

Médicos, regulación estatal y empresas alimentarias en la introducción y consumo de las fórmulas infantiles en España (1900-1936)

Ramón Castejón Bolea

Enrique Perdiguero Gil

División de Historia de la Ciencia

Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología

Universidad Miguel Hernández

Campus de San Juan

Ctra. Alicante-Valencia, Km. 8,7

03550 San Juan de Alicante

rcastejonb@umh.es

Ponencia presentada al encuentro científico

Salud y ciudades en España, 1880-1940.

Condiciones ambientales, niveles de vida e intervenciones sanitarias

Universidad Autónoma de Barcelona, 8 y 9 de julio de 2010

TEXTO PROVISIONAL. SE RUEGA NO CITAR

Resumen

En la España del último tercio del siglo XIX y la primera mitad del XX, la preocupación por disminuir la mortalidad infantil dio origen a una campaña sanitaria para enfrentar este problema cuya expresión profesional fue la Puericultura. La regulación del régimen alimenticio de los lactantes fue uno de sus objetivos. El discurso puericultor mantuvo el apoyo a la lactancia materna, frente a cualquier otra opción. Sin embargo, a lo largo del primer tercio del siglo XX se asiste en España al empleo creciente de fórmulas de alimentación infantil. Este trabajo busca explorar el proceso de introducción y subsiguiente incremento del consumo de las fórmulas infantiles y de los “sustitutivos de la lactancia” en la España del primer tercio del siglo XX, con especial énfasis en los años veinte y treinta, describiendo y analizando la oferta de productos y las estrategias publicitarias de las empresas alimentarias y laboratorios dietéticos, el papel del estado como regulador sanitario y las posiciones de los profesionales médicos en relación con este cambio en los patrones de alimentación infantil. En 1933, un momento de expansión de la oferta de productos infantiles industriales, los médicos solicitaban a las autoridades sanitarias un mayor control de la fabricación y de la composición de estos productos, lo que parece evidenciar que a pesar del discurso estrictamente defensor de la lactancia materna, este grupo profesional aceptaba e incorporaba ya la práctica del uso de estos productos en la lactancia artificial. Eso sí, con un mayor control sanitario del estado en términos de control analítico y sanitario; y planteaban uno de los principales problemas con los que se enfrentaban a la hora de poder intervenir en la “dirección técnica de la lactancia artificial”: la variabilidad de las medidas aconsejadas en cuanto al peso y volumen de dichos productos. Una decidida apuesta por participar en el control y la regulación del uso de estos productos.

Introducción

Dentro de la historia del desarrollo del sistema de alimentación moderno, el desarrollo durante los siglos XIX y XX de los estándares de la alimentación infantil “correcta” ha sido objeto en España de investigaciones que lo han situado en el marco de la medicalización de la crianza. Estos estudios han situado, por tanto, el análisis en el papel de los profesionales sanitarios, es decir los pediatras y puericultores, y en el papel de las instituciones de asistencia infantil de base benéfica y los servicios de Higiene Infantil de base estatal, que centraron sus intervenciones en las clases populares. Sin embargo, los factores que expliquen el incremento de la lactancia artificial y del consumo de fórmulas infantiles industriales ocurrido a lo largo del siglo XX, así

como el papel jugado por el estado en la regulación de estos productos alimenticios, no han sido explorados todavía.

En la experiencia norteamericana Rima Apple ha señalado que “...los factores asociados con el uso incrementado de fórmulas de biberón están claras. Los médicos querían aliviar el problema de la mortalidad y morbilidad infantil y expandir su práctica médica. Los fabricantes, aunque a veces desarrollaban sus productos por razones humanitarias, necesitaban construir una demanda de consumidores para los alimentos infantiles. Y las madres, preocupadas por la salud y el bienestar de los niños e inseguras de sus propias habilidades, llegaron a pensar que la alimentación artificial supervisada por los médicos era lo mejor para los niños”.

Para la historia de la salud/enfermedad/asistencia de la infancia, la historia de la alimentación infantil cobra un especial interés al relacionarse con la mortalidad infantil, en tanto que factor causal de ésta. Desde la historia de la Salud Pública se ha señalado que la mortalidad infantil, en particular la de los menores de dos años, fue uno de los objetivos centrales de la acción preventivo-social de la Salud Pública en el siglo XX. Las modalidades y pautas alimenticias (lactancia humana, materna o por ama de cría, lactancia artificial, lactancia mixta), cobraron un significado médico a la luz de la preocupación por la mortalidad infantil. Tras la discusión sobre las nodrizas celebrada en la Academia de Medicina de París entre 1866 y 1870, el fomento de la lactancia materna se propugnó como el primer medio de lucha contra la mortalidad infantil.

Entre los factores causales percibidos por los médicos, las enfermedades digestivas ligadas a trastornos alimenticios ocuparon un papel preponderante y, por tanto, el régimen alimenticio de los lactantes se convirtió en objetivo prioritario de la Puericultura. En 1908, Jesús Sarabia y Pardo, profesor de enfermedades de los niños en el Instituto Rubio en Madrid, declaraba: “...la salud del niño estriba en la buena alimentación, sea ésta materna ó sea artificial, pero que siempre debe estar científicamente dirigida”. Este objetivo se consiguió, pues, a través de la dirección científica y la vigilancia de la lactancia materna así como mediante la posibilidad de alimentar a los niños con biberón, con leches garantizadas desde el punto de vista sanitario, a precios asequibles.

En España se implantaron, según el modelo francés, instituciones puericultoras de base benéfica o filantrópica, como Gotas de Leche (la primera fundada, al parecer, en Barcelona en 1902) y Consultorios para lactantes (el primero organizado en Madrid en 1904) (Diapositiva 1), casi todos incluyendo un servicio de esterilización y reparto de leche. Las funciones de estas instituciones podían resumirse en: vigilancia de la lactancia normal en bebés sanos, cuya alimentación maternal completaba o sustituía de ser necesario, y dirección científica de la lactancia artificial para reducir en lo posible sus inconvenientes, en particular la diarrea. La leche que se suministraba de manera gratuita, o a precios muy asequibles, era esterilizada y envasada en el propio local y era habitualmente leche de vaca.

Esta intervención por parte de la Puericultura sobre la alimentación de los lactantes, dirigida fundamentalmente a las clases populares y trabajadoras, coexistía con un mercado de fórmulas infantiles industriales y de “sustitutivos de la lactancia” que desde las tres últimas décadas del siglo XIX había ido apareciendo en España. Este mercado se iría desarrollando con más impulso a lo largo de los años 20 y 30 del siglo XX, en consonancia con los nuevos sectores sociales más urbanos.

Recordemos que el primer tercio del siglo XX en España significó el primer intento (frustrado en nuestro caso por la Guerra Civil y la posguerra) de modernización capitalista que, pese a su limitado desarrollo, implicó una cierta expansión de los primeros servicios e industrias que podemos relacionar con el consumo. Este consumo no tenía la dimensión y naturaleza de “consumo de masas” que alcanzó su cenit en España a lo largo de las décadas de los sesenta y setenta del siglo XX. Este consumo del primer tercio del siglo XX es definido como un consumo restringido y de élite, excluyendo de él a la mayoría de la población. En este modelo de consumo se situaban las fórmulas infantiles industriales.

Nuestro objetivo es explorar el proceso de introducción y subsiguiente incremento del consumo de las fórmulas infantiles y de los “sustitutivos de la lactancia” en la España del primer tercio del siglo XX, con especial énfasis en los años veinte y treinta, describiendo y analizando algunos de los actores que participaron en este proceso.

Este proceso ha sido relacionado con la disminución de las tasas de lactancia materna y nuestra intención es abordarlo centrandolo nuestro estudio en los debates médicos en torno a la lactancia artificial, explorando los cambios en la aceptación y utilización de las fórmulas infantiles. Revisaremos previamente, sin embargo, tres aspectos que interaccionaron con los debates y posicionamientos médicos.

Primero, nos aproximaremos a las estrategias publicitarias utilizadas por las empresas de este sector alimentario, dirigidas por una parte a las madres y por otra a los profesionales de los niños. Un punto clave en la aceptación de la alimentación artificial infantil fueron las campañas publicitarias de las empresas que contribuyeron a popularizar y legitimar las nuevas fórmulas infantiles manufacturadas en el periodo estudiado. Segundo, revisaremos someramente la regulación estatal de estos productos, es decir, la aceptación por parte de la administración sanitaria de estos productos alimenticios como sustitutivos de la lactancia y su inclusión en los registros farmacéuticos dada la consideración de muchos de ellos como alimentos-medicamentos. Finalmente describiremos la disponibilidad de productos dietéticos infantiles en el mercado español entre 1926 y 1936, lo que dado la inexistencia para el caso español de información estadística detallada sobre volúmenes de ventas y datos de importación para estos productos en los años estudiados, nos permite una aproximación a la oferta existente.

Para explorar los debates médicos sobre las fórmulas industriales hemos utilizado monografías y prensa especializada médica. La utilización de fuentes como la publicidad, inserta tanto en periódicos y revistas de mujeres y del hogar como en revistas profesionales, nos ha permitido rastrear las estrategias de las empresas alimentarias. Para conocer la regulación estatal de estos productos y su disponibilidad en el mercado nos han sido decisivos la localización y análisis de los expedientes anulados de los sustitutivos de la lactancia registrados entre 1926 y 1936 y la legislación sanitaria sobre especialidades farmacéuticas.

Estrategias publicitarias de las empresas: similitud y digestibilidad

En 1873, según fuentes de la conocida empresa Nestlé, la harina lacteada *Nestlé* era comercializada en España y su publicidad comercial estaba

presente ya en la década de 1880 en los periódicos de las capitales de provincia. Esta publicidad, con el logotipo del nido que identificaría inicialmente a la harina lacteada, la presentaba como “Alimento completo para los niños de corta edad”, que suplía a la leche materna en casos de insuficiencia de ésta y facilitaba el destete. Entre las ventajas que ofrecía destacaban su digestión fácil y entera, el ser una marca de garantía y venir avalada por “numerosos certificados de las primeras autoridades medicinales de ambos mundos” (Diapositiva 2).

En una primera fase la publicidad persuasiva se dirigió al público en general y a las mujeres, pero la necesidad de alianzas con los profesionales médicos hizo dirigir sus esfuerzos hacia las revistas profesionales. La similitud de la composición de estos productos con la leche materna y la digestibilidad fueron dos de los valores en los que las empresas más insistieron, incorporando valores y conocimientos que procedían de la ciencia nutricional y de la gastroenterología pediátrica. Esta incorporación de conocimiento se enmarcaba en el establecimiento de un compromiso satisfactorio entre las necesidades de ventas de las empresas, que identificaron las posibilidades comerciales de este conocimiento experto, y los deseos de los profesionales de controlar el uso de las fórmulas infantiles. Un compromiso que para las empresas y laboratorios dietéticos significaba legitimar “médicamente” sus productos como estrategia para aumentar sus ventas y para los profesionales expandir su campo de actuación y ampliar su dimensión preceptiva mediante el control de su uso. Pero también la publicidad dirigida a las mujeres promovía estos productos utilizando la fe en la ciencia y las explicaciones científicas como valor incorporado.

Además, la industria de la alimentación y los laboratorios médico-dietéticos, en el contexto del desarrollo científico de la gastroenterología infantil, fueron elaborando fórmulas alimenticias infantiles específicas para los trastornos nutritivos del lactante y para trastornos gastrointestinales. Estos productos, de clara indicación pediátrica, reforzaron probablemente las alianzas entre empresas y profesionales.

Así, en 1931, Nestlé lanza al mercado *Eledón* (bauberre en polvo) (Diapositiva 3), leche acidificada por fermentación láctica, parcialmente descremada, un alimento en polvo destinado a los lactantes, niños y adultos

con trastornos digestivos y fabricado en España. La garantía que ofrecía la marca y la composición constante y exacta, eran dos argumentos utilizados por esta empresa en sus estrategias dirigidas hacia los profesionales.

Los sustitutivos de la lactancia: garantía sanitaria y regulación estatal

En 1926, se inicia el proceso de establecimiento por parte del estado de los estándares de composición y pureza para las fórmulas infantiles, asumiendo así funciones como regulador de las políticas de alimentación. La inclusión de los sustitutivos de la lactancia en el registro de especialidades farmacéuticas implicaba la aceptación por parte de las autoridades sanitarias de estos productos, así como la necesidad de establecer un control analítico y sanitario sobre ellos. La historia de su control en el periodo estudiado corre pareja a la historia del control de las especialidades farmacéuticas y de los organismos creados a tal efecto. La institucionalización de su control refleja las preocupaciones de las autoridades sanitarias por controlar un sector de la alimentación dirigido a una población infantil (lactantes) especialmente sujeta a protección y más vulnerable a los posibles fraudes. A ello había que unir la existencia de alimentos-medicamentos, productos dietéticos elaborados con una clara indicación terapéutica, que necesitaban claramente un control sanitario.

En efecto, los productos que pretendían ser vendidos en el mercado como sustitutivos de la lactancia debían consignarse en el registro del Departamento de Servicios Farmacéuticos adscrito a la Dirección General de Sanidad del Ministerio de la Gobernación (Diapositiva 4). Probablemente la elaboración del concepto alimento-medicamento que venía siendo utilizado por la Pediatría influyó en la inclusión de este grupo de productos en el registro del Departamento de Servicios Farmacéuticos y a que fueran sometidos, por tanto, a los mismos procedimientos administrativos y a los controles de calidad pertinentes como lo fueron el resto de especialidades farmacéuticas.

Una aproximación a la oferta de alimentación artificial infantil, 1926-1936

Ante la inexistencia para el caso español de volúmenes de ventas y datos de importación para estos productos en los años estudiados, el registro de sustitutivos de la lactancia muestra que en el periodo 1926-1936 la oferta de

productos infantiles industriales experimenta un crecimiento importante con la aparición en el mercado de nuevas fórmulas de leches en polvo modificadas, nacionales y extranjeras, y la amplia oferta existente de leches condensadas. Estas leches estaban incluidas igualmente en esa denominación y por lo que se deduce de algunas fuentes legales, eran de amplio uso entre la población. La utilización de la leche condensada en España, reemplazando o suplementando a la leche materna, requiere un estudio particular a la luz de los datos iniciales.

En junio de 1935, del total de 152 leches registradas en el capítulo de “Lactancia materna” del “Índice alfabético de especialidades farmacéuticas”, 93 eran leches condensadas, 15 leches en polvo y 14 leches maternizadas. (Diapositiva 5, tabla de Boatella).

Los discursos médicos en torno a la lactancia artificial

Nos centraremos a continuación en los debates médicos en torno a la lactancia artificial. Como ha señalado Esteban Rodríguez Ocaña, a lo largo del último cuarto del siglo XIX, la cuestión de la nutrición cobró la mayor relevancia dentro del complejo conjunto de causas que determinaban la mortalidad infantil. A ello contribuyeron ciertos rasgos ideológicos como la reivindicación de la lactancia materna, un problema social muy relacionado con la configuración burguesa de la vida familiar, y la crítica contra la llamada “industria de la lactancia mercenaria”, ligada con la anterior. A estos rasgos ideológicos había que añadir cierta demostración estadística del papel preponderante de las enfermedades gastrointestinales en la mortalidad infantil. Esta incipiente demostración estadística quedaría consolidada a la luz de las estadísticas del *Movimiento de la Población* (Diapositiva 6, Arbelo, La Mortalidad de la infancia en España).

Durante la primera y segunda década del siglo XX, la “doctrina” de la lactancia materna, la obligación moral y biológica de las madres de amamantar a sus hijos, era ampliamente aceptada entre los médicos de los niños y ocupó un lugar central en las estrategias contra la mortalidad infantil. En contraposición a esta posición, la lactancia artificial se consideraba, como señalaba en 1909 Martínez Vargas, catedrático de Pediatría en Barcelona, “...incapaz de substituir en absoluto á la lactancia materna”. La superioridad de

la lactancia materna se apoyaba en la experiencia secular pero también en los “principios científicos” del momento. Mientras señalaba que la lactancia por nodriza se hallaba muy extendida entre las clases ricas o medianamente acomodadas, asociaba la lactancia artificial a las clases obreras, atribuyendo a este hecho la elevada mortalidad infantil entre 0 y 1 año que les afligía.

La asociación entre lactancia artificial y los trastornos gastrointestinales, así como la percepción de su importante contribución a la mortalidad infantil, hizo de este tipo de alimentación uno de los principales problemas de la pediatría. De hecho, el estudio de la alimentación constituyó uno de los saberes que delimitaron la especialidad médica.

Por otra parte, frente a la posición de la Puericultura, es decir, la versión preventivo-social de la medicina de la infancia, algunos médicos de los niños defendían ya en la primera década del siglo, la preponderancia de la dirección científica de la lactancia, sea cual fuere, frente a la elección del tipo de lactancia. En 1908, Sarabia y Pardo lo expresaba así:

“Nosotros creemos firmemente que los buenos efectos obtenidos por todas estas clases de leche son debidos á la buena dirección de la lactancia. ¿Quién no conoce casos de niños fuertes que resisten perfectamente á las alteraciones patológicas con igual á los alimentados por leche materna, cuando éstos fueron nutridos por leche de otras clases? Los hechos clínicos no deben negarse...y ante ellos fracasan cuantas teorías se han empleado para combatir sistemáticamente el uso de toda clase de leche que no sea la materna, porque hay que tener en cuenta en estos asuntos que la única fuente de enseñanza aceptable, en primer término, es la clínica.”

Los debates en torno a la lactancia artificial en las dos primeras décadas del siglo XX se centraron en las diversas manipulaciones a las que debía ser sometida la leche de animales, fundamentalmente de vaca, para su utilización en la lactancia artificial. En estos debates emergen tres conceptos fundamentales: similitud, disgestibilidad y asimilación. A estos tres conceptos hay que añadir el debate sobre la utilización de leche cruda o esterilizada en la alimentación artificial de los lactantes, debate en relación con la posibilidad de transmisión de agentes infecciosos por la leche y la posibilidad de destrucción por el calor de determinados “enzimas” o sustancias indispensables para la

nutrición del niño. Estos debates en torno a la lactancia artificial hay que situarlos en el contexto del desarrollo de la gastroenterología pediátrica y del estudio de la alimentación infantil, que intentaban dilucidar el origen infeccioso y/o alimenticio de los trastornos digestivos y nutritivos del lactante.

Dos cuestiones de carácter eminentemente práctico y clínico en la dirección científica de la lactancia y que ocuparon un lugar central en los debates, independientemente del tipo de lactancia artificial elegida, fueron, en primer lugar, la ración alimenticia diaria del niño y en segundo lugar, el peso, como guía para deducir las buenas condiciones de la alimentación.

Hasta la década de los veinte, encontramos entre los médicos de los niños un manifiesto recelo hacia las fórmulas infantiles, hacia “la síntesis artificial de un alimento natural”. Coll y Bofill, médico de la Inclusa de Barcelona manifestaba en 1916: “Cuantos menos productos industriales sirvan para lactar y alimentar a nuestros hijos, menos enfermedades adquirirán y más sanos crecerán. Simplicidad de medios y acercarse a la naturaleza en todas las ocasiones”. La incorporación a la lactancia artificial de leches de síntesis o modificadas en los laboratorios o en la industria quedaba para los dominios de la terapéutica, para los niños enfermos y no para los sanos, formando parte del arsenal de los alimentos-medicamentos.

En la década de los veinte, la percepción de la denominada “crisis de la lactancia materna” se hace más manifiesta entre los médicos. “La lactancia mixta, es el método más corriente y usual en la alimentación del niño. Casi todas las madres, tarde o temprano, a menudo o antes de lo debido, con o sin justificación, echan mano del biberón para ayudarse en la crianza de su hijo”, clamaba José Entrecañales, Director del Consultorio de niños de pecho y Gota de Leche de Bilbao, en 1923. Junto a ella, la percepción de que el consumo de leches condensadas y en polvo en la lactancia artificial iba en aumento, así como la aceptación científica que estos productos estaban consiguiendo –en 1922, la Sociedad de Pediatría francesa aprobó la vulgarización de la leche desecada como alimento del niño criado artificialmente- condujeron a una posición ambigua con respecto a la utilización de la leche desecada frente a la leche de vaca esterilizada. La comodidad de preparación, la fácil conservación, la posibilidad de utilizarla en los viajes y su seguridad higiénica sobre todo en verano, pesaban a su favor como sustitutivo de la leche de vaca natural.

Esta “crisis de la lactancia materna” hay que situarla en el contexto del desarrollo de un nuevo modelo de género basado en lo que Mary Nash denomina la *Nueva Mujer Moderna*, una mujer “ideal” ya en voga en muchos países europeos y en Norteamérica. En la década de 1920 y 1930, este nuevo modelo de género fue desarrollado más sistemáticamente en la Cataluña altamente industrializada. El modelo de la *Nueva Mujer Moderna* cambió la restricción de las mujeres al hogar e impugnó las prácticas discriminatorias contra las mujeres. Esta versión modernizada de lo doméstico facilitó la adaptación de los roles de género a las nuevas demandas sociales y laborales de la sociedad.

Como ha señalado Jacqueline Wolth en el caso norteamericano, la asociación entre el empleo maternal y la disminución en la duración de la lactancia materna es evidente en todos los grupos étnicos, educativos y de edad. García-Duarte Salcedo, catedrático de Pediatría en Granada, manifestaba esta opinión en 1927: “Por otra parte el progreso y la civilización moderna, han traído una crisis profunda en la lactancia materna. La emancipación de la mujer de su antigua postergación, su intervención en las profesiones y en el comercio, son hasta cierto punto incompatibles con los cuidados que requiere un lactante”.

A partir de 1926 en el registro del Departamento de Servicios Farmacéuticos aparecen las primeras formulaciones de leche en polvo con modificaciones en el porcentaje de grasa disponibles en el mercado español. En el año siguiente se incorporan al registro, dentro del grupo de leches modificadas en polvo, *Lactógeno*, un producto de importación norteamericana de Nestlé y la leche maternizada *Max* en polvo, nº 1, nº 2 y nº 3, correspondientes a los tres primeros trimestres, registrados por el laboratorio y fábrica de productos dietéticos asentado en Madrid “Max F. Berlowitz” (Diapositiva 7).

La publicidad de *Lactógeno* que aparecía en 1928 en la revista *Paidoterapia* rezaba: “*Lactógeno* particularmente adaptado a la alimentación infantil, debido a su semejanza a la leche materna en su composición, digestibilidad y asimilación, satisface la creciente demanda de la profesión médica de una leche desecada de superior calidad, uniformidad constante y gran valor nutritivo, para la alimentación de infancia.

En la fabricación del *Lactógeno* la leche es desecada mediante un proceso científico especial que no afecta en absoluto la vitalidad de las vitaminas ni de ninguno de los “principios alimenticios esenciales” de la leche”.

Lactógeno era un claro ejemplo de las nuevas alianzas entre la clínica, el laboratorio y las fábricas. Los fabricantes eran conscientes de que las nuevas fórmulas infantiles necesitaban ser probadas en la clínica y los clínicos pediatras aceptaban la *seriedad científica* y los recursos de las empresas de alimentación infantil.

En 1933, en las conclusiones de la Sección de Higiene y Puericultura del V Congreso Nacional de Pediatría se solicitaba del Estado el control de los productos comerciales destinados a la alimentación de los niños, tanto en lo que se refería a su fabricación como a su exacta composición y una unificación de las medidas aconsejadas en cuanto al peso y volumen de dichos productos dietéticos.

Se aprecia, por tanto, para la década de los treinta un cambio manifiesto entre los pediatras en la aceptación de estos productos en la lactancia artificial. En 1935, Martínez Vargas, un firme defensor de la lactancia materna, manifestaba en relación con la leche en polvo: “...como este producto industrial tiene una composición fija, permite al laboratorio que la prepara, señalar en la etiqueta del envase la cantidad de calorías por cucharadita de café, el número de cucharaditas necesario, según la edad del niño lactando y el número de cucharadas de agua hervida indispensable para cada refacción con intervalos de tres horas o de cuatro en los mayorcitos. Esto hace que la leche en polvo sea más manejable que la esterilizada y la condensada y en muchos casos la preferida por pediatras y por madres”.

Poco antes de la guerra civil, el consumo de leche en polvo y de las fórmulas infantiles para la lactancia artificial en España era una práctica existente entre las clases medias urbanas, únicas que podían acceder a los altos precios de estos productos. Formaba parte de un consumo restringido y de elite, excluyendo de él a la mayoría de la población. Sin embargo, algunos testimonios sugieren que el consumo de estos productos alcanzaría igualmente a las clases populares, en parte como consecuencia de su difusión en los dispositivos sanitarios asistenciales y preventivos para los lactantes.

Sainz de los Terreros y Luis Novoa, del servicio de Fisiopatología infantil del Hospital de la Cruz Roja en Madrid priorizaban en 1935 su uso sobre la leche de vaca natural y la leche condensada. La constancia en la composición, una cuestión técnica que facilitaba resolver el problema de la ración alimenticia del lactante, así como la posibilidad de modificación en su composición que permitió su semejanza a la leche materna, creemos que constituyeron factores claves en su preponderancia.

“Como consecuencia de estas consideraciones –manifestaban estos pediatras- creemos poder establecer un orden de preferencia en el uso de las distintas clases de leche, para la crianza artificial del niño en las consultas públicas (Diapositiva 8).

1ª *Leches en polvo especialmente preparadas para lactantes*; ideales para este fin, puesto que a más de reproducir exactamente la leche natural, presentan las ventajas de inalterabilidad por el tiempo y su constancia de composición.

2ª *Leche de vaca natural*; excelente cuando es de buena procedencia. No obstante, siempre existe el peligro de fraude y la dificultad de su conservación, sobre todo en verano.

3ª *Leches condensadas*; no aptas para la alimentación del niño normal antes del cuarto mes de la vida; buenas, en cambio, en el período de reparación de ciertos trastornos digestivos y con las mismas ventajas respecto a inalterabilidad y constancia de composición que las leches en polvo”.

Conclusiones

Este trabajo ha explorado las estrategias publicitarias diseñadas por las empresas alimentarias en España para crear una demanda de sus productos, el papel del estado como regulador en el mercado de estos productos y especialmente el papel jugado por los médicos de los niños en su estrategia de “dirección técnico-científica de la lactancia artificial”, para disminuir la mortalidad infantil. Consideramos que la cuestión de la ración alimenticia diaria, central en la dirección técnica de la lactancia artificial, así como la posibilidad técnica de modificar la composición de la leche para asemejarla a la materna, inclinaron la balanza a favor de la formulación en polvo, frente a la leche de vaca natural y la leche condensada.

. Algunas de las estrategias y compromisos de los médicos con las empresas alimentarias han sido esbozadas y requieren estudios más pormenorizados. Consideramos que el proceso de medicalización de la infancia iniciado en España en el último tercio del siglo XIX, así como los cambios sociales producidos, especialmente los referentes a la salida de la mujer del hogar al ámbito del trabajo y la aparición del modelo de género de la *Nueva Mujer Moderna*, fueron factores que se asociaron a un incremento del uso de fórmulas infantiles y de la lactancia artificial.

No hemos pretendido abordar, en este trabajo, la multitud de actores que regularon y construyeron la alimentación infantil, y especialmente la de los lactantes, pero sí contribuir al debate sobre los cambios en las modalidades y pautas alimenticias (lactancia humana maternal o por ama de cría, lactancia artificial, lactancia mixta) ocurridos en España a lo largo del primer tercio del siglo XX.

(*) Investigación desarrollada dentro del proyecto “La lucha contra la desnutrición en la España contemporánea y el contexto internacional” financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación (HAR2009-13504-C02-01).