enfermas en un hospital general) y critica que la asistencia pública sea un tema fundamentalmente privado, con carácter religioso y caritativo, cuando debería ser una función obligatoria del Estado. Esta situación se modifica a partir de la creación de la Asistencia Pública Nacional en 1910. En esta década se organizan servicios del Estado dirigidos a la madre y al niño, que Turenne apoya e incluso dirige (Servicio de Protección Maternal en la Casa de la Maternidad, 1915). Dicha labor se ve reforzada por una serie de instituciones privadas para ayuda de las madres carenciadas y de las madres solteras. Este período de organización y estructuración, que se extiende hasta mediados de la década del 20, es el que Turenne considera como el más fructífero en la protección de la mujer y el niño. Desde fines de la década del 20, luego de su renuncia, considera que comienza un período de retroceso y crisis, de desorganización de los servicios existentes y superposición de nuevos, así como de desfinanciamiento

de las instituciones privadas, que termina siendo perjudicial para la situación de las madres y sus niños.

En lo que respecta a las iniciativas legislativas, el desencanto es parecido. Si bien en las primeras dos décadas del siglo se llevó a cabo una legislación social progresista, posteriormente el proceso fue aminorando y varios proyectos de ley sobre protección maternal fueron quedando en el olvido. [67; 65]

Otro factor explicativo de la mortalidad infantil que no puede dejar de mencionarse por la importancia que Turenne le otorga, es la procreación reiterada en la mujer pobre, que lleva a la decadencia orgánica y no le permite recuperarse entre la lactancia y el nuevo embarazo, favoreciendo así la mortinatalidad y la mortalidad infantil. Este razonamiento llevó a Turenne tempranamente a ser el primer defensor de la divulgación de métodos anticonceptivos. “Concurrid a los conventillos y a los míseros barrios sub-urbanos (...) 20, 30, 40% de los hijos nacidos han muerto en edad temprana y de enfermedades casi siempre evitables. (...) Es indispensable (...) convencer a muchos de nuestros teorizadores de la filantropía que la verdadera defensa del niño consiste muchas veces en impedir que sea concebido”. [62, p. 501]

Finalmente, se preocupa por la alimentación del niño, en particular por la alimentación de los hijos de aquellas mujeres que se empleaban como nodrizas de otros niños. Proclama el “derecho (del niño) a la leche materna, combatiendo firmemente la lactancia mercenaria siempre perjudicial al niño pobre y en beneficio del niño rico, proscribir antes de los 7 meses en invierno y de los 10 en verano esa triste venta de leche materna que nada reemplaza, difundir por todos los medios la enseñanza de los regímenes de alimentación racional”. [60, pp. 87-88]

En síntesis, si bien Turenne no habla directamente de un estancamiento de la mortalidad infantil a partir de datos estadísticos y su preocupación tiene que ver más con el descenso de la natalidad sin un descenso de la mortalidad que lo compense, el análisis de sus reflexiones sobre los factores que mayormente inciden en esta mortalidad en el país a lo largo del tiempo muestra facetas interesantes. De acuerdo a Turenne, el Uruguay habría realizado desde el punto de vista institucional y legislativo muchas acciones tendientes a mejorar directa e indirectamente la salud de las madres y sus hijos; sin embargo, los resultados no fueron tan exitosos como se esperaba. La escuela pública, gratuita y obligatoria desde 1877, parecería no haber llegado a un alto porcentaje de la población, especialmente rural. La Asistencia Pública Nacional organizó y desorganizó los servicios de asistencia prenatal y obstetricia y el Parlamento, por su parte, parecía no actuar con la celeridad necesaria.

Estas fallas en el nivel institucional, que podrían haber quedado ocultas a los ojos del investigador contemporáneo, salen a la luz a partir de la denuncia y crítica de Turenne.

Análisis comparativo y pensamiento epidemiológico

Para los epidemiólogos de la época, el estancamiento de la mortalidad infantil en Uruguay se explicaba por una compleja constelación de factores sociales, económicos y culturales. A diferencia de otros analistas de América Latina, los expertos en salud pública de Uruguay nunca culparon exclusivamente a la ignorancia materna por los rezagos de su evolución, sino que la incluyeron en una larga lista de factores que abarcaba las deficiencias de la vivienda, las razones climáticas, la mala calidad de la leche, la falta de higiene colectiva, la miseria en general y la falta de coordinación institucional.

Estos factores explicativos coincidieron y en parte derivaron de las discusiones internacionales de la época sobre las causas de la mortalidad infantil. Si bien estos debates tuvieron un carácter internacional, las soluciones, en cambio, fueron sumamente nacionales: por ejemplo, en Francia se acentuó la importancia de derechos sociales garantizados por el estado tales como la licencia maternal y el amamantamiento sano, mientras que en los Estados Unidos se enfatizaron las medidas médicas individuales a través de agencias voluntarias o gobiernos locales. [68; 69; 70] Tanto en los factores responsables de la mortalidad infantil como en los esfuerzos por reducirla, los salubristas uruguayos ofrecieron un panorama más complejo, marcando diferencias con los patrones internacionales y, llegado el caso, no dudaron en considerar que las medidas médicas y de salud pública que ellos mismos habían liderado —tal como las Gotas de Leche— podrían ser contraproducentes.

Varios fueron los factores que los llevaron a enfatizar el peso de uno u otro componente en la explicación de la mortalidad infantil. Aun perteneciendo a generaciones cercanas, sus años de mayor gravitación pública no coinciden completamente; Joaquín de Salterain, en particular, comenzó su carrera un poco antes que el resto y en momentos en que la organización de la salud pública conoció un gran impulso. Su visión fue simultáneamente la de un entusiasta fundador y la de un incansable renovador, poco basado en su experiencia como oftalmólogo. También la de un alto funcionario de la salud pública con una amplia perspectiva de las condiciones de salud y de higiene general de la población, a diferencia de Morquio, Bauzá y Turenne, cuyas especialidades clínicas —pediatras los primeros, obstetra el otro— redundaron en visiones más particularizadas y quizás más penetrantes del problema de la mortalidad infantil. Mientras Salterain analizaba la mortalidad infantil en el marco del innegable avance de las condiciones generales de la mortalidad, la actividad clínica más específica de los otros les dio la capacidad de mirar el caso individual y a la sociedad al mismo tiempo, focalizándose en los procesos contradictorios que acompañaban los progresos, delatando el paradójico retroceso de la mortalidad

infantil y hasta autocriticando los esfuerzos salubristas. En definitiva, mientras Salterain analizaba estadísticas apostado en una repartición estatal, los otros tres salubristas acompañaban de cerca la realidad de las condiciones sanitarias y sociales de los niños y las madres orientales.

No menos influyentes en sus opiniones fueron las fuentes de conocimiento que inspiraron sus repetidos ensayos de explicación. Morquio defendió la observación en las salas de los hospitales y en el consultorio, en detrimento del descarnado análisis demográfico. Su actitud de agudo observador de la realidad le permitió detectar las prácticas higiénicas, e incluso institucionales, que obstaculizaban los progresos de la mortalidad infantil. Por notables que fueran las cifras oficiales, lo cierto es que en la práctica diaria observaba que esto no significaba que las familias pobres manejaran las herramientas adecuadas para evitar la muerte de sus hijos.

Bauzá, por su parte, confiaba ciegamente en las estadísticas oficiales y las integraba a su marco de análisis sin mayores objeciones a su calidad. La controversia que se generó con Morquio respecto al papel de las Gotas de Leche da cuenta de las diferencias que separaban a ambos médicos respecto al valor de los números oficiales. A las repetidas quejas de Morquio respecto al desestímulo a la lactancia que implicaban las Gotas de Leche, de acuerdo a su experiencia en los servicios externos del Hospital Pereira Rossell y del Asilo Dámaso Antonio Larrañaga, Bauzá oponía sistemáticamente las estadísticas que demostraban que el porcentaje de niños alimentados a pecho aumentaba entre los niños inscriptos en las Gotas (del 23% en 1908 al 66% en 1915).

A pesar de su escepticismo frente al valor de las estadísticas demográficas, Morquio fue quizás quien las interpretó con más severidad: no alcanzaba con tener una de las mejores tasas de mortalidad infantiles del mundo, no sólo las había mejores, sino que el análisis de las causas de muerte revelaba que muchas de ellas eran evitables. Mientras que Salterain interpretaba los avances uruguayos en el contexto latinoamericano, con tasas de mortalidad infantil que con facilidad duplicaban los valores nacionales, el patrón de comparación de Morquio eran los países nórdicos. Un poco más condescendiente que Morquio, Bauzá también reconoció tempranamente la tendencia al estancamiento de la mortalidad infantil uruguaya en comparación con el descenso ininterrumpido de los países europeos. Obviamente, la elección del modelo proporcionaba visiones muy diferentes de los progresos nacionales.

Debe considerarse también la diversidad de ideologías que representaron. Sin haber tenido ninguno de ellos una activa participación partidaria, Salterain simpatizaba con el conservador Partido Nacional, opositor al gobierno tanto por razones políticas (por negarle cualquier tipo de coparticipación y llevar a cabo un gobierno exclusivamente partidista) como por el temor a las reformas

sociales y económicas que el batllismo propiciaba; Bauzá adhería al gobernante Partido Colorado (aunque pertenecía a sectores más conservadores que el batllista); Turenne era socialista y Morquio no se declaraba simpatizante de ningún partido político. Es sorprendente que ninguno de estos médicos, tan sensibles a la problemática social de la infancia, se inclinara claramente hacia el batllismo, la corriente con peso político más progresista de la época y la fuerza política que permitió la efectivización de la gran mayoría de las medidas propuestas desde el ámbito de la salud.

Aun transitando caminos intelectuales independientes, los cuatro salubristas coincidieron en la dimensión profundamente social que subyacía al problema de la mortalidad infantil. Desde sus diferentes ámbitos, inclinaciones políticas y especialidades, todos promovieron la institucionalización de la salud pública como deber ineludible del Estado y coincidieron en la necesidad de legislar e implementar medidas que protegiesen la salud materno-infantil. Todos ellos cruzaron las fronteras de la práctica profesional, rebasando una visión puramente clínica del problema de la mortalidad infantil, y defendieron resueltamente la adopción de medidas que iban más allá de la práctica asistencial.

En la primera década del siglo XX aunaron esfuerzos para promover la creación de instituciones y promulgar leyes que aliviase la situación de la infancia, y posteriormente ellos mismos tuvieron papeles protagónicos en la organización y puesta en funcionamiento de los nuevos servicios. Desde el otorgamiento de pensiones a las madres pobres, pasando por la creación de los consultorios Gota de Leche a la organización de la asistencia prenatal, los cuatro salubristas vieron cumplidas las expectativas de progreso que habían reivindicado; el segundo quinquenio de la década del diez y el transcurso de la década del veinte fueron particularmente pródigos en medidas dirigidas, directa o indirectamente, a combatir la mortalidad infantil.

Sin embargo, no hubo solamente luces en torno al vasto montaje institucional edificado entre la segunda y tercera década del siglo. A pesar de que la mayor parte de las propuestas de los salubristas fue puesta en práctica, todos ellos mostraron cierto desencanto con los resultados obtenidos. La proliferación de servicios asistenciales y de beneficios sociales no necesariamente tuvo los efectos deseados, y algunos de ellos llegaron a tener incluso consecuencias perversas para la mortalidad infantil, según la valoración de los contemporáneos. Al cuestionamiento a las Gotas de Leche se sumó el detrimento a la hospitalización del parto entre las mujeres carenciadas, por cuanto las parteras de la Asistencia Pública Nacional preferían atender a las parturientas como urgencias a domicilio, donde obtenían mayores beneficios económicos. [65] Bauzá y Morquio llegaron a enfrentarse públicamente sobre la utilidad del Servicio de Protección a la Primera Infancia; el primero defendía el valor de la Oficina de Nodrizas contra

las acusaciones del segundo, que lo consideraba “una pura ilusión”. [71, p. 448] De muy diversas maneras, el engranaje institucional creaba vicios de funcionamiento que atentaban contra los propios objetivos de las instituciones.

La escasez de protección a la maternidad y la infancia no podía ser totalmente responsabilizada por el estancamiento de la mortalidad infantil. Aun si se considera el deterioro institucional y la escasa coordinación de los servicios que preocupaban a Turenne, sus avances eran innegables. La ilegitimidad, cuyos efectos sobre la mortalidad infantil habían sido relegados a un segundo plano, se transformó en un eje de discusión que fue cobrando importancia progresivamente. Turenne pensaba que la ilegitimidad no significaba una “inmoralidad pública”, sino que era una “necesidad social”, cuyas causas eran económicas. [72, p. 96] Sin embargo, tanto Salterain como Bauzá habían sostenido que, a diferencia de Europa, la ilegitimidad en Uruguay se relacionaba más con el agnosticismo y el costo del matrimonio que con la pobreza per se. Morquio discordó tempranamente con esta idea, alegando que los nacimientos ilegítimos habían alcanzado a un tercio hacia la década del 20 y que el abandono y la mortalidad infantil estaban íntimamente ligados a su aumento. En 1924, más del 10% de los recién nacidos era depositado en el torno y cerca del 40% de los niños que llegaban a las casas de expósitos moría antes de cumplir su primer aniversario (Morquio, 1927).

Si bien varios representantes del elenco médico coincidían en que el abandono implicaba un duro revés para el avance de la mortalidad infantil, no había consenso respecto a si la miseria y la ignorancia causaban ilegitimidad y abandono o si, por el contrario, la ilegitimidad empujaba a la miseria. Independientemente del orden de causalidad, lo cierto es que hacia la década del 20 el triángulo ilegitimidad-abandono-mortalidad se constituyó en un factor relevante de explicación de la mortalidad infantil.

Baste recordar que Bauzá, inicialmente escéptico respecto a su influencia en la mortalidad infantil, cuando revisó su matriz explicativa en 1919 incorporó el papel de la ilegitimidad y propuso medidas paliativas. Otro aspecto que contribuía a oscurecer aún más la interpretación del papel de la ilegitimidad y desorientaba a los contemporáneos residía en que la mortalidad infantil era menor en la campaña que en las ciudades, a pesar de que la proporción de nacimientos ilegítimos era mayor en la primera. Si bien los observadores de la época distinguieron la naturaleza de la ilegitimidad uruguaya de la europea, no repararon en las posibles diferencias de su significado social en el mundo urbano y rural. En la campaña, la ilegitimidad no necesariamente era sinónimo de nacimientos fuera de uniones estables, en la medida en que el concubinato fue tradicionalmente en Uruguay una práctica común entre la población del interior del país. [73; 74] Por otro lado, el país se urbanizaba rápidamente y los procesos

migratorios y la propia dinámica urbana pueden haber instigado el aumento de las madres solteras, particularmente en la populosa Montevideo.

El propio ritmo de la urbanización pudo haber neutralizado, o al menos rezagado, los progresos de la salud pública de las ciudades, como lo dejó entrever Joaquín de Salterain. Durante las primeras décadas del siglo, la población urbana, en especial la capitalina, crecía aceleradamente, alimentada por corrientes de migración interna e internacional; cabe preguntarse en qué medida los esfuerzos realizados en materia de política sanitaria urbana (alcantarillado, agua potable, higiene de la vivienda, etc.) eran suficientes para absorber las necesidades de la creciente demanda urbana. A pesar de haber exaltado la calidad de los espacios urbanos, los médicos reconocieron que las condiciones de vida en campaña se volvían progresivamente más saludables en comparación con el deterioro de la vida en la ciudad.

Desde sus distintos puestos de trabajo, estos cuatro destacados militantes de la salud dedicaron más de treinta años de su vida profesional a descifrar el estancamiento de la mortalidad infantil, uno de los problemas más enigmáticos que enfrentó la historia de la salud pública uruguaya. Fueron escasos los elementos que escaparon a sus repetidos ensayos de explicación y, sin excepciones, sus modelos interpretativos se volvieron paulatinamente más elaborados. Sin embargo, todavía hoy el problema de la mortalidad infantil sigue siendo un desafío para historiadores, epidemiólogos y demógrafos.

Conclusiones

Aun a expensas de la escasa concordancia sobre las causas del estancamiento de la mortalidad infantil y de las medidas apropiadas para reducirla —junto con la demorada resolución del problema— este debate epidemiológico revela el alto grado de desarrollo de la problemática en el Uruguay de las primeras décadas del siglo XX. Si bien se fundamentaron en una epidemiología descriptiva y no aplicada, estos cuatro médicos elaboraron un marco explicativo moderno, habiendo identificado, en lo esencial, todos los factores subyacentes a la mortalidad infantil que se discuten hoy en día. Asimismo, las autoridades uruguayas intentaron demostrar su integración a la comunidad internacional a través de la absorción de las tendencias globales de la modernización burocrática y científica, pero también a través de las innovaciones locales. Gracias a la estatura profesional de Morquio, especialmente, y a las redes en las cuales participaron los cuatro médicos, junto con la presencia del Instituto Internacional de Protección a la Infancia en Montevideo, la experiencia uruguaya alimentó los debates americanos y europeos sobre el problema de la mortalidad infantil mucho más de lo que se podía esperar para un país pequeño y fuera del circuito

de las grandes potencias de la época. Al mismo tiempo, la institucionalización temprana de las medidas de control de la mortalidad infantil, y las evidentes limitaciones de estos esfuerzos, sirvieron como justificación ex ante por parte de varios países de América Latina para no implementar extensos esfuerzos en el combate a la mortalidad infantil hasta después de la Segunda Guerra Mundial.

A pesar de su tamaño y distancia de los centros de poder, o quizás precisamente por ello, la comunidad de salubristas uruguayos logró sostener una discusión viva, con implicaciones políticas y prácticas a lo largo de cuarenta años. Por cierto, la preocupación por la mortalidad infantil se había difundido mundialmente alrededor de 1900, coincidiendo con el desarrollo de la medicina alopática y la salud pública moderna [75-77]. Paralelamente, la industrialización, la urbanización, la importancia económica y política de la supervivencia infantil, el florecimiento de los movimientos feministas, las prioridades culturales de la eugenesia y el “mejoramiento de la raza”, y la nueva burocratización de los problemas sociales, integraron el vasto conjunto de innovaciones sociales que contribuyó a modelar el problema de la mortalidad infantil.

Pero los salubristas uruguayos fueron mucho más allá que sus colegas de otros países. En este sentido, puede decirse que fueron “atípicos”, y la clave fue el peso de los personajes mismos, quienes sobresalieron por su ubicuidad. En un país tan pequeño y con ambiciones sociales tan grandes, los mismos salubristas no sólo observaron y analizaron el problema de la mortalidad infantil, sino que propusieron políticas para mejorar la situación y dirigieron las instituciones clave, sin mencionar las influencias que ejercieron sobre los valores de la élite política. No debe olvidarse que fue la élite médica quien creó y difundió la preocupación por el menoscabo poblacional que provocaba la mortalidad infantil en un país que comenzaba a reconocer —y a temer— la escasez del aumento de su población. A diferencia de otros países latinoamericanos, la comunidad salubrista uruguaya logró incluso desplazar a la élite femenina-feminista en lo relativo a los temas de salud materno-infantil. [78]

Más allá de las características individuales de estos destacados personajes, hubo elementos contextuales que favorecieron la construcción de una discusión epidemiológica inusitadamente fértil en torno a la mortalidad infantil. Por una parte, la temprana introducción del Registro Civil y la adopción de la tradición francesa de recopilación estadística facilitaron la elaboración de análisis nacionales de la mortalidad que no fueron posibles en la mayoría de los países latinoamericanos hasta después de la Segunda Guerra Mundial. Se puede decir que, hasta cierto punto, la calidad de los datos uruguayos incluso superó a la de varios países europeos, debido a su geografía accesible, a la temprana preocupación con la natalidad (requiriendo prueba de supervivencia de los recién nacidos) y a la ausencia de fuertes ideologías imperiales que entrelazaban poder

y población, lo que desalentó la tentación de adulterar las estadísticas vitales.

Por otra parte, los pobres resultados de las políticas dirigidas a la salud materno-infantil entre los años 1910 y 1920 obligaron a la comunidad salubrista a cuestionarse constantemente y a superar las soluciones reduccionistas que propugnaba gran parte del elenco médico. De modo que a pesar del desarrollo institucional que lideraron —que, por cierto, no siempre se implementó plenamente—, los salubristas uruguayos tuvieron que innovar y dialogar ininterrumpidamente. En ese sentido, Salterain, Morquio, Bauzá y Turenne presentaron, desde una perspectiva epidemiológica, una crítica presciente del mítico Estado de Bienestar uruguayo aun antes de su propia creación.

NOTAS

Las autoras reconocen el apoyo de la beca #16813-01 del National Institute of Health, National Institute of Aging y de la beca #37962-02 del National Institute of Health, National Institute on Child Health and Human Development. Agradecemos también los comentarios de Andrea Campetella, Ruth Iguíñiz, Edgar Pardo, Adela Pellegrino y los miembros de la Sesión Científica de la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina, donde presentamos una versión preliminar de este trabajo en agosto de 2000.

1. “Desde hace varios años, notamos en el medio pobre, de preferencia en nuestra Policlínica del Hospital, un aumento de mujeres que no crían a sus hijos, tanto más de llamar la atención, cuanto que antes era muy raro que eso ocurriera. Y muchas de esas madres, como consta en nuestras observaciones, son clientes de las Gotas de Leche, que llegan al Hospital, con sus hijos gravemente enfermos”. [56, p. 676].

BIBLIOGRAFÍA

1. Preston, S.H. and M.R. Haines, *Fatal Years: Child Mortality in Late Nineteenth Century America*. 1991, Princeton: Princeton University Press.
2. Ortega Osona, J.A. and D. Reher, *Short-term Economic Fluctuations and Demographic Behaviour*, in *Demographic Responses to Economic Adjustment in Latin America*, G. Tapinos, A. Mason, and J. Bravo, Editors. 1997, Clarendon Press: Oxford. pp. 129-155.
3. Condran, G.A., H. Williams, and R.A. Cheney, *The Decline of Mortality in Philadelphia from 1870-1930: The Role of Municipal Services*. The Pennsylvania Magazine of History and Biography, 1984. **108**: pp. 153-177.
4. Mackenbach, J.P., K. Stronks, and A.E. Kunst, *The Contribution of Medical Care to Inequalities in Health: Differences Between Socio-Economic Groups in Decline of Mortality From Conditions Amenable to Medical Intervention*. Social Science and Medicine, 1989. **29**(3): pp. 369-376.
5. Palloni, A. and K. Hill, *The Effects of Economic Changes on Mortality by Age and Cause: Latin America, 1950-1990*, in *Demographic Responses to Economic Adjustment*

-
- in *Latin America*, G. Tapinos, A. Mason, and J. Bravo, Editors. 1997, Clarendon Press: Oxford. pp. 75-128.
6. Mokyr, J., *Mortality, Technology, and Economic Growth, 1750-1914: A Suggested Reinterpretation*. 1992, Presented at a session of the American Economic Association.
 7. Fogel, R.W., *The Conquest of High Mortality and Hunger in Europe and America: Timing and Mechanisms*, in *Favorites of Fortune: Technology, Growth, and Economic Development since the Industrial Revolution*, P. Higonnet, D.S. Landes, and H. Rosovsky, Editors. 1991, Harvard University Press: Boston, MA. pp. 33-71.
 8. Schofield, R., D. Reher, and A. Bideau, eds. *The Decline of Mortality in Europe*. 1991, Clarendon Press: Oxford.
 9. Szreter, S., *Economic Growth, Disruption, Deprivation, Disease, and Death: On the Importance of the Politics of Public Health for Development*. *Population and Development Review*, 1997. **23**(4): pp. 693-728.
 10. Blum, A.S., *Public Welfare and Child Circulation, Mexico City, 1877 to 1925*. *Journal of Family History*, 1998. **23**(3): pp. 240-271.
 11. Marko, T. *A cruzada pela infância: Constructions of Child Health and Nation Building*, in *Latin American Studies Association*. 2001. Washington, D.C.
 12. Zulawski, A., *Hygiene And "The Indian Problem": Ethnicity and Medicine in Bolivia, 1910-1920*. *Latin American Research Review*, 2000. **35**(2).
 13. Filgueira, F., *A Century of Social Welfare in Uruguay: Growth to the Limit of the Batllista Social State*. Democracy and Social Policy Series, Working Paper #5. 1995 (Spring): Kellogg Institute.
 14. Acevedo, E., *Anales Históricos del Uruguay. 1894-1915*. Vol. 5. 1934, Montevideo: Casa Barreiro y Ramos. 704.
 15. Pereira, J.J. and R. Trajtenberg, *Evolución de la Población Total y Activa del Uruguay, 1908-1957*. 1966, Montevideo, Uruguay: Fac. C.E.
 16. Vaillant, A., *La mortalidad y la población en el departamento de Montevideo*. 1873, Montevideo.
 17. Rial, J., *Población y desarrollo de un pequeño país. Uruguay 1830-1930*. 1980, CIESU: Montevideo.
 18. Pellegrino, A., *Caracterización demográfica del Uruguay*. 1997, Unidad Multidisciplinaria, Programa de Población, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República: Montevideo.
 19. Barrán, J.P., *El Poder de Curar*. Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Vol. 1. 1994, Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental. 279.
 20. Pellegrino, A. y R. Pollero, *Fecundidad y situación conyugal en el Uruguay. Un análisis retrospectivo. 1889-1975*, en *Cambios demográficos en América Latina: la experiencia de cinco siglos*, D. Celton, Miró, C. and Sánchez Albornoz, N., Editor. 2000, IUSSP - Universidad Nacional de Córdoba: Córdoba. pp. 229-249.
 21. Nahum, B., *Manual de Historia Uruguaya, 1903-1990*. Vol. II. 1996, Montevideo, Uruguay: Ediciones de la Banda Oriental.
 22. Barrán, J.P. y B. Nahum, *Crisis y Radicalización 1913-1916*. Batlle, los estancieros y el Imperio Británico. Vol. 6. 1985, Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental. 257.
 23. Bertino, M., et al., *"La larga marcha hacia un frágil resultado (1900-1955)"*, en *El*

- Uruguay del siglo XX: La economía*, I.d. Economía, Editor. 2001, Instituto de Economía: Montevideo.
24. Bértola, L., *Ensayos de historia económica. Uruguay y la región en la economía mundial, 1870-1990*. 2000, Montevideo: Ediciones Trilce.
 25. Finch, M.H.J., *A Political Economy of Uruguay Since 1870*. 1981, New York: St. Martin's Press.
 26. Rollet, C., *La lutte contre la mortalité infantile dans le passé: Essai de comparaison internationale*. Santé Publique, 1993. 5(2): pp. 4-20.
 27. de Salterain, J., *La Mortalidad en la Ciudad de Montevideo durante el año de 1895*. Año III del Retrospectivo de "El Siglo". 1896, Montevideo, Uruguay: Museo Histórico Nacional. Casa de Lavalleja, Archivo y Biblioteca Pablo Blanco Acevedo.
 28. de Salterain, J., *La mortalidad de la ciudad de Montevideo desde Diciembre de 1901 hasta Noviembre de 1902 (inclusive)*. Revista Médica del Uruguay, 1903. 6(1): pp. 1-14.
 29. de Salterain, J., *Contribución al estudio de la epidemiología en el Uruguay*. Anales de la Facultad de Medicina, 1923. 8(10): pp. 887-939.
 30. de Salterain, J., *La mortalidad infantil en el departamento de Montevideo, durante los últimos años. 1907-1916*, Museo Histórico Nacional. Casa de Lavalleja: Montevideo. Archivo Joaquín de Salterain, Escritos Diversos, Legaje 2596.
 31. de Salterain, J., *Notas sobre higiene*, Museo Histórico Nacional. Casa de Lavalleja: Montevideo. Archivo Joaquín de Salterain, Escritos Diversos, Legaje 2596.
 32. de Salterain, J. *Notas sobre la necesidad de crear un organismo único encargado de cuanto se relaciona con la higiene*. Montevideo: Museo Histórico Nacional. Casa de Lavalleja. Archivo Joaquín de Salterain, Escritos Diversos, Legaje 2596.
 33. de Salterain, J., *El Ministerio de Salud Pública*. 1921, Sindicato Médico del Uruguay: Montevideo.
 34. Martirené, J., *Fallecimiento del Médico- Jefe de la Policlínica Oftalmológica, del Hospital Pereira Rossell, doctor Joaquín de Salterain*. Boletín de la Asistencia Pública Nacional, 1926. 16(152): pp. 1041-1047.
 35. Bauzá, J.A., *Del homenaje al Dr. Joaquín de Salterain. Discurso del Presidente de la Sociedad de Pediatría de Montevideo*. Archivos de Pediatría del Uruguay, 1931. 2(10): pp. 490-493.
 36. Panizza Blanco, A., *Personalidad del doctor Joaquín de Salterain*. 1957, Montevideo: Consejo Departamental de Montevideo.
 37. de Salterain, J., *Notas sobre estudios comparados de mortalidad en el continente americano*. I, Museo Histórico Nacional. Casa de Lavalleja: Montevideo.
 38. Migliónico, A., *La mortalidad en Uruguay en el siglo XX. Cambios, impactos, perspectivas*. 2001, Montevideo: Ministerio de Salud Pública-Organización Panamericana de Salud.
 39. Damonte, A.M., *Uruguay: transición de la mortalidad en el período 1908-1963*. 1994, Unidad Multidisciplinaria, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República: Montevideo.
 40. de Salterain, J. *Mortalidad infantil en Montevideo*, en *Segundo Congreso Americano del Niño*. 1919, Mayo 18-25. Montevideo: Peña Hnos.
 41. Bauzá, J.A., *et al.*, *Sobre mortalidad infantil y medios para combatirla. Segundo Congreso*

- Médico Nacional. Sección Pediatría. Archivos Latino-Americanos de Pediatría, 1922. 16(3): pp. 210-213.*
42. *Homenajes al Dr. Julio A. Bauzá. Archivos de Pediatría del Uruguay, 1949. 20(5): pp. 265-275.*
 43. Bauzá, J., *Mortalidad infantil en la República del Uruguay en el decenio 1901-1910. Revista Médica del Uruguay, 1913. 16(2): pp. 45-81.*
 44. Bauzá, J., *La mortalidad infantil en el Uruguay. Sus causas y su profilaxis. Extracto de la comunicación al Segundo Congreso Americano del Niño, Montevideo, mayo de 1919. Revista Médica del Uruguay, 1919. 22(7): pp. 490-494.*
 45. Bauzá, J., *La mortalidad infantil en el Uruguay. Sus causas y su profilaxis. Boletín del Consejo Nacional de Higiene, 1920. 15(161): pp. 167-237.*
 46. Bauzá, J., *Sobre mortalidad infantil y medios para reducirla. Revista Médica del Uruguay, 1922. 25(1): pp. 13-18.*
 47. Bauzá, J., *El Servicio de protección a la primera infancia y Oficina de nodrizas en 1923. Revista Médica del Uruguay, 1924. 27(12): pp. 611-632.*
 48. Berro, R. y J.A. Bauzá, *Medidas de previsión contra la mortalidad infantil, por enfermedades de la nutrición. Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, 1938. 11(3): pp. 397-405.*
 49. Bauzá, J.A., *Importancia del factor ilegitimidad en la mortalidad infantil. Archivos de Pediatría del Uruguay, 1940. 11(10): pp. 814-815.*
 50. Bauzá, J.A., *Acción futura del Consejo del Niño. Boletín del Instituto Internacional Americano de Protección a la Infancia, 1943. 17(2): pp. 291-300.*
 51. Morquío, L., *La mortalidad infantil de Montevideo, en Tercer congreso médico latinoamericano, Montevideo 1907. 1907: Montevideo. pp. 547-585.*
 52. Morquío, L., *Causas de la mortalidad de la primera infancia y medios de reducirla. Informe presentado al 2do Congreso Médico Latino-Americano celebrado en Buenos Aires en Abril de 1904. 1904, Montevideo: Imprenta El Siglo Ilustrado.*
 53. *Primer Congreso Médico Nacional. Sección de Pediatría, presidida por el Dr. Luis Morquío. Revista Médica del Uruguay, 1916. 19(7): pp. 666-678.*
 54. Morquío, L., *La cuna del asilo de expósitos y huérfanos. Memoria. 1902, Montevideo: Tipografía de la Escuela Nacional de Artes y Oficios. 1-57, 73-75, 82-93, 98-101, 164-185.*
 55. Morquío, L., *Los desarreglos gastro intestinales del lactante. Anales de la Facultad de Medicina, 1917. 2: pp. 1-104.*
 56. Morquío, L. *Protección a la primera infancia, en Primer Congreso Médico Nacional. 1916, 9 al 16 de abril. Montevideo: Imprenta El siglo ilustrado.*
 57. Morquío, L., *La mortalidad infantil en el Uruguay. Boletín del Consejo Nacional de Higiene, 1927. 22(247): pp. 234-280.*
 58. Morquío, L., *El problema de la mortalidad infantil (Conferencia radiotelefónica dada bajo los auspicios del Consejo Nacional de Higiene). Boletín del Consejo Nacional de Higiene, 1930. 25(279-280): pp. 131-152.*
 59. Morquío, L., *Causas de la mortalidad de la primera infancia y medios de reducirla. Revista Médica del Uruguay, 1904. 7: pp. 417-447.*
 60. Turenne, A., *Concepto y orientación de la obstetricia y ginecología actuales. Revista*

- Médica del Uruguay, 1908. **11**(4): pp. 79-89.
61. Turenne, A., *Profilaxis del abandono del niño*. Revista Médica del Uruguay, 1919. **22**(6): pp. 469-480.
 62. Turenne, A., *Obstetricia Médica, Obstetricia Social*. 1930, Montevideo: Imprenta Nacional.
 63. Turenne, A., *Asistencia obstétrica colectiva*. Boletín del Consejo Nacional de Higiene, 1909. **4**(30): pp. 179-195.
 64. Turenne, A., *Medios para mejorar la asistencia obstétrica en campaña*. Boletín de la Sociedad Médico Quirúrgica del Centro de la República, 1937. **4**(19-20): pp. 47-66.
 65. Turenne, A., *La asistencia pre-natal en el Uruguay. Lo que es y lo que debería ser. Comunicación a las Jornadas Nipiológicas de Montevideo. 20-22 de Diciembre de 1933*. Archivos de Pediatría del Uruguay, 1934. **5**(2): pp. 49-60.
 66. Turenne, A., *La protección a la madre soltera*. Revista Médica del Uruguay, 1922. **25**(11): pp. 785-794.
 67. Turenne, A., *En el umbral de la profesión*. 1927, Montevideo: Sindicato Médico del Uruguay.
 68. Brosco, J., *The Early History of the Infant Mortality Rate in America: A Reflection upon the Past and a Prophecy of the Future*. Pediatrics, 1999. **103**(2): pp. 478-485.
 69. Meckel, R., *Save the Babies: American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality*. 1990, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
 70. Klaus, A., *Every Child a Lion: The Origins of Maternal and Infant Health Policy in the United States and France, 1890-1920*. 1993, Ithaca: Cornell University Press.
 71. Bauzá, J., *Sobre el Servicio de protección a la primera infancia. Sociedad de Pediatría de Montevideo, sesión del 16 de marzo*. Revista Médica del Uruguay, 1922. **25**(5): pp. 447-449.
 72. Turenne, A. y J. Bauzá, *Discusión, Sociedad de Medicina de Montevideo, sesión del 23 de octubre de 1912*. Revista Médica del Uruguay, 1913. **16**(3): pp. 96-98.
 73. Filgueira, C., *Sobre revoluciones ocultas. La familia en el Uruguay*. 1996, Montevideo: CEPAL.
 74. Pellegrino, A., *Vida conyugal y fecundidad en la sociedad uruguaya del siglo XX: una visión desde la demografía*, en *Historias de la Vida Privada en el Uruguay. Individuo y soledades. 1920-1990*, J.P. Barran, G. Caetano, y T. Porzecanski, Editores. 1997, Ediciones Santillana: Montevideo. pp. 104-133.
 75. Fildes, V., L. Marks, and H. Marland, eds. *Women and Children First: International Maternal and Infant Welfare, 1870-1945*. 1992, Routledge: London.
 76. Guy, D., *The Pan American Child Congresses, 1916 to 1942: Pan Americanism, Child Reform, and the Welfare State in Latin America*. Journal of Family History, 1998. **23**(3): pp. 272-291.
 77. Birn, A.-E., *No More Surprising Than a Broken Pitcher? Maternal and Child Health in the Early Years of the Pan American Sanitary Bureau*. Canadian Bulletin of Medical History, 2002. **19**(1): pp. 17-46.
 78. Ehrick, C., *Affectionate Mothers and the Colossal Machine: Feminism, Social Assistance and the State in Uruguay, 1910-1932*. The Americas, 2001. **58**(1): pp. 121-139.